

Consortium PSYCHIATRICUM

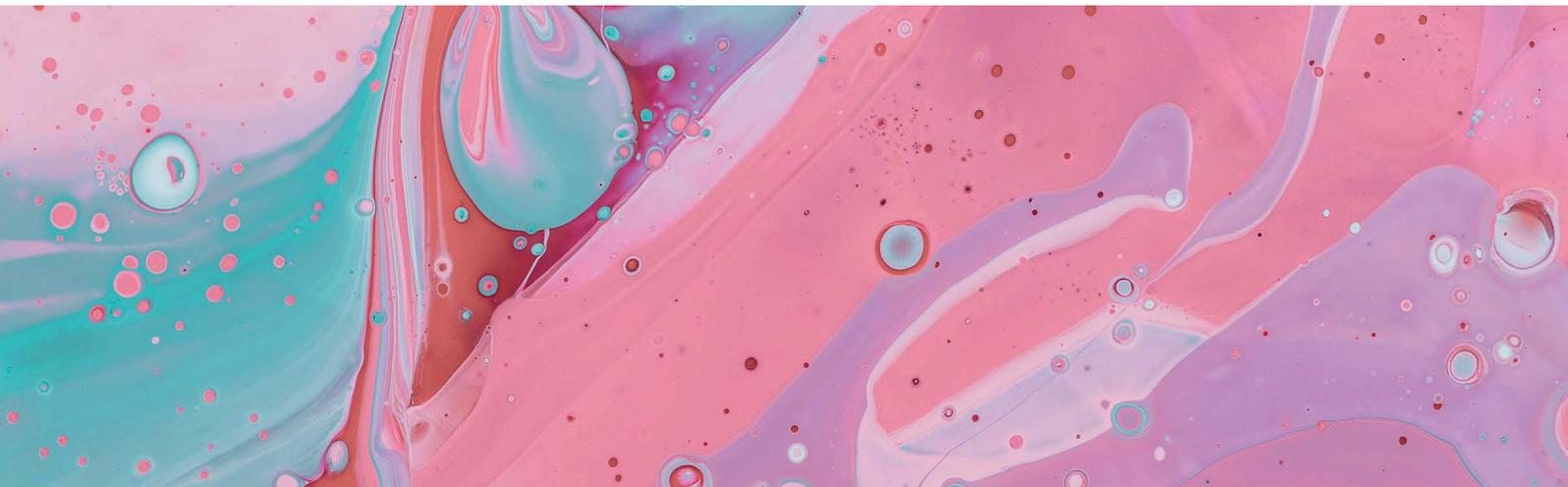
2023 | Volume 4 | Issue 2 | www.consortium-psy.com | ISSN 2712-7672 (Print) | ISSN 2713-2919 (Online)

Факторы риска нарушений пищевого поведения у девочек-подростков неклинической популяции CP6132

Парадоксальное опосредующее влияние процессов метапознания на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни у пациентов с анорексией и булимией
CP6139

Несуицидальные самоповреждения и суицидальный риск у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения
CP11030

Фармакологические стратегии модуляции аппетита при расстройствах пищевого поведения
CP6150



Founder & Editor-in-Chief

George P. Kostyuk (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-3073-6305

Deputy Editors-in-Chief

Olga A. Karpenko (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-0958-0596

Sergei A. Trushchelev (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0003-4836-3129

Editorial Board

Michel Botbol (Brest, France) ORCID: 0000-0001-8938-8651

Tatiana S. Buzina (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-8834-251X

Vladimir P. Chekhonin (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0003-4386-7897

Wolfgang Gaebel (Düsseldorf, Germany) SCOPUS: 12766622100

Helen Herrman (Melbourne, Australia) ORCID: 0000-0003-3064-1813

Roy Abraham Kallivayalil (Thiruvalla, India) ORCID: 0000-0002-1991-3796

Tatiana P. Klyushnik (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0001-5148-3864

Mariya S. Kovyazina (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-1795-6645

Mario Maj (Naples, Italy) ORCID: 0000-0001-8408-0711

Alexander A. Makarov (Moscow, Russia) SCOPUS: 35494843600

Elena S. Molchanova (Bishkek, Kirgizstan) ORCID: 0000-0002-4268-9008

Nikolay G. Neznanov (Saint Petersburg, Russia) ORCID: 0000-0001-5618-4206

Nikolay A. Bokhan (Tomsk, Russia) ORCID: 0000-0002-1052-855X

Alexander G. Sofronov (Saint Petersburg, Russia) ORCID: 0000-0001-6339-0198

Kathleen Pike (New York, USA) ORCID: 0000-0003-4584-4250

Stefan Priebe (London, UK) ORCID: 0000-0001-9864-3394

Geoffrey Reed (New York, USA) ORCID: 0000-0002-6572-4785

Anita Riecher-Rössler (Basel, Switzerland) ORCID: 0000-0001-6361-8789

Norman Sartorius (Geneva, Switzerland) ORCID: 0000-0001-8708-6289

Naotaka Shinfuku (Fukuoka, Japan) ORCID: 0000-0002-7390-9077

Sir Graham Thornicroft (London, UK) ORCID: 0000-0003-0662-0879

Yuriy P. Zinchenko (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-9734-1703

Alisa V. Andryuschenko (Moscow, Russia) RSCI: 8864-3341

Maya A. Kulygina (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0003-4255-8240

Marija Mitkovic-Voncina (Belgrade, Serbia) SCOPUS: 57191430028

Denis S. Andreyuk (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-3349-5391

Alexey V. Pavlichenko (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0003-2742-552X

Natalia D. Semenova (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0001-7698-1018

Timur S. Syunyakov (Tashkent, Uzbekistan) ORCID: 0000-0002-4334-1601

Consortium Psychiatricum

Peer-reviewed quarterly medical journal

Editor

Alina Kuandyk (Astana, Kazakhstan)

Assistant Editor

Teona G. Chanturiya (Moscow, Russia)

Director of Marketing & Communications

Elena A. Makova (Moscow, Russia)

Publisher

Eco-Vector

Address: 3A, Aptekarskiy lane,
Saint-Petersburg, Russia 191186

Phone: +7 (812) 648-83-66

E-mail: info@eco-vector.com

WEB: www.eco-vector.com

Editorial office

Address: 2, Zagorodnoe shosse,
Moscow, Russia 117152

Phone: +7 (495) 952-11-14

E-mail: editor@consortium-psy.com

WEB: www.consortium-psy.com

By decision of Scopus Content Selection & Advisory Board (CSAB), on 06.12.2022 the scientific journal Consortium Psychiatricum was accepted for indexing in the Scopus database. The corresponding entry can be found in the Scopus Title list published in February 2023 at Elsevier.com.

Based on the letter by the Higher Attestation Commission under the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation from 06.12.2022 № 02-1198, journals, included in the international database Scopus, are equivalent to the K1 category publications of the Commission's List.

Scopus Title list



Volume 4 Issue 2

ISSN 2712-7672 (Print)

ISSN 2713-2919 (Online)

Frequency: 4 times a year. Signed for printing: 29.06.2023

Printing House: Mediicolor LLC, 19, Signalny proesd, Moscow, Russia, 127273

© Eco-Vector, 2023

This is an Open Access journal, articles available online under the CC BY 4.0 license. The editorial board and editors are not responsible for the published advertising materials. The articles present the authors' point of view, which may not coincide with the opinion of the editors and publisher. Subscription to the print version of the journal available on www.consortium-psy.com

Главный редактор и учредитель

Георгий Костюк (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-3073-6305

Заместители главного редактора

Ольга Карпенко (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-0958-0596

Сергей Трущелев (Москва, Россия) ORCID: 0000-0003-4836-3129

Редакционная коллегия

Мишель Ботболь (Брест, Франция) ORCID: 0000-0001-8938-8651

Татьяна Бузина (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-8834-251X

Владимир Чехонин (Москва, Россия) ORCID: 0000-0003-4386-7897

Вольфганг Гебель (Дюссельдорф, Германия) SCOPUS: 12766622100

Хелен Херрман (Мельбурн, Австралия) ORCID: 0000-0003-3064-1813

Рой Абрахам Калливаялил (Тирувалла, Индия) ORCID: 0000-0002-1991-3796

Татьяна Ключник (Москва, Россия) ORCID: 0000-0001-5148-3864

Мария Ковязина (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-1795-6645

Марио Май (Неаполь, Италия) ORCID: 0000-0001-8408-0711

Александр Макаров (Москва, Россия) SCOPUS: 35494843600

Елена Молчанова (Бишкек, Кыргызстан) ORCID: 0000-0002-4268-9008

Николай Незнанов (Санкт-Петербург, Россия) ORCID: 0000-0001-5618-4206

Николай Бохан (Томск, Россия) ORCID: 0000-0002-1052-855X

Александр Софронов (Санкт-Петербург, Россия) ORCID: 0000-0001-6339-0198

Кейтлин Пайк (Нью-Йорк, США) ORCID: 0000-0003-4584-4250

Стефан Прибе (Лондон, Великобритания) ORCID: 0000-0001-9864-3394

Джеффри Рид (Нью-Йорк, США) ORCID: 0000-0002-6572-4785

Анита Рихер-Рёсслер (Базель, Швейцария) ORCID: 0000-0001-6361-8789

Норман Сарториус (Женева, Швейцария) ORCID: 0000-0001-8708-6289

Наотакэ Синфуку (Фукуока, Япония) ORCID: 0000-0002-7390-9077

Сэр Грэхэм Торникрофт (Лондон, Великобритания) ORCID: 0000-0003-0662-0879

Юрий Зинченко (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-9734-1703

Алиса Андрущенко (Москва, Россия) RSCI: 8864-3341

Майя Кулыгина (Москва, Россия) ORCID: 0000-0003-4255-8240

Мария Миткович-Вончина (Белград, Сербия) SCOPUS: 57191430028

Денис Андрюк (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-3349-5391

Алексей Павличенко (Москва, Россия) ORCID: 0000-0003-2742-552X

Наталья Семёнова (Москва, Россия) ORCID: 0000-0001-7698-1018

Тимур Сюняков (Ташкент, Узбекистан) ORCID: 0000-0002-4334-1601

Consortium Psychiatricum

Научный медицинский журнал

Редактор

Алина Куандык (Астана, Казахстан)

Менеджер редакции

Теона Чантурия (Москва, Россия)

Директор по маркетингу и связям с общественностью

Елена Макова (Москва, Россия)

Издатель

Эко-Вектор

Адрес: 191186, Россия, Санкт-Петербург,
Аптекарский пер. д.3

Телефон: +7 (812) 648-83-66

E-mail: info@eco-vector.com

Сайт: www.eco-vector.com

Контакты редакции

Почтовый адрес: 117152, Россия,
Москва, Загородное шоссе, 2

Телефон: +7 (495) 952-11-14

E-mail: editor@consortium-psy.com

Сайт: www.consortium-psy.com

В соответствии с решением Scopus Content Selection & Advisory Board (CSAB), научный журнал Consortium Psychiatricum принят к индексации в базе данных Scopus с 06.12.2022. Соответствующую запись можно найти в Scopus Title list, опубликованном в феврале 2023 г. на сайте издательства Elsevier.com.

На основании Письма ВАК Минобрнауки России от 06.12.2022 № 02-1198 журналы, входящие в международную базу данных Scopus, приравниваются к изданиям категории K1 Перечня ВАК.

Том 4 Выпуск 2

ISSN 2712-7672 (Print)

ISSN 2713-2919 (Online)

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-78122 от 13 марта 2020 г. Периодичность: 4 раза в год. Дата выхода в свет: 29.06.2023.

Типография: ООО "Медиаколор", 127273, г. Москва, Сигнальный проезд, д. 19. Тираж: 350 экз. Распространяется бесплатно

Список журналов, индексируемых в Scopus



© Эко-Вектор, 2023

Статьи журнала публикуются с лицензией Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). Редакционная коллегия и редакторы не несут ответственности за опубликованные рекламные материалы. В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции и издателя. Подписка на печатную версию журнала доступна на www.consortium-psy.com

Содержание

ИССЛЕДОВАНИЕ

Парадоксальное опосредующее влияние процессов метапознания на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни у пациентов с анорексией и булимией

CP6139

Кэйсси Спрингфилд, Келси Бонфилс, Никита Чернов, Татьяна Моисеева, Марта Созинова, Надежда Дмитриева, Пол Лайсакер, Ольга Карпенко, Георгий Костюк

Факторы риска нарушений пищевого поведения у девочек-подростков неклинической популяции: многомерный подход

CP6132

Татьяна Мешкова, Ольга Митина, Роза Александрова

Нервная анорексия в представлении врачей первичной медицинской помощи Кыргызской Республики

CP6184

Жаркын Молдокулова, Елена Молчанова, Елена Костерина

Факторы, ассоциированные с расстройством пищевого поведения в течение жизни у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальной идеацией

CP6555

Георгий Кустов, Михаил Зинчук, Софья Попова, Илья Мишин, Надежда Войнова, Александр Яковлев, Ренат Акжигитов

Несуицидальные самоповреждения и суицидальный риск у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения: связи с контролем веса, индексом массы тела и межличностной чувствительностью

CP6803

Наталья Польская, Анна Басова, Анна Разваляева, Дарья Якубовская, Наталья Власова, Анна Абрамова

ОБЗОР

Фармакологические стратегии модуляции аппетита при расстройствах пищевого поведения: нарративный обзор литературы

CP6150

Михаил Попов, Ольга Лепик, Владимир Козловский, Юрий Попов

Распространенность расстройств пищевого поведения у пациентов с биполярным расстройством: обзор предметного поля

CP6338

Яна Яковлева, Евгений Касьянов, Галина Мазо

МНЕНИЕ

Перспектива включения нутрициолога в полипрофессиональную команду при работе с людьми с расстройствами пищевого поведения в Российской Федерации

CP6136

Анна Камитова

ИНФОРМАЦИЯ

Прегорексия: стратегия психотерапии при расстройстве пищевого поведения у беременных женщин

CP6642

Наталья Фомичева

СПЕЦИАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Организация психиатрической помощи в Болгарии: социалистическое наследие и дальнейшие перспективы

CP8631

Дроздстой Стоянов, Владимир Наков

ИСТОРИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

История окружных психиатрических больниц в России

CP6137

Дмитрий Целищев, Михаил Черняев



ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

Я рад представить еще один тематический номер журнала Consortium Psychiatricum, посвященный расстройствам пищевого поведения.

Пользуясь возможностью, хочу поблагодарить профессора Скугаревского Олега, который любезно согласился выступить в качестве приглашенного редактора этого выпуска журнала и поделиться с нами своим опытом в области расстройств пищевого поведения. Также хочу поблагодарить всех авторов, которые прислали нам свои работы. Я считаю, что итоговый состав статей, отобранных для публикации, охватывает практически все важные аспекты проблемы, обсуждаемой в этом номере журнала.

Мы представляем вам пять оригинальных научных статей, в которых обсуждаются факторы риска расстройств пищевого поведения среди девочек; суицидальное поведение и несуйцидальные самоповреждения у пациентов с расстройствами пищевого поведения; роль метакогнитивных процессов в развитии симптомов у пациентов с анорексией и булимией, а также качественное исследование восприятия расстройств пищевого поведения врачами общей практики. В журнал также вошли два обзора: один посвящен фармакологическим стратегиям модуляции аппетита при расстройствах пищевого поведения, а другой — распространенности расстройств пищевого поведения у пациентов с биполярным расстройством. Две небольшие статьи привлекают наше внимание к темам, не столь широко обсуждаемым, но все же весьма актуальным для практики: расстройствам пищевого поведения у женщин во время беременности и перспективе включения нутрициолога в многопрофильную команду специалистов, ведущих пациента с расстройством пищевого поведения. Мы продолжаем публиковать статьи по организации амбулаторной психиатрической помощи в мире, на этот раз представлен опыт Болгарии. Продолжается рубрика, начатая в предыдущем номере, которая знакомит нас с историей психиатрических больниц и учреждений. Я надеюсь, что эта тема будет интересна нашим читателям, поскольку она выходит за рамки конкретного учреждения, позволяет осмыслить эпоху и заглянуть в историю психиатрии, на этот раз на примерах нескольких окружных психиатрических больниц Российской империи XIX–XX веков.

Приятного прочтения!

Георгий Петрович Костюк

Главный редактор, Consortium Psychiatricum



ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

Позвольте выразить восхищение самой идеей подготовки тематического номера журнала, посвященного проблеме нарушений пищевого поведения. Привлекательность выбранной тематики определяется, прежде всего, интеграцией в рамках этой группы расстройств биологических нарушений, появляющихся и резонирующих в ответ на психосоциальные вызовы субъекта. Манифестируя, прежде всего, как «рукотворное» расстройство, девиантное пищевое поведение, неизменно, ставит вопрос о «границах ответственности» психологических факторов его опосредующих, с одной стороны, и биологических механизмов, лежащих в основе его предрасположенности и тяжелых биологических последствий и осложнений, — с другой.

Феноменология нарушений пищевого поведения в парадигме биопсихосоциального подхода бросает вызов системе здравоохранения, тестируя ее на предмет готовности интеграции с нейронауками. С точки зрения клинического подхода в психиатрии, отклоняющееся от нормативного пищевое поведение в полной мере может рассматриваться сквозь призму трансдиагностических феноменов. При этом как его манифестные, так и развернутые клинические проявления могут представлять собой «входные ворота» для так называемых «серьезных психических расстройств» (например, расстройства шизофренического спектра, психотические расстройства аффективного спектра), затрудняя их диагностику, усложняя лечебные стратегии и усугубляя прогноз. В то же время, представляя собой проявления нарушений гедонистических механизмов и контроля импульсивности, нарушения пищевого поведения определяют повышенный суицидальный риск, что зачастую влияет на стратегию оказания помощи такому контингенту.

Подборка статей в данном номере уникальным образом смогла объединить эти контексты. Публикации обогащают представление о континууме феноменологии отклоняющегося пищевого поведения от доклинических его проявлений в популяционном масштабе до клинически выраженных состояний. Особого внимания, на наш взгляд, заслуживает материал, касающийся дисперсии взглядов врачей общей практики на обсуждаемую феноменологию с позиции культуральных особенностей, характерных для жителей Кыргызской республики. Перинатальные риски девиантного пищевого поведения обсуждаются с позиции разработки стратегий психотерапевтической помощи.

Позвольте выразить надежду на то, что погружение в уникальные разработки и дискуссию по различным аспектам отклоняющегося от нормативного пищевого поведения позволит обогатить реальную практику специалистов и будет содействовать их профессиональному росту.

Олег Алексеевич Скугаревский

Заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета

Парадоксальное опосредующее влияние процессов метапознания на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни у пациентов с анорексией и булимией

The paradoxical moderating effects of metacognition in the relationships between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life in anorexia and bulimia

doi: 10.17816/CP6139

Оригинальное исследование

Cassi R Springfield¹, Kelsey A Bonfils¹,
Nikita Chernov², Tatyana Moiseeva²,
Marta Sozinova², Nadezhda Dmitryeva²,
Paul H Lysaker^{3,4}, Olga Karpenko², George Kostyuk²

¹ University of Southern Mississippi, Hattiesburg, USA

² Mental-health clinic No. 1 named after N.A. Alexeev,
Moscow, Russia

³ Richard L Roudeshush VA Medical Cent, Indianapolis, USA

⁴ Indiana University School of Medicine, Indianapolis, USA

Кэйсси Спрингфилд¹, Келси Бонфилс¹,
Никита Чернов², Татьяна Моисеева²,
Марта Созинова², Надежда Дмитриева²,
Пол Лайсакер^{3,4}, Ольга Карпенко²,
Георгий Костюк²

¹ Университет Южного Миссисипи, Хаттисберг, США

² ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1
им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города
Москвы», Москва, Россия

³ Медицинский центр им. Ричарда Л. Рудебуша по делам
ветеранов, Индианаполис, США

⁴ Университет Индианы, Индианаполис, США

ABSTRACT

BACKGROUND: Self-esteem and depressive symptoms contribute to a lower quality of life in people suffering from eating disorders. However, limited research has examined whether other factors may affect how these variables influence one another over time. Metacognition is a previously unexplored determinant that may impact the relationships between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life in instances of eating disorders.

AIM: This study sought to examine metacognitive self-reflectivity and mastery as moderators of the relationships between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life and to determine if these relationships are different in people with anorexia compared with people with bulimia.

METHODS: Participants with anorexia ($n=40$) and bulimia ($n=40$) were recruited from outpatient clinics. The participants were assessed on their metacognitive ability and self-reported on measures to assess their depressive symptoms, self-esteem, and quality of life.

RESULTS: The results indicate that metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life in people with anorexia such that when self-reflectivity is high, lower self-esteem

and higher depressive symptoms are associated with a lower quality of life. These relationships did not appear to be significant when self-reflectivity was low. In contrast, in the anorexia and bulimia groups, metacognitive mastery appeared to moderate the relationships between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life such that when mastery was low, lower self-esteem and higher depressive symptoms were associated with a lower quality of life. These relationships did not appear significant when mastery was high.

CONCLUSION: Metacognitive self-reflectivity and mastery seem to play paradoxical moderating roles in the relationships between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life in people with anorexia and bulimia. These findings pave the way toward further research and have important clinical implications.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Уровень самооценки и наличие симптомов депрессии способствуют снижению качества жизни при расстройствах пищевого поведения. Тем не менее, лишь ограниченное число работ посвящено вопросу влияния различных факторов на динамику данной взаимосвязи. Определяющую роль во взаимосвязях самооценки, симптомов депрессии и качества жизни при расстройствах пищевого поведения могут играть ранее не исследованные процессы метапознания.

ЦЕЛЬ: Изучить процессы метапознания — способность к саморефлексии и мастерство — как факторы, которые могут опосредовать связь самооценки, симптомов депрессии и качества жизни, и выявить возможные различия этих процессов между группами пациентов с анорексией и с булимией.

МЕТОДЫ: В исследование были включены пациенты с анорексией ($n=40$) и булимией ($n=40$), получавшие лечение в амбулаторных условиях. Исследователи проводили оценку их способностей к метапознанию; также участники самостоятельно заполняли опросники, касающиеся депрессивных симптомов, самооценки и качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Результаты демонстрируют, что саморефлексия опосредует взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни у пациентов с анорексией: при высоком уровне способности к саморефлексии низкая самооценка и выраженные симптомы депрессии ассоциированы с ухудшением качества жизни. При низкой способности к саморефлексии данная связь не была статистически значимой. При этом мастерство в группах с анорексией и с булимией оказывает влияние на взаимосвязь самооценки, симптомов депрессии и качества жизни: низкая самооценка и выраженные симптомы депрессии были ассоциированы с ухудшением качества жизни при низком уровне мастерства. Данная связь не была статистически значимой при высоком уровне мастерства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Процессы метапознания, такие как способность к саморефлексии и мастерство, оказывают парадоксальное влияние на взаимосвязи между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни у пациентов с анорексией и булимией. Эти результаты открывают перспективы для дальнейших исследований и имеют важное клиническое значение.

Keywords: *eating disorders; self-reflectivity; bulimia; anorexia; metacognitive mastery*

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения; способность к саморефлексии; булимия; анорексия; метакогнитивное мастерство*

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства пищевого поведения (РПП), в т.ч. анорексия и булимия, сочетаются с широким спектром нарушений психологических функций, которые, наряду с симптомами РПП, могут снижать качество жизни

в ряде сфер [1, 2]. Двумя наиболее изученными на сегодняшний день психологическими феноменами, которые сочетаются с РПП, являются низкая самооценка и симптомы депрессии. Так было установлено, что низкая самооценка является важным фактором риска

развития и персистенции РПП [3, 4] и связана с неблагоприятными исходами [5]. Симптомы депрессии (например, плохое настроение, снижение интереса или удовольствия от повседневной деятельности, беспричинное чувство вины и т.д.) также были связаны с неблагоприятными исходами у лиц с РПП [6, 7]. Хотя это исследование позволило получить более полную картину, отражающую динамику взаимосвязей между низкой самооценкой, симптомами депрессии и ухудшением качества жизни при РПП, остается неясным, влияют ли на эти взаимосвязи другие психологические показатели. В связи с этим, необходимо провести исследование для выявления возможных определяющих факторов этих взаимосвязей у лиц с РПП, чтобы лучше понять причины ухудшения качества жизни и определить вероятные механизмы, на которые может быть направлено лечение.

Одной из возможных групп психологических процессов, которая может влиять на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни, является метапознание. Под метапознанием в широком смысле понимают процесс размышления о своих собственных мыслях, их контроле и регулировании, который может включать отношение к привычным мыслительным процессам, отслеживание ошибок, а также формирование ощущения целостности личности, как собственной, так и других людей [8]. По мере увеличения количества исследований в этой области было высказано предположение о том, что метакогнитивные процессы лежат не только в основе принятия решений об отдельных действиях, но и позволяют формировать более широкое и переменчивое ощущение себя и других как отдельных личностей [9]. Исходя из этого, было выдвинуто предположение о том, что метакогнитивный дефицит, в частности, трудности формирования интегрированного ощущения своей собственной личности или других, представляют собой трансдиагностический феномен, влияющий на качество жизни при различных видах психических расстройств, включая шизофрению, депрессию, биполярное расстройство, посттравматический стресс и расстройства личности [2, 10]. В этой работе показано, что метакогнитивные способности могут быть сложным образом взаимосвязаны с качеством жизни, позволяя людям осознавать реальность проблем, с которыми они сталкиваются, а также потенциально переживать чувство опустошения от потери [11–13].

Что касается РПП, в предшествующей публикации было высказано предположение о нарушении процессов метапознания у таких пациентов [14–17]. В частности, в одном из исследований был выявлен значимый метакогнитивный дефицит, более выраженный при анорексии, чем при булимии [18]. Также в исследовании было показано, что снижение способности к метапознанию являлось предиктором более выраженных общих психопатологических симптомов при булимии (например, продуктивных психозов, негативных психических проявлений, когнитивных симптомов и враждебности) и более высокой степени неупорядоченного пищевого поведения при анорексии. Полученные в исследовании данные повышают вероятность того, что при РПП способности к метапознанию могут так же, как и при других заболеваниях, влиять на качество жизни, и это поможет нам понять то, как самооценка и симптомы депрессии связаны с качеством жизни как в целом, так и в частности, при определенной форме РПП.

Чтобы изучить этот вопрос, в данном исследовании определяли, влияют ли два процесса метапознания (способность к саморефлексии и метакогнитивное мастерство) на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни при РПП. Первый из этих процессов, саморефлексия, отражает способность определять и различать собственные психические переживания, включая мысли и эмоции, и осмысленно обобщать эти переживания для формирования все более сложных представлений о собственной личности [19]. Одним из способов, которым эта способность может повлиять на взаимосвязь между низкой самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни, является способность лиц с более высоким уровнем саморефлексии лучше видеть связь между эмоциональным дистрессом и общей картиной своей жизни. Это согласуется с результатами исследования, в котором участвовали лица, страдающие обсессивно-компульсивными расстройствами. Было показано, что более высокий уровень рефлексии в отношении когнитивных процессов может быть связан с усилением негативной оценки навязчивых мыслей и повышением их значимости [20]. Это можно рассматривать как аналогию так называемого депрессивного реализма у людей в целом или парадокса инсайта при психозе: когда более высокий уровень инсайта увеличивает дистресс [21].

Вторым процессом метапознания является метакогнитивное мастерство. Под мастерством понимают способность осмысливать психосоциальные трудности и в последующем применять метакогнитивные знания о себе и других для выбора наиболее эффективной реакции на них. В то время как саморефлексия может способствовать снижению качества жизни за счет низкой самооценки и симптомов депрессии, мастерство может оказывать противоположный эффект. При более высоком уровне мастерства человек с большей вероятностью сможет осмыслить и справиться с переживаниями, связанными с низкой самооценкой и симптомами депрессии, и достичь относительно более высокого качества жизни. Этот вывод подтвердили в исследованиях психоза, показавших, что у лиц с более высоким уровнем мастерства симптомы менее разрушительны [22], и что оно в целом связано с более высоким уровнем качества жизни в динамике [23]. Кроме того, способность к саморефлексии и мастерство были определены как модерирующие переменные при других расстройствах, включая расстройства шизофренического спектра, биполярные расстройства и большое депрессивное расстройство [22, 24].

Для изучения этих вопросов мы оценили самооценку, симптомы депрессии, процессы метапознания — способность к саморефлексии и мастерство, а также некоторые аспекты качества жизни у взрослых пациентов с двумя формами РПП: анорексией и булимией. Мы выбрали два этих заболевания в связи с тем, что несмотря на то, что низкая самооценка, симптомы депрессии и низкое качество жизни являются характерными чертами обоих расстройств, тем не менее были выявлены различные факторы риска и поддерживающие механизмы, а процессы метапознания, как минимум по предварительным данным, характеризуются различными коррелятами при каждом расстройстве [18].

В этом исследовании было две основных цели. Во-первых, мы хотели выяснить, оказывают ли способность к саморефлексии и мастерство опосредующее влияние на взаимосвязь между самооценкой и качеством жизни, а также между симптомами депрессии и качеством жизни. Как описано выше, были выдвинуты конкурирующие гипотезы о роли саморефлексии и мастерства в этих взаимосвязях, поэтому мы хотели выяснить, усиливают или ослабляют

способность к саморефлексии и мастерство отрицательное влияние низкой самооценки, симптомов депрессии на показатели качества жизни. Во-вторых, мы хотели изучить, различаются ли эти взаимосвязи между различными диагностическими группами (анорексии и булимией).

МЕТОДЫ

Участники

В исследовании участвовали взрослые пациенты с установленной анорексией ($n=40$) и булимией ($n=40$). Участников отбирали в консультативно-диагностическом отделении ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», куда их направлял лечащий врач. Участники не соответствовали критериям включения в исследование, если они страдали зависимостью от алкоголя или наркотических веществ, либо неврологическими заболеваниями, при госпитализации в течение предшествующего месяца, а также при неспособности дать информированное согласие.

Показатели

Для определения способности к метапознанию использовали сокращенную шкалу оценки метапознания (Metacognition Assessment Scale-Abbreviated, MAS-A) [25]. Балл по шкале MAS-A определяли на основании записей, полученных в ходе беседы с пациентом с использованием инструмента Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII) [26], представляющим собой полуструктурированное интервью, в ходе которого пациента просили рассказать о своей жизни в целом и о понимании психического заболевания, которым он страдает. Определяли общий балл по шкале MAS-A, а также баллы по четырем ее подшкалам: саморефлексия, рефлексия в отношении других, децентрация и мастерство [19]. Для целей настоящего исследования мы выбрали подшкалы саморефлексии и мастерства. Диапазон значений балла по обоим подшкалам составлял от 0 до 9. Более высокий балл по подшкале оценки саморефлексии свидетельствовал о более выраженной способности к осмыслению и интеграции собственных мыслей и эмоций на все более высоком уровне интеграции, но не фрагментации. Более высокие баллы по подшкале оценки мастерства отражали способность находить все более индивидуализированные и тонкие способы понимания

и эффективного реагирования на психосоциальные трудности. В этом исследовании применяли русскоязычные версии инструмента IPИИ и шкалы MAS-A, которые ранее использовали для оценки метапознания в выборках российских пациентов [27].

Шкала самоуважения Розенберга (RSES) [28] состоит из 10 вопросов, предназначена для самостоятельного заполнения и определяет общую самооценку. Варианты ответа представлены по четырехбалльной шкале Лайкерта от «полностью согласен» (4) до «полностью не согласен» (1). Общий балл представляет собой сумму всех баллов. Более высокие показатели свидетельствовали о более высокой самооценке. Шкала депрессии Бека-II (Beck Depression Inventory-II, BDI-II) [29] представляет собой шкалу для самостоятельного заполнения, состоящую из 21 пункта и оценивающую выраженность симптомов депрессии. Варианты ответа на каждый вопрос представлены по четырехбалльной шкале Лайкерта от 0 до 3, при этом более высокий балл указывает на более выраженные симптомы депрессии. Общий балл представляет собой сумму баллов по каждому пункту (диапазон от 0 до 63).

Опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL) [30] состоит из 100 вопросов, оценивающих качество жизни в шести сферах: психологическое благополучие, физическое здоровье, окружающая среда, уровень независимости, социальные отношения, а также духовные, религиозные и личные убеждения. Для ответа на каждый вопрос используется шкала Лайкерта с диапазоном от 1 до 5 баллов, при этом более высокое значение соответствовало более высокому качеству жизни.

Процедуры

Процедуры были одобрены этическим комитетом ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ». После получения информированного согласия проводили клиническое диагностическое интервью для подтверждения диагноза. Диагнозы определяли в соответствии с МКБ-10. Затем обученный интервьюер опрашивал пациента с применением инструментов IPИИ, RSES, BDI-II и WHOQOL. Интервью, проведенные с помощью инструмента IPИИ, записывали, а затем оценивали специалисты, обученные автором шкалы MAS-A (PL). Специалисты, прово-

дящие оценку по шкале MAS-A, не были осведомлены о результатах применения других инструментов. Применяли русскоязычные версии всех инструментов.

Статистический анализ

Во-первых, во внимание принимали демографические характеристики и средние баллы в каждой группе. Затем определяли коэффициент корреляции r -Пирсона для оценки связи между двумя переменными, которые включали баллы по подшкалам саморефлексии и мастерства MAS-A, шкалам RSES и BDI, опроснику WHOQOL. Для разработки ряда моделей модерации, которые проводили отдельно для двух групп с разными диагнозами, использовали макрос PROCESS [31] в SPSS версии 29.0. Соответствующий предиктор (т.е. балл по шкалам RSES или BDI), представляющий модератор интереса (т.е. балл по подшкалам саморефлексии или мастерства MAS-A), и взаимодействие между этими переменными вводили в отдельные регрессионные модели, прогнозирующие оценки различных сфер опросника WHOQOL (WHOQOL-психологическое благополучие, WHOQOL-социальные отношения, WHOQOL-физическое здоровье, WHOQOL-независимость, WHOQOL-окружающая среда, WHOQOL-духовность). Наличие опосредующего влияния устанавливали, если взаимодействие было статистически значимым и значимо улучшало регрессионную модель. Значимые взаимодействия визуализировали с помощью методики pick-a-point [32], а для определения значения модераторной переменной (балл по подшкалам саморефлексии или мастерства MAS-A), при котором изменялась значимость связи между баллами по шкалам RSES, BDI и оценками различных сфер опросника WHOQOL, использовали процедуру Джонсона-Неймана [33].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все участники были женского пола ($n=80$). В общей выборке средний возраст участниц составлял 24,01 года ($SD=5,22$), различий в возрасте между группами пациенток с анорексией (средний возраст — 23,95 года; $SD=4,87$) и булимией (средний возраст — 24,08 года; $SD=5,60$) не было. Средние баллы и корреляции представлены в табл. 1. Балл по подшкале саморефлексии MAS-A был незначимо связан с баллами по шкалам RSES, BDI или оценкам различных сфер опросника WHOQOL в обеих диагностических группах.

Таблица 1. Средние значения, стандартные отклонения и корреляция по диагностическим группам

Анорексия (n=40)										
	Среднее значение (SD)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
RSES	25,08 (3,97)									
BDI	15,05 (10,27)	-0,21								
Подшкала саморефлексии MAS-A	3,31 (0,49)	0,04	0,03							
Подшкала мастерства MAS-A	2,23 (0,48)	0,09	0,02	0,29						
WHOQOL-социальные отношения	35,98 (5,03)	0,51***	-0,40**	-0,22	0,06					
WHOQOL-физическое здоровье	40,03 (6,73)	0,50***	-0,43**	-0,04	0,12	0,56***				
WHOQOL-независимость	60,38 (10,68)	0,19	-0,14	-0,07	0,003	0,43**	0,38*			
WHOQOL-окружающая среда	96,13 (14,47)	0,70***	-0,33*	-0,16	0,20	0,57***	0,68***	0,38*		
WHOQOL-духовность	14,13 (3,80)	0,46**	-0,34*	-0,14	0,22	0,54***	0,54***	0,13	0,61***	
WHOQOL-психологическое благополучие	54,68 (11,74)	0,54***	-0,48**	0,02	-0,07	0,59***	0,70***	0,21	0,58***	0,53***
Булимия (n=40)										
	Среднее значение (SD)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
RSES	25,28 (6,54)									
BDI	11,75 (9,92)	-0,19								
Подшкала саморефлексии MAS-A	4,11 (0,46)	-0,22	0,13							
Подшкала мастерства MAS-A	3,0 (0,68)	-0,16	0,03	0,49***						
WHOQOL-социальные отношения	40,60 (7,38)	0,18	-0,45**	0,03	-0,03					
WHOQOL-физическое здоровье	37,15 (8,54)	0,23	-0,37*	-0,26	-0,35*	0,33*				
WHOQOL-независимость	58,40 (11,06)	0,06	-0,36*	-0,14	-0,28	0,16	0,62**			
WHOQOL-окружающая среда	100,48 (10,84)	0,34*	-0,46**	-0,16	-0,13	0,39*	0,57**	0,46**		
WHOQOL - духовность	14,65 (3,09)	0,15	-0,45**	-0,14	-0,16	0,54**	0,06	0,04	0,07	
WHOQOL-психологическое благополучие	60,63 (13,98)	0,31	-0,63***	-0,13	-0,18	0,60***	0,63***	0,45**	0,63***	0,46**

Примечание: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Более высокий балл по подшкалам саморефлексии и мастерства MAS-A соответствовал более высокому уровню метапознания. Более высокий балл по шкале RSES соответствовал более высокой самооценке. Более высокий балл по шкале BDI соответствовал более выраженным симптомам депрессии. Более высокий балл при оценке различных сфер опросника WHOQOL указывал на более высокое качество жизни. RSES — шкала самоуважения Розенберга; BDI — шкала депрессии Бека-II; подшкала саморефлексии MAS-A — подшкала для оценки саморефлексии сокращенной шкалы оценки метапознания; подшкала мастерства MAS-A — подшкала для оценки мастерства сокращенной шкалы оценки метапознания; WHOQOL-социальные отношения — сфера «Социальные отношения» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL-физическое здоровье — сфера «Физическое здоровье» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL-независимость — сфера «Уровень независимости» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL-окружающая среда — сфера «Окружающая среда» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL-духовность — сфера «Духовные, религиозные и личные убеждения» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL-психологическое благополучие — сфера «Психологическое благополучие» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни.

В группе пациенток с булимией балл по подшкале мастерства MAS-A значимо коррелировал с оценкой WHOQOL-физическое здоровье ($r=-35$, $p=0,03$). Другие корреляции между баллами по подшкале мастерства MAS-A, шкалам RSES, BDI или оценками какой-либо сферы опросника WHOQOL не были значимыми в обеих диагностических группах.

Анализ модерации: саморефлексия

Результаты анализа модерации для саморефлексии в группе пациенток с анорексией представлены в табл. 2. Были обнаружены значимые взаимодействия в моделях модерации, оценивающих взаимосвязь между баллами по шкале RSES и оценками сфер WHOQOL (социальные отношения, физическое здоровье, независимость). В целом было показано, что при высоком уровне способности к саморефлексии более низкая самооценка ассоциирована с ухудшением качества жизни. При низкой способности к саморефлексии эти взаимосвязи становились статистически незначимыми. Показатели Джонсона-Неймана были сходными. Для сферы WHOQOL-социальные отношения значимую связь наблюдали при оценке способности к саморефлексии, равной 3,06 балла или выше (32,5% выборки), а для сферы WHOQOL-физическое здоровье — при оценке, равной 3,13 балла или выше (32,5%). Для сферы WHOQOL-независимость значимую связь наблюдали при оценке способности к саморефлексии, равной 3,63 и более балла (25%). Кроме того, способность к саморефлексии оказывала значимое опосредующее влияние на взаимосвязь между баллом по шкалам RSES и оценкой сферы WHOQOL-окружающая среда. На всех уровнях способности к саморефлексии более низкая самооценка была связана с ухудшением качества жизни, однако эффект был более выраженным, когда способность к саморефлексии была высокой. При использовании процедуры Джонсона-Неймана не было обнаружено статистически значимых точек перехода (графики этих взаимодействий представлены на рис. 1). В моделях, изучающих взаимосвязь между баллами по шкале RSES и оценками сфер WHOQOL-психологическое благополучие или WHOQOL-духовность, не было выявлено значимых взаимодействий.

Что касается симптомов депрессии, у лиц с анорексией способность к саморефлексии оказывала статистически значимое опосредующее влияние на взаимосвязь между баллами по шкале BDI

и оценкой WHOQOL-духовная сфера (рис. 1). В модели, исследующей взаимосвязь между баллами по шкале BDI и оценкой сферы WHOQOL-окружающая среда, взаимодействие приближалось к уровню статистической значимости ($p=0,057$). В обеих моделях при высоком уровне способности к саморефлексии более высокие баллы по шкале BDI сопровождалась более низкой оценкой WHOQOL, в то время как при более низком уровне способности к саморефлексии взаимосвязь была статистически незначимой. Для сферы WHOQOL-окружающая среда значимую связь наблюдали при оценке способности к саморефлексии, равной 3,31 балла или выше (32,5%), а для сферы WHOQOL-духовность — при оценке, равной 3,29 балла или выше (32,5%). В моделях, изучающих взаимосвязь между баллами по шкале BDI и всеми другими сферами WHOQOL, взаимодействия были статистически незначимыми.

Анализ модерации повторили для группы пациенток с булимией. В моделях модерации, оценивающих взаимосвязь между баллами по шкале RSES и оценками сфер WHOQOL (психологическое благополучие, социальные отношения, физическое здоровье, окружающая среда, независимость или духовность), не было обнаружено значимых взаимодействий. Аналогичным образом значимых взаимодействий не выявили в моделях, изучающих взаимосвязь между баллами по шкале BDI и оценками всех сфер WHOQOL.

Анализ модерации: мастерство

Результаты анализа модерации, оценивающего мастерство, представлены в табл. 3. В группе пациенток с анорексией уровень мастерства оказывал статистически значимое опосредующее влияние на взаимосвязь между баллами по шкале RSES и оценкой сферы WHOQOL-социальные отношения. При более низком уровне мастерства более низкий балл по шкале RSES сочетался с более низкими оценками сфер WHOQOL, а при более высоком уровне мастерства эти связи были статистически незначимыми. Показатели Джонсона-Неймана указывали на статистическую значимость этих взаимосвязей при оценке мастерства, равной 2,27 и менее (75% выборки). В моделях, изучающих взаимосвязь между баллами по шкале RSES и всеми другими сферами WHOQOL, взаимодействия были статистически незначимыми. Аналогичным образом, в группе

Таблица 2. Результаты оценки статистически значимого опосредующего влияния способности к саморефлексии при анорексии

Анорексия				
Переменная	Коэффициент	SE	t	p
Модели самооценки				
WHOQOL–социальные отношения: $R^2=0,40$, $F=7,91$, $p < 0,001$				
Константа	84,73	27,16	3,12	0,004
Самооценка	-1,67	1,09	-1,53	0,135
Саморефлексия	-19,12	7,84	-2,44	0,020
Взаимодействие: изменение $R^2=0,08$	0,68	0,31	2,16	0,037
WHOQOL–физическое здоровье: $R^2=0,37$, $F=7,12$, $p < 0,001$				
Константа	114,45	37,15	3,08	0,004
Самооценка	-2,94	1,49	-1,97	0,057
Саморефлексия	-27,98	10,72	-2,61	0,013
Взаимодействие: изменение $R^2=0,12$	1,11	0,43	2,57	0,014
WHOQOL–окружающая среда: $R^2=0,62$, $F=19,68$, $p < 0,001$				
Константа	233,47	62,0	3,77	<0,001
Самооценка	-4,90	2,49	-1,97	0,057
Саморефлексия	-59,04	17,89	-3,30	0,002
Взаимодействие: изменение $R^2=0,10$	2,18	0,72	3,04	0,004
WHOQOL–независимость: $R^2=0,17$, $F=2,49$, $p=0,07$				
Константа	210,10	67,64	3,11	0,004
Самооценка	-5,88	2,72	-2,16	0,037
Саморефлексия	-47,45	19,51	-2,43	0,020
Взаимодействие: изменение $R^2=0,13$	1,86	0,78	2,38	0,023
Модели симптомов депрессии				
WHOQOL–окружающая среда: $R^2=0,21$, $F=3,24$, $p=0,03$				
Константа	70,55	28,04	2,52	0,017
Симптомы депрессии	2,49	1,51	1,65	0,108
Саморефлексия	9,68	8,36	1,16	0,255
Взаимодействие: изменение $R^2=0,08$	-0,88	0,45	-1,97	0,057†
WHOQOL–духовность $R^2=0,23$, $F=3,58$, $p=0,02$				
Константа	6,22	7,28	0,85	0,399
Симптомы депрессии	0,70	0,39	1,78	0,084
Саморефлексия	2,93	2,17	1,35	0,185
Взаимодействие: изменение $R^2=0,10$	-0,25	0,12	-2,12	0,041

Примечание: † — взаимодействие приближалось к статистически значимому уровню. WHOQOL–социальные отношения — сфера «Социальные отношения» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL–физическое здоровье — сфера «Физическое здоровье» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL–окружающая среда — сфера «Окружающая среда» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL–независимость — сфера «Уровень независимости» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL–духовность — сфера «Духовные, религиозные и личные убеждения» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни.

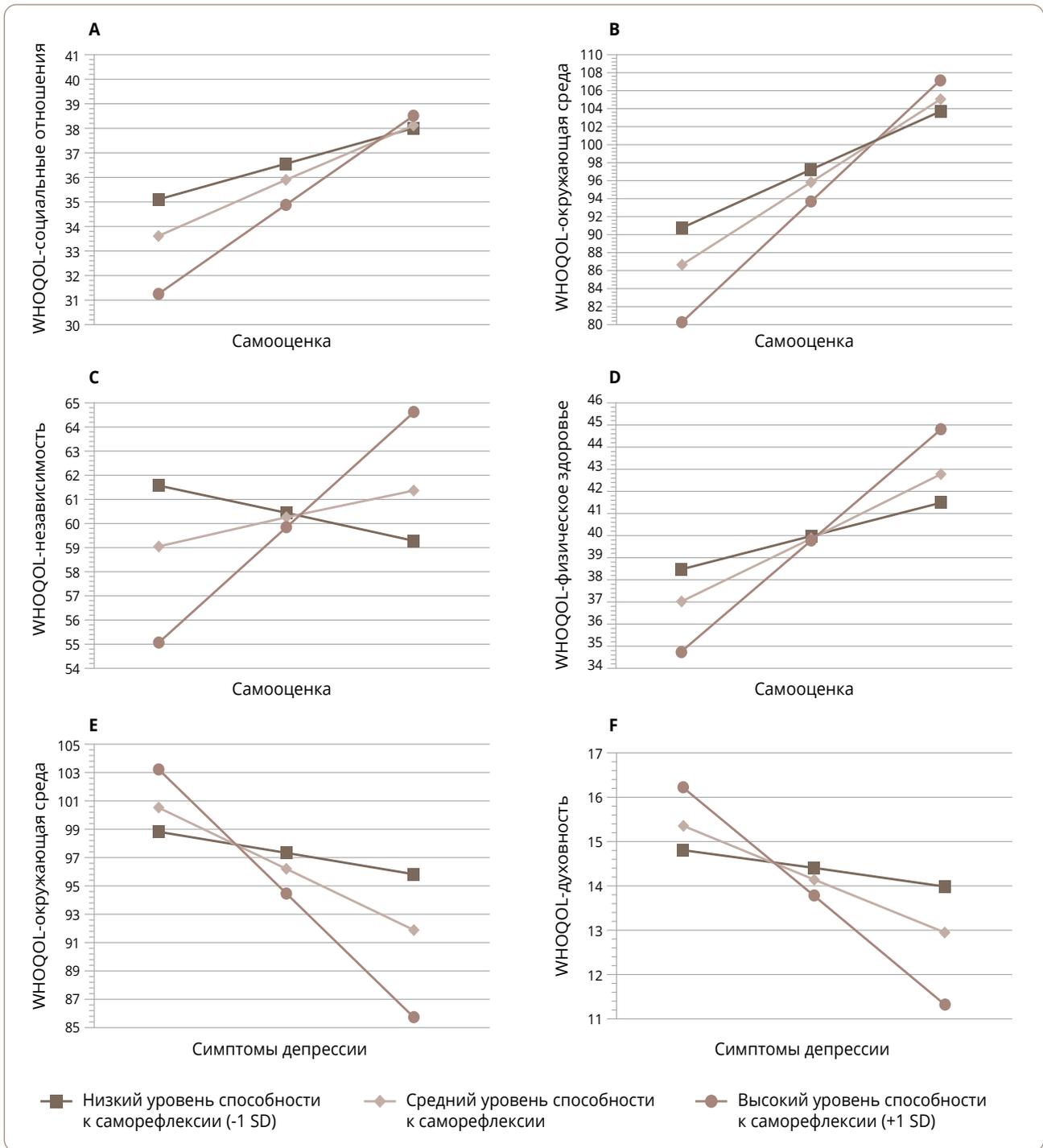


Рисунок 1. Визуализация опосредующего влияния саморефлексии на взаимосвязь между самооценкой, депрессивными симптомами и показателями качества жизни (WHOQOL) в группе больных анорексией.

пациенток с анорексией не выявили статистически значимых взаимодействий в моделях, изучающих взаимосвязь между баллами по шкале BDI и оценками всех сфер WHOQOL.

Анализ модерации, оценивающий влияние мастерства, затем повторили в группе пациенток с булимией.

В моделях, изучающих балл по шкале RSES и оценки сфер WHOQOL-физическое здоровье, WHOQOL-психологическое благополучие и WHOQOL-окружающая среда, были выявлены статистически значимые взаимодействия. Результаты, полученные во всех моделях, показали, что при более низком уровне мастерства более

Таблица 3. Результаты оценки статистически значимого опосредующего влияния мастерства при анорексии

Булимия				
Переменная	Коэффициент	SE	t	p
Модели самооценки				
WHOQOL–физическое здоровье: $R^2=0,29$, $F=4,97$, $p=0,006$				
Константа	-13,72	22,50	-0,61	0,546
Самооценка	2,37	0,81	2,91	0,006
Мастерство	15,07	7,30	2,06	0,046
Взаимодействие: изменение $R^2=0,14$	-0,72	0,27	-2,69	0,011
WHOQOL–физическое здоровье: $R^2=0,24$, $F=3,73$, $p=0,02$				
Константа	-33,67	38,29	-0,88	0,385
Самооценка	3,88	1,38	2,80	0,008
Мастерство	26,45	12,43	2,13	0,040
Взаимодействие: изменение $R^2=0,13$	-1,11	0,46	-2,43	0,020
WHOQOL–окружающая среда: $R^2=0,28$, $F=4,59$, $p=0,008$				
Константа	15,51	28,90	0,54	0,595
Самооценка	3,36	1,04	3,21	0,003
Мастерство	23,86	9,38	2,54	0,015
Взаимодействие: изменение $R^2=0,15$	-0,95	0,34	-2,76	0,009
Модели симптомов депрессии				
WHOQOL–физическое здоровье: $R^2=0,49$, $F=11,44$, $p=0,001$				
Константа	101,88	12,15	8,39	<0,001
Симптомы депрессии	-2,84	0,89	-3,20	0,003
Мастерство	-10,56	4,05	-2,61	0,013
Взаимодействие: изменение $R^2=0,07$	0,67	0,30	2,26	0,030
Анорексия				
Переменная	Коэффициент	SE	t	p
Модели самооценки				
WHOQOL–социальные отношения: $R^2=0,36$, $F=6,89$, $p < 0,001$				
Константа	-21,60	17,85	-1,21	0,234
Самооценка	2,41	0,75	3,20	0,003
Мастерство	20,99	8,81	2,38	0,023
Взаимодействие: изменение $R^2=0,10$	-0,88	0,37	-2,40	0,022

Примечание: WHOQOL–физическое здоровье — сфера «Физическое здоровье» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL–психологическое благополучие — сфера «Психологическое благополучие» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL–окружающая среда — сфера «Окружающая среда» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL–социальные отношения — сфера «Социальные отношения» опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни.

низкая самооценка была связана с ухудшением качества жизни, однако при высоком уровне мастерства взаимосвязь была статистически незначимой. Показатели Джонсона-Неймана были сходными во всех моделях. Для сферы WHOQOL–физическое здоровье наблюдали значимую взаимосвязь при оценке, равной 2,74 балла

и менее (22,5%), в то время как для сферы WHOQOL–психологическое благополучие значимую связь наблюдали при оценке, равной 2,93 балла и менее (22,5%). Для сферы WHOQOL–окружающая среда взаимосвязь была значимой при оценке уровня мастерства, равной 3,02 балла и менее (77,5%) (графики этих

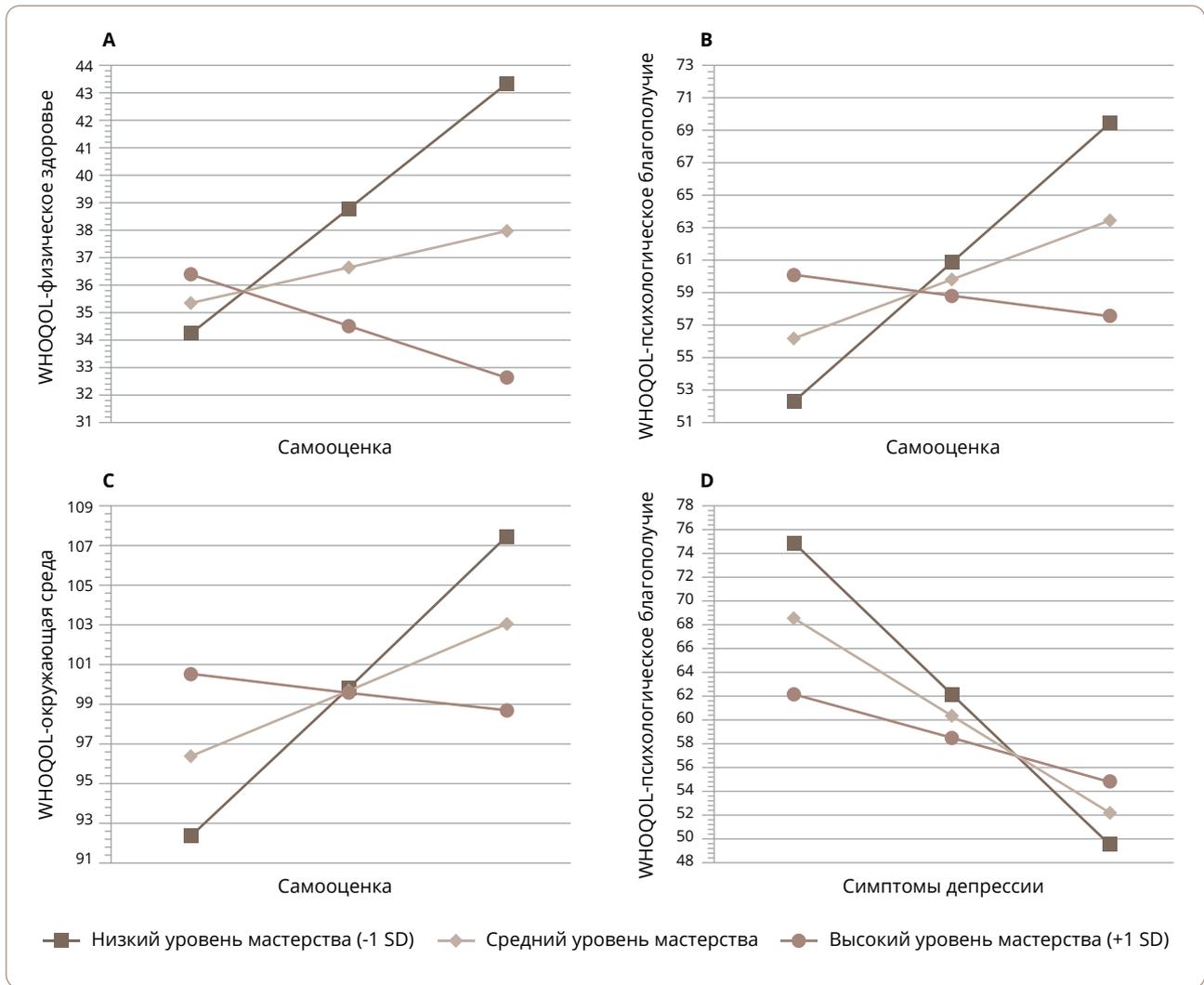


Рисунок 2. Визуализация опосредующего влияния мастерства на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и сферами качества жизни (опросник WHOQOL) в группе пациенток с булимией.

взаимодействий представлены на рис. 2). Были обнаружены значимые взаимодействия в моделях, изучающих взаимосвязь между баллами по шкале RSES и оценками сфер WHOQOL–независимость, WHOQOL–социальные отношения, WHOQOL–духовность.

Что касается симптомов депрессии, в группе пациенток с булимией уровень мастерства оказывал статистически значимое опосредующее влияние на взаимосвязь между баллом по шкале BDI и оценкой сферы WHOQOL–психологическое благополучие (рис. 2). При низком уровне мастерства более высокие баллы по шкале BDI сопровождалась более низкой оценкой WHOQOL, в то время как при более высоком уровне мастерства взаимосвязь была статистически незначимой. При оценке мастерства, равной 3,51 балла и менее (77,50%), наблюдали значимую

взаимосвязь. В моделях, изучающих взаимосвязь между баллами по шкале BDI и всеми другими сферами WHOQOL у пациенток с булимией, взаимодействия были статистически незначимыми.

ОБСУЖДЕНИЕ

Насколько нам известно, данное исследование является первым, в котором изучали, влияют ли такие процессы метапознания, как способность к саморефлексии и мастерство, на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни, и различается ли это влияние у лиц с анорексией или булимией. Как и ожидалось, в группах пациентов с различными РПП способность к саморефлексии и мастерство характеризовались противоположным опосредующим влиянием на взаимосвязи. В группе пациенток

с анорексией, как и ожидалось, способность к саморефлексии оказывала опосредующее влияние на взаимосвязь между самооценкой и качеством жизни. Эта взаимосвязь заключалась в том, что при высоком уровне способности к саморефлексии низкая самооценка сопровождалась ухудшением качества жизни в нескольких сферах. Однако при низкой способности к саморефлексии данная связь не была статистически значимой. Аналогичным образом способность к саморефлексии оказывала опосредующее влияние на взаимосвязь между симптомами депрессии и качеством жизни. Так, при высоком уровне способности к саморефлексии более выраженные симптомы депрессии были ассоциированы с ухудшением качества жизни в нескольких сферах, однако при низкой способности к саморефлексии эта взаимосвязь была статистически незначимой. Важно отметить, что опосредующее влияние было статистически значимым только в группе пациенток с анорексией. В группе пациенток с булимией такие паттерны взаимосвязей выявлены не были. При оценке мастерства в качестве модератора выявили противоположные закономерности. Как и ожидалось, мастерство оказывало статистически значимое опосредующее влияние на взаимосвязь между самооценкой и качеством жизни в обеих группах пациенток с РПП. Эта взаимосвязь заключалась в том, что при низком уровне мастерства низкая самооценка сопровождалась ухудшением качества жизни в нескольких сферах. Однако при высоком уровне мастерства данная взаимосвязь не была статистически значимой. Аналогичным образом, у пациенток с булимией уровень мастерства оказывал статистически значимое опосредующее влияние на взаимосвязь между симптомами депрессии и качеством жизни — более выраженные симптомы депрессии были статистически значимо ассоциированы с ухудшением качества жизни, но только при низком уровне мастерства. Эти результаты свидетельствовали о том, что способность к саморефлексии и метакогнитивное мастерство оказывали противоположное опосредующее влияние, и что эти взаимосвязи различаются при анорексии и булимии.

Наши результаты согласуются с растущим объемом работ, которые подчеркивают важность метапознания при РПП [16] и дополняют недавнюю работу по изучению этих конструкций в рамках интегрированной модели метапознания [18]. Кроме

того, эти результаты увеличивают объем данных, предполагающих, что нарушения способности размышлять о себе и других являются трансдиагностическим феноменом, играющим важную роль для исхода заболевания [2, 10, 34]. Важно отметить, что хотя в обеих диагностических группах способность к саморефлексии и метакогнитивное мастерство не характеризовались устойчивой двусторонней корреляцией с самооценкой, симптомами депрессии или качеством жизни, однако эти процессы метапознания оказывали статистически значимый модулирующий эффект на взаимосвязи между этими показателями. Это согласуется с предыдущими работами, подчеркивающими роль саморефлексии и мастерства как сдерживающих переменных в других популяциях [22, 24], а также развивает теорию о том, что способность человека замечать, различать, интерпретировать и интегрировать различные состояния собственной психики, а также понимать психосоциальные проблемы и эффективно реагировать на них может изменить влияние на него других важных психологических переживаний. Другими словами, структура, в которой человек переживает и осмысливает различные состояния собственной психики, влияет на то, как эти состояния воздействуют на исходы и другие показатели в последующем. Это важный вывод, который предполагает, что в дальнейших исследованиях следует обратить более пристальное внимание на способность к метапознанию при определении дифференцированного воздействия психологических переменных в популяции.

В группе пациенток с анорексией при высоком уровне способности к саморефлексии наблюдали устойчивую и статистически значимую взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и различными аспектами качества жизни, в то время как при низкой способности к саморефлексии эта взаимосвязь была статистически незначимой. Показатели Джонсона-Неймана свидетельствовали о том, что эти статистически значимые изменения преимущественно наблюдались при оценке способности к саморефлексии, равной примерно 3 баллам. При оценке, равной 3 баллам (при диапазоне шкалы от 0 до 9), участницы были способны идентифицировать и отличать различные когнитивные операции (например, мысль, желание, воспоминание), но не обязательно эмоциональные состояния или переживания [25]. Важно отметить,

что способность распознавать изменения психического состояния с течением времени, включать мысли и эмоции в рассказ и осмысленно интегрировать внутренние психические переживания в рассказ о своей жизни наблюдали при гораздо более высоком уровне способности к саморефлексии (5–9 баллов). Это позволяет предположить, что, учитывая средние значения балла, у многих участниц в обеих группах РПП способность к саморефлексии после признания различных когнитивных и эмоциональных психических состояний была ограничена.

Также, напротив, в обеих группах пациенток с РПП статистически значимые взаимосвязи между самооценкой, депрессивными симптомами и аспектами качества жизни наблюдали при низком уровне мастерства, тогда как при высоком уровне мастерства данные взаимосвязи были статистически незначимыми. Показатели Джонсона-Неймана свидетельствовали о том, что эти изменения статистической значимости преимущественно наблюдали при оценке уровня мастерства, равной примерно 3 баллам и менее. При оценке уровня мастерства, равной 3 баллам и ниже, участницы могли быть неспособны идентифицировать и описать психологический дистресс и трудности, либо, если участницы способны идентифицировать ситуацию психологического дистресса, они могут быть неспособны осмысленно реагировать на эти трудности [25]. Способность отвечать на психологические трудности посредством поведенческого торможения, когнитивной реструктуризации и интеграции метакогнитивных знаний о себе и других проявляется на гораздо более высоких уровнях мастерства (5–9 баллов). Как и в случае способности к саморефлексии, учитывая средние баллы оценки уровня мастерства в выборке, у многих наших участниц способности к метапознанию были ограничены, помимо способности идентифицировать и описывать дистресс.

Результаты этого исследования свидетельствовали о том, что низкий уровень способности к саморефлексии может оказывать защитное действие при анорексии, в то время как более высокий уровень мастерства может также играть защитную роль как при булимии, так и при анорексии. Как описано выше, в группе пациенток с анорексией взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни была статистически незначимой при низком

уровне способности к саморефлексии. Таким образом, низкий уровень способности к саморефлексии может компенсировать отрицательное влияние низкой самооценки и симптомов депрессии на качество жизни. Вероятно, более высокий уровень способности к саморефлексии помогает человеку лучше интегрировать свои внутренние переживания, позволяя ему воспринимать ожидаемые отрицательные последствия низкой самооценки и симптомов депрессии (т.е. низкое качество жизни), а также лучше оценивать эти переживания. Лучшее понимание и оценка этих переживаний также открывает пути для возможных вмешательств. Некоторым лицам может быть полезно развивать способность к саморефлексии во время лечения с одновременным наблюдением и поддержкой, чтобы справиться с любым возможным влиянием на исходы, которое может возникнуть по мере развития навыков саморефлексии. Хотя в некоторой степени низкий уровень способности к саморефлексии может играть защитную роль, важно также отметить, что такие люди могут не воспользоваться преимуществами для улучшения качества жизни, которые дают более высокая самооценка или менее выраженные симптомы депрессии. Таким образом, не исключено, что вмешательства, направленные на способность к саморефлексии, в сочетании с вмешательствами, направленными на самооценку и симптомы депрессии, могут улучшать качество жизни, хотя необходимы дополнительные исследования в этой области. Следует отметить, что полученные нами результаты могут просто отражать отсутствие статистической значимости. Это может быть частично связано с ограниченным объемом выборки в анализах модерации. Кроме того, у многих участниц нашего исследования уровень способности к саморефлексии был относительно низким. Для лучшего понимания этих взаимосвязей необходимо повторить это исследование на более крупных выборках с более широким диапазоном уровня способности к саморефлексии.

Напротив, более высокие уровни мастерства могут также играть защитную роль. Во всех группах взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни была статистически незначимой при высоком уровне мастерства, что позволило предположить, что более высокий уровень мастерства может защитить от отрицательного влияния

низкой самооценки и симптомов депрессии на качество жизни, которое наблюдали при низком уровне мастерства. Высокий уровень мастерства может улучшать осмысление, переносимость и ответ на дистресс, связанный с низкой самооценкой и симптомами депрессии, что приводит к повышению качества жизни. Эти результаты свидетельствовали о том, что развитие навыков мастерства может принести пользу лицам с РПП, чтобы уменьшить отрицательное влияние на качество жизни в этих группах. Следует отметить, что у лиц с булимией эти модулирующие взаимосвязи наблюдались постоянно в нескольких сферах качества жизни.

В то же время, в группе пациенток с анорексией лишь одна модель показала статистическую значимость, что указывало на ухудшение качества жизни в сфере социальных отношений при низкой самооценке. Таким образом, влияние мастерства, вероятно, одинаково как при анорексии, так и при булимии. Однако необходимы дальнейшие исследования в этой области. Хотя данные, полученные в нашем исследовании, указывали на то, что способность к саморефлексии и мастерство являются важными модераторными переменными, они также подчеркивали непостоянство этих результатов при разных видах РПП. Действительно, полученные нами результаты указывали на наличие уникальной взаимосвязи со способностью к саморефлексии при анорексии, в то время как при булимии ее не было. Таким образом, наблюдалось опосредующее влияние как на самооценку, так и на симптомы депрессии во многих сферах качества жизни. Полученные нами результаты указывали также на наличие уникальной взаимосвязи с уровнем мастерства при булимии, как для самооценки, так и для симптомов депрессии во многих сферах качества жизни. При анорексии такую взаимосвязь наблюдали непостоянно. Есть несколько возможных объяснений этих различий между анорексией и булимией. Одним из объяснений может быть различие в симптоматике заболеваний. Например, в недавней работе было показано, что при булимии процессы метапознания связаны с рядом общих психопатологических симптомов, в то время как при анорексии процессы метапознания, по-видимому, связаны лишь с неупорядоченным пищевым поведением, и у этих пациентов наблюдались более выраженные нарушения процессов метапознания [18]. Кроме того, различиям

между анорексией и булимией может способствовать уровень инсайта. У лиц с анорексией может наблюдаться значительное снижение уровня инсайта [35, 36], которое может включать неспособность осознать свое заболевание и его симптомы. Недостаточный уровень инсайта при анорексии вызывает значительные клинические последствия, включая уклонение от лечения, плохую приверженность к лечению и затруднения при оценке [37, 38]. Хотя в этом исследовании мы не определяли уровень инсайта, не исключено, что при анорексии способность к саморефлексии связана именно с ним, и что они вместе могут влиять на характерные для этой популяции пациентов способность к осознанию и осмыслению внутренних переживаний, таких как самооценка и симптомы депрессии. Эта теория согласуется с результатами ряда предыдущих работ, в которых использовали другую модель метапознания и обнаружили связь между процессами метапознания и инсайтом при анорексии [35]. Для исследования этого вопроса необходимы дальнейшие исследования.

Существует ряд важных ограничений, которые следует учитывать. Во-первых, выборка включала только женщин, что ограничивает возможность экстраполяции этих результатов на лиц другого пола. Кроме того, объем выборки в каждой диагностической группе был небольшим, что важно учитывать при интерпретации результатов этого исследования. В частности, ограниченный объем выборки в анализе модерации может влиять на статистически незначимую взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни при различных уровнях способности к саморефлексии и мастерства. Необходимы повторные исследования с более крупной выборкой, что может улучшить наше понимание модулирующих взаимосвязей, наблюдаемых в данном исследовании. В этом исследовании не было контрольной группы здоровых лиц для сравнения. Кроме того, мы изучали только взаимосвязи между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни. Недостаточные навыки межличностного общения, нарушение социальных когнитивных функций и личностные особенности связаны с РПП и, как считается, способствуют неблагоприятному исходу заболевания [2, 39]. Процессы метапознания также могут влиять на эти взаимосвязи. Это может стать возможным направлением для

изучения в следующих исследованиях. Кроме того, в объяснении взаимосвязи между процессами метапознания, самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни могут помочь другие переменные. Например, нейрокогнитивное функционирование и эгосинтония, играющие роль при РПП [40, 41], могут влиять на взаимосвязь между процессами метапознания, самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни в этой популяции пациентов. В этом исследовании мы не оценивали данные переменные, но последующее исследование с их включением может улучшить понимание этой взаимосвязи и иметь клиническое значение. Кроме того, данное исследование сосредоточено на двух конкретных процессах метапознания: способности к саморефлексии и мастерству. В последующей работе следует изучить две дополнительные сферы в интегрированной модели метапознания — децентрацию и понимание чужого сознания. И наконец, в данном исследовании все данные были получены одновременно. Поэтому нельзя сделать выводы о причинно-следственной связи или о том, как эти переменные могут взаимодействовать или изменяться с течением времени. Для дальнейшего изучения сложного характера этих взаимосвязей необходимы лонгитюдные исследования.

При получении аналогичных результатов данные, полученные в этом исследовании, могут иметь клиническое значение у лиц с РПП. Во-первых, учитывая различные взаимосвязи между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни при разном уровне способности к саморефлексии и мастерства, процессы метапознания следует оценивать и учитывать при планировании лечения и выборе вмешательств. В частности, у лиц с анорексией вмешательства, направленные на самооценку или симптомы депрессии, могут с меньшей вероятностью положительно повлиять на различные аспекты качества жизни при низкой способности к саморефлексии. Кроме того, вмешательства, направленные на способность к метапознанию, включая индивидуальную метакогнитивную терапию (MERIT, Metacognitive Reflection and Insight Therapy) и метакогнитивную межличностную терапию, можно модифицировать для использования при РПП. Индивидуальная метакогнитивная терапия MERIT была успешно адаптирована в различных культурах для лечения пациентов с психозом [42–45],

а метакогнитивную межличностную терапию адаптировали для лечения расстройств личности [42, 46]. Любое вмешательство можно адаптировать и улучшить для повышения качества жизни пациентов с анорексией или булимией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Насколько нам известно, это первое исследование, в котором изучали опосредующее влияние таких процессов метапознания, как способность к саморефлексии и мастерство, на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни при РПП. Результаты показывают, что данные способности к метапознанию характеризовались парадоксальными взаимосвязями с этими переменными, которые различались у лиц с анорексией и булимией. В частности, было показано, что способность к саморефлексии влияла на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни. При этом низкая самооценка и более выраженные симптомы депрессии были ассоциированы с ухудшением качества жизни при высокой способности к саморефлексии. В этом исследовании такая взаимосвязь наблюдалась только у лиц с анорексией. И наоборот, в обеих группах уровень мастерства оказывал опосредующее влияние на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни, при этом низкая самооценка и выраженные симптомы депрессии были ассоциированы с ухудшением качества жизни, но только при низком уровне мастерства. В следующих работах необходимо продолжать изучение сложной роли способности к саморефлексии и мастерства при РПП. Всестороннее понимание этих взаимосвязей необходимо для обоснования возможных клинических вмешательств.

История публикации:

Статья поступила: 06.04.2023

Статья принята: 16.06.2023

Публикация: 30.06.2023

Вклад авторов: Кэйсси Спрингфилд, Келси Бонфилс и Пол Лайсакер написали первый вариант рукописи, готовили последующие варианты рукописи, разработали идею и цель исследования, подготовили обзор литературы; Кэйсси Спрингфилд и Келси Бонфилс выполнили статистический анализ; Ольга Карпенко, Надежда Дмитриева,

Георгий Костюк, Никита Чернов, Татьяна Моисеева, Марта Созинова разработали дизайн исследования, обзор публикации, идею и цель исследования; Никита Чернов, Татьяна Моисеева, Марта Созинова, Надежда Дмитриева получали данные для анализа.

Финансирование: Статья была написана без дополнительного финансирования.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Спрингфилд К., Бонфилс К., Чернов Н.В., Моисеева Т.В., Созинова М.В., Дмитриева Н.Г., Лайсакер П., Карпенко О.А., Костюк Г.П. Парадоксальное опосредующее влияние процессов метапознания на взаимосвязь между самооценкой, симптомами депрессии и качеством жизни у пациентов с анорексией и булимией // *Consortium Psychiatricum*. 2023. Т.4, №2. СР6139. doi: 10.17816/CP6139

Сведения об авторах

***Кэйсси Спрингфилд**, магистр, аспирант, кафедра психологии, Университет Южного Миссисипи;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1913-3156>

E-mail: Cassi.Springfield@usm.edu

Келси Бонфилс, Ph.D, доцент, кафедра психологии, Университет Южного Миссисипи; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8556-5961>

Никита Владимирович Чернов, заведующий отделением психотерапевтической помощи и социальной реабилитации, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5347-0231>, Scopus Author ID: 83220238152

Татьяна Валентиновна Моисеева, кандидат психол. наук, клинический психолог, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»

Марта Владимировна Созинова, клинический психолог, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4990-8725>

Надежда Геластановна Дмитриева, клинический психолог, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»

***Пол Лайсакер**, PhD, клинический психолог, Медицинский центр им. Ричарда Л. Рудебуша по делам ветеранов; профессор, Университет Индианы. E-mail: plysaker@iupui.edu

Ольга Анатольевна Карпенко, к.м.н., руководитель отдела внешних научных связей, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0958-0596>, Scopus Author ID: 56654984500, RSCI: 9600-0688

Георгий Петрович Костюк, д.м.н., профессор, Главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; главный редактор, *Consortium Psychiatricum*; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>; Scopus Author ID: 57200081884, RSCI: 3424-4544

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. de la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*. 2005;14(6):1511-22. doi: 10.1007/s11136-005-0585-0.
2. Mason TB, Dayag R, Dolgon-Krutolow A, Lam K, Zhang D. A systematic review of maladaptive interpersonal behaviors and eating disorder psychopathology. *Eating Behaviors*. 2022;45:101601. doi: 10.1016/j.eatbeh.2022.101601.
3. Colmsee ISO, Hank P, Bošnjak M. Low self-esteem as a risk factor for eating disorders. *Zeitschrift für Psychologie*. 2021;229(1):48-69. doi: 10.1027/2151-2604/a000433.
4. Mora F, Alvarez-Mon MA, Fernandez-Rojo S, Ortega MA, Felix-Alcantara MP, Morales-Gil I, Rodriguez-Quiroga A, Alvarez-Mon M, Quintero J. Psychosocial factors in adolescence and risk of development of eating disorders. *Nutrients*. 2022;14(7):1481. doi: 10.3390/nu14071481.
5. Björck C, Clinton D, Sohlberg S, Norring C. Negative self-image and outcome in eating disorders: results at 3-year follow-up. *Eating Behaviors*. 2007;8(3):398-406. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.12.002.
6. Fewell LK, Levinson CA, Stark L. Depression, worry, and psychosocial functioning predict eating disorder treatment outcomes in a residential and partial hospitalization setting. *Eating and Weight Disorders*. 2017 Jun;22(2):291-301. doi: 10.1007/s40519-016-0357-6.
7. Mischoulon D, Eddy KT, Keshaviah A, Dinescu D, Ross SL, Kass AE, Franko DL, Herzog DB. Depression and eating disorders: treatment and course. *The Journal of Affective Disorders*. 2011;130(3):470-7. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.043.
8. Moritz S, Lysaker PH. Metacognition — what did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophrenia Research*. 2018;201:20-26. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.001.
9. Lysaker PH, Cheli S, Dimaggio G, Buck B, Bonfils KA, Huling K, Wiesepape C, Lysaker JT. Metacognition, social cognition, and mentalizing in psychosis: are these distinct constructs when it comes to subjective experience or are we just splitting hairs? *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):329. doi: 10.1186/s12888-021-03338-4.
10. Lysaker PH, Minor KS, Lysaker JT, Hasson-Ohayon I, Bonfils K, Hochheiser J, Vohs JL. Metacognitive function and fragmentation in schizophrenia: relationship to cognition, self-experience and developing treatments. *Schizophrenia Research: Cognition*. 2019;19:100142. doi: 10.1016/j.scog.2019.100142.11.
11. Buck KD, Roe D, Yanos P, Buck B, Fogley RL, Grant M, et al. Challenges to assisting with the recovery of personal identity and wellness for persons with serious mental illness: considerations for mental health professionals. *Psychosis*. 2013;5(2):134-43. doi: 10.1080/17522439.2012.699544.
12. Fischer MW, Dimaggio G, Hochheiser J, Vohs JL, Phalen P, Lysaker PH. Metacognitive capacity is related to self-reported

- social functioning and may moderate the effects of symptoms on interpersonal behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disorders*. 2020;208(2):138-142. doi: 10.1097/NMD.0000000000001117.
13. Leonhardt BL, Hamm JA, Belanger EA, Lysaker PH. Childhood sexual abuse moderates the relationship of self-reflectivity with increased emotional distress in schizophrenia. *Psychosis*. 2015;7(3):195-205. doi: 10.1080/17522439.2014.968858.
 14. Aloï M, Rania M, Carbone EA, Caroleo M, Calabrò G, Zaffino P, Nicolò G, Carcione A, Coco GL, Cosentino C, Segura-Garcia C. Metacognition and emotion regulation as treatment targets in binge eating disorder: a network analysis study. *Journal of Eating Disorders*. 2021;9(1):22. doi: 10.1186/s40337-021-00376-x.
 15. Olstad S, Solem S, Hjemdal O, Hagen R. Metacognition in eating disorders: Comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating Behaviors*. 2015;16:17-22. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.10.019.
 16. Palmieri S, Mansueto G, Ruggiero GM, Caselli G, Sassaroli S, Spada MM. Metacognitive beliefs across eating disorders and eating behaviours: a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(5):1254-1265. doi: 10.1002/cpp.2573.
 17. Sun X, Zhu C, So SHW. Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *European Psychiatry*. 2017;45:139-153. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.05.029.
 18. Lysaker PH, Chernov N, Moiseeva T, Sozinova M, Dmitryeva N, Makarova A, Kukla M, Myers E, Karpenko O, Kostyuk G. Contrasting metacognitive, emotion recognition and alexithymia profiles in bulimia, anorexia, and schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2023;211(5):348-354. doi: 10.1097/NMD.0000000000001612.
 19. Lysaker PH, Dimaggio G, Daroyanni P, Buck KD, LaRocco VA, Carcione A, Nicolò G. Assessing metacognition in schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: associations with the Social Cognition and Object Relations Scale. *Psychology and Psychotherapy*. 2010;83(Pt 3):303-15. doi: 10.1348/147608309X481117.
 20. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2003;17(2):181-95. doi: 10.1016/s0887-6185(02)00198-6.
 21. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2007;33(1):192-9. doi: 10.1093/schbul/sbl016.
 22. Faith LA, Lecomte T, Corbière M, Lysaker PH. Metacognitive mastery moderates the relationship between positive symptoms and distress in adults with serious mental illness. *Journal of Mental Health*. 2022;0(0):1-8. doi: 10.1080/09638237.2022.2091758.
 23. Lysaker PH, Erickson MA, Buck B, Buck KD, Olesek K, Grant ML, Salvatore G, Popolo R, Dimaggio G. Metacognition and social function in schizophrenia: associations over a period of five months. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2011;16(3):241-55. doi: 10.1080/13546805.2010.530470.
 24. Bonfils KA, Minor KS, Leonhardt BL, Lysaker PH. Metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between distress tolerance and empathy in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2018;265:1-6. doi: 10.1016/j.psychres.2018.04.042.
 25. Lysaker PH, Carcione A, Dimaggio G, Johannesen JK, Nicolò G, Procacci M, Semerari A. Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112(1):64-71. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x.
 26. Lysaker PH, Clements CA, Plascak-Hallberg CD, Knipscheer SJ, Wright DE. Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry*. 2002;65(3):197-206. doi: 10.1521/psyc.65.3.197.20174.
 27. Lysaker PH, Chernov N, Moiseeva T, Sozinova M, Dmitryeva N, Alyoshin V, Faith LA, Karpenko O, Kostyuk G. Contrasting metacognitive profiles and their association with negative symptoms in groups with schizophrenia, early psychosis and depression in a Russian sample. *Psychiatry Research*. 2020;291:113177. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113177.
 28. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Rev. ed., 1st Wesleyan ed. Middletown, Conn: Wesleyan University Press; 1989. xxxii, 347 p.
 29. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of beck depression inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*. 1996;67(3):588-97. doi: 10.1207/s15327752jpa6703_13.
 30. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 1995 Nov;41(10):1403-9.
 31. Hayes AF. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis, second edition: a regression-based approach*. Guilford Publications; 2017. 713 p.
 32. Rogosa D. Comparing nonparallel regression lines. *Psychological Bulletin*. 1980;88(2):307-21.
 33. Bauer DJ, Curran PJ. Probing interactions in fixed and multilevel regression: inferential and graphical techniques. *Multivariate Behavioral Research*. 2005;40(3):373-400. doi: 10.1207/s15327906mbr4003_5.
 34. Lysaker PH, George S, Chaudoin-Patzoldt KA, Pec O, Bob P, Leonhardt BL, Vohs JL, James AV, Wickett A, Buck KD, Dimaggio G. Contrasting metacognitive, social cognitive and alexithymia profiles in adults with borderline personality disorder, schizophrenia and substance use disorder. *Psychiatry Research*. 2017;257:393-399. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.001.
 35. Arbel R, Koren D, Klein E, Latzer Y. The neurocognitive basis of insight into illness in anorexia nervosa: a pilot metacognitive study. *Psychiatry Research*. 2013;209(3):604-10. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.009.
 36. Gorwood P, Duriez P, Lengvenyte A, Guillaume S, Criquiillon S; FFAB network. Clinical insight in anorexia nervosa: Associated and predictive factors. *Psychiatry Research*. 2019;281:112561. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112561.
 37. Radunz M, Ali K, Wade TD. Pathways to improve early intervention for eating disorders: Findings from a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2023;56(2):314-330. doi: 10.1002/eat.23845.
 38. Vitousek K, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev*. 1998 Jun;18(4):391-420. doi: 10.1016/s0272-7358(98)00012-9.
 39. Mason TB, Lesser EL, Dolgon-Krutolow AR, Wonderlich SA, Smith KE. An updated transdiagnostic review of social cognition and eating disorder psychopathology. *Journal of Psychiatric Research*. 2021 Nov;143:602-627. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.11.019.

40. Gregertsen EC, Mandy W, Serpell L. The egosyntonic nature of anorexia: an impediment to recovery in anorexia nervosa treatment. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:2273. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02273.
 41. Smith KE, Mason TB, Johnson JS, Lavender JM, Wonderlich SA. A systematic review of reviews of neurocognitive functioning in eating disorders: The state-of-the-literature and future directions. *International Journal of Eating Disorders*. 2018;51(8):798-821. doi: 10.1002/eat.22929.
 42. Cheli S, Lysaker PH, Dimaggio G. Metacognitively oriented psychotherapy for schizotypal personality disorder: A two-case series. *Personal Mental Health*. 2019;13(3):155-167. doi: 10.1002/pmh.1447.
 43. Dmitryeva N, Chernov N, Kostyuk G, Lysaker PH. Utilizing MERIT to promote recovery in schizotypal personality disorder: an illustrative case study. *The Journal of Clinical Psychology*. 2021;77(8):1798-1806. doi: 10.1002/jclp.23239.
 44. Dubreucq J, Delorme C, Roure R. Metacognitive therapy focused on psychosocial function in psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*. 2016;46:197-206.
 45. Hasson-Ohayon I, Avidan-Msika M, Mashiach-Eizenberg M, Kravetz S, Rozenzweig S, Shalev H, Lysaker PH. Metacognitive and social cognition approaches to understanding the impact of schizophrenia on social quality of life. *Schizophrenia Research*. 2015;161(2-3):386-91. doi: 10.1016/j.schres.2014.11.008.
 46. Popolo R, MacBeth A, Lazzarini L, Brunello S, Venturelli G, Rebecchi D, Morales MF, Dimaggio G. Metacognitive interpersonal therapy in group versus TAU + waiting list for young adults with personality disorders: Randomized clinical trial. *Personal Disorders*. 2022;13(6):619-628. doi: 10.1037/per0000497
-

Факторы риска нарушений пищевого поведения у девочек-подростков неклинической популяции: многомерный подход

Risk Factors of Disordered Eating in Adolescent Girls from a Community Sample: A Multidimensional Approach

doi: 10.17816/CP6132

Оригинальное исследование

Tatiana Meshkova¹, Olga Mitina²,
Roza Aleksandrova³

¹ Moscow State University of Psychology & Education,
Moscow, Russia

² Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

³ Research Educational Center of Applied Psychology and
Psychological Services of S. Yesenin Ryazan State University,
Ryazan, Russia

Татьяна Мешкова¹, Ольга Митина²,
Роза Александрова³

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия

² Московский государственный университет имени
М.В. Ломоносова, Москва, Россия

³ Научно-образовательный центр практической
психологии и психологической службы Рязанского
государственного университета имени С.А. Есенина,
Рязань, Россия

ABSTRACT

BACKGROUND: Eating disorders (ED) are severe, chronic, and complex in nature mental illnesses that are difficult to treat. One of the ways to stave off EDs is by screening among adolescents to preempt the development of clinical forms of ED in risk groups.

AIM: 1) to investigate the prevalence of ED risk among adolescent girls and compare subgroups at high and low risk of ED; 2) to investigate using a multidimensional approach those variables that can interact with temperament and character traits to predict ED symptomatology.

METHODS: The cross-sectional observational self-report study of a community sample of adolescent girls 12–17 years old ($n=298$; $M=14.77\pm 1.13$) was carried out in the city of Ryazan, Russia. The Russian versions of Eating Attitudes Test and Cloninger's Temperament and Character Inventory-Revised were used. In addition, an original questionnaire (Risk Factors of Eating Disorders) was developed. Regression models (to test for significant moderation) and path analysis (to test for significant mediations) were used.

RESULTS: Girls at risk of developing EDs are characterized by a heightened level of concern about weight and dissatisfaction with their body, tend to suffer from low self-directedness, higher novelty seeking and tendency to higher harm avoidance, display high alexithymia, experience self-distrust, negative emotionality and are dissatisfied with family relationships. They also suffer from low self-esteem and tend to be perfectionism and engage in risk behavior. Significant moderating effects were uncovered between the following ED risk factors: (1) self-distrust/risk behavior and BMI; (2) alexithymia/negative emotionality/self-esteem and cooperativeness; and (3) negative emotionality/risk behavior

and self-transcendence. Family relationship dissatisfaction mediates the association between self-directedness/cooperativeness/self-transcendence and disordered eating.

CONCLUSION: There are various mutual influences between the numerous ED risk and prevention factors, which all together determine the paths between the predictors and final outcome.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Расстройства пищевого поведения (РПП) являются тяжелыми, хроническими и сложными по своей природе психическими заболеваниями, трудно поддающимися лечению. Одним из направлений профилактики РПП является скрининг подростков с целью предупреждения развития клинических форм РПП в группах риска.

ЦЕЛЬ: 1) изучить распространенность риска РПП среди девочек-подростков и сравнить подгруппы высокого и низкого риска; 2) исследовать с помощью многомерного подхода те переменные, которые могут взаимодействовать с чертами темперамента и характера для прогнозирования симптоматики РПП.

МЕТОДЫ: Проведено эмпирическое исследование методом поперечных срезов на основе самоотчетов неклинической выборки девочек-подростков 12–17 лет ($n=298$; $M=14,77\pm 1,13$) г. Рязани. Использовались русскоязычные версии теста EAT-26 и опросник темперамента и характера Клонингера (TCI-R). Был также разработан и применен опросник «Факторы риска РПП». Для проверки значимых модераций использовались регрессионные модели, для проверки значимых медиаций — путьевой анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Девочки с риском РПП характеризуются высокой озабоченностью весом и неудовлетворенностью телом, низкой самонаправленностью, повышенным стремлением к новизне и склонностью к избеганию вреда, высокой алекситимией, неверием в свои силы, негативной эмоциональностью и неудовлетворенностью семейными отношениями, низкой самооценкой и тенденцией к перфекционизму и рискованному поведению. Значимые взаимодействия в модерации при зависимой переменной РПП были получены между следующими факторами риска РПП: (1) неуверенность в себе/рискованное поведение и ИМТ; (2) алекситимия/отрицательная эмоциональность/самооценка и готовность к сотрудничеству; (3) негативная эмоциональность/рискованное поведение и трансцендентность «Я». Неудовлетворенность семейными отношениями опосредует связь между самонаправленностью/готовностью к сотрудничеству/трансцендентностью «Я» и риском РПП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Существуют разнообразные взаимовлияния между многочисленными факторами риска и протекторами РПП, которые определяют пути между предикторами и конечным результатом.

Keywords: *eating disorders; screening; adolescent girls; EAT-26; risk factors; personality; temperament and character*

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения; скрининг; девочки-подростки; EAT-26; факторы риска; черты личности; темперамент и характер*

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства пищевого поведения (РПП), такие как нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ), представляют собой тяжелые психические заболевания, которые трудно поддаются лечению [1, 2]. Несмотря на большое количество исследований, посвященных профилактике и лечению этих заболеваний, их распространенность не уменьшается [3–5].

Эти заболевания носят хронический и комплексный характер [6, 7]. Основными факторами риска НА и НБ являются женский пол и возраст от подросткового до ранней взрослости [4, 8–10]. Следующим в списке ведущих факторов риска является неудовлетворенность своим телом [8, 11–14].

Для клинических форм РПП характерен предварительный период, который обычно начинается

в подростковом возрасте и характеризуется выраженной озабоченностью собственной фигурой и весом, а также попытками применения различных диет или очищающих процедур (вызывание рвоты), физических нагрузок с целью избежать увеличения веса [7, 8, 12, 15]. Кроме того, риск развития РПП возрастает в результате социального давления со стороны семьи, сверстников и средств массовой информации, которые идеализируют худощавость женской фигуры, внушая мысль о том, что красивая фигура женщины — залог ее успеха в жизни [16–18]. В ходе недавних когортных и лонгитюдных исследований было продемонстрировано, что симптомы РПП, начавшиеся в подростковом возрасте, даже если они не переходят в клинические формы, сохраняются в раннем взрослом возрасте и приводят к большему риску развития тревожных и депрессивных расстройств и ожирения [19, 20].

Одним из способов профилактики РПП является проведение скрининга, особенно среди девочек-подростков, с целью предотвращения развития клинических форм РПП в группах риска [21, 22], хотя, как показали исследования последних лет, убедительные доказательства того, приносит ли такой скрининг пользу или же вред, пока отсутствуют [4, 23]. Тем не менее, возможность раннего выявления нарушений пищевого поведения, еще не принявших патологических форм, представляет ценность не только для медицинских работников, но и для психологов и педагогов средних общеобразовательных учреждений. Известно, что профилактические программы, включающие развитие медиаграмотности, здорового отношения к своему весу, когнитивно-поведенческую терапию и методы вмешательства, основанные на когнитивном диссонансе, могут значительно снизить влияние факторов риска РПП [24–26]. То, что мы знаем о траектории развития симптоматики РПП от раннего подросткового до зрелого возраста, позволяет сделать вывод, что профилактику РПП следует начинать до полового созревания [27].

Несмотря на социокультурное давление, которое в той или иной степени испытывают все девочки-подростки, риск РПП многих из них не затрагивает. Это связано с многофакторной природой РПП. Исследования генетики поведения указывают на существование наследственной предрасположенности к развитию этих нарушений [6, 28, 29]. Кроме того, конкретные особенности среды также могут снижать

или повышать риск РПП [30]. Среди факторов социального окружения одними из наиболее важных являются семейные взаимоотношения [31–34]. К тому же те или иные черты личности могут предрасполагать или не предрасполагать к РПП [35–38].

Следует также отметить, что биологические, возрастные, психологические и социокультурные механизмы риска и защиты образуют сложные комбинации факторов, сопровождающие процесс индивидуального развития [35, 39–41]. Чем больше информации мы сможем собрать о взаимодействии между многими факторами, участвующими в развитии у человека определенного пищевого поведения, тем лучше мы будем понимать механизмы развития РПП [42, 43]. Особенно важно понять, как возникает риск РПП на его доклинических стадиях, а именно в подростковом возрасте; какие группы подростков становятся уязвимыми к РПП, и возможно ли определить те области психического развития и контекста окружения, с помощью которых мы можем повлиять на риск РПП [39, 40].

К числу психобиологических факторов, связанных с РПП, относятся индивидуальные особенности темперамента и характера [44–47]. Темперамент считается одним из предикторов развития психопатологии в силу своей биологической обусловленности, включающей достаточно высокую наследуемость, раннее проявление и относительную стабильность в развитии [48, 49]. Так, исходя из особенностей темперамента в раннем детстве, можно предсказать неудовлетворенность своим телом и симптомы РПП в подростковом возрасте [50, 51]. Темперамент является одним из ранних индикаторов последующего развития черт личности под влиянием опыта и окружения [49].

Одной из самых известных является многомерная психобиологическая модель темперамента и характера Клонингера, которую он разработал на основе клинических наблюдений. Это послужило основой для разработки Опросника темперамента и характера (Temperament and Character Inventory, TCI) [52], который стал основным инструментом в различных исследованиях нейробиологических основ развития личности, включая нейробиологические и генетические исследования психопатологии [53–55].

Благодаря его адекватным диагностическим и дифференцирующим характеристикам, TCI часто используют при изучении психических и личностных

расстройств, а также в личностно-центрированной терапии [56–58]. Результаты применения ТСІ в исследованиях РПП указывают на значимые различия между пациентами с РПП и здоровыми лицами из контрольной группы [44, 59, 60]. При использовании семи параметров темперамента и характера Клонингера в качестве индикаторов и применении латентного анализа профилей были выявлены значимые различия между профилями и диагнозами РПП [45]. Имеются также указания на то, что субклинические формы расстройств пищевого поведения также обнаруживают связь с индикаторами ТСІ [37, 61, 62].

Значимая связь с расстройствами пищевого поведения отмечается не только у черт темперамента и характера, но и у ряда других особенностей личности. К ним относятся перфекционизм [63, 64], алекситимия [65, 66], заниженная самооценка [67, 68], личностная неэффективность [69, 70], негативная эмоциональность [71, 72] и другие особенности.

Многомерная природа РПП со многими механизмами риска и защиты побуждает к исследованию любых возможных форм взаимодействия между этими факторами. Используя различные методы многомерного анализа, мы можем оценить эффекты модерации и медиации таких взаимодействий, на основании которых можно построить различные модели этиологии и поддерживающей терапии РПП [41, 43, 73–76].

Цель настоящего исследования

Основная цель данного исследования состояла в изучении прямых и косвенных связей между темпераментом и чертами характера Клонингера, с одной стороны, и риском развития РПП с другой у девочек-подростков неклинической популяции. Для прогнозирования симптоматики РПП мы использовали многомерный подход для исследования переменных, которые могут взаимодействовать с темпераментом и чертами характера. Кроме того, мы попытались сравнить подгруппы с высоким и низким риском РПП в зависимости от ИМТ, неудовлетворенности своим телом и беспокойства по поводу веса, а также ряда личностных черт и удовлетворенности семейными отношениями. Мы предполагаем, что многомерный подход поможет создать достоверные модели со значимым прогностическим потенциалом в отношении риска РПП у девочек-подростков.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено эмпирическое исследование методом поперечных срезов, основанное на самоотчетах участников, в неклинической популяции девочек-подростков (298 участниц) в г. Рязани (Центральный регион Российской Федерации) с ноября 2009 г. по ноябрь 2010 г.

Выборка

Для целей настоящего исследования использовалась случайная выборка.

Участники

Критерии включения: (1) девочки-подростки в возрасте от 12 до 17 лет, (2) учащиеся средней и старшей школы, (3) наличие согласия на участие в исследовании девочек и их родителей и (4) отсутствие признаков диагностированных психических расстройств (по информации, полученной от администрации школы). Критерии исключения: (1) отказ девочки или ее родителей от участия в исследовании на любом этапе, (2) неадекватные ответы на проверочные пункты Опросника темперамента и характера и (3) Индекс массы тела (ИМТ) более 34 или менее 13.

Процедура

Перед началом исследования от родителей девочек было получено информированное согласие на участие их дочерей в исследовании. Девочки предварительно получили информацию о целях и процедуре проведения исследования. Им также сообщили, что они могут отказаться от участия в исследовании на любом этапе.

Девочек просили заполнить три опросника в бланковом варианте: (1) Тест пищевых установок (Eating Attitudes Test, EAT-26), состоящий из 26 пунктов; (2) опросник «Факторы риска расстройств пищевого поведения» (Risk Factors of Eating Disorders, RFED), состоящий из 55 пунктов (табл. S1 в Приложении); и 3) Опросник темперамента и характера Клонингера (ТСІ-R, краткая форма), состоящий из 140 пунктов. Опросники использовались для оценки пищевых установок и пищевого поведения, озабоченности весом и образом тела, темперамента и характера, ряда особенностей личности и семейных взаимоотношений. Ответы по всем опросникам давались с использованием Лайкертových шкал. Девочек также просили указать свой рост и вес и оценить свое здоровье,

счастье, внешний вид и ряд других характеристик с использованием графической шкалы самооценки Дембо-Рубинштейн (в бланковом варианте вертикальные отрезки для фиксации ответов имели длину 10 см) (рис. S1 в Приложении).

Девочки заполняли опросники группами в учебных кабинетах в течение двух школьных уроков по 45 минут с перерывом 10–15 минут.

Оцениваемые показатели

1. Тест пищевых установок (EAT-26)

Для оценки риска РПП использовали русскоязычную версию Теста пищевых установок (EAT-26) [77,78]. EAT-26 — это опросник, широко используемый для скрининга симптомов НА и НБ у взрослых и подростков [79]. Он состоит из 26 пунктов, по каждому из которых респондент может выбрать один из шести возможных ответов, от «никогда» до «всегда». Ответы «всегда», «обычно» и «часто» оцениваются в 3, 2, 1 балла соответственно. Остальным ответам — «иногда», «редко» и «никогда» — присваивается значение 0 баллов. Ответы на вопрос 26 оцениваются в обратном порядке. Сумма баллов по опроснику может варьировать от минимального значения 0 баллов до максимального 78 баллов. Для выявления респондентов с возможным риском РПП обычно используют пороговое значение суммарного балла 20 и выше.

Согласно факторной структуре, предложенной авторами, в EAT-26 представлено три фактора (субшкалы): (1) увлечение диетами; (2) булимия и озабоченность едой; и (3) оральный контроль. Однако имеется ряд исследований, указывающих на то, что для неклинических популяций подростков или студентов колледжей и университетов трехфакторная модель неприменима [80, 81]. В настоящем исследовании мы используем оценки по вышеуказанным авторским субшкалам, но помимо этого, на основании данных эксплораторного факторного анализа (ЭФА), мы получили новые оценки в соответствии с 5-факторной моделью, которая более адекватно описывает нашу выборку (подробнее см. в разделе «Статистический анализ» и в табл. S2 Приложений).

При анализе эффектов модерации и медиации мы использовали суммарные баллы EAT-26, полученные с помощью 6-балльной системы подсчета баллов, согласно которой ответ «всегда» оценивался как 5, а ответ «никогда» — как 0 баллов, поскольку

при традиционно используемой 4-балльной системе подсчета баллов у переменных EAT-26 наблюдаются множественные выбросы, которые нарушают их соответствие нормальному распределению.

2. Опросник темперамента и характера Клонингера, модифицированный (TCI-R, краткая форма)

Для оценки особенностей темперамента и характера использовали Модифицированный опросник темперамента и характера Клонингера, (TCI-R, краткая форма [52]. Оригинальная версия опросника и разрешение на его использование были получены от основного автора. Перевод был выполнен с помощью эксперта, психолога из США, владеющего английским и русским языками. Также был выполнен обратный перевод с русского на английский язык независимым переводчиком. В настоящее время опросник TCI используется в качестве инструмента оценки семи личностных характеристик в рамках комплексной биопсихосоциальной модели, применимой не только в ситуации психопатологии, но и у условно здоровых людей [55].

В соответствии с моделью Клонингера темперамент включает в себя четыре измерения: поиск новизны (Novelty Seeking, NS), настойчивость (Persistence, PS), зависимость от поощрения (Reward Dependence, RD) и избегание вреда (Harm Avoidance, HA).

Индивидуальные различия более высокого уровня, связанные с формированием личностных особенностей, касающихся отношения человека к себе, к обществу и к миру в целом, составляют три аспекта характера. «Самонаправленность» (Self-Directedness, SD) — это черта личности, связанная со способностью человека быть самодостаточным, ответственным и способным соизмерять свое поведение в соответствии со своими целями и ценностями; черта характера «Сотрудничество» (Cooperativeness, C) связана с индивидуальными различиями, объясняющими поведение человека в его взаимодействии с другими; например, эмпатия, готовность помочь и т. д.; черта характера «Трансцендентность Я» (Self-transcendence, ST) описывает индивидуальные различия в отношениях людей с миром в целом, их отождествление с чем-то, относящимся к духовности, стремление определить смысл существования человека в мире [55].

Оригинальная версия опросника содержит 240 пунктов, первые 140 из которых можно использовать

в качестве краткой формы. Авторы опросника допускают использование ответов в дихотомической форме «согласие-несогласие», а также с использованием шкалы Лайкерта. Мы использовали 3-балльную систему оценки с вариантами ответов «верно», «отчасти верно» и «неверно». Ответам «верно» присваивался 1 балл, а ответам «неверно» — 3 балла. Таким образом, оценка каждого ответа производилась в баллах от 1 до 3. Ответы на обратные вопросы оценивались в обратном порядке.

3. Опросник «Факторы риска расстройств пищевого поведения» (RFED)

Для оценки типичных факторов риска РПП мы разработали оригинальный опросник из 55 пунктов («Факторы риска расстройств пищевого поведения», RFED), который включает восемь шкал, направленных на оценку ряда особенностей личности, неудовлетворенности своим телом и озабоченности своим весом, а также вопросы для оценки взаимоотношений в семье. Использовалась упомянутая выше 3-балльная система подсчета. По каждой шкале измеряли суммарные баллы. Ниже приведено краткое описание указанных шкал, а весь опросник представлен в табл. S1 (в Приложении).

«Перфекционизм», шкала из 7 пунктов с альфой Кронбаха 0,665 и утверждениями типа «Я люблю, чтобы у меня все было идеально», «Я бы хотела быть отличницей».

«Алекситимия», шкала из 6 пунктов с альфой Кронбаха 0,802 и утверждениями типа «Иногда я не могу понять, голодна я или расстроена», «Иногда я испытываю чувства, которые не могу определить».

«Неуверенность в себе», шкала из 7 пунктов с альфой Кронбаха 0,771 и утверждениями типа «Мне кажется, что я не способна многого достичь», «Я не верю в свои силы». Эта характеристика сравнима с шкалой «Неэффективность» опросника расстройств пищевого поведения (EDI-2) [82].

«Негативная эмоциональность», шкала из 11 пунктов с альфой Кронбаха 0,847 и утверждениями типа «У меня часто бывает подавленное настроение», «Я всегда долго и остро переживаю, что со мной происходит», «Я часто плачу».

«Рискованное поведение», шкала из 4 пунктов с альфой Кронбаха 0,643 и утверждениями типа «Мне бы хотелось испытать острые ощущения даже с риском для жизни (например, прыгнуть с парашютом)», «Если

бы мне предложили слабый наркотик, я бы рискнула попробовать».

«Неудовлетворенность собственным телом», шкала из 4 пунктов с альфой Кронбаха 0,804 и утверждениями типа «Мне не нравится мое тело», «Я завидую внешности других девочек».

«Озабоченность весом», шкала из 8 пунктов с альфой Кронбаха 0,812 и утверждениями типа «Я думаю, что не смогу быть счастлива, пока не похудею», «Вес влияет на мое самочувствие, настроение, самооценку и уверенность в себе».

«Неудовлетворенность семейными отношениями», шкала из 8 пунктов с альфой Кронбаха 0,789 и утверждениями типа «Я думаю, что в семье меня недооценивают», «Мои успехи дома почти не поощряются», «В семье меня часто ругают за оплошности и недостатки».

4. Метод Дембо-Рубинштейн для измерения самооценки

Был использован метод Дембо-Рубинштейн для измерения самооценки [83]. Респондентам предлагалось оценить собственные здоровье, ум, творческие способности, память, внешний вид, уверенность в себе, волю, решительность характера, авторитет среди сверстников, уровень физической подготовки, счастье. В качестве анализируемой переменной использовался уровень самооценки как среднее значение из измерений всех полученных характеристик. Этот инструмент оценки представлен более подробно на рис. S1 (в Приложении).

Статистический анализ

1. Описательная статистика и оценка надежности шкал

Описательная статистика использовалась для извлечения общих характеристик выборки: возраста, индекса массы тела и других категориальных и непрерывных переменных. Наблюдения с отсутствующими данными удалялись. Поскольку ряд переменных, характеризующих пищевое поведение, имели значительную асимметрию и эксцесс, было решено отдать приоритет методам непараметрической статистики.

Альфа Кронбаха использовалась для оценки надежности шкалы для опросников со шкалами Лайкерта (EAT-26, TCI-R, RFED).

2. Эксплораторный факторный анализ (ЭФА)

Как упоминалось выше, трехфакторная модель EAT-26 неприменима для неклинических популяций подростков. В связи с этим на первом этапе было принято решение провести эксплораторный факторный анализ для уточнения модели, адекватной нашей выборке. Мы использовали факторный анализ по методу главных компонент с ортогональным вращением факторов методом Варимакс (Varimax), с 3-, 4-, 5- и 6-факторными моделями, протестированными в соответствии с уровнем собственных значений выше 1,0 и графиком собственных значений (scree plot). Пункты, имеющие факторные нагрузки по абсолютной величине менее 0,60, при интерпретации фактора не учитывались.

Методом главных компонент с ортогональным вращением факторов Варимакс также оценивали воспроизводимость факторной структуры TCI-R отдельно по шкалам темперамента и характера, а также по всем семи шкалам TCI-R. Факторные модели были протестированы в соответствии с ожидаемым количеством шкал опросника (табл. S3 в Приложении).

3. Выявление и сравнение контрастных групп с высоким и нулевым риском РПП

В соответствии с общепринятым критерием отсека для EAT-26 были выделены группы девушек с высоким ($EAT-26 \geq 20$) и нулевым ($EAT-26 = 0$) суммарным баллом EAT-26. Таблица сопряженности 2x2 была проанализирована с помощью критерия хи-квадрат Пирсона для оценки независимости распределения долей девочек с высоким и нулевым риском РПП в зависимости от возрастной группы (7–8 и 9–11 классы).

4. Сравнение пищевых установок и пищевого поведения (EAT-26) в двух возрастных группах

Для учета различий между младшими и старшими подростками вся выборка была разделена на 2 возрастные группы: 12–14 лет и 15–17 лет. Поскольку распределения баллов по EAT-26 не соответствуют критериям нормальности, возрастные различия оценивали с помощью критерия Манна-Уитни.

5. Бинарный логистический регрессионный анализ

Для оценки влияния независимых предикторов — ИМТ, черт темперамента и характера (TCI-R), личностных черт и неудовлетворенности

семейными отношениями (RFED) — на бинарную зависимую переменную высокого ($EAT-26 \geq 20$) и нулевого ($EAT-26 = 0$) риска РПП был выполнен логистический регрессионный анализ (статистика Вальда). Мы использовали модель логистического регрессионного анализа с одновременным включением всех независимых переменных.

6. Корреляционный анализ

Для оценки того, как связаны между собой суммарный балл EAT-26, ИМТ, оценки по шкалам TCI-R и RFED, а также характеристики самооценки, использовался корреляционный анализ Спирмена.

7. Анализ модерации

Для выявления любой значимых модераций (изменение характера влияния одной независимой переменной на зависимую под влиянием другой независимой переменной) использовался регрессионный анализ с двумя независимыми переменными с учетом мультипликативного члена между этими переменными. В качестве независимых переменных использовали ИМТ и семь черт темперамента и характера (TCI-R). Суммарный балл EAT-26, полученный с использованием 6-балльной шкалы, рассматривался как зависимая переменная, а самооценка и шесть личностных показателей (RFED — перфекционизм, алекситимия, неуверенность в себе, негативная эмоциональность, рискованное поведение) — как модераторы.

8. Анализ медиации

Для выявления значимых медиаций (опосредования влияния независимой переменной на зависимую) применялся путьевой анализ с использованием программного обеспечения EQS 6.4. В качестве независимых переменных выступали ИМТ и семь черт темперамента и характера (TCI-R). Суммарный балл EAT-26, полученный с использованием 6-балльной шкалы, рассматривался как зависимая переменная, а неудовлетворенность семейными отношениями — как переменная-медиатор.

Мы использовали программное обеспечение Statsoft Statistica v10.0 для всех видов анализа, за исключением ЭФА и анализа модерации, которые проводились с помощью IBM SPSS Statistics, v.23. Для анализа медиации применялось программное обеспечение EQS 6.4.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общие характеристики выборки

Выборку составили учащиеся четырех общеобразовательных школ города Рязани, Россия. По критериям включения-исключения были отобраны 298 девочек в возрасте от 12,3 до 17,3 лет, учащиеся 7–11 классов. Средний возраст участниц составил $14,77 \pm 1,13$ года. Примерно у 90,3% группы уже были менструации. Средний возраст наступления менархе составил $12,7 \pm 0,9$ года. Большую часть выборки составили девочки 7–8 классов (88 и 98 соответственно, всего 186). Меньшую часть выборки составили учащиеся 9, 10 и 11 классов (28, 41 и 43 человека соответственно, всего 112 человек). ИМТ варьировал от 13,49 до 33,98. Средний ИМТ = $19,49 \pm 3,16$.

Особенности пищевых установок и пищевого поведения

Были выявлены 33 девочки (11,1%) с суммарными баллами EAT-26 на уровне 20 и выше (группа риска РПП). Группу контроля с нулевыми суммарными баллами EAT-26 составили 29 девочек. Сравнение доли девочек с риском и отсутствием риска РПП в разных возрастных группах (7–8 и 9–11 классы) показало значимые различия по кросс-табуляционному критерию: $\chi^2=4,39$, $df=1$, $p=0,036$ (рис. 1).

Результаты факторного анализа подтверждают невозможность воспроизведения трехфакторной структуры, предложенной авторами опросника. Было получено семь собственных значений >1 . В соответствии с критерием Кайзера можно учитывать до 7 независимых факторов. Наиболее реалистичной для нашей выборки представляется 5-факторная модель с исключением пунктов 2, 4, 5, 10, 15, 19, 22, 24, 26, которые имеют низкие факторные нагрузки (таблица S2 в приложении). Остальные пункты, все с факторными нагрузками более 0,62, образуют 5 факторов: (1) стремление похудеть (пункты 1, 11, 12, 14, $\alpha=0,839$); (2) увлечение диетами (пункты 6, 7, 16, 17, $\alpha=0,868$); (3) социальное давление с целью набрать вес (пункты 8, 13, 20, $\alpha=0,753$); (4) булимия (пункты 9, 25, $\alpha=0,828$); и (5) озабоченность едой (пункты 3, 21, $\alpha=0,554$).

Для статистической оценки различий между младшими и старшими подростками вся выборка была разделена на 2 возрастные группы: 12–14 лет и 15–17 лет. Поскольку распределения суммарного балла

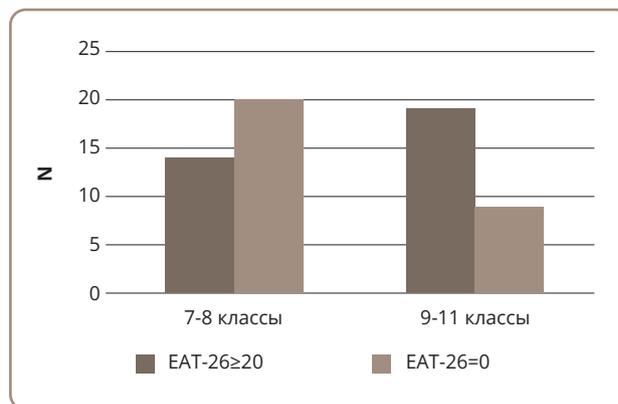


Рисунок 1. Доля девочек с высоким (EAT-26 ≥ 20) и низким (EAT-26=0) риском РПП в зависимости от возрастной группы (7–8 и 9–11 классы).

EAT-26 и баллов по шкалам не соответствовали критериям нормальности, возрастные различия оценивались с помощью критерия Манна-Уитни. Сравнение суммарных баллов EAT-26 и ее трех и пяти субшкал выявило значимые различия между возрастными группами (табл. 1).

Частота встречаемости суммарных оценок EAT-26 на уровне 20 и более была выше в возрастной группе от 15 до 17 лет — 15,5% по сравнению с 7,7% в возрастной группе от 12 до 14 лет. Хотя различия не являются статистически значимыми, существует тенденция к значимости ($\chi^2=3,43$; $p=0,064$).

Характеристики TCI-R

Альфа-коэффициенты Кронбаха семи шкал TCI-R и основные статистические показатели в нашей выборке (N=298) приведены в табл. 2. Процедура, используемая в эксплораторном факторном анализе, и факторные нагрузки до и после поворота представлены в табл. S3 (в Приложении). Попарные корреляции между шкалами представлены на рис. 2.

Бинарный логистический регрессионный анализ

В логистический регрессионный анализ были включены переменные, рассматриваемые как вероятные и независимые предикторы риска РПП — ИМТ, черты темперамента и характера (TCI-R), черты личности и неудовлетворенность семейными отношениями (RFED), самооценка. Бинарной зависимой переменной был высокий (EAT-26 ≥ 20) или нулевой (EAT-26=0) риск развития РПП. Была использована статистика Вальда (табл. 3).

Таблица 1. Описательные статистики ИМТ и пищевых установок, измеренных с помощью EAT-26, в двух возрастных группах девочек-подростков

Переменный	Возрастная группа (годы)						Критерий Манна-Уитни	
	12-14 (N=169)	15-17 (N=129)	12-14 (N=169)	15-17 (N=129)	12-14 (N=169)	15-17 (N=129)		
	Min/Max		Mean±SD		Mean Rank		U	p
Возраст	12,3/14,9	15,0/17,3	13,9±0,60	15,9±0,61	85	234	0,0	0,0001
ИМТ	13,5/26,6	14,3/33,9	18,75±2,55	20,46±3,60	131,8	172,7	7912,0	0,0001
Суммарный балл EAT-26	0/42	0/47	7,01±7,47	9,26±10,09	142,7	158,39	9753,5	0,119
Трехфакторная модель (EAT-26)								
Увлечение диетами	0/25	0/33	4,03±5,24	5,88±7,12	140,7	161,05	9411,0	0,041
Булимия и озабоченность едой	0/6	0/10	0,32±0,95	0,79±1,85	142,5	158,6	9724,5	0,016
Оральный контроль	0/20	0/14	2,66±3,54	2,60±3,29	148,9	150,3	10793,0	0,881
Пятифакторная модель (EAT-26)								
Стремление похудеть	0/12	0/12	2,15±3,36	3,44±4,07	137,9	164,7	8942,5	0,004
Увлечение диетами	0/12	0/12	0,72±1,93	0,92±2,18	146,0	154,1	10305,5	0,270
Социальное давление	0/9	0/9	1,69±2,50	1,37±2,35	153,3	144,5	10257,0	0,328
Булимия	0/0	0/4	0	0,05±0,39	148,5	150,8	10731,5	0,106
Озабоченность едой	0/3	0/6	0,12±0,56	0,28±0,93	145,5	154,8	10221,0	0,051

Чем выше показатель Вальда, тем большей прогностической ценностью обладает соответствующий предиктор. Независимые предикторы РПП могут быть представлены в порядке убывания прогностической ценности следующим образом: (1) озабоченность весом, (2) неудовлетворенность собственным телом, (3) низкая самонаправленность, (4) неуверенность в себе, (5) негативная эмоциональность, (6) низкая самооценка, (7) неудовлетворенность семейными отношениями, (8) алекситимия, (9) стремление к новизне и (10) ИМТ. У некоторых переменных с уровнем $p < 0,1$ (избегание вреда, перфекционизм, рискованное поведение) продемонстрирована тенденция к значимости.

Корреляционный анализ

Были получены корреляции Спирмена между суммарными баллами EAT-26, ИМТ, параметрами TCI-R, характеристиками личности по опроснику RFED и самооценкой (рис. 2). Суммарные баллы EAT-26 были подсчитаны как по 4-балльной, так и по 6-балльной системе оценивания. Последний вариант оценки был выбран как предпочтительный из-за меньшего количества выбросов в общем распределении EAT-26 и впоследствии использовался для тестирования моделей модерации и медиации. Можно видеть, что

вероятные факторы риска достаточно часто коррелируют друг с другом, что подтверждает возможность выявления эффектов модерации и медиации.

Анализ модерации

Всего в качестве предикторов рассматривались восемь переменных — ИМТ и семь показателей TCI; суммарный балл EAT-26 с использованием 6-балльной шкалы рассматривался как зависимая переменная; шесть личностных показателей (перфекционизм, алекситимия, неуверенность в себе, негативная эмоциональность, рискованное поведение и самооценка) рассматривались в качестве модераторов.

Для проверки модерационных эффектов с суммарным баллом EAT-26 в качестве зависимой переменной была рассчитана последовательная серия линейных множественных регрессий. В каждом случае в качестве независимых переменных для регрессионного анализа использовалась одна независимая переменная, одна модерационная переменная и произведение независимой и модерационной переменных. Характер каждого статистически значимого различия влияния независимой переменной на зависимую был изучен при высоком (на 1 SD выше среднего) и низком (на 1 SD ниже среднего) уровнях выраженности модерационной переменной.

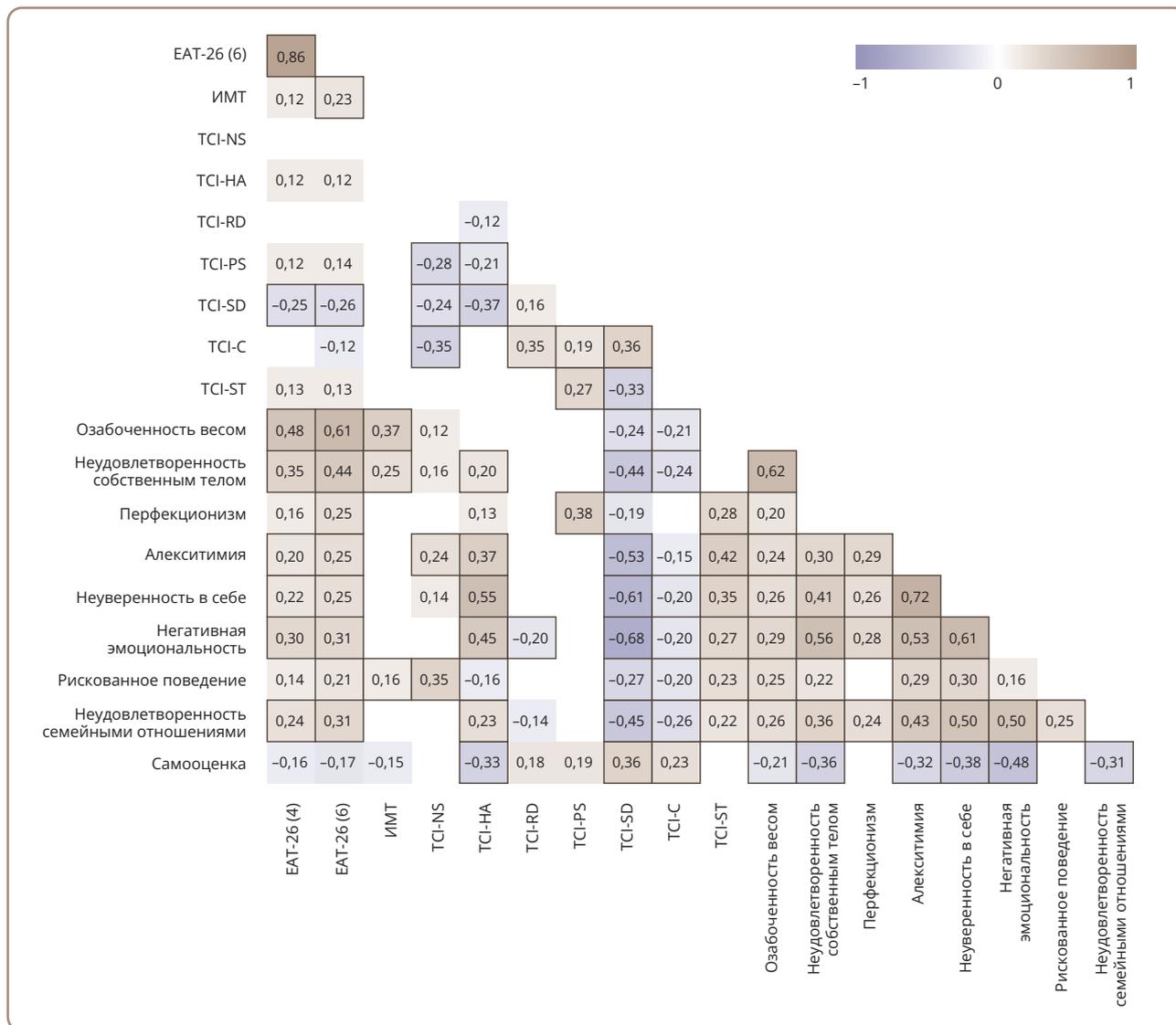


Рисунок 2. Карта интенсивности корреляций между суммарными баллами EAT-26, ИМТ, параметрами TCI-R, характеристиками личности по RFED и самооценкой в выборке в целом.

Примечание: EAT-26 (4) и EAT-26 (6) — суммарные баллы EAT-26, полученные по 4- и 6-балльной шкале соответственно; статистически значимые коэффициенты при $p < 0,001$ выделены рамками.

Таблица 2. Характеристика шкал темперамента и характера

Шкалы	Mean±SD	Min	Max	Асимметрия	Экссесс	Альфа Кронбаха
Поиск новизны	40,53±5,75	26	56	0,127	-0,024	0,707
Избегание вреда	40,80±6,31	25	55	0,004	-0,480	0,754
Зависимость от поощрения	44,40±4,98	27	57	-0,483	0,178	0,584
Настойчивость	40,81±7,04	22	58	-0,033	0,031	0,861
Самонаправленность	45,09±6,47	25	58	-0,284	-0,157	0,789
Сотрудничество	45,98±5,33	24	59	-0,831	1,164	0,697
Трансцендентность Я	31,31±5,97	16	46	0,122	-0,414	0,802

Таблица 3. Независимые предикторы высокого риска развития расстройств пищевого поведения

Независимые переменные (предикторы)	Группы сравнения		Статистика Вальда	p
	N			
	EAT=0	EAT≥20		
ИМТ	29	33	4,52	0,034
TCI (опросник темперамента и характера)				
Поиск новизны	29	33	5,13	0,023
Избегание вреда	29	33	3,23	0,072
Зависимость от поощрения	29	33	0,46	0,500
Настойчивость	29	33	0,21	0,643
Самонаправленность	29	33	10,65	0,001
Сотрудничество	29	33	1,27	0,260
Трансцендентность Я	29	33	0,928	0,335
RFED (Факторы риска расстройств пищевого поведения)				
Озабоченность весом	28	33	19,76	0,0001
Неудовлетворенность собственным телом	28	33	15,05	0,0001
Перфекционизм	28	33	3,06	0,080
Алекситимия	28	33	5,30	0,021
Неуверенность в себе	28	33	10,29	0,001
Негативная эмоциональность	28	33	8,20	0,004
Рискованное поведение	28	33	3,66	0,056
Неудовлетворенность семейными отношениями	28	33	5,66	0,017
Самооценка	26	31	5,74	0,017

Всего было проанализировано 48 модерационных моделей, в семи из которых был показан значимый эффект модерации (табл. 4, табл. 5).

Отмечены два значимых взаимодействия между ИМТ как предиктором расстройства пищевого поведения и такими параметрами RFED, как неуверенность в себе и рискованное поведение.

Также были обнаружены три эффекта модерации, связанные со шкалой характера «сотрудничество» TCI как независимой переменной и алекситимией, негативной эмоциональностью и самооценкой как модераторами.

Следующей независимой переменной, для которой были выявлены значимые эффекты модерации, была шкала характера «трансцендентность Я» TCI. Для этой независимой переменной были обнаружены два значимых модератора: рискованное поведение и отрицательная эмоциональность.

Анализ медиации

В качестве независимых переменных использовались ИМТ и семь черт темперамента и характера (TCI-R). Суммарный балл EAT-26 с оценкой по 6-балльной шкале

рассматривался как зависимая переменная, а неудовлетворенность семейными отношениями — как переменная-медиатор. Были проанализированы все 8 медиационных моделей, в трех из которых были обнаружены значимые эффекты медиации. На трех моделях с чертами характера по опроснику TCI — Самонаправленность (SD), Сотрудничество (C) и Трансцендентность Я (ST) — в качестве независимых переменных и переменной «неудовлетворенность семейными отношениями» в качестве медиатора было продемонстрировано значимое опосредование. Предполагаемые взаимосвязи между тремя показателями характера по TCI Клонингера и неудовлетворенностью семейными отношениями в качестве переменной-медиатора оказались статистически значимыми. Влияние C и ST на пищевое поведение (суммарный балл EAT-26 по 6-балльной шкале) полностью опосредовано неудовлетворенностью семейными отношениями без прямых эффектов. У переменной SD отмечается также прямое влияние на суммарный балл EAT-26: однако эффекты через медиацию более выражены.

Результаты анализа медиации представлены на рис. 3 (A, B, C) и в табл. S4 (в Приложении).

Таблица 4. Основные результаты регрессионного анализа всех значимых эффектов модерации

Параметры	B	SE B	t	p	R ²
Модель 1. «ИМТ* Неуверенность в себе»					
Свободный член	31,953	19,109	1,672	0,096	0,180
ИМТ	-1,258	0,980	-1,284	0,200	
Неуверенность в себе	-2,493	1,618	-1,541	0,124	
ИМТ* Неуверенность в себе	0,217	0,083	2,616	0,009	
Модель 2. «ИМТ* Рискованное поведение»					
Свободный член	-34,655	18,984	-1,825	0,069	0,102
ИМТ	2,596	0,959	2,706	0,007	
Рискованное поведение	5,888	2,711	2,172	0,031	
ИМТ* Рискованное поведение	-0,218	0,135	-1,610	0,108	
Модель 3. «Сотрудничество* Алекситимия»					
Свободный член	-27,780	31,495	-0,882	0,378	0,093
Сотрудничество	0,851	0,669	1,272	0,204	
Алекситимия	6,141	2,539	2,419	0,016	
Сотрудничество * Алекситимия	-0,106	0,054	-1,943	0,053	
Модель 4. «Сотрудничество* Негативная эмоциональность»					
Свободный член	-43,042	36,823	-1,169	0,243	0,092
Сотрудничество	1,141	0,787	1,450	0,148	
Негативная эмоциональность	3,728	1,511	2,467	0,014	
Сотрудничество * Негативная эмоциональность	-0,065	0,033	-1,997	0,047	
Модель 5. «Сотрудничество* Самооценка»					
Свободный член	177,208	52,187	3,396	0,001	0,075
Сотрудничество	-2,874	1,135	-2,532	0,012	
Самооценка	-1,802	0,717	-2,511	0,013	
Сотрудничество * Самооценка	0,034	0,015	2,172	0,031	
Модель 6. «Трансцендентность Я* Негативная эмоциональность»					
Свободный член	54,015	22,704	2,379	0,018	0,083
Трансцендентность Я	-1,455	0,739	-1,970	0,050	
Негативная эмоциональность	-1,337	0,947	-1,412	0,159	
Трансцендентность Я * Негативная эмоциональность	0,067	0,030	2,241	0,026	
Модель 7. «Трансцендентность Я* Рискованное поведение»					
Свободный член	-23,853	16,830	-1,417	0,157	0,065
Трансцендентность Я	1,269	0,535	2,370	0,018	
Рискованное поведение	6,476	2,485	2,606	0,010	
Трансцендентность Я * Рискованное поведение	-0,153	0,077	-1,981	0,048	

Таблица 5. Свободный член (A0) и коэффициенты линейной регрессии (A1) при низких и высоких значениях модераторов

Модель	Независимые переменные	Модераторы	Уровни модераторов и коэффициентов			
			Низкие		Высокие	
			A0	A1	A0	A1
1	ИМТ	Неуверенность в себе	12,12	0,47	-3,87	1,86
2	ИМТ	Рискованное поведение	-6,43	1,55	16,56	0,70
3	Сотрудничество	Алекситимия	24,48	-0,05	64,50	-0,73
4	Сотрудничество	Негативная эмоциональность	23,89	-0,03	63,85	-0,72
5	Сотрудничество	Самооценка	68,24	-0,84	25,25	-0,04
6	Трансцендентность Я	Негативная эмоциональность	30,00	-0,25	15,66	0,47
7	Трансцендентность Я	Рискованное поведение	7,19	0,54	32,48	-0,06

ОБСУЖДЕНИЕ

Возрастные различия в пищевых установках и пищевом поведении, а также распространенность риска РПП

Сравнение суммарных баллов EAT-26 и ее трех и пяти субшкал выявило некоторые значимые различия между возрастными группами. В суммарных баллах EAT-26 не было отмечено значимых возрастных различий, но по шкале «Увлечение диетами» традиционной трехфакторной модели более высокие баллы были у девочек старшего возраста (15–17 лет). Однако в пятифакторной модели значимые различия наблюдались только по шкале «Стремление похудеть», тогда как по шкале «Увлечение диетами», отражающей специфику пищевого поведения, различия не были значимыми. Это можно объяснить тем, что шкала «Увлечение диетами» в трехфакторной модели включает пункты, касающиеся как диеты, так и стремления похудеть. Вполне вероятно, что возрастные различия в баллах по шкале «Увлечение диетами» (трехфакторная модель) в основном связаны с пунктами, связанными с озабоченностью весом и стремлением похудеть.

Что касается одного из вопросов исследования, касающегося распространенности риска РПП среди девочек-подростков неклинической популяции, настоящее исследование демонстрирует, что у 11,1% девочек всей выборки суммарные баллы EAT-26 были на уровне 20 и выше, что свидетельствует о риске РПП. В то же время сравнение возрастных групп 12–14 и 15–17 лет показало, что риск развития РПП был заметно выше в старшей возрастной группе (15,5% против 7,7% в младшей группе). Различия статистически не значимы, но прослеживается тенденция ($p=0,064$).

Это согласуется с результатами других исследований, посвященных скринингу по опроснику EAT-26 в популяциях подростков [84].

Распространенность риска РПП, измеренная с помощью EAT-26, в значительной степени зависит от возраста, пола и региона, в котором проводится исследование. Большинство современных обзоров и метаанализов основаны на выборках студентов университетов и колледжей [85, 86]. В единственном кросс-культурном исследовании [87] с участием студенток из России и Японии в группе риска оказались 8,6% респондентов из России и 7,9% респондентов из Японии. Различия не были статистически значимы. Исследования подростков представлены меньше. Во многих случаях выборки включают не только девочек, но и мальчиков. Например, сообщается, что в греческой выборке девочек-подростков встречаемость оценок EAT-26, превышающих пороговый уровень, по годам составила 24,7% (2011 г.) [88], 19,3% (2017 г.) [89] и 25–33% для мальчиков и девочек в зависимости от уровня ИМТ (2021 г.) [90]. Для девочек-подростков из Гонконга и Китая риск РПП составил 6,5% (1996 г.) [91], 26,6% (2011 г.) [92], 27,1% (2017 г.) [93] и 6, % (2022 г.) [94]. Среди девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет из Саудовской Аравии нарушенное пищевое поведение встречалось у 25,47% участниц исследования [95]. Систематический обзор и метаанализ нарушений психического здоровья детей и подростков арабских стран региона GCC показывают, что совокупная распространенность риска расстройств пищевого поведения согласно EAT-26 составляет 31,55% [96]. Распространенность нарушенного пищевого поведения в голландском когортном исследовании психического здоровья и социального развития

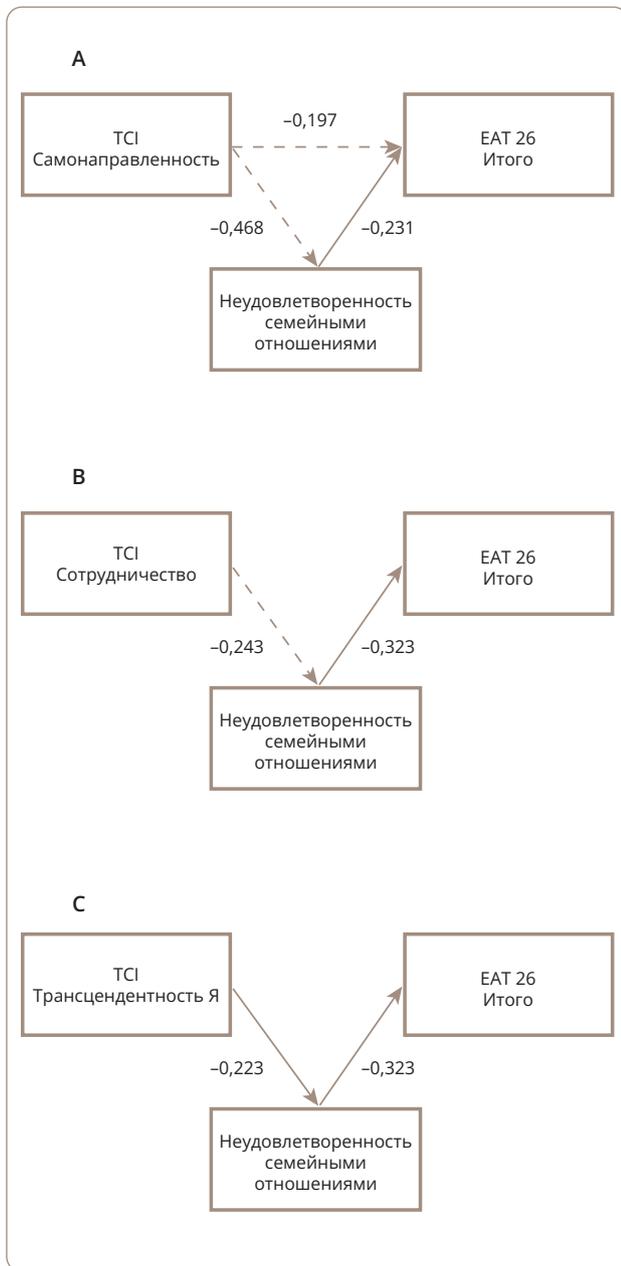


Рисунок 3. Графическое изображение медиационных моделей с переменной «неудовлетворенность семейными отношениями» в качестве медиатора и самонаправленностью (А), сотрудничеством (В) и трансцендентностью Я (С) в качестве независимых переменных. Представлены только значимые эффекты.

Примечание: А — Все путьевые коэффициенты являются значимыми. Косвенный эффект значим и равен $-0,078$. Эта модель точно оценивается, поэтому индексов соответствия нет; В — индексы соответствия: $\chi^2=2,582$, $df=1$, $p=0,108$, $CFI=0,969$, $RMSEA=0,073$. 90% CI (0,0001; 0,188). Все коэффициенты регрессии являются значимыми. Косвенный эффект значим и равен $-0,108$; С — индексы соответствия: $\chi^2=1,369$, $df=1$, $p=0,242$, $CFI=0,992$, $RMSEA=0,035$, 90% CI (0,0001; 0,163). Все коэффициенты регрессии являются значимыми. Косвенный эффект значим и равен $0,072$.

от предпуберткового до юношеского возраста по данным Smink и соавт. составляла 14–22% [97].

В России неклинических исследований пищевых установок и пищевого поведения проведено очень мало, но по их результатам в среднем около 8–15% девочек-подростков превышали пороговое значение [98, 99]. В одном из исследований подчеркивалось значительное влияние фактора типа школы. Риск РПП был наиболее выражен у учащихся престижной лингвистической гимназии (21,4%) по сравнению с учащимися обычных школ (6%) [98]. В целом распространенность риска РПП, полученная в настоящем исследовании, соответствует имеющимся данным по России и согласуется с результатами других исследований с участием девочек-подростков старшего школьного возраста в западных странах.

Оценка предполагаемых предикторов риска РПП

Логистический регрессионный анализ выборки из двух подгрупп с высоким ($EAT-26 \geq 20$) и нулевым ($EAT-26=0$) риском РПП, рассматриваемым как бинарная зависимая переменная, позволил выявить и ранжировать ряд переменных — вероятных предикторов риска РПП. Среди них наибольшую вероятность имеют озабоченность весом и неудовлетворенностью собственным телом. Коэффициенты ранговой корреляции между суммарными баллами EAT-26 и озабоченностью весом и неудовлетворенностью собственным телом также являются самыми большими среди других значимых коэффициентов. Эти параметры можно рассматривать как доминирующие факторы риска. Это полностью соответствует ранее опубликованным данным о факторах риска РПП [8, 11–13, 100, 101]. В недавнем общем обзоре опубликованных метаанализов фактор риска неудовлетворенности собственным телом, ведущий к РПП, был оценен как значительный [14].

В то же время влияние ИМТ на пищевые установки и пищевое поведение гораздо слабее и занимает последнее место среди всех упомянутых факторов. Коэффициент корреляции между ИМТ и суммарным баллом EAT-26 очень низкий (0,18). Это говорит о том, что субъективное восприятие образа тела и своего веса у девочек-подростков играет гораздо более важную роль в риске развития РПП при оценке по EAT-26, чем такой объективный показатель, как ИМТ. Как правило, в исследованиях факторов риска РПП среди

подростков с нормальным весом у ИМТ отмечается слабая связь, и он не считается важным предиктором РПП. Однако у подростков с избыточной массой тела и ожирением ИМТ становится более значимым фактором риска РПП [15, 90, 94, 102]. Следует также отметить, что взаимосвязь между ИМТ и риском РПП следует рассматривать в контексте риска развития конкретного расстройства: НА, НБ или компульсивного переедания.

В отношении черт темперамента и характера статистически значимые эффекты в соответствии со статистикой Вальда выявлены для SD ($p=0,001$) и NS ($p=0,023$). Также имеется тенденция к значимости для избегания вреда — НА ($p=0,072$). У девочек с высоким риском РПП выше показатели NS (поиска новизны) и НА и ниже SD. SD, очевидно, имеет самый большой эффект. Корреляции между SD и суммарными баллами EAT-26 также самые высокие, но отрицательные. Во многих предыдущих исследованиях, посвященных сравнению черт темперамента и характера Клонингера у лиц с РПП и здоровых людей из контрольной группы, были получены аналогичные результаты [36, 37, 44, 60, 62, 103–105]. Как правило, низкий показатель SD характерен не только для РПП, но и для других психопатологических нарушений [106, 107]. Что касается черт темперамента, то результаты метаанализа показывают, что более высокие значения NS характерны только для диагноза НБ, тогда как более высокие значения НА характерны для всех типов РПП [46].

Среди других особенностей личности, оказывающих существенное влияние, можно выделить такие черты, как высокая алекситимия ($p=0,021$), неуверенность в себе ($p=0,001$), негативная эмоциональность ($p=0,004$), низкая самооценка ($p=0,017$). Для высоких показателей по категориям «перфекционизм» и «рискованное поведение» наблюдаются лишь тенденции к значимости ($p=0,08$ и $p=0,056$ соответственно). Все эти особенности входят в число установленных факторов риска РПП, что подтверждено многими исследованиями [63–72].

Еще одна значимая переменная — неудовлетворенность семейными отношениями ($p=0,017$). Девочки из групп риска в значительно большей степени недовольны моделью отношений в своих семьях. Они считают, что родители их недооценивают, слишком жестоко с ними обращаются, часто наказывают за проступки, не замечают их достижений и так далее. Известно, что семейные факторы также считаются важными

компонентами в системе факторов риска и защиты в развитии расстройств пищевого поведения [31, 32, 34]. Например, для подростков с диагнозом РПП характерна алекситимия, которая сочетается с нарушением семейных взаимоотношений, с преобладанием формирования разобщенных альянсов [33]. В популяционном лонгитюдном исследовании подростков в Австралии была обнаружена связь между низким уровнем эмоционально теплого отношения со стороны родителей и риском РПП. Данная связь отмечалась только для девочек; при этом низкий уровень эмоционально теплого отношения со стороны родителей был связан с булимическим поведением. Что касается взаимосвязи между особенностями семейных взаимоотношений и неудовлетворенностью собственным телом и стремлением похудеть, то наблюдался заметный комбинированный эффект между низким уровнем эмоционально теплого отношения со стороны родителей и низким контролем [108]. В выборке итальянских юношей и девушек-подростков также выявлены значимые гендерные различия в связи негативной модели семейных взаимоотношений с дисфункциональным пищевым поведением: девочки с нарушенным пищевым поведением воспринимают свои семьи как характеризующиеся, прежде всего, низким уровнем гибкости [109].

Модели модерации и медиации

Корреляции между суммарным баллом EAT-26 и всеми прогностическими переменными, как и корреляции между всеми переменными, демонстрируют, что многие из предполагаемых факторов риска также коррелируют друг с другом. Это говорит о том, что между переменными могут существовать более сложные связи, выявить которые может более комплексный анализ, учитывающий совместное влияние сразу нескольких переменных. Среди всех протестированных нами моделей модерации и медиации в ряде моделей была продемонстрирована хорошая согласованность моделей с эмпирическими данными.

Выявлено два важных взаимодействия между ИМТ как предиктором риска РПП с неуверенностью в себе и рискованным поведением в качестве модератора. У девочек-подростков с высоким уровнем неуверенности в себе отмечается более быстрое увеличение суммарного балла EAT-26 с увеличением ИМТ, по сравнению с девочками более уверенными в себе. В то же время уровень рискованного поведения

оказывает противоположное влияние на взаимосвязь между ИМТ и пищевыми установками. У девочек с высоким уровнем установки на рискованное поведение наблюдается более слабый прирост суммарного балла EAT-26 при увеличении ИМТ. Как упоминалось выше, ИМТ является слабым предиктором риска РПП, в частности для людей с нормальным весом; однако мы видим, что в сочетании с высокой степенью неуверенности в себе или низким уровнем рискованного поведения роль фактора ИМТ возрастает.

Как уже упоминалось, параметр Сотрудничество (С) также считается слабо связанным с РПП, но его роль возрастает в сочетании с такими факторами, как высокий уровень алекситимии или негативной эмоциональности. При высоких уровнях того или иного модератора заметна отрицательная связь между С и EAT-26. Тот же эффект был обнаружен для низкой самооценки, другого модератора. Эти результаты указывают на наличие сложных взаимосвязей между психобиологическими предикторами личности и риском РПП в контексте модулирующих эффектов других личностных переменных. То же самое касается параметра ST, который также считается почти не связанным с риском РПП. Для этой черты характера также были обнаружены два эффекта модерации для переменных «негативная эмоциональность» и «рискованное поведение». У девочек с высоким уровнем негативной эмоциональности наблюдается положительная связь между ST и суммарным баллом EAT-26, тогда как при низком уровне негативной эмоциональности наблюдается противоположная устойчивая закономерность. При низком уровне рискованного поведения наблюдается выраженная положительная связь между ST и EAT-26, а при высоком уровне связи нет.

Также было показано, что параметры С и ST косвенно связаны с риском РПП через медиационную переменную «неудовлетворенность семейными отношениями». Эта переменная в качестве медиатора также увеличивает положительную связь между низким SD и риском РПП.

Выявленные нами модели модерации и медиации предполагают, что мы имеем дело со сложной системой взаимодействий между многими факторами, которые могут увеличивать или уменьшать риск РПП у подростков. Накапливаются данные, указывающие на сложные эффекты взаимодействий риска и защиты в связи с изучением генеза подростковых РПП. Например,

высокая самооценка выступает защитным фактором, когда девочки обладают высокой степенью перфекционизма [110]; ориентированный на себя перфекционизм частично опосредует связь между неудовлетворенностью собственным телом и нарушенным пищевым поведением [111]; стыд в отношении собственного тела частично опосредует связь между неудовлетворенностью собственным телом и пищевым поведением [112]; стресс и тревожный тип привязанности предсказывают эмоциональное переживание вследствие переживаний [113]; пол значительно смягчает взаимосвязь между симптомами тревоги и субшкалами булимии EAT, но ИМТ — нет [114]; воспринимаемая поддержка сверстников, по-видимому, оказывает сдерживающее влияние на отношения между психологическим контролем со стороны отца и негативными симптомами пищевого поведения [115]; дневная сонливость опосредует взаимосвязь между симптомами интернализации и нарушенным пищевым поведением [116]; эмоциональное переживание и когнитивное ограничение опосредуют связь между трудностями в регуляции эмоций и перфекционизмом с симптомами РПП [117]; и многое другое. Очевидно, необходимы дальнейшие исследования модераторов или медиаторов, участвующих в системе факторов риска и защиты в отношении возможного развития РПП у подростков.

К сожалению, отсутствуют аналогичные исследования влияния модерации и медиации на связь между чертами темперамента и характера и пищевым поведением подростков. Однако подобные исследования с участием взрослых респондентов имеются. Было показано, что связь между НА и неудовлетворенностью собственным телом у женщин с НБ полностью опосредована низкой самооценкой и депрессией [118]. Также было показано, что связь высокого НА и низкой SD с тяжестью РПП опосредована трудностями в регуляции эмоций [119]. В одном из исследований было установлено, что черты темперамента, по-видимому, играют полноценную опосредующую роль во взаимосвязи между половым созреванием и тяжестью РПП: возраст полового созревания повышает уровень НА, что, в свою очередь, увеличивает тяжесть РПП [120].

В современных исследованиях все чаще используется нейросетевое моделирование психометрических данных, в том числе в исследованиях РПП. В нейросетевой модели симптомы рассматриваются как взаимодействующие и взаимно усиливающие

элементы сложной сети [2, 121, 122]. В одном из этих исследований, проведенном на выборке из 2302 пациентов с РПП, обращающихся за медицинской помощью, с различными диагнозами, семь шкал TCI-R Клонингера также были включены в число 32 характеристик, связанных с диагнозами РПП [123]. Авторы указали, что среди всех рассматриваемых симптомов РПП критическими являются чрезмерная настороженность, чрезмерная сосредоточенность на подавлении эмоций и чувств, интероцептивная компетентность и перфекционизм. Однако следует отметить, что при таком подходе при смешивании пациентов с принципиально разными диагнозами, такими как НА и компульсивное переедание, теряется информация о специфике того или иного расстройства.

Преимущества и ограничения исследования

В настоящем исследовании впервые в России применен многомерный подход к изучению факторов риска расстройств пищевого поведения у девочек-подростков, основанный на психобиологической модели темперамента и характера Роберта Клонингера. Кроме того, был разработан оригинальный опросник (Факторы риска расстройств пищевого поведения). В результате удалось выделить несколько факторов риска РПП, связанных с психобиологическими, личностными и семейными факторами с учетом эффектов модерации и медиации.

Одним из ограничений данного исследования является его дизайн с использованием метода поперечных срезов, который не позволяет установить определенную связь между наличием того или иного фактора риска и долгосрочными последствиями, такими как расстройство пищевого поведения. Вторым ограничением является отсутствие стандартной процедуры валидации некоторых инструментов измерения, использованных в этом исследовании. Кроме того, можно отметить, что все переменные были получены в результате самоотчетов девочек, что могло привести к неточностям в оценках. Таким образом, полученные результаты можно рассматривать лишь как предварительные. Одним из возможных направлений продолжения данного исследования может быть введение других антропометрических переменных (не только ИМТ), которые могут быть связаны с пищевыми привычками подростка и отражать не только фактические значения, но и отклонения отдельных

антропометрических измерений от их нормированных значений (процентили, z-показатели).

Вывод

В целом можно сделать вывод, что среди многочисленных возможных факторов риска и профилактики РПП существуют различные взаимосвязанные влияния, которые определяют пути между предиктором и конечным результатом. Чем лучше мы поймем эти пути, тем эффективнее можно будет планировать профилактику и лечение РПП. Крайне важно думать о способах снижения риска РПП, начиная с детства и подросткового возраста.

История публикации:

Статья поступила: 27.03.2023

Статья принята: 22.06.2023

Публикация: 30.06.2023

Вклад авторов: Все авторы внесли значительный вклад в статью, проверили и одобрили её окончательную версию перед публикацией.

Финансирование: Статья была написана без дополнительного финансирования.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Дополнительные данные

Дополнительные материалы к данной статье можно найти в онлайн-версии, doi: 10.17816/CP6132

Цитировать

Мешкова Т.А., Митина О.В., Александровна Р.В. Факторы риска нарушений пищевого поведения у девочек-подростков неклинической популяции: многомерный подход // Consortium Psychiatricum. Т.4, №2. CP6132. doi: 10.17816/CP6132

Сведения об авторах

***Татьяна Александровна Мешкова**, канд. психол. наук, зав. кафедрой дифференциальной психологии и психофизиологии, факультет клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6018-5006>, Scopus Author ID: 6603397102, Researcher ID: L-1813-2019
E-mail: meshkovata@mgppu.ru

Ольга Валентиновна Митина, канд. психол. наук, доцент, ведущий научный сотрудник лаборатории психологии общения, факультет психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>

Роза Валерьевна Александрова, психолог Научно-образовательного центра практической психологии и психологической службы Рязанского государственного университета им. С.А. Есенина; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4963-041X>

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

- Steinhausen HC. Outcome of eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;18(1):225-42. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.013.
- Monteleone AM, Pellegrino F, Croatto G, et al. Treatment of eating disorders: a systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022;142:104857. doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104857.
- Kaye WH, Bulik CM. Treatment of patients with anorexia nervosa in the USA crisis in care. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(6):591-592. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4796.
- Attia E, Guarda AS. Prevention and early identification of eating disorders. *JAMA*. 2022;327(11):1029-1031. doi: 10.1001/jama.2022.2458.
- Bryant E, Spielman K, Le A. et al. Screening, assessment and diagnosis in the eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*. 2022;10(1):78. doi: 10.1186/s40337-022-00597-8.
- Bulik CM, Blake L, Austin J. Genetics of eating disorders: what the clinician needs to know. *Psychiatric Clinics of North America*. 2019;42(1):59-73. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.007.
- Filippini C, Visentini C, Filippini T, et al. The follow-up of eating disorders from adolescence to early adulthood: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(23):16237. doi: 10.3390/ijerph192316237.
- Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, et al. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*. 2004;130(1):19-65. doi: 10.1037/0033-2909.130.1.19.
- Klump KL. Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies. *Hormones and Behavior*. 2013;64(2):399-410. doi: 10.1016/j.yhbeh.2013.02.019.
- Suarez-Albor CL, Galletta M, Gómez-Bustamante EM. Factors associated with eating disorders in adolescents: a systematic review. *Acta Biomedica*. 2022;93(3):e2022253. doi: 10.23750/abm.v93i3.13140.
- Littleton HL, Ollendick T. Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2003;6(1):51-66. doi: 10.1023/a:1022266017046.
- Stice E, Marti CN, Durant S. Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*. 2011;49(10):622-627. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.009.
- McLean SA, Paxton SJ. Body Image in the Context of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2019;42(1):145-156. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.006.
- Solmi M, Radua J, Stubbs B, et al. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2021;43(3):314-323. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1099.
- Rohde P, Stice E, Marti CN. Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*. 2015;48(2):187-98. doi: 10.1002/eat.22270.
- Bauer KW, Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. Mother-reported parental weight talk and adolescent girls' emotional health, weight control attempts, and disordered eating behaviors. *Journal of Eating Disorders*. 2013;1:45. doi: 10.1186/2050-2974-1-45.
- Jankauskiene R, Baceviciene M. Media pressures, internalization of appearance ideals and disordered eating among adolescent girls and boys: testing the moderating role of body appreciation. *Nutrients*. 2022;14(11):2227. doi: 10.3390/nu14112227.
- Zimmer-Gembeck MeJ, Hawes T, Scott RA, et al. Adolescents' online appearance preoccupation: a 5-year longitudinal study of the influence of peers, parents, beliefs, and disordered eating. *Computers in Human Behavior*. 2023;140:107569. doi: 10.1016/j.chb.2022.107569.
- Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Konrad K, et al. BELLA study group. Eating disorder symptoms do not just disappear: the implications of adolescent eating-disordered behaviour for body weight and mental health in young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;24(6):675-84. doi: 10.1007/s00787-014-0610-3.
- Linardon J, Greenwood CJ, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. Young adult mental health sequelae of eating and body image disturbances in adolescence. *International Journal of Eating Disorders*. 2021;54(9):1680-1688. doi: 10.1002/eat.23575.
- Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG et al. Eating disorder screening: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test characteristics of the SCOFF. *Journal of General Internal Medicine*. 2020;35(3):885-893. doi: 10.1007/s11606-019-05478-6.
- Feltner C, Peat C, Reddy S, et al. Screening for eating disorders in adolescents and adults: evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA*. 2022;327(11):1068-1082. doi: 10.1001/jama.2022.1807.
- US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, et al. Screening for eating disorders in adolescents and adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*. 2022;327(11):1061-1067. doi: 10.1001/jama.2022.1806.
- Stice E, Becker CB, Yokum S. Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *International Journal of Eating Disorders*. 2013;46(5):478-85. doi: 10.1002/eat.22105.
- Le LK, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2017;53:46-58. doi: 10.1016/j.cpr.2017.02.001.
- Shlodo DE. Prevention of eating disorders: review of programs with proven effectiveness. *Psychology*. *Psychophysiology*. 2022;15(3):56-69. doi: 10.14529/jpps220306. Russian.
- Breton É, Dufour R, Côté SM, et al. Developmental trajectories of eating disorder symptoms: a longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Journal of Eating Disorders*. 2022;10(1):84. doi: 10.1186/s40337-022-00603-z.
- Meshkova TA. Heredity and Environment in Etiology of Eating Disorders. II. Review of Twin Studies. *Clinical Psychology and Special Education*. 2015;4(2):1-24. Russian.

29. Himmerich H, Bentley J, Kan C, Treasure J. Genetic risk factors for eating disorders: an update and insights into pathophysiology. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2019;9:2045125318814734. doi: 10.1177/2045125318814734.
30. Klump KL, Wonderlich S, Lehoux P, et al. Does environment matter? A review of nonshared environment and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2002;31(2):118-35. doi: 10.1002/eat.10024.
31. Erriu M, Cimino S, Cerniglia L. The role of family relationships in eating disorders in adolescents: a narrative review. *Behavioral Sciences*. 2020;10(4):71. doi: 10.3390/bs10040071.
32. Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, et al. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. 2017;10:305-312. doi: 10.2147/PRBM.S145463.
33. Coci C, Provenzi L, De Giorgis V, et al. On behalf of the mondino foundation eating disorders clinical and research group. Family dysfunctional interactive patterns and alexithymia in adolescent patients with restrictive eating disorders. *Children (Basel)*. 2022;9(7):1038. doi: 10.3390/children9071038.
34. Langdon-Daly J, Serpell L. Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of Eating Disorders*. 2017;5:12. doi: 10.1186/s40337-017-0141-7.
35. Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, et al. Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*. 1999;28:181-196. doi: 10.1023/A:1021649314458.
36. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*. 2005;25(7):895-916. doi: 10.1016/j.cpr.2005.04.012.
37. Abbate-Daga G, Gramaglia C, Malfi G, et al. Eating problems and personality traits. An Italian pilot study among 992 high school students. *European Eating Disorders Review*. 2007;15(6):471-8. doi: 10.1002/erv.770.
38. Dufresne L, Bussi eres EL, B edard A, et al. Personality traits in adolescents with eating disorder: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*. 2020;53(2):157-173. doi: 10.1002/eat.23183.
39. Gicquel L. Anorexia nervosa during adolescence and young adulthood: towards a developmental and integrative approach sensitive to time course. *Journal of Physiology – Paris*. 2013;107(4):268-277. doi: 10.1016/j.jphysparis.2013.03.010.
40. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899-911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3.
41. Zanella E, Lee E. Integrative review on psychological and social risk and prevention factors of eating disorders including anorexia nervosa and bulimia nervosa: seven major theories. *Heliyon*. 2022;8(11):e11422. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e11422.
42. Le Grange D, O'Connor M, Hughes EK, et al. Developmental antecedents of abnormal eating attitudes and behaviors in adolescence. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(7):813-24. doi: 10.1002/eat.22331.
43. Gaudio S, Dakanalis A. Personality and eating and weight disorders: an open research challenge. *Eating and Weight Disorders*. 2018;23(2):143-147. doi: 10.1007/s40519-017-0463-0.
44. Fassino S, Amianto F, Gramaglia C, et al. Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*. 2004;9(2):81-90. doi: 10.1007/BF03325050.
45. Krug I, Root T, Bulik C, et al. Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: a latent profile analysis. *Psychiatry Research*. 2011;188(3):439-45. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.026.
46. Atiye M, Miettunen J, Raevuori-Helkamaa A. A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2015;23(2):89-99. doi: 10.1002/erv.2342.
47. van Eeden AE, Hoek HW, van Hoeken D, et al. Temperament in preadolescence is associated with weight and eating pathology in young adulthood. *International Journal of Eating Disorders*. 2020;53(5):466-475. doi: 10.1002/eat.23241.
48. Nigg JT. Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(3-4):395-422. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01612.x.
49. Strelau J. Temperament. In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. *Encyclopedia of personality and individual differences*. Springer, Cham; 2020. p. 5388-5407. doi: 10.1007/978-3-319-24612-3_446.
50. Martin GC, Wertheim EH, Prior M, et al. A longitudinal study of the role of childhood temperament in the later development of eating concerns. *International Journal of Eating Disorders*. 2000;27(2):150-62. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(200003)27:2<150::aid-eat3>3.0.co;2-a.
51. Bufferd SJ, Levinson CA, Olinio TM, et al. Temperament and psychopathology in early childhood predict body dissatisfaction and eating disorder symptoms in adolescence. *Behaviour Research and Therapy*. 2022;151:104039. doi: 10.1016/j.brat.2022.104039.
52. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(12):975-90. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008.
53. Cloninger CR, Cloninger KM, Zwir I, et al. The complex genetics and biology of human temperament: a review of traditional concepts in relation to new molecular findings. *Translational Psychiatry*. 2019;9(1):290. doi: 10.1038/s41398-019-0621-4.
54. Komasi S, Rezaei F, Hemmati A, et al. Comprehensive meta-analysis of associations between temperament and character traits in Cloninger's psychobiological theory and mental disorders. *Journal of International Medical Research*. 2022;50(1):3000605211070766. doi: 10.1177/03000605211070766.
55. Garcia D, Lester N, Cloninger KM, Robert Cloninger C. Temperament and character inventory (TCI). In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham; 2020. p. 5408-5410. doi: 10.1007/978-3-319-24612-3_91.
56. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, et al. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(3):189-195. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.02196.x.
57. Fassino S, Amianto F, Sobrero C, Abbate Daga G. Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders. *Panminerva Medica*. 2013;55(4):397-413.
58. Garcia D, Cloninger KM, Cloninger CR. Coherence of character and temperament drives personality change toward well being in person-centered therapy. *Current Opinion in Psychiatry*. 2023;36(1):60-66. doi: 10.1097/YCO.0000000000000833.
59. Klump KL, Bulik CM, Pollice C, et al. Temperament and character in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2000;188(9):559-67. doi: 10.1097/00005053-200009000-00001.
60. Klump KL, Strober M, Bulik CM, et al. Personality characteristics

- of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine*. 2004;34(8):1407-18. doi: 10.1017/s0033291704002442.
61. van den Bree MB, Przybeck TR, Robert Cloninger C. Diet and personality: associations in a population-based sample. *Appetite*. 2006;46(2):177-88. doi: 10.1016/j.appet.2005.12.004.
 62. Lee SJ, Cloninger CR, Chae H. Cloninger's temperament and character traits in medical students of Korea with problem eating behaviors. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;59:98-106. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.02.006.
 63. Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, et al. Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clinical Psychology Review*. 2007;27(3):384-405. doi: 10.1016/j.cpr.2006.12.005.
 64. Luo J, Forbush KT, Williamson JA, et al. How specific are the relationships between eating disorder behaviors and perfectionism? *Eating Behaviors*. 2013;14(3):291-4. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.04.003.
 65. Westwood H, Kerr-Gaffney J, Stahl D, Tchanturia K. Alexithymia in eating disorders: systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017;99:66-81. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.007.
 66. Wallis DJ, Ridout N. Direct and indirect effects of alexithymia on disordered eating in a non-clinical female sample: determining the role of negative affect. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:994024. doi: 10.3389/fpsy.2022.994024.
 67. Shea ME, Pritchard ME. Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences*. 2007;42(8):1527-1537. doi:10.1016/j.paid.2006.10.026.
 68. Dakanalis A, Di Giacomo E, Colmegna F, Clerici M. Self-Esteem and Eating Disorders. In: Wade T, editor. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Springer, Singapore; 2017. p. 751-755. doi: 10.1007/978-981-287-104-6_189.
 69. Wagner S, Halmi KA, Maguire TV. The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: one construct or several? *International Journal of Eating Disorders*. 1987;6:495-505. doi: 10.1002/1098-108X(198707)6:4<495::AID-EAT2260060406>3.0.CO;2-I.
 70. Wade TD, Wilksch SM, Paxton SJ, et al. How perfectionism and ineffectiveness influence growth of eating disorder risk in young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;66:56-63. doi: 10.1016/j.brat.2015.01.007.
 71. Espeset EM, Gulliksen KS, Nordbø RH, et al. The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2012;20(6):451-60. doi: 10.1002/erv.2183.
 72. Sahlan RN, Sala M. Eating disorder psychopathology and negative affect in Iranian college students: a network analysis. *Journal of Eating Disorders*. 2022;10(1):164. doi: 10.1186/s40337-022-00683-x.
 73. Tylka TL, Subich LM. Examining a multidimensional model of eating disorder symptomatology among college women. *Journal of Counseling Psychology*. 2004;51(3):314-328. doi: 10.1037/0022-0167.51.3.314.
 74. Juarascio AS, Perone J, Timko CA. Moderators of the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating. *Eating Disorders*. 2011;19(4):346-54. doi: 10.1080/10640266.2011.584811.
 75. Barney JL, Barrett TS, Lensegrav-Benson T, et al. Examining a mediation model of body image-related cognitive fusion, intuitive eating, and eating disorder symptom severity in a clinical sample. *Eating and Weight Disorders*. 2022;27(6):2181-2192. doi: 10.1007/s40519-021-01352-9.
 76. Jérulon A, Perduca V, Delsedime N, et al. Mediation models of anxiety and depression between temperament and drive for thinness and body dissatisfaction in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*. 2022;27(7):2569-2581. doi: 10.1007/s40519-022-01397-4.
 77. Meshkova TA, Nikolaeva NO. Eating Attitude Test (EAT-26) on a sample of students in Moscow. *Psychiatry*. 2017;73:34-41. Russian.
 78. Meshkova TA, Mitina OV, Shelygin KV, Aleksandrova RV, Nikolaeva NO. The Eating Attitudes Test (EAT-26): psychometric characteristics and factor structure in nonclinical sample of 876 female university students. *Clinical Psychology and Special Education*. 2023;12(1):66-103. doi: 10.17759/cpse.2023121014. Russian.
 79. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 1982;12(4):871-8. doi: 10.1017/s0033291700049163.
 80. Maiano C, Morin AJS, Lanfranchi MC, et al. The Eating Attitudes Test-26 Revisited using exploratory structural equation modeling. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2013;41:775-788. doi:10.1007/s10802-013-9718-z.
 81. McEnery F, Fitzgerald A, McNicholas F, Dooley B. Fit for purpose, psychometric assessment of the Eating attitudes test-26 in an Irish adolescent sample. *Eating Behaviors*. 2016;23:52-57. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.07.006.
 82. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Eating Disorder Inventory. 1984;21:1009-1010.
 83. Bakholdina VY, Bakholdina DA, Movsesian AA, Stupina KS. On certain aspects of dembo-rubinstein method of self-esteem measurement. *The Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2014;140:547-552. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.04.468.
 84. Westerberg J, Edlund B, Ghaderi A. A 2-year longitudinal study of eating attitudes, BMI, perfectionism, asceticism and family climate in adolescent girls and their parents. *Eating and Weight Disorders*. 2008;13(2):64-72. doi: 10.1007/BF03327605.
 85. Alhaj OA, Fekih-Romdhane F, Sweidan DH, et al. The prevalence and risk factors of screen-based disordered eating among university students: a global systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eating and Weight Disorders*. 2022;27(8):3215-3243. doi: 10.1007/s40519-022-01452-0.
 86. Fekih-Romdhane F, Daher-Nashif S, Alhuwailah AH, et al. The prevalence of feeding and eating disorders symptomology in medical students: an updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eating and Weight Disorders*. 2022;27(6):1991-2010. doi: 10.1007/s40519-021-01351-w.
 87. Oshio A, Meshkova T. Eating disorders, body image, and dichotomous thinking among Japanese and Russian college women. *Health*. 2012;4(7):392-399. doi: 10.4236/health.2012.47062.
 88. Costarelli V, Koretsi E, Georgitsogianni E. Health-related quality of life of Greek adolescents: the role of the Mediterranean diet. *Quality of Life Research*. 2013;22(5):951-6. doi: 10.1007/s11136-012-0219-2.
 89. Zervaki K, Yiannakouris N, Sdrali D, Costarelli V. Diet quality,

- disordered eating and health-related quality of life in Greek adolescents. *Nutrition & Food Science*. 2017;47(4):511-521. doi: 10.1108/NFS-12-2016-0189.
90. Tsekoura E, Kostopoulou E, Fouzas S, et al. The association between obesity and the risk for development of eating disorders – a large-scale epidemiological study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2021;25(19):6051-6056. doi:10.26355/eurrev_202110_26883.
 91. Lee AM, Lee S. Disordered eating and its psychosocial correlates among Chinese adolescent females in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*. 1996;20(2):177-83. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<177::AID-EAT8>3.0.CO;2-D. PMID: 8863070.
 92. Mak KK, Lai CM. The risks of disordered eating in Hong Kong adolescents. *Eating and Weight Disorders*. 2011;16(4):e289-92. doi: 10.1007/BF03327475.
 93. Feng T, Abebe DS. Eating behaviour disorders among adolescents in a middle school in Dongfanghong, China. *Journal of Eating Disorders*. 2017;5:47. doi: 10.1186/s40337-017-0175-x.
 94. Li S, Song L, Twayigira M, et al. Eating disorders among middle school students in a Chinese population: Prevalence and associated clinical correlates. *Journal of Psychiatric Research*. 2022;154:278-285. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.07.062.
 95. Fatima W, Ahmad LM. Prevalence of disordered eating attitudes among adolescent girls in Arar City, Kingdom of Saudi Arabia. *Health Psychology Review*. 2018;6(1):7444. doi: 10.4081/hpr.2018.7444.
 96. Chan MF, Al Balushi R, Al Falahi M, et al. Child and adolescent mental health disorders in the GCC: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2021;8(3):134-145. doi: 10.1016/j.ijpam.2021.04.002.
 97. Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(6):610-9. doi: 10.1002/eat.22316.
 98. Kelina MY, Marenova EV, Meshkova TA. Body dissatisfaction and influence of parents and peers as risk factors for eating disorders among girls of adolescent and young age. *Psychological Science and Education*. 2011;16(5):44–51. Russian.
 99. Kelina MY, Meshkova TA. Alexithymia and eating attitudes among adolescent and young girls of non-clinical population. *Clinical Psychology and Special Education*. 2012;1(2). Russian.
 100. Micali N, De Stavola B, Ploubidis G, et al. Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. *The British Journal of Psychiatry*. 2015;207(4):320-7. doi: 10.1192/bjp.bp.114.152371.
 101. Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. *BMJ*. 2005;330:950-953. doi: 10.1136/bmj.330.7497.950.
 102. Jewell T, Collyer H, Gardner T, et al. Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: a systematic review. *International Journal of Eating Disorders*. 2016;49(4):354-73. doi: 10.1002/eat.22473.
 103. Farstad SM, McGeown LM, von Ranson KM. Eating disorders and personality, 2004–2016: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2016;46:91-105. doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.005.
 104. Aloi M, Segura-García C. Anxiety and depression mediate the role of low self-esteem and low self-directedness in the development of eating disorders. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2016;31(3):/j/ijamh.2019.31.issue-3/ijamh-2016-0084/ijamh-2016-0084.xml. doi: 10.1515/ijamh-2016-0084.
 105. Achermann M, Günther J, Goth K, et al. Body-related attitudes, personality, and identity in female adolescents with anorexia nervosa or other mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Apr;19(7):4316. doi: 10.3390/ijerph19074316. PMID: 35409997; PMCID: PMC8998874.
 106. Kim SJ, Lee SJ, Yune SK, et al. The relationship between the biogenetic temperament and character and psychopathology in adolescents. *Psychopathology*. 2006;39(2):80-6. doi: 10.1159/000090597.
 107. van der Heijden PT, Egger JI, Rossi GM, et al. Personality and psychopathology: mapping the MMPI-2-RF on Cloninger's psychobiological model of personality. *Assessment*. 2013;20(5):576-84. doi: 10.1177/1073191113490791.
 108. Krug I, King RM, Youssef GJ, et al. The effect of low parental warmth and low monitoring on disordered eating in mid-adolescence: findings from the Australian Temperament Project. *Appetite*. 2016;105:232-41. doi: 10.1016/j.appet.2016.05.015. PMID: 27212673.
 109. Laghi F, McPhie ML, Baumgartner E, et al. Family functioning and dysfunctional eating among Italian adolescents: the moderating role of gender. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016;47(1):43-52. doi: 10.1007/s10578-015-0543-1.
 110. Westerberg-Jacobson J, Edlund B, Ghaderi A. Risk and protective factors for disturbed eating: a 7-year longitudinal study of eating attitudes and psychological factors in adolescent girls and their parents. *Eating and Weight Disorders*. 2010;15(4):e208-18. doi: 10.1007/BF03325302.
 111. Teixeira MD, Pereira AT, Marques MV, et al. Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2016;38(2):135-40. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1723.
 112. Mustapic J, Marcinko D, Vargek P. Eating behaviours in adolescent girls: the role of body shame and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders*. 2015;20(3):329-35. doi: 10.1007/s40519-015-0183-2.
 113. Schmitt AP, Hart E, Chow CM. Attachment, rumination, and disordered eating among adolescent girls: the moderating role of stress. *Eating and Weight Disorders*. 2021;26(7):2271-2279. doi: 10.1007/s40519-020-01029-9.
 114. Bacopoulou F, Foskolos E, Stefanaki C, et al. Disordered eating attitudes and emotional/behavioral adjustment in Greek adolescents. *Eating and Weight Disorders*. 2018;23(5):621-628. doi: 10.1007/s40519-017-0466-x.
 115. Pace U, D'Urso G, Zappulla C. Negative eating attitudes and behaviors among adolescents: the role of parental control and perceived peer support. *Appetite*. 2018;121:77-82. doi: 10.1016/j.appet.2017.11.001.
 116. Chardon ML, Janicke DM, Carmody JK, Dumont-Driscoll MC. Youth internalizing symptoms, sleep-related problems, and disordered eating attitudes and behaviors: a moderated mediation analysis. *Eating Behaviors*. 2016;21:99-103. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.01.007.
 117. Mohorić T, Pokrajac-Bulian A, Anić P, et al. Emotion regulation, perfectionism, and eating disorder symptoms in adolescents: the mediating role of cognitive eating patterns. *Current Psychology*. 2022;1-12. doi: 10.1007/s12144-022-03824-2.
 118. Jones H, McIntosh VVW, Britt E, et al. The effect of temperament

- and character on body dissatisfaction in women with bulimia nervosa: the role of low self-esteem and depression *European Eating Disorders Review*. 2022;30(4):388-400. doi: 10.1002/erv.2899.
119. Wolz I, Agüera Z, Granero R, et al. Emotion regulation in disordered eating: psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale among Spanish adults and its interrelations with personality and clinical severity. *Frontiers in Psychology*. 2015;6:907. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00907.
120. Paganini C, Peterson G, Andrews K. The mediating role of temperamental traits on the relationship between age of puberty and eating disorders: a mediating analysis through structural equation modelling of Australian eating disorder outpatients. *The Journal of Genetic Psychology*. 2021;182(6):391-405. doi: 10.1080/00221325.2021.1940822.
121. Monteleone AM, Cascino G. A systematic review of network analysis studies in eating disorders: is time to broaden the core psychopathology to non specific symptoms. *European Eating Disorders Review*. 2021;29(4):531-547. doi: 10.1002/erv.2834.
122. Punzi C, Petti M, Tieri P. Network-based methods for psychometric data of eating disorders: a systematic review. *PLoS ONE*. 2022;17(10):e0276341. doi: 10.1371/journal.pone.0276341.
123. Vervaet M, Puttevils L, Hoekstra RHA, et al. Transdiagnostic vulnerability factors in eating disorders: A network analysis. *European Eating Disorders Review*. 2021;29(1):86-100. doi: 10.1002/erv.2805.
-

Нервная анорексия в представлении врачей первичной медицинской помощи Кыргызской Республики

Anorexia nervosa through the lens of primary health care practitioners in the Kyrgyz Republic

doi: 10.17816/CP6184

Оригинальное исследование

Zharkyn Moldokulova, Elena Molchanova,
Elena Kosterina

American University of Central Asia, Bishkek, Kyrgyz Republic

Жаркын Молдокулова, Елена Молчанова,
Елена Костерина

Американский университет в Центральной Азии, Бишкек, Кыргызская Республика

ABSTRACT

BACKGROUND: Anorexia nervosa was investigated in a large number of studies. Several of the studies in our review highlighted how important it is to factor in the opinion of health care practitioners if we want to improve the quality of the medical care provided to patients with anorexia nervosa. Additionally, the dominance of studies focused on anorexia nervosa within the Western culture raised the need for cultural diversity in such research.

AIM: The present study endeavored to explore how primary healthcare practitioners in Bishkek, Kyrgyz Republic, perceive anorexia nervosa and people who suffer from it.

METHODS: The study used the qualitative approach of Interpretative Phenomenological Analysis. Six semi-structured interviews with six primary health care practitioners from Bishkek were conducted.

RESULTS: The analysis of the collected data pointed towards four themes: (1) Anorexia nervosa as a reaction to distressing events in the form of loss of appetite; (2) Attributing blame for developing anorexia nervosa by a patient to family members; (3) Local versus Western socio-cultural standards in the development of anorexia nervosa and seeking treatment; and (4) Denial of mental health disorders by patients.

CONCLUSION: The discussion of the interpreted results led us to the conclusion that the perceptions of the health care providers in Bishkek represent the common prism through which anorexia nervosa is viewed in the larger population, which is constructed out of information received from the physical and virtual environments.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Нервная анорексия исследована достаточно подробно. Многочисленные исследования указывают на то, что для повышения качества медицинской помощи пациентам с нервной анорексией, важно понимать, как воспринимают болезнь врачи. Отмечается необходимость культурного разнообразия в исследованиях.

ЦЕЛЬ: Цель данной работы — изучить, как врачи первичного звена здравоохранения в городе Бишкек (Кыргызская Республика), воспринимают людей, страдающих нервной анорексией, и само расстройство.

МЕТОДЫ: Один из качественных методов — интерпретативный феноменологический анализ — был использован при работе с шестью интервью, взятыми у врачей первичной медицинской помощи различных центров семейной медицины города Бишкек.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Анализ полученных данных выявил четыре темы: (1) Нервная анорексия как реакция на тревожные события в виде потери аппетита; (2) Приписывание вины за развитие нервной анорексии у пациента членам семьи; (3) Местные и западные социокультурные стандарты в развитии нервной анорексии и обращении за медицинской помощью; (4) Отрицание пациентами наличия у них психического расстройства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Представления врачей первичного звена отражают общее понимание нервной анорексии жителями города Бишкек, сконструированное из мозаичной социокультуральной информационной среды.

Keywords: *anorexia nervosa; primary healthcare; interpretative phenomenological analysis; Kyrgyz Republic*

Ключевые слова: *нервная анорексия; первичная медико-санитарная помощь; интерпретативный феноменологический анализ; Кыргызская Республика*

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства пищевого поведения (РПП), в особенности нервная анорексия (НА), представляют серьёзную угрозу для общественного здоровья [1–4]: по данным, полученным преимущественно в западных странах, её распространённость составляет около 1% [5], причём 20–40% новых случаев выявляются у подростков и характеризуются значительными показателями смертности [6, 7]. Эти заболевания поражают как мужчин, так и женщин, независимо от возраста [8]. Недавние исследования показали, что системе здравоохранения следует уделить первостепенное внимание профилактике РПП, поскольку более чем половина пациентов с этими расстройствами получает недостаточную помощь или не получает её вовсе [9]. Лечение таких заболеваний как НА осложняется высокой частотой рецидивов, наличием коморбидных психических расстройств, переходом от одного подтипа заболевания к другому, а также отрицанию болезни пациентом, что часто наблюдается при НА [1, 10, 11]. Проблемы при лечении НА также тесно связаны с ограниченными знаниями врачей общей практики несмотря на то, что они обычно являются первыми специалистами, к которым обращается пациент. Недостаточное обучение врачей первичного звена (ВПЗ) диагностике РПП приводит к низкой выявляемости симптомов этих заболеваний во время обследований [12, 13]. Наряду с этим, значимыми препятствиями для обращения пациентов за помощью также становятся стигматизирующие убеждения и взгляды

медицинских работников [14]. Авторы исследования подчеркнули необходимость противодействия подобным представлениям и убеждениям с целью их преодоления. Другими словами, для совершенствования медицинской помощи пациентам с НА, необходимо описать и подробно рассмотреть убеждения и отношение медицинских работников к пациентам с НА, а также создать более эффективные клинические рекомендации, основанные на доказательных данных [4, 14, 15].

Ранние работы, касающиеся РПП и НА, в основном касались женской популяции западных стран, где были впервые сформулированы представления об этих заболеваниях [16]. В последнее время фокус научной деятельности в области РПП сместился с Запада на остальные страны. Таким образом, подобные исследования подтверждают, что изучение влияния социокультурных факторов на представления о РПП является важным способом по улучшению оказания помощи пациентам с данными расстройствами в контексте, например, азиатской культуры [17].

Об исследовании

Недостаточная освещённость проблемы НА в Кыргызской Республике контрастирует с ростом числа работ по данному вопросу в других «незападных» странах [16–18]. Это подтверждает мнение о том, что случаи НА встречаются в Кыргызской Республике, однако не получают достаточного внимания. Принимая во внимание рекомендации о важности

изучения мнений работников здравоохранения для повышения качества медицинской помощи [14, 15, 19], целью данного исследования стала оценка восприятия ВПЗ Кыргызской Республики НА как расстройства и пациентов с НА. Выбор ВПЗ в качестве участников исследования обосновывался предположением о том, что в соответствии с действующей структурой системы здравоохранения, консультации данных специалистов должны быть доступны большей части местного населения [20]. Пациенты с НА обращаются за лечением к ВПЗ, которые могут представлять собой первую линию помощи в инфраструктуре здравоохранения и, следовательно, оказывать значительное влияние на процесс поиска и получения медицинской помощи.

По причине небольшого числа научных работ, касающихся отношения к НА в Кыргызской Республике и Центральной Азии в целом, Россия является основным источником литературных данных по лечению РПП. Так авторы одной из работ изучили культурные различия в отношении НА в рамках японской и российской культур, тем самым предложив интересную точку зрения на культурные особенности в России [18]. Другое исследование, проведённое в России [21], даёт представление о виртуальности как социокультурном феномене, участвующем в развитии НА.

При ограниченном числе исследований РПП и НА в Центральной Азии, репрезентативная выборка в большинстве работ европейских стран и Америки также может не отражать ситуацию, в которой находятся пациенты в Центральной Азии, и проблемы, связанные с восприятием НА в странах их проживания. Классификация РПП согласно МКБ-10 [22] не учитывает контекст, связанный с культурными различиями, что может приводить к гиподиагностике [16]. Таким образом, необходимость изучения представлений медицинских работников о НА и пациентах с данным расстройством в Кыргызской Республике является очевидной.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

В данной работе применялись качественный подход и принципы интерпретативного феноменологического анализа (IPA). Причиной этому послужила необходимость изучения определённого феномена с позиций участников исследования путём проведения

глубинных полуструктурированных интервью [23]. Таким образом, IPA был выбран как инструмент изучения взглядов ВПЗ, принявших участие в данном исследовании. Кроме того, при обсуждении результатов работы и формулировке выводов авторы опирались на теорию социального конструкционизма.

Условия проведения исследования

Интервью проводились в Центрах семейной медицины (ЦСМ), которые являются частью системы первичной медицинской помощи в Бишкеке, Кыргызская Республика [20]. Данные условия были выбраны респондентами в связи с их удобством и возможностью встречи с исследователем по месту работы. Все респонденты опрашивались исследователями отдельно в ходе личной беседы в предоставленных для этой цели аудиториях. Двое участниц (Алия и Тынара) проходили интервью в ЦСМ №8, три участницы (Айкыз, Бурул и Гульназ) — в ЦСМ №2, одна участница (Тоня) — в ЦСМ №3. С согласия участниц проводилась аудиозапись интервью.

Формирование выборки и отбор участников

В исследовании участвовали 6 женщин в возрасте 28–65 лет, которые были сотрудницами центров общественного здравоохранения в Бишкеке, Кыргызская Республика. Пятеро из них работали в качестве ВПЗ, одна (Тынара) — в качестве клинического консультанта. Все участницы были кыргызками (этнос), владели кыргызским и русским языком, проживали в городских округах Бишкека, окончили местные медицинские вузы и прошли последипломное обучение в городских больницах.

Ход исследования

Общение с участницами происходило непосредственно по месту их работы. Формирование выборки проводилось по методу «снежного кома». Респондентки были проинформированы о сути исследования и условиях участия в нём, включая этические аспекты. Все участницы исследования подписали форму информированного согласия. Интервью длились от 1 до 1,5 ч и осуществлялись на рабочем месте участниц (вне рабочих часов). С согласия респонденток для всех интервью проводилась аудиозапись с последующей расшифровкой. Интервью проводились на русском языке лично ведущим автором данной работы —

Таблица 1. План полуструктурированного интервью, использованного в исследовании (только основные вопросы)

- Что Вам известно о расстройствах пищевого поведения?
- Знаете ли Вы, в чем различия между ними?
- Что Вам известно о нервной анорексии?
- Как Вы думаете, почему она возникает?
- Что Вы чувствуете по отношению к людям с нервной анорексией?
- У Вас когда-нибудь были пациенты с нервной анорексией?
- Как Вы воспринимаете такой опыт? Какое лечение Вы выбрали?
- Что бы Вы думали/чувствовали по отношению к человеку с нервной анорексией? Что бы Вы предложили ему?

молодой женщиной кыргызкой (этнос) в возрасте 31 года на момент проведения исследования, выросшей в городской среде Бишкека.

Работа была построена вокруг двух исследовательских вопросов (табл. 1):

1. Как врачи первичного звена в Кыргызской Республике воспринимают НА и пациентов, страдающих ей?

2. Какие особенности общественно-культурного фона и традиции они учитывают при оказании помощи пациентам с НА?

Расшифровка записей и перевод

Интервью проводились на русском языке, поскольку им владели участницы и автор исследования. Далее ведущий автор интервью стенографировал и переводил их на английский язык. Доступ к документам и данным, полученным от респонденток, имела лишь исследовательница, проводившая интервью.

Правовой и этический контроль за проведением исследования

План исследования был утвержден Комитетом по Этике в исследованиях (Institutional Review Board) Американского университета Центральной Азии (письмо-подтверждение No. 202203160000255).

Анализ данных

Методология IPA, которой следовали авторы данной работы, широко используется в психологических исследованиях [24]. В соответствии с руководствами по IPA, ход исследования авторы определяли с помощью феноменологии, герменевтики и идиографического

подхода [24]. Интерпретацию данных основывали на совокупности имеющихся научных знаний, известной как предконцепция (fore-conception) [25]. Чтобы не ограничиваться одной точкой зрения, исследователи изучали феномен НА с разных позиций, именуемых герменевтическим кругом [26].

Согласно руководствам по IPA [23], анализ проводили после завершения сбора данных, полученных в ходе полуструктурированных интервью. Протокол интервью основывали на информации, полученной по результатам предшествующих работ в смежных областях [14, 15, 19]. Этапы анализа данных включали запись интервью на диктофон, тщательное прочтение и перечитывание интервью группой исследователей, выявление актуальных тем, их классификацию и конкретизацию. Все этапы проводили в соответствии с руководствами по IPA [23]. Результаты обсуждались в рамках теории социального конструкционизма.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Были обнаружены четыре ведущие темы: 1) восприятие врачами НА как реакции на стрессовые события, проявляющейся потерей аппетита; 2) обвинение членов семьи в развитии НА у пациента; 3) противопоставление местных и западных социокультурных норм при формировании НА и поиске лечения; 4) отрицание пациентом с НА наличия у него психического расстройства.

НА представляется врачам скорее реакцией на стрессовые события, принимающей форму потери аппетита, нежели психологическим состоянием

Хотя некоторые из участниц (Алия) рассматривали НА как психическое расстройство, проявляющееся ограничительным пищевым поведением, в основном они описывали пациентов с НА как девочек-подростков, желающих снизить вес и доводящих дело до крайности в связи с искаженным восприятием собственного тела:

«Когда начинаешь говорить с пациенткой, не допрашивать, а именно говорить, она объясняет, что хочет стать более худой. При этом, она весит 40 кг и продолжает пытаться сбросить вес. Вот тогда мы начинаем бить тревогу.»

Алия, 50 лет

В большинстве описаний НА, предоставленных участниками, желание больных похудеть рассматривается как результат чрезмерной реакции на психический стресс: например, Гульназ отметила, что она и её коллеги могут понять чувства пациентов с НА благодаря личному опыту потери аппетита и похудения во время эмоционально тяжёлых периодов или выгорания. Она подчеркнула, что сопереживала пациентам с НА, потому что на себе ощутила трудности, связанные с потерей аппетита, столкнувшись с тяготами работы во время пандемии COVID-19. Ошибочно полагая, что НА — это нервное истощение на фоне психологического стресса, она привела в качестве примера свой случай, описав его как короткий эпизод изменения пищевого поведения вследствие хаотичного рабочего графика, что привело её к измождению:

«У меня самой это было. Во время пандемии. В первую волну все врачи заболели, и я осталась одна. Было несколько педиатров, они мне помогали. Но в это время мой телефон звонил постоянно. У меня даже не было времени нормально поесть. У меня маленькие дети и муж. Они мне помогали, конечно, но я была такой уставшей.»

Гульназ, 31 год

Приводя описанный выше пример, Гульназ сравнивала себя с пациентами, подразумевая, что люди, у которых в итоге развивается НА, органически предрасположены к нему, в отличие от неё. Она представляет заболевание как результат преувеличенной реакции на стресс:

«У некоторых людей, например, устойчивая нервная система, верно? У некоторых — неустойчивая. Некоторые эмоционально неустойчивы, они плачут, и они сразу реагируют на что-то такое.»

Гульназ, 31 год

Разделение людей на тех, кто может преодолеть стрессовую ситуацию, и тех, кто из-за особенностей нервной системы страдает от последствий чрезмерного эмоционального стресса, прослеживается в нескольких интервью (Алии, Бурул, Гульназ, Тынары). Так Бурул описывает людей, склонных к избыточной реакции на стрессовые ситуации, как «тревожных»:

«Это становится заметно, когда человек испытывает какой-либо стресс, например, экзамены или ещё что-то.»

По ультразвуковому исследованию всё нормально, по гастроскопии тоже. Обычно это просто тревожные люди.»

Бурул, 28 лет

Алия считает, что группой риска развития НА являются подростки, т.к. характерные для этого возраста особенности развития нервной системы делают их более восприимчивыми к стрессу:

«Подростки легко поддаются влиянию, у них гормональный дисбаланс. В этот период они изменчивы, ранимы и чувствительны. Они крайне уязвимы в таком возрасте.»

Алия, 50 лет

Участницы воспринимают эмоциональный стресс и гормональный дисбаланс как взаимосвязанные явления, приводящие к дезадаптивному поведению, такому как преднамеренное похудение. Эта идея является частью общего представления о развитии заболевания нескольких участниц (Айкыз, Бурул, Гульназ и Тынары).

Одна из респонденток, Гульназ, указывает на важность продолжительности стрессового воздействия: можно предположить, что для появления соответствующих реакций нервной системы человек должен испытывать негативные эмоции достаточно продолжительное время. Тем не менее, использование ею слова «по-видимому» свидетельствует о неуверенности в собственных знаниях о происхождении НА:

«Нервное истощение развивается, когда человек долго находится в состоянии стресса (думает). Или под каким-то давлением. Он теряет силы и оказывается на грани нервного срыва. Такое состояние называют нервным истощением, или по-видимому, нервной анорексией.»

Гульназ, 31 год

Длительное стрессовое состояние как причина физиологических последствий может также быть смертельным, по словам Тынары. Она тоже связывает НА с нервным истощением, вызванным нарушениями в работе нервной системы вследствие стресса:

«Даже если ты хорошо ешь, ты похудеешь, потому что это нервное истощение. Все тело, от самых кончиков»

пальцев – всем этим управляет нервная система. Если человек постоянно в состоянии стресса, то конечно разовьется нервное истощение. Человек может даже умереть от этого.»

Тынара, 65 лет

Поскольку последствия пережитого стресса приводят к снижению веса, участницы не считали это заболеванием до тех пор, пока оно не стало явно тяжёлым. Бурул, например, связала похудение пациентки, которая казалась ей апатичной, с неблагоприятными событиями в жизни девушки; впрочем, по её мнению, пациентка не была физически истощенной, чтобы считать её состояние болезнью:

«У меня недавно была пациентка. Не такая худая, это была ещё не анорексия. Она входит, и все становится понятно по тому, как она разговаривает. Они говорят так тихо, в солнцезащитных очках, не смотрят на тебя. В плохом настроении. Затем начинаешь их расспрашивать и оказывается, что они испытывают стресс, экзамены или что-то ещё. Она меня спросила, может ли стресс быть причиной. Конечно, может. Я спросила, какие у неё проблемы. Она сказала, что она не справляется с учёбой. "Завалила" экзамен.»

Бурул, 28 лет

Зачастую респондентки напрямую связывали случаи поведения, которое они считали похожим на НА, с психологическими и межличностными стрессорами:

«Его мама позвонила, потому что мы оказываем помощь на дому. Он там просто лежит. Она сказала, что так уже два месяца. Он не вставал, не жаловался, не ел. Она сказала, что у него что-то случилось на работе. Что-то личное. Не влился в коллектив.»

Тоня, 46 лет

Участницы возлагали вину за развитие НА у пациентов на членов их семей

Хотя некоторые респондентки (Алия и Тынара) сочувствовали родственникам и членам семей пациентов с НА, как тем, кто несет бремя ухода за больным, многие (Алия, Айкыз, Бурул, Гульназ, Тоня) считали родственников, в особенности матерей, ответственными за развитие болезни у девочек-подростков. Респондентка Гульназ отметила, что

«анорексия у женщин не развивается из-за работы, это всё из-за семейных проблем», и что «кто-то причиняет им страдания дома». Подобные взгляды могут быть связаны с местным культурным контекстом и гендерными предрассудками. Тынара предположила, что «что-то может быть не в порядке дома» и что «кто-то дома проявляет агрессию». Девочка-подросток, по словам Тынары, сильно похудела в связи с эмоциональным насилием дома. Она призналась, что её мачеха «всегда кричит» и «постоянно критикует» её.

Психические расстройства, по мнению респондентов, возникают, когда дети теряют самостоятельность под давлением родителей. В случае НА, матери пациенток представляются властными и требовательными. Так как матери осуществляют основную часть ухода и активно участвуют в решении проблем и лечении дочерей, они и воспринимаются как ключевые фигуры и источники стресса у девочек. Матерей описывают как ставящих дочерям чрезмерно амбициозные цели, поскольку они «сами не смогли их добиться» (Алия). Таким образом, по мнению врачей, дочери перенимают у матерей эти цели, что приводит к перфекционистскому стремлению их достичь:

«Не знаю, чего они добиваются, какие у них рычаги воздействия. Я думаю, каждому родителю нужен индивидуальный подход. Для каждого родителя и каждой пациентки. Например, [родители говорят] ты должна заниматься танцами, и это их уровень [ожиданий], да? Почему она должна туда ходить? На танцы? Почему её родители хотят, чтобы она танцевала? Что они хотят от этой девочки? Почему они этого хотят от неё?»

Алия, 50 лет

Одна из участниц (Айкыз) описала сцены, свидетельницей которых она становилась на работе, когда матери кричали на дочерей: «Ты ничего не ешь!», «Ты это с собой сделала!». Для Айкыз эти образы и интонация отражают осуждение и критику со стороны матерей, которые принимают обвинения за заботу и тем самым подталкивают дочерей к развитию НА.

Тоня связала возникновение заболевания с синдромом анорексии у позднее скончавшегося пациента-мужчины с давлением, которое он испытывал со стороны матери. По её мнению, он должен был

содержать семью. Тоня акцентировала внимание на гендерно-обусловленном давлении в семье, исходившем в основном от матери:

«Она заставила его ходить на работу, потому что "ты же мужчина!". Она ему создала некую планку: "Ты должен полностью нас обеспечивать". И, наверное, что-то внутри него сломалось. Когда я его увидела, он уже лежал.»

Тоня, 46 лет

В целом, все участницы подчеркнули роль стрессовой обстановки дома в развитии симптомов НА, особенно у девочек-подростков. Они делили представление о домашней среде как об агрессивной, враждебной, либо пренебрежительной. Бурул отметила, что родители «должны проявлять внимание к девочкам», однако они «не успевают» и «не понимают друг друга». Они не хвалят дочерей, не говорят им «молодец» или «ты красивая». Пытаясь обнаружить причины заболевания в родителях подростков, при этом не обладая достаточным пониманием состояния, респондентки представляли его как результат недостаточного ощущения принятия со стороны родителей:

«Девочки начинают, в особенности, когда родители не уделяют достаточно внимания ребенку, начинают хотеть быть похожими на кого-то другого... Родители не говорят им, что они хорошие, красивые. Я думаю, у них такая ассоциация, ну, что красота — это тонкая талия (думает). И они перестают есть. Основываясь на мнениях окружающих, они начинают сразу реагировать... "Так, они будут меня любить, если я стану худой, я буду красивой" (изображает).»

Бурул, 28 лет

В заключение, участницы считали неблагоприятную обстановку дома, в первую очередь отношения с матерью, первоисточником стресса, особенно у пациентов молодого и подросткового возраста, и причиной для развития симптомов РПП. Подобные представления в совокупности позволили предположить наличие у участниц склонности к поиску внешней причины поведения пациентов и подходящей возможности для перекладывания вины. С другой стороны, подобные взгляды противоречат идеям о пациентах с НА как людях с избыточными реакциями на обычные раздражители.

Врачи противопоставляют влияние местных и западных социокультурных норм на развитие НА и готовность обратиться за помощью

Взгляды некоторых участниц исследования (Алии, Айкыз, Бурул, Гульназ) касательно НА у пациентов в Кыргызской Республике основывались на дискурсе об идеалах тела, навязываемом подросткам средствами массовой информации (СМИ) и побуждающем молодых людей придавать опасно большое значение собственным телам:

«Они живут по этим телепередачам, Голливуд и так далее, я не знаю всех этих актрис, да? У них невероятные тела, верно? И они думают, что это всё, не знаю, счастье. Быть красивой — значит иметь всё.»

Бурул, 28 лет

Бурул связывает возникновение симптомов НА со стрессовыми жизненными событиями и в некоторой степени отказывается считать их особенным психическим состоянием, игнорируя подобный подход как продвигаемый СМИ. Она придерживается идеи о том, что в «настоящей жизни» люди худеют, когда встречаются с неблагоприятными обстоятельствами и не справляются с возникающим стрессом, в противоположность тому, что изображается в СМИ. Подразумевается, что СМИ преувеличивают проблему таким образом, чтобы она выглядела серьезнее, чем в реальности:

«Мы видели таких пациентов по телевизору. Они к нам приходят, но они, конечно, не такие пугающие. Пугающих видишь только на экране.»

Бурул, 28 лет

«У меня был пациент, который сильно потерял вес, но не слишком, не кожа да кости. Это только в кино, кожа да кости. В реальности они худые, но не как в кино. У них есть какой-то вес; это только начинает становится заметным.»

Бурул, 28 лет

Айкыз — ещё одна респондентка, проводящая границу между НА, изображаемой в СМИ, и НА в реальности. Её понимание болезни основывается на стандартах красоты:

«Первое, что приходит в голову, — это (думает) модели.»

Они должны выглядеть стройными, поэтому они худеют до того, что это начинает пугать.»

Айкыз, 33 года

Участницы исследования (Алия, Айкыз, Бурул, Гульназ) видят причину во влиянии мировых СМИ, популяризирующих стандарты красоты, основанные на западной культуре. Для Алии продвижение среди молодёжи стандартов внешности через СМИ, приводит к бесщётному количеству попыток соответствия распространяемым по всему миру идеалам красоты:

«Идея об идеальной фигуре продвигается в Интернете. Вовлечённые в виртуальную культуру западных стандартов красоты, оказываются вынуждены выглядеть определённым образом.»

Алия, 50 лет

Те, кто чувствуют себя обязанными соответствовать этим стандартам красоты, по словам Бурул, ищут внешнего признания из-за низкой самооценки. Она считает низкую самооценку причиной попадания под влияние виртуальной среды. Достижение этой цели требует значительных жертв, «погоны»:

«По большей части, я думаю, причина заключается в стремлении, погоне за красотой, верно? И низкой самооценке.»

Бурул, 28 лет

По словам участниц исследования (Айкыз, Бурул, Гульназ), местная культура в Кыргызстане имеет противоположные нормы в отношении внешности, в особенности женской. По традиции, женщины считаются ответственными за деторождение. Они должны поддерживать полноценное функционирование репродуктивной системы, что требует более крупных форм:

«Наш менталитет этого не требует. Наш народ любит пухленьких, потому что они могут родить нормальных, здоровых детей.»

Гульназ, 31 год

Поскольку местные стандарты красоты отличаются от мировых, люди с явно маленьким весом даже могут стать объектами травли. Айкыз чувствовала облегчение от того, что не подверглась травле

из-за худобы в старшей школе, в отличие от её одноклассницы:

«У меня в классе была девочка, она была очень худая. Ну, я тоже была худой, но меня не обзывали. Наверное, потому что я была ниже этой девочки и это было не так заметно. Она была очень высокая. И каждый раз на уроках её называли "анорексичкой".»

Айкыз, 33 года

Тынара рассказала, как лечение её сестры было отложено из-за необходимости организации традиционного ежегодного дня поминовения «Аш» её покойного мужа. Она боялась, что родственники застыдят её, если она не будет соблюдать традиции. К моменту начала лечения у неё была чрезвычайно низкая масса тела. Тынара пыталась госпитализировать её, однако противостоять традициям было слишком трудно:

«Я сказала: "Приезжай сюда [в Бишкек]", но она сказала: "Мой муж умер, я должна устроить Аш". У нас, кыргызов, всегда так. Родственники скажут: "О, она уехала в Бишкек", они будут оскорблены.»

Тынара, 65 лет

Пока большинство респонденток (Алия, Айкыз, Бурул, Гульназ) говорили о бремени соответствия социальным нормам в виде стандартов внешности женщин, Тоня дала представление о местных гендерных стереотипах в отношении мужчин. Она заявила, что мужчины вынуждены скрывать свои чувства, что приводит к таким проявлениям эмоционального стресса, как потеря аппетита:

«Девочки преодолевают это быстрее. Они это как-то побеждают, может быть, больше общаются. А мальчики закрываются, для них все сложнее. У него есть это [убеждение], что он мужчина, что он это должен, обеспечить девушку, мать, сестру.»

Тоня, 46 лет

В целом, социокультурные особенности представляются факторами, влияющими на развитие состояний, воспринимаемых респондентками как НА. Участницы исследования признали то, насколько значимым может быть окружение, как виртуальное, так и физическое, в вопросе влияния на психическое здоровье и картину мира в целом.

Отрицание психических расстройств

Участницы исследования (Алия, Айкыз, Бурул, Гульназ, Тоня, Тынара) описывали пациентов, не осознающих наличие психологических причин физиологических проблем. Так Тоня видит случаи отрицания неразрешимыми, поскольку не знает, как оказать помощь в подобных ситуациях. Так как Тоня придерживается мнения, что НА развивается у молодых людей в связи с «неполным развитием» нервной системы, она описывает их как «импульсивных, с ограничениями». Эти ограничения не позволяют им признаться себе, что им нужна помощь психиатра.

«При этом он будет всё отрицать, думая, что он здоров и счастлив, что он всё делает правильно, и что ему не нужна помощь врача. Он просто пришёл сдать анализы. Например, анализ крови, потому что чувствует себя немного уставшим. И всё. Мы не можем ничего сказать прямо и от вопросов, подразумевающих, что у него психические проблемы, он будет отмахиваться.»

Тоня, 46 лет

Такие пациенты чаще обращаются за помощью по поводу физиологических нарушений, нежели за психологической поддержкой. Бурул связывает подобные случаи с недостатком рефлексии, либо эскапизмом. Отрицание может трансформироваться в отказ от лечения, когда пациенты признаются самим себе в наличии проблемы, однако скрывают это, опасаясь, что их назовут «сумасшедшими» (Бурул):

«Но они приходят по другим причинам, например, их тошнит или болит живот. Я думаю они, не знаю, наверно, осознают это, но не хотят видеть. Наверное, они правда это осознают.»

Бурул, 28 лет

Так как Алия — единственная, кто с уверенностью описывала заболевание как следствие целенаправленного ограничительного пищевого поведения пациента, который имеет перфекционистские ценности вследствие общественного давления, она считает отрицание проблемы подростками закономерным результатом. Они делают то, что, по их мнению, должны делать; следовательно, они делают всё правильно:

«Если девочка не передумает, то ничего не поможет, лекарства не помогут. Я пыталась просто с ней поговорить, но она сказала: "Я так хочу".»

Алия, 50 лет

По мнению Айкыз, обратиться за лечением невозможно, не признав наличие болезни. Лишь люди, склонные к самоанализу, могут сами попросить о помощи. Впрочем, большинство ситуаций оказывается случаями отрицания, когда люди не признаются самим себе в наличии проблемы. Наравне с отрицанием заболевания, пациенты пытаются избежать стигматизации, т.к. не хотят, чтобы их воспринимали как «психов» (Айкыз):

«Она [психотерапевт в ЦСМ] сказала мне, что если у него [пациента] есть силы на самокритику, то это возможно [вылечить его]. Но если он откажется, мы ничего не сможем сделать.»

Айкыз, 33 года

Все респондентки предложили использовать эмпатический подход к пациентам, склонным к отрицанию. Например, Гульназ считает, что молодые люди подвержены риску развития НА, при этом они же могут сопротивляться лечению в силу упрямого характера. Она подчеркивает, что сопротивление может возникать в тех случаях, когда подростки ощущают в свою сторону критику, в связи с чем они нуждаются в более мягком подходе:

«Нужно говорить с ними мягко. Сейчас молодежь себя так ведёт. Если начнешь с ними спорить, у них будет обратная реакция. Без осуждения. Нужно находить со всеми общий язык.»

Гульназ, 31 год

Примечательно, что в большинстве случаев участницы исследования (Гульназ, Бурул, Тынара, Тоня) затруднились счесть НА полноценным психическим расстройством. Они связывали анорексию со стрессовыми факторами и исходными психологическими состояниями, при этом не совсем определённо, но упорно указывая на необходимость участия в процессе диагностики и лечения специалистов в области психического здоровья:

«Я хочу, чтобы их [психотерапевтов] было больше. Нам они очень нужны. Зарплаты должны быть выше,

я не знаю, как это сделать, но нужно обратить на это внимание молодых специалистов, чтобы они учились на психотерапевтов. Это было бы прекрасно.»

Гульназ, 31

В приведённой выше цитате идея о необходимости поддержки специалистов в области психического здоровья высказывается несколько неоднозначно, лишь в форме предложения увеличить число молодых психиатров. Здесь и в других интервью (Айкыз, Бурул, Гульназ, Тони, Тынары) респондентки не указывали, что в работе с пациентами с НА используют какие-либо современные методики касательно психического здоровья. По-видимому, участницы исследования позиционируют себя вне системы психологической помощи:

«Я направляю к ней [психиатру], только если пациенту это нужно. Она психиатр, поэтому лечит в основном тех, у кого тяжёлые расстройства. Такие как шизофрения, умственная отсталость или очень серьёзные заболевания. Например, если у человека небольшая бессонница, или, я не знаю.»

Гульназ, 31 год

Согласно приведённой цитате, представления о том, какой именно специалист в сфере психического здоровья необходим и в каких случаях, достаточно расплывчаты. Создается впечатление, что лишь тяжёлые состояния требуют вмешательства психиатра. В ситуации, когда пациент ощущает внешне незначительные симптомы, возможность направления его к психиатру не рассматривается участницами исследования.

ОБСУЖДЕНИЕ

В данном исследовании ВПЗ воспринимали пациентов с НА как людей, потерявших аппетит вследствие эмоционального стресса. На это оказывает влияние внешняя обстановка, в которой значимую роль играют члены семьи пациента. В более крупном масштабе они связывают развитие НА с социокультурным давлением в мировом и локальном контекстах, обращаясь к дискурсу, представленному в СМИ. По мнению участниц исследования, пациенты с НА отказываются признать тот факт, что за их физиологическими проблемами скрываются психологические причины. Тем не менее, в проведённых интервью редко

упоминается работа совместно со специалистами в области психического здоровья, либо стимулирование пациентов к обращению за психологической поддержкой или лечением.

Для нас было критически важным позволить участницам исследования самостоятельно руководить ходом разговора, как рекомендовано руководствами по IPA [27]. Как следствие, респондентки свободно переходили от темы НА к обсуждению других психологических причин похудения в рамках дискурса касательно НА. Переход от разговора о намеренном похудении на похудение вследствие стресса можно принять за подмену одного понятия другим, либо их смешение. Так или иначе, оба варианта связаны с недостатком знаний о НА. В целом, пациенты с НА воспринимались участницами исследования преимущественно как те, кто худеет вследствие стресса. По мнению респонденток, НА — в первую очередь психологическое состояние, приводящее к физиологическим последствиям. Подобное объяснение сходно с описанием НА, встречающимся в предшествующих диагностических критериях, где РПП описывались как психофизиологические реакции пищеварительной системы, при которых негативные эмоции приводили к появлению физиологических симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта [28]. Большинство ВПЗ представляют НА как следствие эмоционального стресса, либо один из его симптомов, нежели как самостоятельное заболевание.

Обсуждение влияния СМИ на желание похудеть с целью соответствия стандартам красоты, как и ожидалось, было далёким от реальной жизни. Участницы исследования затруднялись ответить на вопрос о симптомах НА и в основном называли расстройство «нервным истощением». Можно заключить, что им неизвестны современные представления о клинической картине НА, как было отмечено в других исследованиях [15, 28]. Тем не менее, одна из участниц продемонстрировала знание о симптомах НА, связанных с искажённым восприятием образа тела. Следовательно, недостаточная осведомленность ВПЗ в Бишкеке может всё же не быть повсеместной.

Внешность и поведение среднестатистического пациента с НА описывались словами «худой», «бледный», «вялый», «апатичный», указывающими на образ человека, находящегося в состоянии стресса. Этот образ основывался на изображении НА в СМИ,

а также клиническом опыте участниц исследования. Не все респондентки представляли пациентов с НА как девочек-подростков, описывая случаи НА у мужчин, взрослых и пожилых людей. В то же время участницы, не связывавшие НА с полом или конкретным возрастом, считали анорексию вариантом нервного истощения. В связи с этим невозможно определённо утверждать, что с позиции участниц исследования НА не является заболеванием, зависящим от пола или возраста.

Все респондентки подчеркивали значимость роли членов семьи, делая особый акцент на отношениях матерей и дочерей. Аналогично, имеющиеся литературные данные в области РПП и НА обращают особое внимание на значимую роль взрослых в этом вопросе [29–31]. Контроль и давление со стороны родителей приводят к тому, что респондентки воспринимали их как ответственных за развитие заболевания у детей. Впрочем, контролирующий стиль воспитания делает возможным обращение за помощью для пациентов, которые к этому не расположены. Таким образом, ответственность и вина образуют замкнутый круг. В более ранних работах [30] изучалась динамика семейных отношений, играющая значимую роль на всех этапах формирования НА, с фокусом на осознании матерями опыта болезни у дочерей. Следовательно, необходимым является обсуждение роли матерей в рамках НА, что нашло отражение в интервью участниц исследования.

Респонденты связывали нарушения восприятия образа тела с влиянием мировых СМИ, распространяющих идеи о социально приемлемых стандартах внешности. Мировые общественные стандарты, впрочем, имеют и области пересечения с локальной социальной средой. Местные идеалы красоты отличаются от западных. Это связано с ролью, которую женщины играют в местном обществе: на них лежит ответственность за деторождение, для безопасности которого, как считается, требуются более крупные размеры тела. Авторы предыдущего исследования по данной теме [16] упоминали, что их участники, принадлежавшие к азиатской культуре, считали привлекательными полные тела. Таким образом, между доминирующими на Западе и местными представлениями о формах тела всегда имеются некоторые различия. Результаты современных исследований, касающихся географических различий в социокультурных факторах,

влияющих на восприятие внешности [32], и глобального распространения информации через виртуальные сообщества, согласуются с данными предшествующих исследований в этой области [18, 21].

Развитие НА также связано с низкой самооценкой и неприятием собственного тела. Последнее подталкивает человека к поиску одобрения извне. В предыдущих работах также высказывалось предположение о том, что низкая самооценка приводит к развитию нарушений пищевого поведения [1, 33].

Пациенты с НА неохотно соглашались на лечение, направленное на решение психологических проблем их состояния. Наши респондентки представляют пациентов с НА как тех, кто не осознает, не хочет осознавать или вовсе отрицает психологические причины собственных физиологических проблем. Их мышление можно описать как ригидное. Это может иллюстрировать случай дихотомического мышления в отношении нарушенного пищевого поведения, описанный в исследовании по данному вопросу [18]. По мнению участниц нашего исследования, идеальная фигура является ценностью для намеренно худеющих пациентов. Соответственно, выздоровление понимается как выявление и переформулирование подобных ценностей, что согласуется с программами профилактики, предложенными в других исследованиях [9].

Отрицание психических расстройств пациентами заставляет врачей чувствовать себя беспомощными. С точки зрения наших респонденток, лечение может быть эффективным в случае раннего оказания помощи в сфере психического здоровья, однако зачастую оно отсрочивается до момента, когда процесс становится необратимым. Подобные взгляды сходны с таковыми у специалистов здравоохранения из скандинавских стран, придерживающихся негативных ожиданий в отношении исходов лечения НА [14]. Отрицание и сопротивление лечению также освещено в опубликованных ранее работах [34–36].

Совокупные представления местных ВПЗ касательно НА и людей с НА укладываются в рамки теории социального конструкционизма, согласно которой создание и категоризация смыслов происходят одновременно в ходе взаимодействий между людьми [37]. Восприятие формируется через язык, культурный и исторический контекст, а также наборы смыслов [37]. НА обсуждалась в другом научном

исследования [38] в рамках социального конструирования психопатологии, которая является создаваемым обществом комплексом представлений о страдании, переплетённым с особым, постоянно меняющимся социальным контекстом [38]. Таким образом, среди специалистов здравоохранения в Кыргызской Республике социальный конструкт НА формируется под влиянием локального контекста и отражает местные социокультурные представления о психопатологии.

Перспективы дальнейших исследований и практики здравоохранения

Данная работа является первым шагом к дальнейшим исследованиям, ставящим своей целью изучение проявлений НА в Кыргызской Республике, опыта ВПЗ и социокультурных факторов в отношении НА. Данная работа имеет потенциал для применения в практике здравоохранения, направленной на улучшение качества медицинской помощи при НА, поскольку предоставляет информацию для разработки программ обучения медицинских работников, а также снижает степень стигматизации.

Преимущества и ограничения исследования

В исследовании была предпринята попытка продвижения исследований по вопросу НА в различных культурных контекстах путём отражения социокультурных факторов, влияющих на восприятие НА. Результаты исследования могут быть применены в медицинской практике.

Тем не менее, в данной работе имеются ограничения, связанные с субъективностью интерпретаций. Необходимо отметить, что представленные результаты находятся под преимущественным влиянием позиций авторов исследования.

Вывод

ВПЗ, принявшие участие в исследовании, конструировали восприятие НА и пациентов с НА, основываясь на общемировом и локальном контексте. Большинство вопросов, которые были обсуждены участницами исследования, представлены в существующей литературе, в связи с чем позиции, высказанные кыргызскими ВПЗ, отражают общие представления о НА, сформированные под влиянием местных и виртуальных СМИ.

История публикации:

Статья поступила: 14.04.2023

Статья принята: 29.05.2023

Публикация: 22.06.2023

Вклад авторов: Все авторы внесли значительный вклад в статью, проверили и одобрили её окончательную версию перед публикацией.

Финансирование: Статья была написана без дополнительного финансирования.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Цитировать:

Молдокулова Ж., Молчанова Е.С., Костерина Е.В. Нервная анорексия в представлении врачей первичной медицинской помощи Кыргызской Республики // Consortium Psychiatricum. Т.4, №2. СР6184. doi: 10.17816/СР6184

Сведения об авторах

Жаркын Молдокулова, магистр, исследователь и психолог-консультант, Институт поведенческого здоровья Американского университета в Центральной Азии

***Елена Сергеевна Молчанова**, PhD, профессор программы «Психология» направления «Социальных наук» Американского университета в Центральной Азии;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4268-9008>

E-mail: molchanova_e@auca.kg

Елена Васильевна Костерина, PhD, доцент, и.о. руководителя программы «Психология» направления «Социология» Американского университета в Центральной Азии;

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Colmsee I-SO, Hank P, Bošnjak M. Low self-esteem as a risk factor for eating disorders. *Zeitschrift für Psychologie*. 2021;229:48-69. doi: 10.1027/2151-2604/a000433.
2. Fredman S, Jyborn Y. Sjuksköterskors bemötande av tonåringar med Anorexia Nervosa i sjukvården: en litteraturoversikt [Internet] [Dissertation]. 2021 [cited 2023 May 13]. Available from: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hv:diva-16468>.
3. Monaghan M, Doyle L. 'It stopped you thinking about food' — The experiences of mealtimes and attending a post-meal support group for young people with anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022;32:128-138. doi: 10.1111/inm.13068.
4. The experiences of mealtimes and attending a post-meal support group for young people with anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022;32:128-138. doi: 10.1111/inm.13068.

5. Safiri S, Noori M, Nejadghaderi SA, Mousavi SE, Karamzad N, Sullman MJM, Pirodda S, Collins GS, Abdollahi M, Kolahi A-A. Comparison of the burden of anorexia nervosa in the Middle East and North Africa region between 1990 and 2019. *Journal of Eating Disorders*. 2022;10. doi: 10.1186/s40337-022-00718-3.
6. Alfalahi M, Mahadevan S, Balushi R. al, Chan MF, Saadon MA, Al-Adawi S, Qoronfleh MW. Prevalence of eating disorders and disordered eating in Western Asia: a systematic review and meta-analysis. *Eating Disorders*. 2021;1-30. doi: 10.1080/10640266.2021.
7. Atti AR, Mastellari T, Valente S, Speciani M, Panariello F, De Ronchi D. Compulsory treatments in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders — Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020;26:1037-1048. doi: 10.1007/s40519-020-01031-1.
8. Herpertz-Dahlmann B. Intensive treatments in adolescent anorexia nervosa. *Nutrients*. 2021;13:1265. doi: 10.3390/nu13041265.
9. Van Eeden AE, Van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021;34:515-524. doi: 10.1097/ycp.0000000000000739.
10. Ghaderi A, Stice E, Andersson G, Enö Persson J, Allzén E. A randomized controlled trial of the effectiveness of virtually delivered Body Project (vBP) groups to prevent eating disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2020;88(7):643-656. doi: 10.1037/ccp0000506.
11. Agras WS, Brandt HA, Bulik CM, Dolan-Sewell R, Fairburn CG, Halmi KA, Herzog DB, Jimerson DC, Kaplan AS, Kaye WH, Le Grange D, Lock J, Mitchell JE, Rudorfer MV, Street LL, Striegel-Moore R, Vitousek KM, Walsh BT, Wilfley DE. Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2004;35:509-521. doi: 10.1002/eat.10261.
12. Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa — a conceptual review: part 1 diagnostic significance and assessment. *European Eating Disorders Review*. 2006;14:341-351. doi: 10.1002/erv.721.
13. Cottee-Lane D, Pistrang N, Bryant-Waugh R. Childhood onset anorexia nervosa: the experience of parents. *European eating disorders review*. 2004; 2:169-177. doi: 10.1002/erv.560.
14. Homan KJ, Sim LA, Crowley SL, Lebow JR, Kransdorf LN. Medical assessment and triage of pediatric patients with anorexia nervosa in primary care. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2019;40(2):92-98. doi: 10.1097/DBP.0000000000000629.
15. Reas DL, Isomaa R, Solhaug Gulliksen K, Levallius J. Clinicians as a critical link: understanding health professionals' beliefs and attitudes toward anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2021;62:775-779. doi: 10.1111/sjop.12777.
16. Costa-Val A, Coelho VAA, Machado MNM, Campos RTO, Modena CM. On anorexia and bulimia: conceptions and etiological suppositions from the perspective of Health professionals. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170293. doi: 10.1590/Interface.170293.
17. Javier SJ, Belgrave FZ. "I'm not White, I have to be pretty and skinny": a qualitative exploration of body image and eating disorders among Asian American women. *Asian American Journal of Psychology*. 2019;10:141-153. doi: 10.1037/aap0000133.
18. Cummins LH, Simmons AM, Zane NW. Eating disorders in Asian populations: a critique of current approaches to the study of culture, ethnicity, and eating disorders. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75(4):553-74. doi: 10.1037/0002-9432.75.4.553.
19. Oshio A, Meshkova T. Eating disorders, body image, and dichotomous thinking among Japanese and Russian college women. *Health*. 2012; 4:392-399. doi: 10.4236/health.2012.47062.
20. Kohrt BA, Turner EL, Rai S, Bhardwaj A, Sikkema KJ, Adelekun A, Dhakal M, Luitel NP, Lund C, Patel V, Jordans MJ. Reducing mental illness stigma in healthcare settings: proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers. *Social Science & Medicine*. 2020;250:112852. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112852.
21. The World Bank [Internet]. Documents & Reports. [cited 2023 May 15]. Available form: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports>.
22. Tsygankova PV, Pronchihina EY. Specifics of the emotional response to perceiving internet-posts of the group "typical anorexic" in the social network "vkontakte" by girls with different types of corporality. *RSUH/RRGU Bulletin. Series Psychology. Pedagogics. Education*. 2019;77-96. doi: 10.28995/2073-6398-2019-2-77-96.
23. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition [Internet]. c2013 [cited 2023 May 13]. Available from: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
24. Smith JA, Osborn M. *Interpretative Phenomenological Analysis. Doing social psychology research*. 2008;229-254. doi: 10.1002/9780470776278.ch10.
25. Miller RM, Chan CD, Farmer LB. Interpretative phenomenological analysis: a contemporary qualitative approach. *Counselor Education and Supervision*. 2018;57:240-254. doi: 10.1002/ceas.12114.
26. Shinebourne P. The theoretical underpinnings of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Existential Analysis*. 2011;22(1):16-31.
27. Peat G, Rodriguez A, Smith J. Interpretive phenomenological analysis applied to healthcare research. *Evidence Based Nursing*. 2018;22:7-9. doi: 10.1136/ebnurs-2018-103017.
28. Biggerstaff D, Thompson AR. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative Research in Psychology*. 2008;5:214-224. doi: 10.1080/14780880802314304.
29. Jafar W, Morgan J. Anorexia nervosa and the gastrointestinal tract. *Frontline Gastroenterology*. 2021;13:316-324. doi: 10.1136/flgastro-2021-101857.
30. Karpenko P, Pechnikova L, Zhuykova E, Sokolova E, Ryzhov A, Ioannisyants O. Attitudes towards body and perception of parental care and close relationships in anorexia nervosa (AN). *European Psychiatry*. Cambridge University Press; 2022;65(S1):S579-S579. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.1484.
31. Marinaci T, Carpinelli L, Savarese G. What does anorexia nervosa mean? Qualitative study of the representation of the eating disorder, the role of the family and treatment by maternal caregivers. *BJPsych Open*. 2021;7. doi: 10.1192/bjo.2021.27.
32. Whitney JL, Keitel MA, Cummings MP, Ponterotto JG, Ott E. Caring for sons with anorexia: the perspective of mothers. *Journal of Child and Family Studies*. 2023. doi: 10.1007/s10826-022-02525-5.
33. Bó Boróka. Fragmented histories, fragmented selves: body weight preoccupation among women in post-communist Romania. *Journal of International Women's Studies*. 2014;15(2): Article 3.
34. Gustafsson SA, Stenström K, Olofsson H, Pettersson A, Wilbe Ramsay K. Experiences of eating disorders from

- the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses. *Journal of Eating Disorders*. 2021;9. doi: 10.1186/s40337-021-00507-4.
35. Adamou C, Dardavessis T. Anorexia nervosa and the role of the school counselor. *Aristotle Biomedical Journal*. 2019;1:12-22. doi: 10.26262/abj.v1i1.6877.
36. Elwyn R. A lived experience response to the proposed diagnosis of terminal anorexia nervosa: learning from iatrogenic harm, ambivalence and enduring hope. *Journal of Eating Disorders*. 2023;11. doi: 10.1186/s40337-022-00729-0.
37. Vandereycken W, Vansteenkiste M. Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*. 2009;17:177-183. doi: 10.1002/erv.917.
38. Burr V, Dick P. Social constructionism. *The Palgrave Handbook of Critical Social Psychology*. 2017;59-80. doi: 10.1057/978-1-137-51018-1_4.
39. Gelo OCG, Vilei A, Maddux JE, Gennaro A. Psychopathology as social construction: the case of anorexia nervosa. *Journal of Constructivist Psychology*. 2014;28:105-125. doi: 10.1080/10720537.2013.858087.
-

Факторы, ассоциированные с расстройством пищевого поведения в течение жизни у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальной идеацией

Factors associated with lifetime history of eating disorder in non-psychotic patients with suicidal ideation

doi: 10.17816/CP6555

Оригинальное исследование

George Kustov¹, Mikhail Zinchuk¹,
Sofya Popova¹, Ilya Mishin¹, Nadezhda Voinova¹,
Alexander Yakovlev^{1,2}, Renat Akzhigitov¹

¹ Moscow Research and Clinical Center for Neuropsychiatry
of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

² Department of Functional Biochemistry of Nervous System,
Institute of Higher Nervous Activity and Neurophysiology,
Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Георгий Кустов¹, Михаил Зинчук¹, Софья Попова¹,
Илья Мишин¹, Надежда Войнова¹,
Александр Яковлев^{1,2}, Ренат Акжигитов¹

¹ ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр
им. З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения
Москвы, Москва, Россия

² ФГБУН «Институт высшей нервной деятельности
и нейрофизиологии» РАН, Москва, Россия

ABSTRACT

BACKGROUND: Data on the sociodemographic, biographical, and clinical factors associated with a lifetime diagnosis of eating disorders (ED) in patients with non-psychotic mental disorders (NPMD) and suicidal ideation (SI) are scarce.

METHODS: A cohort study was conducted at the Moscow Research and Clinical Center for Neuropsychiatry. The sample consisted of consecutive patients with non-psychotic mental disorders and SI, aged 18–45 years. Participants with a lifetime diagnosis of anorexia and/or bulimia (then in remission or recovery) were compared with those without ED in terms of their sociodemographic profile, clinical characteristics, lifetime traumatic events, and some behavioral patterns. All participants underwent the Russian version of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview and completed the Brief Reasons for Living Inventory, the State and Trait Anxiety Inventory, and the Beck Depression Inventory.

RESULTS: A total of 892 patients with non-psychotic mental disorders and SI were included in the study. The mean age was 25.7 years, and 84% were assigned female at birth. Same-sex experience was more common in the ED group. Patients with an ED were more likely to have a history of physical and sexual abuse and to have witnessed domestic violence. The proportion of participants with piercings, tattoos, or severe body modifications was significantly higher in the ED group. Patients with a lifetime ED were more likely to engage in nonsuicidal self-injurious behaviors and to have a history of suicide attempts.

CONCLUSION: Lifetime ED in NPMD patients with SI is associated with younger age, being assigned female at birth, having an alternative gender identity, having same-sex experience, having more than one psychiatric diagnosis, having been diagnosed with bipolar disorder, experiencing severe depression and anxiety, being exposed to multiple traumatic experiences, having various body modifications, practicing NSSI, and having a lifetime story of suicide attempts.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: На сегодняшний день имеется недостаточно данных о социально-демографических, биографических и клинических факторах, связанных с наличием диагноза расстройство пищевого поведения (РПП) у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальными мыслями.

МЕТОДЫ: Когортное исследование проведено на базе ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени Э.П. Соловьева» ДЗМ. Выборка состояла из последовательно отобранных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальными мыслями в возрасте 18–45 лет. Участников с диагностированной в течение жизни анорексией и/или булимией (и находящихся сейчас в стадии ремиссии или выздоровления) сравнивали с участниками без РПП по социально-демографическому профилю, клиническим характеристикам, наличию психотравмирующих событий в течение жизни, а также по некоторым поведенческим паттернам. Все участники прошли русскоязычную версию интервью об аутоагрессивных мыслях и поведении (SITBI), а также заполнили краткий опросник причин жизни (bRFL), опросник ситуативной и личностной тревожности (STAI) и опросник депрессии Бека (BDI).

РЕЗУЛЬТАТЫ: В исследование было включено 892 пациента с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальными мыслями. Средний возраст составлял 25,7 года, и у 84% участников при рождении был определен женский пол. Однополый опыт был более распространен в группе РПП. Пациенты с РПП чаще имели историю физического или сексуального насилия и были свидетелями домашнего насилия. Доля участников с пирсингом, татуировками или серьезными модификациями тела была значительно выше в группе РПП. Пациенты в группе РПП были более склонны к несуицидальному самоповреждающему поведению (НССП) и совершению суицидальных попыток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: РПП в истории жизни у пациентов, проходящих стационарное лечение по поводу непсихотического психического расстройства с суицидальной идеацией, ассоциировано со следующими параметрами: более молодой возраст; женский пол при рождении; альтернативная гендерная идентичность, опыт сексуальных отношений с лицами своего биологического пола, два и более психиатрических диагноза, диагноз биполярное расстройство, большая тяжесть депрессии и тревоги; множественные психотравмирующие события в анамнезе; различные модификации тела; нанесение НССП и попытки суицида.

Keywords: *suicide; nonsuicidal self-injury; anorexia; bulimia; resilience*

Ключевые слова: *суицид; несуицидальное самоповреждение; анорексия; булимия; устойчивость*

ВВЕДЕНИЕ

Психические расстройства сопровождаются не только снижением качества жизни [1], но и сокращением ее продолжительности. В метаанализе, проведенном Walker и соавт. (2015), было показано, что смертность лиц с психическими расстройствами более чем в два раза превышает этот показатель в общей популяции [2]. Одной из причин высокой смертности является

суицид [3]. По данным некоторых исследований, около 60% лиц, умирающих вследствие суицида, соответствуют диагностическим критериям депрессивного расстройства [4]. Нидерландское исследование депрессии и тревоги (NESDA) подтвердило высокую распространенность суицидальных мыслей (СМ) и суицидальных попыток (СП) у пациентов с сопутствующей тревогой и депрессией [5]. Последующие исследования

показали, что суициды имели место в 10% случаев пограничного расстройства личности (ПРЛ) [6].

Несмотря на значительный объем исследований, большинство суицидологов сходятся во мнении о том, что профилактика суицида на индивидуальном уровне остается крайне неэффективной [7]. Это можно объяснить недостатком знаний о факторах, способствующих переходу от СМ к СП. В связи с этим необходимы дальнейшие исследования менее изученных факторов для выявления групп высокого риска перехода от суицидальных мыслей к суицидальным попыткам. В недавних исследованиях было показано, что такая переменная, как психическое расстройство в анамнезе (в настоящее время неактивное в связи с выздоровлением или ремиссией), все еще может быть фактором риска неблагоприятных исходов, в том числе смерти в результате суицида [8, 9].

Нервная анорексия и булимия являются важными проблемами общественного здравоохранения, их распространенность в течение жизни составляет 0,1–4,6%, и чаще всего они развиваются в подростковом возрасте [10]. Большинство лиц с расстройствами пищевого поведения (РПП) никогда не достигают полной ремиссии. Примерно у 60% лиц с нервной анорексией (НА) ремиссия не возникает даже через 20 лет от начала заболевания, наблюдаются множественные рецидивы и переход заболевания в хроническую форму [11]. Поэтому понятно, что у пациентов с тяжелыми и стойкими формами РПП возникает множество отрицательных последствий. Интересно, что не только текущее РПП, но и РПП, диагностированное в течение жизни, связаны с плохим прогнозом [12]. Фактически преждевременная смертность при РПП является самой высокой среди всех психических расстройств [13]. Помимо неблагоприятных соматических последствий РПП, некоторые авторы предполагают, что значительная смертность может быть также обусловлена высоким риском СП. В мета-анализе, проведенном Arcelus и соавт. (2011), каждый пятый умерший пациент с НА совершил суицид [14]. Zerwas и соавт. (2015) проанализировали датские регистры с 1989 по 2006 год и показали, что СП и смерть по причине суицида в пять раз чаще регистрировались у женщин и мужчин с РПП по сравнению с их здоровыми сверстниками [15]. О значительном риске СП и смертности у пациентов с РПП, диагностированным в течение жизни, сообщили Yao и соавт. (2016) [16].

На сегодняшний день факторы, связанные с РПП, диагностированным в течение жизни, у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НПР) и СМ, остаются неизученными. Мы предположили, что социально-демографические, биографические и клинические профили пациентов с РПП в анамнезе, страдающих в настоящее время НПР и СП, будут отличаться от профилей пациентов, у которых никогда не было РПП.

Целью данного исследования является изучение социально-демографических, биографических и клинических факторов, связанных с РПП, диагностированным в течение жизни, у пациентов с НПР и СМ.

МЕТОДЫ

Дизайн

Ретроспективное когортное исследование проводили на базе Московского научно-практического психоневрологического центра в период с января 2021 по январь 2023 года.

Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом Московского научно-практического психоневрологического центра. До проведения любых процедур исследования обученные психиатры получили письменное информированное согласие всех пациентов, включенных в исследование.

Участники

В это исследование мы последовательно включали госпитализированных взрослых (18 лет и старше) пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и СМ. Перед госпитализацией у всех пациентов проводили скрининг на наличие суицидальных мыслей и поведения в рамках стандартного протокола госпитализации, принятого в Центре. Критериями исключения были наличие в анамнезе или в настоящее время психотических расстройств с делирием, органических расстройств, шизофрении и бредовых расстройств; тяжелых неврологических и соматических расстройств; текущее расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ; когнитивный дефицит, препятствующий пониманию вопросов исследователя и утверждений шкал для самостоятельной оценки. Всех участников обследовал опытный психиатр, который устанавливал диагноз психического расстройства по МКБ-10. Наличие РПП в анамнезе оценивали с помощью прямого клинического интервью в соответствии с критериями МКБ-10.

Пациентов, соответствовавших критериям нервной анорексии (НА), нервной булимии (НБ) или обоих расстройств в течение жизни, включили в группу РПП, как в исследовании, проведенном Micali и соавт. (2016) [17]. Мы ограничили возраст участников 45 годами, чтобы уменьшить вероятность ошибки воспроизведения и влияние менопаузы на текущее состояние участниц. Также исключали всех пациентов, соответствующих критериям текущего РПП, а в окончательный анализ включили только пациентов с ремиссией РПП или выздоровлением. Для достижения цели исследования мы сравнивали показатели пациентов с РПП в анамнезе (РПП+) и пациентов без РПП (РПП–).

Показатели

Для оценки СМ, СП и несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) использовали соответствующие разделы интервью о мыслях о самоповреждении и самоповреждающем поведении (SITBI). SITBI представляет собой структурированное интервью для оценки наличия, частоты и характеристики суицидальных мыслей и поведения, а также мыслей и поведения в рамках НССП [18]. Русскоязычная версия разработана с использованием стандартной процедуры прямого и обратного перевода. Ранее окончательную версию данного инструмента успешно использовали как в клинической практике, так и в исследованиях [19, 20].

Демографические и клинические переменные регистрировали в специальной индивидуальной регистрационной карте. Все участники прошли интервью для выявления мыслей о самоповреждении и самоповреждающего поведения (SITBI), заполнили опросник депрессии Бека, опросник ситуативной и личностной тревожности (STAI), а также краткий опросник причин для жизни (bRFL).

Последний из вышеперечисленных инструментов был разработан для оценки антисуицидальных факторов. Опросник bRFL представляет собой инструмент для самостоятельного заполнения, оценивающий такие антисуицидальные факторы, как убеждения относительно выживания и стратегии преодоления стрессовых воздействий (копинг-стратегии), ответственность перед семьей, забота о детях, страх суицида, страх социального осуждения и моральные запреты [21, 22]. Психометрические свойства русскоязычной версии опросника bRFL [23] были аналогичны

свойствам оригинальной англоязычной [24] и немецкоязычной [25] версий опросника. На сегодняшний день нормализация его показателей не проводилась.

Опросник BDI использовали для измерения тяжести депрессии у участников исследования [26]. BDI представляет собой многовариантный опросник для самостоятельного заполнения, состоящий из 21 пункта, с общим баллом от 20 до 80 (более высокие баллы указывают на более выраженную депрессию). Пороговые значения балла по опроснику BDI следующие: 0–9 баллов соответствуют минимальной депрессии, 10–18 баллов — легкой депрессии, 19–29 баллов — умеренной депрессии и 30–63 баллов — тяжелой депрессии. Российская версия опросника BDI показала хорошие психометрические свойства и широко используется в клинической практике и при проведении исследований [27].

Опросник STAI применяли для оценки уровня тревоги. Опросник STAI представляет собой инструмент для самостоятельного заполнения, состоящий из 40 пунктов. Каждая подшкала опросника (подшкала ситуативной тревоги (STAI-S) и подшкала личностной тревоги (STAI-T)) содержит по 20 пунктов [28]. Каждый пункт оценивается по 4-балльной шкале Лайкерта от 1 (нет, это не так) до 4 (совершенно верно), общий балл находится в диапазоне от 20 до 80, при этом более высокий балл соответствует более выраженной тревоге. Клинически значимый уровень тревоги обычно определяют как пороговое значение, равное 40 баллам. Русскоязычная версия опросника была валидирована Ханиным (1983) и показала хорошие психометрические свойства [29].

Статистический анализ

Категориальные переменные представлены в виде частот (%), а непрерывные переменные — в виде средних значений (стандартное отклонение (SD)). Для сравнения количественных переменных использовали критерий Стьюдента, категориальных переменных — критерий хи-квадрат Пирсона. В этом анализе для поправки на множественное сравнение диагнозов психических расстройств применяли процедуру Бенджамини-Хохберга [30, 31]. Все статистические критерии применяли при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$. Анализ данных проводили с помощью программного обеспечения Jamovi, версия 1.6.2.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристики выборки

Всего в исследование включили 892 пациента с НПР и СМ. Средний возраст составил 25,72 (7,42; 18–45) года. 748 (84%) пациентов были женского пола. Однако у 58 (6,5%) из них была альтернативная гендерная идентичность (в большинстве случаев — небинарная гендерная идентичность).

Большинству пациентов был поставлен диагноз — аффективное расстройство (униполярное депрессивное расстройство было выявлено у 267 (29,9%) пациентов, биполярное расстройство — у 201 (22,5%) и расстройство личности — у 218 (24,4%). У 66 пациентов (7,4 %) было выявлено два и более психических расстройства. Средний возраст при первом обращении за психиатрической помощью составил 22,49 (6,96) года.

Мы оценивали соответствие участников критериям только анорексии или булимии в течение жизни, другие РПП не рассматривались. РПП, диагностированное в течение жизни, выявлено у 305 (34,2%) пациентов. 69 (7,7%) пациентов страдали анорексией, 110 (12,3%) — булимией, 126 (14,1%) — «смешанным» РПП (на разных этапах жизни, соответствует критериям обоих расстройств). Средний возраст начала РПП составил 16,80 (5,10) лет.

Клинические и демографические переменные выборки представлены в табл. 1.

Факторы, связанные с РПП

По сравнению с контрольной группой пациенты с РПП были значимо моложе [23,49 (5,74) и 26,89 (7,66), $p < 0,001$], у большего количества был определен женский пол при рождении [293 (96,7%) и 455 (77,5%), $p < 0,001$], и больше из них имели альтернативную гендерную идентичность [30 (9,8%) и 28 (4,8%), $p = 0,004$]. Как показано в табл. 1, значимо большее количество пациентов с РПП имели незаконченное высшее образование и были студентами (0,05). Разницы в семейном положении между группами не было.

Пациенты с РПП впервые обратились за психиатрической помощью в значимо более молодом возрасте [20,60 (5,42) и 23,47 (7,45), $p < 0,001$]. Биполярное расстройство значимо чаще выявлялось в группе РПП [93 (30,5%) и 108 (18,4%), $p < 0,001$], тогда как тревожное расстройство чаще регистрировалось в контрольной группе [19 (6,2%) и 116 (19,8%), $p < 0,001$]. Между группами не было различий в распространенности других психических расстройств. Пациенты с РПП чаще страдали более чем одним психическим расстройством [34 (11,1%) и 32 (5,5%), $p = 0,002$].

Таблица 1. Демографические и клинические характеристики общей выборки исследуемой и контрольной группы

Переменная	Уровень	РПП+ (n=305)	РПП- (n=587)	Всего (n=892)	Статистический критерий
Возраст, среднее значение (SD) ^a		23,49 (5,74)	26,89 (7,66)	25,72 (7,24)	$t = -6,81^b$, $p < 0,001$
Пол, определенный при рождении, n (%) ^b	Мужской	10 (3,3%)	132 (22,5%)	142 (16,0%)	$\chi^2 = 56,86$, $df = 1^a$, $p = 0,001$
	Женский	293 (96,7%)	455 (77,5%)	748 (84,0%)	
Гендерная идентичность, n (%) ^b	Цисгендерность	275 (90,2%)	559 (95,2%)	834 (93,5%)	$\chi^2 = 8,47$, $df = 1^a$, $p = 0,004$
	Альтернативная гендерная идентичность	30 (9,8%)	28 (4,8%)	58 (6,5%)	
Уровень образования, n (%) ^b	Начальная/средняя школа	15 (4,9%)	25 (4,9%)	40 (4,5%)	$\chi^2 = 14,55$, $df = 4$, $p = 0,006$
	Старшая школа	55 (18,0%)	84 (14,3%)	139 (15,6%)	
	Профессиональное образование	42 (13,8%)	84 (14,3%)	126 (14,1%)	
	Незаконченное высшее образование	114 (37,4%)	172 (29,3%)	286 (32,1%)	
	Законченное высшее образование	79 (25,9%)	222 (37,8%)	301 (33,7%)	
Трудоустройство, n (%) ^b	Работающие	110 (36,1%)	237 (40,4%)	347 (38,9%)	$\chi^2 = 8,64$, $df = 3$, $p = 0,034$
	Студенты	100 (32,1%)	156 (26,6%)	256 (28,7%)	
	Пенсионеры	4 (1,3%)	24 (4,1%)	28 (3,1%)	
	Безработные	91 (29,8%)	170 (29,1%)	261 (29,3%)	

Переменная	Уровень	РПП+ (n=305)	РПП- (n=587)	Всего (n=892)	Статистический критерий
Семейное положение, n (%) ^b	Не замужем/не женат	159 (52,1%)	312 (53,2%)	471 (52,8%)	$\chi^2=0,19$, df=2, $p=0,911$
	Замужем/женат	89 (29,2%)	172 (29,3%)	261 (29,3%)	
	Другой вид отношений	57 (18,7%)	103 (17,5%)	160 (17,9%)	
	Опыт сексуальных отношений с лицами своего биологического пола	118 (38,7%)	146 (24,9%)	264 (29,6%)	
Возраст на момент первого обращения за психиатрической помощью (лет), среднее значение (SD) ^a		20,60 (5,42)	23,47 (7,45)	22,49 (6,96)	$t=-5,97$, $p < 0,001$
Диагностированное психическое расстройство, n (%) ^b	Шизотипическое расстройство	43 (14,1%)	57 (9,7%)	100 (11,2%)	$\chi^2=3,88$, df=1, $p=0,049$
	Биполярное расстройство	93 (30,5%)	108 (18,4%)	201 (22,5%)	$\chi^2=16,82$, df=1, $p < 0,001$ #
	Депрессивное расстройство	82 (26,9%)	185 (31,5%)	267 (29,9%)	$\chi^2=2,05$, df=1, $p=0,152$
	Тревожные расстройства	19 (6,2%)	116 (19,8%)	135 (15,1%)	$\chi^2=28,62$, df=1, $p < 0,001$ #
	Обсессивно-компульсивное расстройство	2 (0,7%)	12 (2,0%)	14 (1,6%)	$\chi^2=2,50$, df=1, $p=0,113$
	Расстройства личности	79 (28,9%)	139 (23,7%)	218 (24,4%)	$\chi^2=0,54$, df=1, $p=0,464$
Несколько диагностированных психических расстройств, n (%) ^b	Да	34 (11,1%)	32 (5,5%)	66 (7,4%)	$\chi^2=9,50$, df=1, $p=0,002$
Балл по опроснику BDI, среднее значение (SD) ^a		32,03 (10,09)	29,32 (9,84)	30,27 (10,01)	$t=3,56$, $p < 0,001$
Балл по подшкале STAI-S, среднее значение (SD) ^a		62,59 (9,71)	61,03 (10,39)	61,57 (10,18)	$t=1,99$, $p=0,047$
Балл по подшкале STAI-T, среднее значение (SD) ^a		62,64 (9,35)	61,63 (10,21)	61,98 (9,93)	$t=1,33$, $p=0,185$
Физическое насилие в анамнезе, n (%) ^b	Да	206 (67,5%)	313 (53,3%)	519 (58,2%)	$\chi^2=16,68$, df=1, $p < 0,001$
Свидетель домашнего насилия, n (%) ^b	Да	143 (46,9%)	216 (36,8%)	359 (40,2%)	$\chi^2=8,49$, df=1, $p=0,004$
Травля в школе, n (%)	Да	215 (70,5%)	391 (66,6%)	606 (67,9%)	$\chi^2=1,39$, df=1, $p=0,239$
Сексуальное насилие в анамнезе, n (%) ^b	Да	114 (37,4%)	142 (24,2%)	256 (28,7%)	$\chi^2=17,05$, df=1, $p < 0,001$
Применение психоактивных веществ в течение жизни, n (%) ^b	Да	157 (51,5%)	262 (44,6%)	419 (47,0%)	$\chi^2=3,77$, df=1, $p=0,052$
Пирсинг, n (%) ^b	Да	134 (43,9%)	156 (26,6%)	290 (32,5%)	$\chi^2=27,56$, df=1, $p < 0,001$
Татуировки, n (%) ^b	Да	162 (53,1%)	198 (33,7%)	360 (40,4%)	$\chi^2=31,33$, df=1, $p < 0,001$
Серьезные модификации тела, n (%) ^b	Да	36 (11,8%)	29 (4,9%)	65 (7,3%)	$\chi^2=3,88$, df=1, $p < 0,001$
СП в течение жизни, n (%) ^b	Да	159 (52,1%)	208 (35,4%)	367 (41,1%)	$\chi^2=23,11$, df=1, $p < 0,001$
НССП в течение жизни, n (%) ^b	Да	262 (85,9%)	361 (61,5%)	623 (69,8%)	$\chi^2=56,75$, df=1, $p < 0,001$

Примечание: ^a — t-критерий Стьюдента, ^b — критерий хи-квадрат; # — значимо после применения поправки Бенджамини-Хохберга; СП — суицидальная попытка; НССП — несуицидальное самоповреждение; РПП — расстройства пищевого поведения; STAI-S — ситуативная тревожность; STAI-T — личностная тревожность; BDI = опросник депрессии Бека.

У пациентов с РПП регистрировались более высокие баллы по опроснику BDI (32,03 (10,09) и 29,32 (9,84), $p < 0,001$, d Коэна=0,272, что указывает на умеренное различие между двумя группами) и подшкале STAI-S (62,59 (9,71) и 61,03 (10,39), $p=0,047$, d Коэна=0,155, что указывает на небольшую величину эффекта). В то же время, баллы по подшкале STAI-T не различались между группами.

Участники с РПП чаще подвергались физическому (206 (67,5%) и 313 (53,3%), $p < 0,001$) и сексуальному (114 (37,4%) и 142 (24,2%), $p < 0,001$) насилию и чаще были свидетелями домашнего насилия (143 (46,9%) и 216 (36,8%), $p=0,004$). Опыт сексуальных отношений с лицами своего биологического пола был более распространен в группе РПП (118 (38,7%) и 146 (24,9%), $p < 0,001$). У значимо большего количества пациентов с РПП был пирсинг (134 (43,9%) и 156 (26,6%), $p < 0,001$), татуировки (162 (53,1%) и 198 (33,7%), $p < 0,001$), татуировки, скрывающие рубцы (39 (13,8%) и 32 (5,5%), $p < 0,001$) и серьезные модификации тела (36 (11,8%) и 29 (4,9%), $p < 0,001$).

В течение жизни у значимо большего количества пациентов с РПП были СП (159 (52,1%) и 208 (35,4%); $p < 0,001$) и НССП (262 (85,9%) и 361 (61,5%); $p < 0,001$).

Как показано в табл. 2, у пациентов с РПП наблюдались более низкие баллы по таким подшкалам опросника bRFL, как убеждения относительно выживания и стратегии преодоления стрессовых воздействий (4,00 (1,51) и 4,22 (1,42), $p=0,032$), ответственность перед семьей (3,65 (1,55) и 4,02 (1,62), $p=0,001$), забота о детях и моральные запреты (1,85 (1,31) и 2,44 (1,64), $p < 0,001$). Средний общий балл по опроснику bRFL

также был значимо ниже в основной группе (2,87 (0,93) и 3,25 (1,14), $p < 0,001$). Не было различий между группами по таким факторам, как страх суицида и страх социального осуждения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Максимальный возраст участников был ограничен 45 годами, чтобы уменьшить влияние менопаузы на текущее состояние участниц и минимизировать вероятность ошибки воспроизведения. Возраст участников нашего исследования был относительно молодым (25,7 года), что соответствует полученным в предыдущих исследованиях данным о более раннем дебюте различных психических расстройств у лиц с РПП [32]. Возрастные характеристики выборки также могут частично объяснить более высокую, чем ожидалось, распространенность НССП и нефатальных СП среди участников.

В нашей выборке большинство пациентов составляли женщины, что согласуется с данными литературы, свидетельствующими о более высокой распространенности тревоги, депрессии [33, 34], СМ и нефатальных СП [35] у женщин, а также о большем количестве женщин среди лиц, обращающихся за психиатрической помощью [36].

Значительное количество лиц с незаконченным и законченным высшим образованием в нашей выборке обусловлено спецификой российского населения и согласуется с данными Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) о высокой доле лиц с высшим образованием среди граждан Российской Федерации в возрасте 25–64 лет.

Таблица 2. Балл краткого опросника причин для жизни

	Среднее значение (SD)		t-критерий Стьюдента (df=890)	d Коэна
	РПП «+» (n=305)	РПП «-» (n=587)		
Убеждения относительно выживания и стратегии преодоления стрессовых воздействий ^a	4,00 (1,51)	4,22 (1,42)	$t=-2,14, p=0,032$	0,150 ^b
Ответственность перед семьей ^a	3,65 (1,55)	4,02 (1,62)	$t=-3,24, p=0,001$	0,233 ^b
Забота о детях ^a	2,84 (1,83)	3,53 (1,99)	$t=-5,00, p < 0,001$	0,356 ^b
Страх суицида ^a	3,35 (1,56)	3,53 (1,71)	$t=-1,63, p=0,103$	0,108 ^b
Страх социального осуждения ^a	2,43 (1,56)	2,65 (1,66)	$t=-1,88, p=0,060$	0,135 ^b
Моральные запреты ^a	1,85 (1,31)	2,44 (1,64)	$t=-5,30, p < 0,001$	0,384 ^b
Средний общий балл	2,87 (0,93)	3,25 (1,14)	$t=-4,88, p < 0,001$	0,354 ^b

Примечание: ^a — t-критерий Стьюдента, ^b — критерий хи-квадрат; РПП = расстройства пищевого поведения.

По этому показателю Российская Федерация занимает второе место из 35 стран-членов ОЭСР [37].

При сравнении группы пациентов с РПП, диагностированным в течение жизни, и группы пациентов без РПП, выявлено значительное количество различий по клиническим и социально-демографическим показателям. Доля лиц, у которых при рождении был определен женский пол, была выше в группе РПП, что согласуется с более высокой распространенностью РПП у женщин [38]. Также наблюдалось значимое различие по полу: лица с РПП с большей вероятностью имели альтернативную гендерную идентичность и идентифицировали себя как бигендер, гендер-флюид или агендер. У всех участников с альтернативной гендерной идентичностью при рождении был определен женский пол. Связь между альтернативной гендерной идентичностью и РПП согласуется с результатами предыдущих исследований. В исследовании, в котором приняли участие 289 000 студентов колледжей США, трансгендерные лица в 4,6 раза чаще, чем цисгендерные женщины, сообщали о выявлении у них РПП в предыдущем году [39]. В другом исследовании было показано, что небинарные лица в три раза чаще, чем трансгендерные мужчины и женщины, сообщали о НА или НБ в анамнезе [40]. Опыт сексуальных отношений с лицами своего биологического пола в течение жизни также чаще наблюдался у лиц с РПП, что согласуется с данными литературы о более высокой распространенности РПП у бисексуальных и гомосексуальных лиц [41].

Пациенты с РПП были значимо моложе, что объясняет большее количество лиц с незаконченным высшим образованием и студентов в этой группе. Обычный возраст дебюта многих РПП составляет от 14 до 19 лет [42], а иногда и меньше [43] — ниже, чем при других непсихотических расстройствах [44]. С этим может быть связан более молодой возраст первого обращения за психиатрической помощью у лиц с РПП.

Неоднократно сообщалось о частом сочетании РПП с другими психическими расстройствами. По данным различных источников, распространенность в течение жизни как минимум одного сопутствующего заболевания, диагностированного по критериям DSM-IV, варьирует от 45% до 97% [45, 46]. Это подтверждается значительным количеством лиц с РПП (34,2%) в нашей выборке последовательно набранных пациентов с НПР и СМ. Группы исследования различались по частоте БР (чаще наблюдалось у пациентов с РПП)

и тревожных расстройств (чаще наблюдались у пациентов с РПП). Это согласуется с метаанализом, проведенным Fornaro и соавт. (2020), в котором была выявлена связь между РПП и БР. Так, НБ наблюдалась у 7,4% (95% ДИ=6–10%) лиц с БР, тогда как у 6,7% (95% ДИ=12–29,2%) лиц с НБ был установлен диагноз БР. НА наблюдалась у 3,8% (95% ДИ=2–6%) лиц с БР, а у 2% (95% ДИ=1–2%) лиц с БР был установлен диагноз НА [47]. Примечательно, что несмотря на меньшую частоту тревожных расстройств в группе РПП, выраженность тревоги в этой группе фактически была выше. РПП также сопровождалось более высоким баллом по шкале депрессии BDI. Кроме того, у лиц из группы РПП была выше вероятность более одного психического расстройства, что также указывает на более тяжелые психические расстройства в этой группе пациентов.

В этом исследовании была выявлена более высокая распространенность психотравмирующих событий (физическое насилие в детстве, свидетель домашнего насилия) у пациентов с РПП. Аналогичные данные были получены и в других исследованиях [48]. В нашем исследовании распространенность травматических переживаний в детстве была выше, чем в предыдущих исследованиях [49]. Это можно объяснить тем, что такие переживания являются прогностическими факторами не только РПП, но и суицидального риска (критерий включения в наше исследование).

Большее количество пациентов, подвергшихся сексуальному насилию, в группе РПП также согласуется с данными литературы, показывающими, что сексуальное насилие предшествует и способствует развитию РПП, особенно булимии [50].

В нескольких исследованиях, включая исследование РПП без сопутствующих психических расстройств, было выявлено, что татуировки, пирсинг и модификации тела чаще встречаются у пациентов с РПП [51]. Предыдущие исследования показали, что эти переменные более распространены у молодых лиц и лиц с косвенным и прямым самоповреждающим поведением [52] — переменные, которые преобладают в популяции участников нашего исследования.

В нашем исследовании распространенность НССП была высокой в обеих группах, что можно объяснить более высокой распространенностью НССП у лиц с СМ. Мы обнаружили, что РПП у пациентов с СМ было связано с НССП. С одной стороны, более высокую распространенность НССП можно объяснить

более молодым возрастом участников и преобладанием женщин в группе РПП [53]. В то же время есть данные метаанализа Cuschi и соавт. (2016), в котором они определили отношение шансов НССП в зависимости от подтипа РПП (в диапазоне от 20 до 32,7%) [54] и предположили двунаправленную связь между НССП и РПП [55]. Исследование, недавно проведенное в Российской Федерации [52], показало, что у пациентов с НССП и СМ, госпитализированных в психиатрические стационары, распространенность РПП составила 51%, а отношение шансов наличия НССП у пациентов с СМ и РПП — 4,9. Различия в распространенности НССП между данным и нашим исследованием можно объяснить исключением из нашего исследования лиц в возрасте 45 лет и старше.

По данным недавних исследований, суицид является одной из ведущих причин избыточной смертности пациентов с РПП [56]. В предыдущих исследованиях изучали взаимосвязь между СП и РПП [57], однако до сих пор нет единого мнения о том, существует ли различие в степени риска СП в зависимости от подтипа РПП: некоторые авторы полагают, что различия между подтипами РПП нет [58], в то время как другие сообщают о значимом увеличении риска у пациентов с НА [59]. Однако существование связи между наличием РПП и риском СП подтверждено во многих исследованиях, в том числе и в этом [60, 61]. В то же время результаты нашего исследования следует интерпретировать с осторожностью, поскольку многие факторы, связанные с диагностированным в течение жизни РПП, ранее были идентифицированы как факторы риска СП. Например, в недавнем исследовании, проведенном в Москве, была показана тесная связь между НССП и суицидальным риском у лиц с эпилепсией [62]. Необходимы дальнейшие исследования для выявления возможных общих биологических и психологических основ этих факторов, часто встречающихся совместно [63, 64].

Согласно подходу «от мыслей — к действию», переход от суицидальных мыслей к суицидальной попытке может быть связан с напряжением между просуицидальными и антисуицидальными факторами. Чтобы оценить, имели ли пациенты со склонностью к развитию РПП в течение жизни более низкую устойчивость к суициду, мы измерили количество убеждений, которые могли бы быть важными антисуицидальными факторами, в обеих группах. Мы не обнаружили

ранее проведенных исследований, в которых применяли опросник причин для жизни у лиц с РПП. Мы выявили более низкий общий балл по опроснику bRFL у лиц с РПП, а также более низкие баллы по ряду подшкал для оценки таких антисуицидальных факторов, как «убеждения относительно выживания и стратегии преодоления стрессовых воздействий», «ответственность перед семьей», «забота о детях» и «моральные запреты».

Мы полагаем, что многие характеристики, выявленные нами у пациентов с РПП, аналогичны характеристикам, которые ранее были установлены у пациентов с ПРЛ. При этом после коррекции Бенджамини-Хохберга между группами не было выявлено различия в частоте диагностированных расстройств личности. Это несоответствие можно объяснить недостаточным выявлением ПРЛ у лиц с другими психическими расстройствами. В нашем исследовании диагноз психического расстройства основывался на заключении эксперта. Чтобы выяснить, является ли ПРЛ более распространенным у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, СМ и диагностированным в течение жизни РПП, необходимы дальнейшие исследования, в которых диагноз устанавливается на основании результатов структурированных психиатрических интервью.

Сильные стороны и ограничения исследования

Наше исследование имеет как сильные стороны, так и ограничения. Мы применяли последовательный набор участников, чтобы избежать систематической ошибки отбора. Насколько нам известно, наше исследование является первой попыткой оценить причины жизни у пациентов с РПП и СМ — группы высокого риска суицида.

В нашем исследовании возраст участников значительно различался между группами. Это может быть ограничением исследования, если рассматривать его как простую ковариату. Однако не исключено, что возраст просто отражает различия между поколениями, наблюдаемыми у лиц, выросших в разных условиях. Необходимы долгосрочные проспективные когортные исследования, чтобы ответить на вопрос о том, уменьшается ли с возрастом роль таких показателей, как РПП и НССП, или же их значение остается одинаковым у представителей разных поколений.

Основным недостатком нашего исследования является то, что диагноз РПП устанавливали ретроспективно. Многие участники выздоровели после РПП в раннем взрослом возрасте, поэтому нельзя полностью исключить вероятность системной ошибки воспроизведения. Еще одним ограничением является наш подход к диагностике психических расстройств, которая была основана только на основании экспертного мнения. Потенциальное влияние этого фактора на частоту диагностики расстройств личности обсуждалось выше. В наше исследование не включали пациентов с психотическими расстройствами и лиц старше 45 лет, поэтому полученные результаты не следует экстраполировать на эти группы населения.

Вывод

Развитие РПП в течение жизни у пациентов с НПР и СМ ассоциировано с более молодым возрастом, женским полом при рождении, альтернативной гендерной идентичностью, опытом сексуальных отношений с лицами своего биологического пола, двумя и более психическими расстройствами, диагностированным биполярным расстройством, более тяжелой депрессией и тревогой, множественными психотравмирующими событиями в анамнезе, различными модификациями тела, НССП и СП в течение жизни. Пациенты с РПП склонны к суицидальному поведению вследствие низкой устойчивости к переходу от СМ к СП.

История публикации

Статья поступила: 21.04.2023

Статья принята: 23.06.2023

Публикация: 30.06.2023

Вклад авторов: Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации. Георгий Кустов, Илья Мишин, Михаил Зинчук, Ренат Акжигитов — написание первоначальной версии рукописи; Михаил Зинчук — концепция и методология исследования; Ренат Акжигитов — наблюдение за ходом исследования; Александр Яковлев — анализ; Софья Попова, Надежда Воинова — исследование.

Финансирование: Работа выполнена при поддержке Московского центра инноваций в здравоохранении [грант № 2412-36/22].

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Кустов Г.В., Зинчук М.С., Попова С.Б., Мишин И.Н., Воинова Н.И., Яковлев А.А., Акжигитов Р.Г. Факторы, ассоциированные с расстройством пищевого поведения в течение жизни у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальной идеацией // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №2. CP6555. doi: 10.17816/CP6555

Сведения об авторах

Георгий Владимирович Кустов, научный сотрудник, отделение кризисной суицидологии, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7755-1175>

***Михаил Сергеевич Зинчук**, к.м.н., зав. отделением кризисной суицидологии, Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2538-3314>

E-mail: mzinchuk@mail.ru

Софья Баяровна Попова, младший научный сотрудник, отдел эпидемиологии, профилактики и организации помощи при пограничных психических расстройствах, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4573-7247>

Илья Николаевич Мишин, младший научный сотрудник, отдел изучения когнитивных нарушений, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8129-9312>

Надежда Игоревна Воинова, младший научный сотрудник, отделение кризисной суицидологии, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6636-2133>

Александр Александрович Яковлев, д.б.н., ведущий научный сотрудник отдела эпидемиологии, профилактики и организации помощи при пограничных психических расстройствах, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2546-5130>

Ренат Гаясович Акжигитов, к.м.н., ученый секретарь, заместитель директора по научной работе, Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7777-2920>

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Chaudhury S, Rani DP, Murthy PS, Diwan C, Patil AA, Jagtap B. Quality of life in psychiatric disorders. Trends in Biomedical Research. 2018. doi: 10.15761/TBR.1000103.
2. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2015;72(4):334-41. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502. Erratum in: JAMA Psychiatry. 2015;72(7):736. Erratum in: JAMA Psychiatry. 2015;72(12):1259.

3. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Review*. 2008;30(1):133-54. doi: 10.1093/epirev/mxn002.
4. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2003;33(3):395-405. doi: 10.1017/s0033291702006943. Erratum in: *Psychol Med*. 2003 Jul;33(5):947.
5. Wiebenga JXM, Dickhoff J, Mérelle SYM, Eikelenboom M, Heering HD, Gilissen R, van Oppen P, Penninx BWJH. Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: a review of NESDA findings. *The Journal of Affective Disorders*. 2021;283:267-277. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.053.
6. Paris J. Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina*. 2019;55(6):223. doi: 10.3390/medicina55060223.
7. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozma D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.
8. De Beurs D, ten Have M, Cuijpers P, de Graaf R. The longitudinal association between lifetime mental disorders and first onset or recurrent suicide ideation. *BMC Psychiatry*. 2019;19:345. doi: 10.1186/S12888-019-2328-8.
9. Shan JC, Chen IM, Lin PH, Chen WJ, Liao SC, Lee MB, Kuo PH. Associations between lifetime mental disorders and suicidal behaviors: findings from the Taiwan psychiatry morbidity survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022;57(8):1579-1589. doi: 10.1007/s00127-022-02236-8.
10. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2019;109(5):1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342.
11. Fichter MM, Quadflieg N, Crosby RD, Koch S. Long-term outcome of anorexia nervosa: results from a large clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*. 2017;50(9):1018-1030. doi: 10.1002/eat.22736.
12. Udo T, Bitley S, Grilo CM. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. *BMC Medicine*. 2019;17(1):120. doi: 10.1186/s12916-019-1352-3.
13. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-150. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
14. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(7):724-31. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
15. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, Thornton LM, Mortensen PB, Bulik CM. The incidence of eating disorders in a Danish register study: associations with suicide risk and mortality. *Journal of Psychiatric Research*. 2015;65:16-22. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.03.003.
16. Yao S, Kuja-Halkola R, Thornton LM, Runfola CD, D'Onofrio BM, Almqvist C, Lichtenstein P, Sjölander A, Larsson H, Bulik CM. Familial liability for eating disorders and suicide attempts: evidence from a population registry in Sweden. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(3):284-91. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2737.
17. Micali N, Stemmann Larsen P, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *BJOG*. 2016;123(8):1301-10. doi: 10.1111/1471-0528.13825.
18. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*. 2007;19(3):309-17. doi: 10.1037/1040-3590.19.3.309.
19. Zinchuk M, Beghi M, Beghi E, Bianchi E, Avedisova A, Yakovlev A, Guekht A. Non-suicidal self-injury in Russian patients with suicidal ideation. *Archives of Suicide Research*. 2022;26(2):776-800. doi: 10.1080/13811118.2020.1833801.
20. Zinchuk M, Kustov G, Beghi M, Voinova N, Pashnin E, Beghi E, Avedisova A, Guekht A. Factors associated with non-binary gender identity in psychiatric inpatients with suicidal ideation assigned female at birth: a case-control study. *Archives of Sexual Behavior*. 2022;51(7):3601-3612. doi: 10.1007/s10508-022-02424-2.
21. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(2):276-86. doi: 10.1037//0022-006x.51.2.276.
22. Pashnin EV, Zinchuk MS, Gersamia AG, Voinova NI, Yakovlev AA, Avedisova AS. et al. Verification of the structure of the brief "Reasons for Life Inventory" in a clinical sample. *Psychological Journal*. 2022;43:109-21. doi: 10.31857/S020595920017745-5. Russian.
23. Kustov GV, Zinchuk MS, Gersamija AG, Voinova NI, Yakovlev AA, Avedisova AS. et al. Psychometric properties of the Russian version of the brief "Reasons for Living Inventory". *The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(10):87-94. doi: 10.17116/JNEURO202112110187. Russian.
24. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(2):276-86. doi: 10.1037//0022-006x.51.2.276.
25. Cwik JC, Siegmann P, Willutzki U, Nyhuis P, Wolter M, Forkmann T, Glaesmer H, Teismann T. Brief reasons for living inventory: a psychometric investigation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):358. doi: 10.1186/s12888-017-1521-x.
26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961;4:561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
27. Tarabrina NV. Workshop on post-traumatic stress psychology. St. Petersburg: Peter; 2001. p. 272. Russian.
28. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
29. Khanina JL. A quick guide to using the Reactive and Personality Anxiety Test Ch.D. Spilberga. 1983. Russian.
30. Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B: methodological*. 1995;57:289-300. doi: 10.2307/2346101.
31. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: what age at onset? *Psychiatry Research*. 2016;238:225-227. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.048.
32. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, Demeyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Medina Mora ME,

- Ono Y, Ormel J, Pennell BE, Posada-Villa J, Sampson NA, Williams D, Kessler RC. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(7):785-95. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.36.
33. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2012;34(3):249-60. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.001.
 34. Canetto SS. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2008;78(2):259-66. doi: 10.1037/a0013973.
 35. Gough B, Novikova I. Summary Report No. 70 of the Health Evidence Network. Mental health, men and cultural traditions: how sociocultural constructs associated with manifestations of masculinity affect men's access to psychiatric care in the WHO European Region. Copenhagen: Regional Office for Europe WHO; 2020. Russian.
 36. Education at a Glance 2016: OECD Indicators. Russian Federation. Paris: OECD Publishing; 2016. doi: 10.1787/eag-2016-76-en.
 37. Halbeisen G, Braks K, Huber TJ, Paslakis G. Gender differences in treatment outcomes for eating disorders: a case-matched, retrospective pre-post comparison. *Nutrients*. 2022;14(11):2240. doi: 10.3390/nu14112240.
 38. Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson DA, Duncan AE. Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(2):144-9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.03.003.
 39. Diemer EW, White Hughto JM, Gordon AR, Guss C, Austin SB, Reisner SL. Beyond the binary: differences in eating disorder prevalence by gender identity in a transgender sample. *Transgender Health*. 2018;3(1):17-23. doi: 10.1089/trgh.2017.0043.
 40. Cao Z, Cini E, Pellegrini D, Fragkos KC. The association between sexual orientation and eating disorders-related eating behaviours in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*. 2023;31(1):46-64. doi: 10.1002/erv.2952.
 41. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2015;24(1):177-96. doi: 10.1016/j.chc.2014.08.003.
 42. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(7):714-23. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
 43. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*. 2022;27(1):281-295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7.
 44. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*. 2006;68(3):454-62. doi: 10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5.
 45. Fornaro M, Daray FM, Hunter F, Anastasia A, Stubbs B, De Berardis D, Shin JI, Husain MI, Dragioti E, Fusar-Poli P, Solmi M, Berk M, Vieta E, Carvalho AF. The prevalence, odds and predictors of lifespan comorbid eating disorder among people with a primary diagnosis of bipolar disorders, and vice-versa: systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021;280(Pt A):409-431. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.015.
 46. Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, Carvalho AF, Dragioti E, Favaro A, Monteleone AM, Shin JI, Fusar-Poli P, Castellini G. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2021;43(3):314-323. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1099.
 47. Hazzard VM, Bauer KW, Mukherjee B, Miller AL, Sonnevile KR. Associations between childhood maltreatment latent classes and eating disorder symptoms in a nationally representative sample of young adults in the United States. *Child Abuse & Neglect*. 2019;98:104171. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104171.
 48. Madowitz J, Matheson BE, Liang J. The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating and Weight Disorders*. 2015;20(3):281-93. doi: 10.1007/s40519-015-0195-y.
 49. Preti A, Pinna C, Nocco S, Mulliri E, Pilia S, Petretto DR, Masala C. Body of evidence: tattoos, body piercing, and eating disorder symptoms among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;61(4):561-6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.07.002.
 50. Zinchuk M, Beghi M, Beghi E, Bianchi E, Avedisova A, Yakovlev A, Guekht A. Non-suicidal self-injury in Russian patients with suicidal ideation. *Archives of Suicide Research*. 2022;26(2):776-800. doi: 10.1080/13811118.2020.1833801.
 51. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: what age at onset? *Psychiatry Research*. 2016;238:225-227. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.048.
 52. Cucchi A, Ryan D, Konstantakopoulos G, Stroumpa S, Kaçar AŞ, Renshaw S, Landau S, Kravariti E. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2016;46(7):1345-58. doi: 10.1017/S0033291716000027.
 53. Kiekens G, Claes L. Non-Suicidal Self-Injury and Eating Disordered Behaviors: An update on what we do and do not know. *Current Psychiatry Reports*. 2020;22(12):68. doi: 10.1007/s11920-020-01191-y.
 54. Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011;124(1):6-17. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x.
 55. Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(2):129-35. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2003.10.005.
 56. Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, Charat V, Renn R, Herzog DB. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine*. 2004;34(5):843-53. doi: 10.1017/s0033291703001545.
 57. Cliffe C, Shetty H, Himmerich H, Schmidt U, Stewart R, Dutta R. Suicide attempts requiring hospitalization in patients with eating disorders: a retrospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2020;53(5):458-465. doi: 10.1002/eat.23240.
 58. Favaro A, Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997;95(6):508-14. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10139.x.
 59. Forcano L, Fernández-Aranda F, Alvarez-Moya E, Bulik C, Granero R, Gratacòs M, Jiménez-Murcia S, Krug I, Mercader JM,

- Riesco N, Saus E, Santamaría JJ, Estivill X. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*. 2009;24(2):91-7. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.10.002.
60. Zinchuk M, Kustov G, Pashnin E, Rider F, Sviatskaya E, Popova S, Voinova N, Yakovlev A, Guekht A. Self-injurious thoughts and behaviors in Russian patients with epilepsy: a prospective observational study. *Seizure*. 2023;107:28-34. doi: 10.1016/j.seizure.2023.03.010.
61. Zinchuk MS, Avedisova AS, Voinova NI, Kustov GV, Pashnin EV, Gulyaeva NV, Guekht AB. Pain perception and nonsuicidal self-injurious behavior. *The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(12):144-152. doi: 10.17116/jnevro2020120121144. Russian.
62. Zinchuk MS, Guekht AB, Gulyaeva NV, Avedisova AS, Akzhigitov RG, Grishkina MN. Biological basis of suicidal behavior. *The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016;116(8):94-101. doi: 10.17116/jnevro20161168194-101. Russian.
63. Zinchuk MS, Avedisova AS, Guekht AB. Nonsuicidal self-injury behavior in non-psychotic disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. *The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(3):108-119. doi: 10.17116/jnevro2019119031108. Russian.
64. Zimmerman M, Balling C, Dalrymple K, Chelminski I. Screening for Borderline Personality Disorder in Psychiatric Outpatients With Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2019;80(1):18m12257. doi: 10.4088/JCP.18m12257.
-

Несуицидальные самоповреждения и суицидальный риск у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения: связи с контролем веса, индексом массы тела и межличностной чувствительностью

Non-suicidal self-injuries and suicide risk in adolescent girls with eating disorders: associations with weight control, body mass index, and interpersonal sensitivity

doi: 10.17816/CP6803

Оригинальное исследование

Natalia Polskaya^{1,2}, Anna Basova^{1,3},
Anna Razvaliaeva⁴, Daria Yakubovskaya¹,
Nataliia Vlasova⁵, Anna Abramova¹

¹ Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow, Russia

² Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

³ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

⁴ Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

⁵ State Budgetary Educational Institution "Proton Educational Center", Moscow, Russia

Наталья Польская^{1,2}, Анна Басова^{1,3},
Анна Разваляева⁴, Дарья Якубовская¹,
Наталья Власова⁵, Анна Абрамова¹

¹ ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ г. Москвы», Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия

³ ФGAOУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

⁴ ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук», Москва, Россия

⁵ ГБОУ «Образовательный центр "Протон"», Москва, Россия

ABSTRACT

BACKGROUND: Eating disorders (EDs) are associated with a risk of premature death, as well as suicidal and self-injurious behavior. A low or high body mass index (BMI) and weight control behavior can also have an impact on self-injurious and suicidal behavior. While some studies show that interpersonal sensitivity is a risk factor for EDs, affective disorders, and self-injurious behavior, in-depth studies of these issues have not been done.

AIM: The present study investigates how self-injurious and suicidal behavior relate to weight control behavior, BMI, and interpersonal sensitivity in adolescent girls from a clinical population with diagnosed ED compared with adolescent girls from the general population.

METHODS: The main group was comprised of 31 girls with a diagnosis of EDs (as the main diagnosis or co-occurring with affective disorders, $M=15\pm 1.13$ years), being treated in the Eating Disorder Clinic of the Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva. The comparison group consisted of 27 adolescent girls recruited from Proton Educational Center ($M=15.51\pm 1.09$ years). The measures included a qualitative survey that yielded data on weight control behavior, and self-injurious behavior, a Blitz questionnaire probing the suicide risk (used only in the main group), and the Interpersonal Sensitivity Measure. Height and weight data were also recorded for BMI calculation.

RESULTS: The qualitative analysis of weight control behavior yielded the following results: purging behavior, restrictive behavior, and corrective behavior. Participants in the main group used purging and restrictive behavior more often, whereas participants in the comparison group used strategies associated with a healthy lifestyle. The main group and participants who practiced purging and restrictive weight control in the overall sample had the smallest BMI. Self-injurious behavior was approximately evenly distributed both amongst the main and comparison groups. Self-cutting was the most prevalent type of self-injury. In the main group, self-injury was associated with a smaller BMI, while in the comparison group it was associated with an increase in the fear of rejection and overall interpersonal sensitivity. Based on the assessment of the suicide risk, six participants in the main group were deemed high-risk; they also displayed increased fear of rejection, dependence on the assessments of others, and overall interpersonal sensitivity. All girls in the suicide risk subgroup had non-suicidal self-injuries.

CONCLUSION: The results of our study broaden our understanding of the risk factors of suicidal and self-injurious behavior in adolescent girls with EDs and reveal the characteristics of the type of weight control behavior used by this group in comparison with adolescent girls in the general population. Girls with EDs who were considered at the risk of committing suicide demonstrated high interpersonal sensitivity, which provides a rationale for further studying the general interpersonal mechanisms that underlie the pathogenesis of EDs, as well as that of self-injurious and suicidal behavior.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Расстройства пищевого поведения (РПП) связаны с риском преждевременной смерти, суицидальным и самоповреждающим поведением. Слишком низкий или высокий индекс массы тела (ИМТ) и способы контроля веса также могут вносить вклад в самоповреждающее и суицидальное поведение. В отдельных исследованиях было выявлено, что фактором риска для РПП и самоповреждающего поведения может также быть такой показатель, как межличностная чувствительность. Однако комплексного исследования этих проблем еще не проводилось.

ЦЕЛЬ: Исследовать связи самоповреждающего и суицидального поведения со способами контроля веса, ИМТ и межличностной чувствительностью у девочек-подростков клинической выборки с диагнозом РПП и в популяции.

МЕТОДЫ: В основную группу вошли девочки-подростки с РПП (как основным диагнозом или сопутствующим в случаях сочетания с аффективными расстройствами, $M_{\text{возр}}=15, SD=1,13$), проходящие лечение в специализированной клинике ($N=31$). Группу сравнения составили девочки-подростки ($N=27$) из общеобразовательного учебного центра г. Москвы ($M_{\text{возр}}=15,51, SD=1,09$). Использовалась анкета, направленная на сбор качественных данных о проявлениях контроля за весом и самоповреждающем поведении, блиц-опросник суицидального риска (только в клинической выборке) и опросник межличностной чувствительности. На основе данных о росте и весе высчитывался ИМТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Качественный анализ позволил выделить темы, связанные с контролем веса: очистительное, ограничительное и корректирующее поведение. В основной группе чаще использовались очистительные

и ограничительные стратегии контроля веса, а в группе сравнения — корректирующие стратегии, связанные с поддержанием здорового образа жизни. Наиболее низкий ИМТ (дефицит массы тела) оказался в клинической выборке и у девочек с ограничительным и очистительным поведением в совокупной выборке. Самоповреждающее поведение примерно в равном соотношении оказалось распространено как в основной группе, так и в группе сравнения. Наиболее распространенный метод самоповреждения — порезы. В основной группе самоповреждающее поведение было связано с меньшим ИМТ, а в группе сравнения — с повышением страха отвержения и общим показателем межличностной чувствительности. Суицидальный риск был выявлен у 6 девочек из основной группы и оказался связан со страхом отвержения, зависимостью от оценок окружающих и общим показателем межличностной чувствительности. Все девочки из подгруппы суицидального риска указали и на несуицидальные самоповреждения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Результаты исследования позволяют расширить представления о факторах риска суицидального и самоповреждающего поведения у девочек с РПП и о способах контроля веса, предпринимаемых ими, по сравнению с девочками из общей популяции. Высокая межличностная чувствительность, выявленная у девочек-подростков из подгруппы суицидального риска, свидетельствует о важности изучения межличностных механизмов, лежащих в основе суицидального и самоповреждающего поведения.

Keywords: *adolescent girls; eating disorders; body mass index; suicide risk; non-suicidal self-injuries; interpersonal sensitivity; fear of rejection*

Ключевые слова: *девочки-подростки; расстройства пищевого поведения; индекс массы тела; суицидальный риск; несуицидальные самоповреждения; межличностная чувствительность; страх отвержения*

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства пищевого поведения (РПП) представляют значительную проблему здравоохранения и затрагивают существенную часть населения, в первую очередь девушек и молодых женщин [1]. Актуальность этой проблемы обусловлена высокой летальностью, преобладанием среди лиц с диагнозом РПП девочек подросткового возраста, негативным влиянием на психическое здоровье и репродуктивную функцию во взрослом возрасте. До 44% девочек подросткового возраста демонстрируют субклинические формы расстройств пищевого поведения [2], и до 2,58% женщин и 1,89% мужчин в западных странах имеют установленный диагноз РПП [3], преимущественно в виде нервной анорексии (0,1–2%) и нервной булимии (0,37–2,98%) [4]. Согласно последним данным, от 5,5% до 17,9% девушек и от 0,6% до 2,4% юношей приобретают РПП к наступлению зрелости [5].

Показатели смертности при расстройствах пищевого поведения в 5–7 раз выше по сравнению с прогнозируемыми в соответствующих половозрастных когортах [6], особенно среди лиц с нервной анорексией [7]. До 24,9% пациентов с нервной анорексией и 31,4% пациентов с нервной булимией предпринимали попытки суицида [8]. Экстремальные способы

контроля веса (прием таблеток для похудения (diet pills), индуцирование рвоты, прием слабительных и мочегонных) даже в отсутствии диагноза РПП выступают предиктором суицидальных мыслей и суицидальных попыток среди женщин [9].

Не менее серьезной проблемой, потенциально сокращающей продолжительность жизни лиц с РПП, являются намеренные несуицидальные действия, направленные на повреждение собственного тела [10]. Несуицидальные самоповреждения также связаны с повышением риска суицидального поведения и смерти от суицида в подростковом и юношеском возрасте [11, 12]. Самоповреждающее поведение широко распространено среди пациентов с РПП: 40,8% подростков с диагностированным РПП наносили себе самоповреждения хотя бы однажды [13]. По некоторым данным, самоповреждающее поведение также может выступать индикатором более сложного течения расстройства пищевого поведения [14], предсказывая более тяжелые его проявления в будущем [15]. Среди пациентов с РПП и коморбидным самоповреждающим поведением значимо чаще встречаются лица с диагнозом нервная булимия или большой длительностью заболевания, с симптомами переедания, очистительного поведения, сопутствующими аффективными расстройствами,

злоупотребляющие психоактивными веществами (ПАВ) и пережившие насилие [13]. Приводятся данные, что 78% лиц с опытом несуицидального самоповреждения сообщали о нарушениях пищевого поведения, включая компульсивное переедание (binge eating) — 57,6%, голодание — 57,6%, чрезмерные физические тренировки — 33,9%, провоцирование рвоты — 25,4% и использование мочегонных и слабительных препаратов — 15,3% [16]. Вероятность самоповреждающего поведения среди лиц с РПП значимо выше при наличии суицидальных попыток в прошлом [17].

Еще одна широко обсуждаемая проблема — это вклад ИМТ в суицидальный риск. В одних исследованиях определяется связь низкого ИМТ с риском суицида, тогда как в других эта связь не находит подтверждения. Так, в проспективном исследовании, выполненном на женской выборке ($n=1\ 200\ 000$), было показано, что ИМТ <20 связан с суицидальными попытками и завершённым суицидом; при этом значимыми также оказались низкие весовые показатели в подростковом и молодом возрасте [18]. В другом обширном исследовании на популяционной выборке подростков 12–15 лет ($n=104\ 907$) из 45 стран с низким и средним доходом, не низкий, а высокий ИМТ и ожирение выступили значимым предиктором суицидальной идеации и суицидальных попыток [19].

Нарушения межличностного функционирования считаются одним из трансдиагностических факторов риска всего спектра расстройств пищевого поведения [20]. Эти нарушения обусловлены, с одной стороны, межличностными стрессорами [21], а с другой стороны, личностными установками, влияющими на социальное функционирование и определяющими уязвимость к межличностному взаимодействию, в частности, межличностной чувствительностью [22, 23]. Межличностная чувствительность рассматривается как компонент психологического дистресса [24] и как личностная характеристика, свойственная людям с высокой восприимчивостью к поведению и эмоциям других людей, особенно в предполагаемых или реальных ситуациях критики или отвержения [25]. Исследований межличностной чувствительности как личностной характеристики сравнительно немного [22, 23, 25, 26, 27], и все они, кроме одного [23], изучают респондентов, начиная со старшего подросткового возраста.

В нашем недавнем исследовании онлайн-сообществ, сфокусированных на внешности и теле, было выявлено,

что участницы групп проанорексичной направленности (ориентированных на нормализацию анорексии), имеют более высокий уровень неудовлетворенности телом и чувствительности к отвержению из-за внешности, по сравнению с участницами бодипозитивных сообществ [26]. Согласно результатам другого нашего исследования, страх отвержения выступает предиктором самоповреждающего поведения у лиц юношеского и молодого возраста [27]. В единственном обнаруженном нами клиническом исследовании подростков 12–18 лет с диагнозом РПП был выявлен вклад более высокой межличностной осознанности (один из компонентов межличностной чувствительности) в симптомы РПП. Когнитивные искажения (негативная интерпретация социальной информации) выступили медиатором этой связи. Однако в силу методических ограничений в этом исследовании не рассматривалась межличностная чувствительность в целом или другие ее компоненты (так как другие шкалы используемого опросника показали недостаточную внутреннюю согласованность, и авторы не включили их в анализ) [23].

Таким образом, немногочисленные исследования межличностной чувствительности (как личностной характеристики) имели ограничения, связанные либо с выборкой, либо с методиками исследования. Кроме того, в этих исследованиях аспекты межличностной чувствительности изучались в связи либо с симптомами РПП [23, 26], либо с несуицидальными самоповреждениями [27], тогда как неоднократно подтвержденная связь РПП, самоповреждающего и суицидального поведения обуславливает необходимость их комплексного изучения.

Целью данного исследования было проследить связь самоповреждающего и суицидального поведения со способами контроля веса, ИМТ и межличностной чувствительностью у девочек-подростков с РПП, проходящих стационарное или амбулаторное лечение. Для сравнения результатов использовались данные, полученные на популяционной выборке девочек-подростков, обучающихся в общеобразовательной школе.

МЕТОД

Формирование выборки и отбор участников

Исследование проводилось в феврале–апреле 2023 года на базе Клиники расстройств пищевого поведения ГБУЗ «Научно-практический центр психического

здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ») в форме индивидуального опроса госпитализированных или проходящих амбулаторное лечение девочек-подростков с основным или сопутствующим диагнозом РПП по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр) из рубрики F50.

Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (протокол №1-23 от 18.01.2023).

Критерии включения в выборку: женский пол; возраст 13–17 лет; диагностированное РПП. Критерии невключения: мужской пол; возраст младше 13 лет; нарушения мышления; снижение интеллекта.

Всего в исследовании участвовала 31 пациентка ($M_{\text{возр}}=15$, $SD=1,13$). У 20 девочек в качестве основного был установлен диагноз РПП (F50): нервная анорексия или нервная булимия. У 11 — на момент обследования на фоне лекарственной терапии на первый план выступал депрессивный синдром в рамках аффективных расстройств (F30–F39) или смешанных расстройств поведения и эмоций (F92). При этом РПП сохранялось как сопутствующее расстройство.

Первично госпитализированы 14 девочек; повторно — 11; 6 — проходят амбулаторное лечение.

С целью сравнения по параметрам самоповреждающего поведения, контроля веса, ИМТ и межличностной чувствительности было опрошено 27 девочек-подростков ($M_{\text{возр}}=15,51$, $SD=1,09$), обучающихся в государственном бюджетном образовательном учреждении г. Москвы «Образовательный центр “Протон”». Критерии включения: женский пол; возраст 13–17 лет. Критерии невключения: мужской пол; возраст младше 13 и старше 17 лет.

Участие в исследовании было добровольным на основе информированного согласия подростков и их родителей.

Методики

Все участницы исследования заполняли анкету, блиц-опросник суицидального риска и опросник межличностной чувствительности. Кроме того, проводились замеры веса и роста для вычисления ИМТ.

Анкета для данного исследования была разработана с целью сбора социодемографических данных (пол, возраст, образование, проживание) и получения

сведений о контроле веса и причинении себе намеренного физического вреда:

- Контролируете ли Вы свой вес?
- Сколько Вам было лет, когда начали контролировать свой вес?
- Укажите, какие способы контроля веса Вы использовали за последние 6 месяцев.
- Приходилось ли Вам причинять себе намеренный физический вред?
- Как именно Вы причиняли себе физический вред?

Блиц-опросник суицидального риска (разработан в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ») содержит 6 вопросов о суицидальных мыслях, планах и попытках, а также опыте самоповреждения. Он применялся только в клинической выборке. Для ответов используется дихотомическая шкала да/нет. Для вычисления надежности опросника использовался коэффициент Кудера–Ридардсона-20 [28] (0,66 на текущей выборке; 0,70 на выборке адаптации). На момент проведения исследования данный опросник прошел клиническую апробацию, включая проверку психометрических характеристик. Статья по результатам апробации находится на этапе подготовки.

Опросник межличностной чувствительности [25, 29] в русскоязычной версии включает 22 пункта с выбором ответов по 5-балльной шкале. Включает три шкалы: зависимость от оценок окружающих (на общей выборке альфа Кронбаха — $\alpha=0,93$, в клинической группе — $\alpha=0,94$), страх отвержения ($\alpha=0,88/0,87$), беспокойство в межличностных отношениях ($\alpha=0,84/0,82$), и общий балл межличностной чувствительности ($\alpha=0,95/0,94$).

Индекс массы тела рассчитывался по формуле: $ИМТ=m/h^2$, где m — масса тела в килограммах, h — рост в метрах. ИМТ оценивался с учетом возраста и пола, на основе рекомендаций ВОЗ по оценке антропометрических показателей у детей [30].

Анализ данных

Анализ количественных данных проводился с использованием статистического пакета SPSS ver. 23 и включал частоты, описательные статистики, таблицы сопряженности (χ^2 Пирсона для сравнения категориальных переменных), корреляционный анализ (коэффициент Спирмена) и непараметрические критерии (коэффициенты Манна–Уитни, Краскелла–Уоллиса). Качественные данные анализировались методами

контент-анализа (подсчитывалось количество наиболее часто встречающихся слов в описаниях способов контроля веса и самоповреждающего поведения) и тематического анализа (были обобщены основные стратегии контроля веса).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Социодемографические характеристики выборки представлены в табл. 1.

Контроль веса и индекс массы тела

Согласно результатам анкетирования, возрастной диапазон начала контроля собственного веса – от 8 до 15 лет. Наибольшее число ответов пришлось на период 11–14 лет, средний возраст начала контроля веса — 12,4, SD=1,6.

В рамках контент-анализа ответов о способах контроля веса в основной группе были выделены следующие наиболее часто употребляемые слова (из 194 использованных): голодание (12 упоминаний); спорт/физическая активность (10 упоминаний); рвота и слабительное (по 8 упоминаний каждое); подсчет калорий (7 упоминаний).

В группе сравнения из 27 девочек 17 указали, что контролируют свой вес. В этой подгруппе при описании способов контроля веса наиболее часто употреблялись следующие слова (из 87 использованных): спорт (14 упоминаний); еда/питание (9 упоминаний); вес/взвешивание (4 упоминания); голодание (3 упоминания). Не более одного раза использовались такие слова как здоровье, диета, зал, калории, организм, слабительное, сладкое.

Таблица 1. Социодемографические и клинические характеристики выборки

Социодемографические и клинические характеристики		Клиническая группа (N=31)	Группа сравнения (N=27)
		%, n	%, n
Возраст		M=15,00, SD=1,13	M=15,51, SD=1,09
Пол	Женский	100% (n=31)	100% (n=27)
Образование	Учится в школе	87,0% (n=27)	100% (n=27)
	Учится в колледже	9,7% (n=3)	–
	Нигде не учится	3,3% (n=1)	–
Проживание	С родителями или одним из родителей	96,7% (n=30)	96,3% (n=26)
	С другими родственниками	3,3% (n=1)	–
	Центр содействия семейному воспитанию	–	3,7% (n=1)
Диагноз	Нервная анорексия (F50.0)	41,93% (n=13)	–
	Атипичная нервная анорексия (F50.1)	19,35% (n=6)	–
	Атипичная нервная булимия (F50.3)	3,22% (n=1)	–
	Депрессивный эпизод средней степени тяжести (F32.1). Нервная анорексия (F50.0)	9,7% (n=3)	–
	Депрессивный эпизод средней степени тяжести (F32.1). Нервная булимия (F50.2)	9,7% (n=3)	–
	Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера (F31.6). Нервная булимия (F50.2)	3,22% (n=1)	–
	Другие устойчивые расстройства настроения (F34.8). Нервная булимия (F50.2)	3,22% (n=1)	–
	Другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8). Расстройство приема пищи неуточненное (F50.9)	3,22% (n=1)	–
	Другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8). Атипичная нервная анорексия (F50.1)	3,22% (n=1)	–
Другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8). Нервная булимия (F50.2)	3,22% (n=1)	–	

Таблица 2. Стратегии контроля веса: результаты тематического анализа

Основная группа (N=31)	Группа сравнения (N=17)	Категории	Стратегии контроля веса
Способы контроля веса (количество упоминаний)			
Рвота (8); слабительные (8); мочегонные (1)	Слабительные (1)	Процедуры очищения	Очистительное поведение
Диеты (5); маленькие порции (3); ограничения в еде (4); выбрасывание еды (2)	Диеты (3); ограничения в еде (4); выбрасывание еды (1)	Диеты и другие ограничения в еде	Ограничительное поведение
Подсчет калорий (7)	Подсчет калорий (1)	Подсчет калорий	
Голодание (12)	Голодание (3)	Голодание	
Обхват запястья пальцами, обмер рук, ног измерительной лентой (2)	–	Обмеры тела	Корректирующее поведение (управление внешностью)
Взвешивание (9)	Взвешивание (4)	Взвешивание	
Спорт/физическая активность/упражнения (10)	Спорт/физическая активность/упражнения (14)	Физические нагрузки	
–	Правильное/здоровое питание (5); график питания (1)	Правильное питание	

Примечание: Значения в скобках представляют собой количество упоминаний о способах контроля веса в исследуемых группах

На основе тематического анализа данных совокупной выборки были выделены семь категорий (процедуры очищения, ограничение питания, подсчет калорий, голодание, обмеры тела, взвешивание, физические нагрузки и правильное питание), которые были обобщены в три ключевые темы, характеризующие стратегии контроля веса, используемые девочками как из основной группы, так и из группы сравнения:

1. Очистительное поведение — прием мочегонных и слабительных препаратов; искусственное вызывание рвоты.
2. Ограничительное поведение — диеты и другие ограничения в еде; подсчет калорий; голодание.
3. Корректирующее поведение — поведение, ориентированное на управление внешней привлекательностью: обмеры тела; взвешивание; физические нагрузки, включая спорт; сочетание разных видов физической активности со здоровым питанием (табл. 2).

В основной группе не было описаний, которые можно было бы связать со здоровым питанием, тогда как в группе сравнения не указаны такие специфические способы контроля веса, как определение тонкости рук и ног. В группе сравнения были ответы, которые в целом имели отношение к здоровому образу жизни, и контроль веса в ряде случаев описывается как попытка его регуляции, а не снижения. Например: «плавание, танцы, гуляю на дальние расстояния», «хожу в зал,

не ем сладкое», «спорт, правильное питание», «есть такое количество еды, которое требует организм». Тогда как фокус ответов в основной группе — именно на уменьшении веса. Поэтому сравнительно больше употреблялось слов, имеющих отношение к похудению (голодание, рвота, слабительные, мочегонные и т.п.), а занятия спортом описывались как «изнурительные физические нагрузки», причем в большинстве случаев физические упражнения сочетались с голоданием, вызыванием рвоты и подсчетом калорий. Таким образом, значимо чаще девочки из основной группы указывали на очистительное и ограничительное поведение, а девочки из группы сравнения — на корректирующее поведение, связанное с управлением своим внешним видом: $\chi^2(2)=22,19; p < 0,001$.

Распределение выборки по ИМТ представлено в табл. 3.

В основной группе у пациенток с нервной анорексией наблюдается дефицит массы тела, тогда как у восьми из одиннадцати девочек с депрессивным синдромом и РПП, преобладает нормальная масса тела с тенденцией к нижней границе нормы (в диапазоне от 17,06 до 22,84). Среди первично госпитализированных оказалось больше пациенток с дефицитом массы тела, чем среди госпитализированных повторно или амбулаторных пациенток: $\chi^2(2)=11,67, p < 0,01$. ИМТ девочек из клинической группы оказался значимо ниже, чем из группы сравнения: $\chi^2(2)=21,12, p < 0,001$.

Таблица 3. Распределение по ИМТ в основной группе и группе сравнения

Группа	Диагноз	Индекс массы тела			Всего
		дефицит массы тела	нормальная масса тела	избыток массы тела	
Основная группа (N=31)	Расстройства приема пищи (F50.0; F50.1; F50.2)	19	1	0	20
	Аффективные расстройства (F32.1; F34.8; F31.6) и смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8). Расстройства приема пищи (F50.0; F50.1; F50.2; F50.9)	2	9	0	11
Группа сравнения (N=27)	–	3	20	4	27

В совокупной выборке среди девочек с дефицитом массы тела большинство использовали ограничительное или очистительное поведение с целью контроля веса, а девочки с нормальной или избыточной массой тела использовали преимущественно стратегии управления внешностью: $\chi^2(2)=12,15, p < 0,05$.

Несуицидальные самоповреждения и суицидальный риск

Оценка суицидального риска проводилась только в основной группе, тогда как вопрос о намеренном причинении себе физического вреда и его способах задавался в обеих группах.

На вопрос о причинении себе вреда утвердительно ответили 51,7% клинической выборки (N=31), причем как в основной группе, так и в группе сравнения распределение ответов примерно одинаковое: 16 «да» и 15 «нет» — в основной группе; 13 «да» и 14 «нет» — в группе сравнения (N=27). Наиболее частым способом самоповреждения оказались порезы кожи: в основной группе — 12, в группе сравнения — 11. В большинстве случаев указывалось несколько разных способов самоповреждения.

В рамках контент-анализа в клинической подгруппе девочек, подтвердивших самоповреждения (N=16), из 117 использованных слов наиболее частыми оказались: порез/резать (13 упоминаний); бить/удар

(5 упоминаний); расчесывать/расцарапывать (5 упоминаний); прижигание/ожог (4 упоминания); прикусывание/обкусывание (2 упоминания). По одному упоминанию: выдирать, душить, охлаждаться, перегреваться. Также один ответ относился к суицидальной попытке: «Таблетки в больших количествах (суицид)», и один — к физическим нагрузкам: «Изнурительные тренировки». В трех ответах ограничения в еде определялись пациентками как способ самоповреждения: «Писала на ногу ручкой, чтобы меньше ела», «все РПП — тоже же вред», «Ограничение в еде».

В группе сравнения (N=13) из 101 использованного слова к наиболее часто упоминаемому относятся: порез/резать (11 упоминаний); бить/биться (8 упоминаний); по 2 упоминания — кусать, царапать, надавливать; по 1 упоминанию — колоть, расчесывать, тушить.

При сравнении пациенток, подтвердивших и отрицающих самоповреждения, значимые различия (критерий Манна-Уитни) были обнаружены только по ИМТ: более низкие показатели ИМТ ($U=204,00, p < 0,001$) оказались у девочек с самоповреждениями. Что касается группы сравнения, значимые различия между подтвердившими и отрицающими самоповреждения были выявлены по страху отвержения и общему показателю межличностной чувствительности, но не по ИМТ (табл. 4).

Таблица 4. Значимые различия в группе сравнения по самоповреждающему поведению

Шкалы	Самоповреждающее поведение: Да/Нет	N	Средний ранг	Медиана	U критерий Манна-Уитни	p
Страх отвержения	Да	13	19,01	30,00	166,50	0,0001
	Нет	14	8,61	20,00		
Общий показатель межличностной чувствительности	Да	13	18,12	68,00	144,50	0,008
	Нет	14	10,18	45,00		

Таблица 5. Распределение ответов основной группы по блиц-опроснику суицидального риска (N=31)

№	Вопросы	Да		Нет	
		N	%	N	%
1	За последние три месяца думал ли ты о том, что хочешь умереть?	13	41,9	18	58,1
2	За последние три месяца придумал ли ты план, как ты хочешь умереть?	7	22,6	24	77,4
3	За последние три месяца пробовал ли ты осуществить этот план?	2	6,5	29	93,5
4	В течение жизни наносил ли ты себе повреждения: ударял, резал, обжигал себя или повреждал себя другим образом?	16	51,6	15	48,4
5	Пробовал ли ты уже когда-нибудь умереть?	3	9,7	28	90,3
6	Думаешь ли ты о том, чтобы умереть прямо сейчас?	1	3,2	30	96,8

Таблица 6. Значимые различия в основной группе по фактору суицидального риска

Шкалы	Суицидальный риск по блиц-опроснику	N	Средний ранг	Медиана	U критерий Манна-Уитни	p
Зависимость от оценок окружающих	Да	6	23,83	32,5	28,00	0,017
	Нет	25	14,12	25,00		
Страх отвержения	Да	6	24,42	19,00	24,50	0,009
	Нет	25	13,98	12,00		
Общий показатель межличностной чувствительности	Да	6	24,08	72,00	26,50	0,012
	Нет	25	14,06	55,00		

Таблица 7. Значимые связи показателя суицидального риска с ИМТ и межличностной чувствительностью (r_s Спирмена)

Шкалы	Блиц-опросник суицидального риска
Зависимость от оценок окружающих	0,55**
Страх отвержения	0,67***
Беспокойство в межличностных отношениях	0,55**
Общий показатель межличностной чувствительности	0,62***
Индекс массы тела	0,47*

Примечание: * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$, *** — $p < 0,001$.

Оценка суицидального риска проводилась только в основной группе как наиболее уязвимой к суицидальному поведению, а также в силу того, что опросник, который для этой цели использовался, прошел на момент применения только клиническую апробацию. Распределение ответов представлено в табл. 5.

На основании суммы утвердительных ответов подсчитывался показатель суицидального риска. К группе суицидального риска были отнесены те, кто набрал от 3 баллов и более. В данной группе три девочки набрали 3 балла; две — 4 балла; и одна — 6 баллов. При сравнении подгрупп по суицидальному риску более высокие значения по зависимости от оценок окружающих, страху отвержения и общему показателю межличностной чувствительности были выявлены у пациенток, набравших три и более баллов по блиц-опроснику (табл. 6).

В подгруппу суицидального риска вошли девочки с депрессивным синдромом и РПП, придерживающиеся очистительного или ограничительного поведения для контроля веса.

Связь суицидального риска с ИМТ и межличностной чувствительностью

Связь суицидального риска с ИМТ и межличностной чувствительностью

Проверка связи между показателем суицидального риска с ИМТ и психологическими характеристиками проводилась с помощью коэффициента Спирмена. Значимые взаимосвязи представлены в табл. 7.

Как можно видеть из табл. 7, повышение суицидального риска значимо связано с более высокими показателями по шкалам межличностной чувствительности. Также имеется значимая связь между повышением ИМТ и суицидального риска.

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно результатам, полученным в нашем исследовании, контроль веса может начинаться достаточно рано, уже с восьми лет, но чаще приходится на начало подросткового возраста — 12–13 лет.

На основе тематического анализа были выделены три стратегии контроля веса: (1) очистительное поведение (вызывание рвоты, прием слабительных и мочегонных препаратов); (2) ограничительное поведение (диеты, голодание); (3) корректирующее поведение, ориентированное на управление своей внешностью (обмеры тела, взвешивание, физические нагрузки, включая спорт, а также сочетание разных видов физической активности со здоровым питанием). Корректирующее поведение в большей мере ориентировано на создание социально привлекательного внешнего облика, тогда как стратегии очистительного и ограничительного поведения — на уменьшение объемов тела, которые субъективно воспринимаются как слишком большие, вне зависимости от объективных показателей. Корректирующее поведение свойственно девочкам как из основной группы, так и из группы сравнения, но качественно различается по способам коррекции веса. В основной группе девочки сообщали об использовании обмеров для проверки тонкости рук или ног, постоянных взвешиваниях, чрезмерных и изнурительных физических нагрузках. В группе сравнения же ответы девочек преимущественно отражали стремление к балансу питания и физических нагрузок, т.е. к здоровому образу жизни.

Наиболее низкий ИМТ ожидаемо оказался в основной группе у первично госпитализированных девочек с диагнозом нервной анорексии (F50.0), а также (в совокупной выборке) у девочек с ограничительным и очистительным поведением.

Несуицидальные самоповреждения примерно в равном соотношении оказались распространены как в клинической группе, так и в популяции, что подтверждает высокую распространенность самоповреждающего поведения в подростковом возрасте как в клинической,

так и неклинической выборках. В совокупной выборке чуть более 50% подтвердили, что причиняли себе намеренный физический вред, а наиболее распространенным методом самоповреждения оказались порезы.

Интересно, что девочки из основной группы трактуют причинение себе физического вреда более широко, чем девочки из группы сравнения. В то время, как девочки из группы сравнения описывали способы несуйцидальных самоповреждений (порезы, удары, расцарапывание кожи), описание методов самоповреждения в клинической группе больше соответствует преднамеренному самоповреждающему поведению (intentional self-harm) и включает, кроме несуйцидальных самоповреждений, аутодеструктивные действия, в том числе экстремальные практики контроля веса, передозировку таблетками и изнурительные тренировки. У девочек с самоповреждениями в основной группе оказался наиболее низкий ИМТ, а в группе сравнения — наибольший страх отвержения и общий показатель межличностной чувствительности.

В клинической выборке на основе блиц-опросника была выделена подгруппа суицидального риска, куда вошли девочки с депрессивным синдромом и РПП, придерживающиеся очистительного или ограничительного поведения. Девочки из этой подгруппы продемонстрировали наиболее высокие показатели по шкалам опросника межличностной чувствительности (зависимость от оценок окружающих, страх отвержения и общий показатель межличностной чувствительности), при этом все они подтвердили наличие самоповреждающего поведения.

Значимые связи между показателем суицидального риска и шкалами межличностной чувствительности показывают важность межличностной уязвимости в суицидальных установках: чем более выражена межличностная чувствительность, тем выше суицидальный риск. Также представляет интерес полученная в нашем исследовании положительная взаимосвязь ИМТ и суицидального риска, что объясняется спецификой выборки: девочки с близким к норме на момент участия в исследовании показателем ИМТ имели сопутствующий диагноз нервной анорексии или нервной булимии, но проходили лечение в связи с депрессией, при которой, как известно, суицидальный риск усиливается.

Ограничения исследования

В качестве ограничений исследования следует указать небольшой объем выборки и кросс-секционный характер исследования, что ограничивает возможности интерпретации результатов и экстраполяции выводов при построении прогностических моделей. Однако преимуществом данного исследования является то, что для сравнения была набрана группа близких по возрасту девочек-подростков, обучающихся в общеобразовательной школе. Также использовался качественно-количественный подход как к сбору данных, так и к их анализу и интерпретации, что позволило более полно описать феноменологию контроля веса и причинения себе вреда девочками-подростками в сравнительном аспекте, а также исследовать связь этих параметров с суицидальным поведением, ИМТ и межличностной чувствительностью.

Сравнение с другими исследованиями

Представленные данные хорошо согласуются с результатами, полученными в других исследованиях. Так, фиксация девочек из клинической выборки на оценке своего веса и обмеров частей тела, в противовес повышенному интересу к диетам и здоровому питанию в группе сравнения, иллюстрирует такие нарушения образа тела, как предвзятость в отношении определенных частей тела с переоценкой или недооценкой их размеров [31]. Обмеры частей тела являются частью концепта *body checking*, представляющего собой скрупулезное изучение собственного тела и внешности в поисках недостатков. Данная поведенческая стратегия обнаруживает тесные связи с РПП [32]. Согласно результатам нейрофизиологических исследований, у девочек-подростков с нервной анорексией отмечается высокая эмоциональная значимость частей тела, искаженное восприятие их размера и формы [33].

Обнаруженные в нашем исследовании различия в самоповреждающем поведении между основной группой и группой сравнения созвучны результатам нашего предыдущего исследования, выполненного на более старшей по возрасту выборке. В нем мы также отмечали, что поверхностные самоповреждения могут быть связаны с более тяжелыми способами причинения себе вреда, деструктивно воздействующими на организм в целом (например, рискованное поведение, депривация потребностей, голодание, употребление психоактивных веществ). Причем страх

отвержения (фактор межличностной чувствительности) выступает одним из предикторов как поверхностных самоповреждений, так и более тяжелого аутодеструктивного поведения [27].

Свойственное девочкам из клинической выборки сочетание поверхностных самоповреждений с экстремальными практиками снижения веса поддерживает мнение, что поведенческие симптомы пищевых расстройств могут быть отнесены к непрямому самоповреждающему поведению, а голодание или очистительное поведение могут использоваться в качестве способа причинения себе физического вреда, как в краткосрочной, так и в отдаленной перспективе [34].

Выявленный суицидальный риск у девочек с депрессивным синдромом, сопутствующей нервной анорексией/нервной булимией и с ограничительным и очистительным поведением, а также наиболее высокие показатели межличностной чувствительности (особенно страха отвержения) в этой подгруппе согласуются с результатами других исследований. Согласно ретроспективному анализу медицинских карт, депрессия является одним из психопатологических маркеров суицидального риска у молодых людей с диагнозами нервной анорексии и нервной булимии [35], при этом использование экстремальных способов контроля веса (очищения и ограничения) при нервной анорексии также является значительным фактором суицидального риска [36, 37]. Межличностная чувствительность, рассматриваемая в клинических исследованиях, прежде всего, как психопатологический симптом (чувство хрупкости собственного Я, особенно интенсивно переживаемое в отношениях с другими), при высоких значениях также свидетельствует о неблагоприятном прогнозе. Обнаружено, что лица, занимающиеся усиленными физическими упражнениями, обладают более высокой межличностной чувствительностью, причем ее влияние повышается по мере усиления черт компульсивности [38]. Кроме того, высокие показатели межличностной чувствительности среди подростков с нервной анорексией свидетельствуют о риске повторной госпитализации через год [39]. Следовательно, оценка межличностной чувствительности может быть полезна для прогноза течения заболевания.

Следует отметить, что обнаруженная в нашем исследовании связь ИМТ и суицидального риска не является

исключением, а отражает сложность и нелинейность взаимосвязи массы тела и суицидального поведения, что требует дальнейшего изучения. Несмотря на существующую точку зрения о связи дефицита веса с повышением риска завершённого суицида [40], представлены данные, что среди женщин с депрессивными симптомами фактором суицидального риска являлся как низкий ИМТ, так и высокий [41], а отклонения от нормального ИМТ (слишком низкий или слишком высокий) в период детства более связаны с суицидальными идеациями/попытками во взрослом возрасте, чем актуальный ИМТ [42].

Перспективы исследования

В будущем планируется расширить клиническую выборку с целью описания личностных и психопатологических факторов суицидального риска у девочек-подростков с разными типами РПП и коморбидным самоповреждающим поведением. Перспективным представляется проведение лонгитюдных исследований, начиная с младшего школьного возраста, учитывая, что уже в этом возрасте девочки могут начать контролировать свой вес.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование является первым, выполненным на русскоязычной выборке, где рассматриваются связи особенностей пищевого поведения (способов контроля веса) и индекса массы тела с несуйцидальными самоповреждениями, суицидальным риском и межличностной чувствительностью у девочек-подростков с РПП в сравнении с девочками-подростками общей популяции. Наибольшую уязвимость с точки зрения суицидального риска показали девочки-подростки с депрессивным синдромом и сопутствующей нервной анорексией/нервной булимией, использующие экстремальные способы контроля веса (очистительное и ограничительное поведение), с несуйцидальными самоповреждениями и высокой межличностной чувствительностью. Отличительная черта самоповреждающего поведения девочек-подростков с РПП — это сочетание несуйцидальных самоповреждений со специфическими практиками ограничения питания и снижения веса (чрезмерные физические нагрузки, голодание), которые направлены на причинение себе физического вреда, а не на соответствие социальным нормам внешней привлекательности.

История публикации

Статья поступила: 13.04.2023

Статья принята: 16.06.2023

Публикация: 29.06.2023

Вклад авторов: Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Польская Н.А., Басова А.Я., Разваляева А.Ю., Якубовская Д.К., Власова Н.В., Абрамова А.А. Несуйцидальные самоповреждения и суицидальный риск у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения: связи с контролем веса, индексом массы тела и межличностной чувствительностью // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №2. СР6803. doi: 10.17816/CP6803

Сведения об авторах

***Наталья Анатольевна Польская**, д.психол.н., профессор кафедры клинической психологии и психотерапии Московского государственного психолого-педагогического университета; ведущий научный сотрудник Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>, SPIN-код e-Library: 2514-6661, Scopus Author ID: 23397969400, ResearcherID: D-7076-2013, E-mail: polskayana@yandex.ru

Анна Яновна Басова, д.м.н., заместитель директора по научной работе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой; доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5001-8554>, e-Library SPIN-code: 3290-5781

Анна Юрьевна Разваляева, к.психол.н., научный сотрудник, Институт психологии РАН; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-3411>, e-Library SPIN-code: 7956-8242, Scopus Author ID: 57195301033, ResearcherID: AAY-5683-2021

Дарья Кирилловна Якубовская, клинический психолог, младший научный сотрудник, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6182-0585>, Scopus Author ID: 57216492328, Researcher ID: AAY-5236-2021

Наталья Валерьевна Власова, к.психол.н., руководитель службы психического благополучия, консультант, ГБОУ «Образовательный центр "Протон"»; ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7631-5769>

Анна Анатольевна Абрамова, клинический психолог, семейный психолог, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой; ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2465-5014>

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*. 2013;122(2), 445-57. doi: 10.1037/a0030679.
2. Ackard DM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(5):409-17. doi: 10.1002/eat.20389.
3. Qian J, Wu Y, Liu F, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*. 2022;27(2):415-428. doi: 10.1007/s40519-021-01162-z.
4. Arija Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, et al. Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutrition Hospitalaria*. 2022;39(Spec No2):8-15. doi: 10.20960/nh.04173. Spanish.
5. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*. 2022;35(6):362-371. doi: 10.1097/YCO.0000000000000818.
6. Iwajomo T, Bondy SJ, de Oliveira C, Colton P, et al. Excess mortality associated with eating disorders: population-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry*. 2021;219(3):487-493. doi: 10.1192/bjp.2020.197.
7. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(7):724-31. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
8. Udo T, Bitley S, Grilo CM. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. *BMC Medicine*. 2019;17(1):120. doi: 10.1186/s12916-019-1352-3.
9. Crow S, Eisenberg ME, Story M, et al. Are body dissatisfaction, eating disturbance, and body mass index predictors of suicidal behavior in adolescents? A longitudinal study. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(5):887-92. doi: 10.1037/a0012783.
10. Polskaya N, Razvalyaeva A. Diagnostics and prevention of self-injurious behavior. Moscow: FGBOU VO MGPPU; 2022. 220 p. Russian.
11. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *The Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(1):231-237. doi: 10.1037/a0030278.
12. Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. *The Journal of Affective Disorders*. 2017;215:37-48. doi: 10.1016/j.jad.2017.03.035.
13. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *The Journal of Adolescent Health*. 2011;48(3):310-3. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.06.017.
14. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: A comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*. 2003;11(5):379-396. doi: 10.1002/erv.510.
15. Turner BJ, Yiu A, Layden BK, et al. Temporal associations between disordered eating and nonsuicidal self-injury: examining symptom overlap over 1 year. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;46(1):125-38. doi: 10.1016/j.beth.2014.09.002.
16. Yiu A, Turner BJ, Layden BK, et al. Prevalence and correlates of eating disorder symptoms in a community sample with non-suicidal self-injury. *The Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2014;37(3):504-11. doi: 10.1007/s10862-014-9470-x.
17. Cucchi A, Ryan D, Konstantakopoulos G, et al. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2016;46(7):1345-58. doi: 10.1017/S0033291716000027.
18. Geulayov G, Ferrey A, Hawton K, et al. Body mass index in midlife and risk of attempted suicide and suicide: prospective study of 1 million UK women. *Psychological Medicine*. 2019;49(13):2279-2286. doi: 10.1017/S0033291718003239.
19. Zhang MZ, Tang R, Rao WM, et al. Body mass index and the risk of suicidal ideation and suicide attempt among youth in 45 low- and middle-income countries. *The Journal of Affective Disorders*. 2022;298(Pt A):357-363. doi: 10.1016/j.jad.2021.11.018.
20. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: predictive specificity in high-risk adolescent females. *The Journal of Abnormal Psychology*. 2017;126(1):38-51. doi: 10.1037/abn0000219.
21. Monteleone AM, Ruzzi V, Pellegrino F, et al. The vulnerability to interpersonal stress in eating disorders: The role of insecure attachment in the emotional and cortisol responses to the trier social stress test. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;101:278-285. doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.12.232.
22. Atlas JG. Interpersonal sensitivity, eating disorder symptoms, and eating/thinness expectancies. *Current Psychology*. 2004;22:368-378.
23. Rowlands K, Grafton B, Cerea S, et al. A multifaceted study of interpersonal functioning and cognitive biases towards social stimuli in adolescents with eating disorders and healthy controls. *The Journal of Affective Disorders*. 2021;295:397-404. doi: 10.1016/j.jad.2021.07.013.
24. Derogatis LR, Yevzeroff H, Wittelsberger B. Social class, psychological disorder, and the nature of the psychopathologic indicator. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1975;43(2):183-191. doi: 10.1037/h0076514.
25. Boyce P, Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1989;23(3):341-351. doi: 10.1177/000486748902300320.
26. Polskaya NA, Yakubovskaya DK, Razvalyaeva AY. Vulnerability to interpersonal rejection based on appearance in body positive and pro-anorexic online communities. *Social Psychology and Society*. 2023;14(1):150-171. doi: 10.17759/sps.2023140109.
27. Razvalyaeva AY, Polskaya NA. Predictors of self-harm types in members of online communities: age as a moderating variable. *Consortium Psychiatricum*. 2022;3(4):38-51. doi: 10.17816/CP216.
28. Zhang S, Kwon S. R Programming for Psychometrics [Internet]. 2022 [cited 2023 June 8]. Available at: https://bookdown.org/sz_psy490/r4psychometrics.
29. Razvalyaeva AY, Polskaya NA. Psychometric properties of the Russian three-factor interpersonal sensitivity measure. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2021;29(4):73-94.

30. Chernaya NL, Maskova GS, Ganuzin VM, et al. Norms for the anthropometric measurements in children aged 0–19 in accordance with recommendations of World Health Organization. 2nd edition, amended. Yaroslavl: FGBOU VO YaGMU, 2018. 116 p. Russian.
 31. Legenbauer T, Thiemann P, Vocks S. Body image disturbance in children and adolescents with eating disorders. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2013;42(1):51–59. doi: 10.1024/1422-4917/a000269.
 32. Walker DC, White EK, Srinivasan V. A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *The Journal of Eating Disorders*. 2018;00:1–26. doi: 10.1002/eat.22867.
 33. Ganin IP, Kosichenko EA, Sokolov AV, et al. Adapting the P300 brain-computer interface technology to assess condition of anorexia nervosa patients. *Bulletin of Russian State Medical University*. 2019;2:32–38.
 34. Fox KR, Wang SB, Boccagno C, Haynos AF, Kleiman E, Hooley JM. Comparing self-harming intentions underlying eating disordered behaviors and NSSI: evidence that distinctions are less clear than assumed. *International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(5):564-575. doi: 10.1002/eat.23041.
 35. Arnold S, Correll CU, Jaite C. Frequency and correlates of lifetime suicidal ideation and suicide attempts among consecutively hospitalized youth with anorexia nervosa and bulimia nervosa: results from a retrospective chart review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2023;10(1):10. doi: 10.1186/s40479-023-00216-1.
 36. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70(3):378-83. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181646765.
 37. Ucuz İ, Uzun CA. Evaluation of the frequency of suicidal thoughts and attempts and related factors in female adolescents with anorexia nervosa. *Middle Black Sea Journal of Health Science*. 2020;6(3):305-315.
 38. Kolar DR, Kaurin A, Meule A, et al. Interpersonal, affective and compulsive features of driven exercise in anorexia nervosa. *The Journal of Affective Disorders*. 2022;307:53-61. doi: 10.1016/j.jad.2022.03.044.
 39. Pruccoli J, Chiavarino F, Nanni C, et al. General psychopathological symptoms in children, adolescents, and young adults with anorexia nervosa—a naturalistic study on follow-up and treatment. *The European Journal of Pediatrics*. 2023;182(3):997-1007. doi: 10.1007/s00431-022-04745-9.
 40. Brown KL, LaRose JG, Mezuk B. The relationship between body mass index, binge eating disorder and suicidality. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):196. doi: 10.1186/s12888-018-1766-z.
 41. Perera S, Eisen RB, Dennis BB, et al. Body mass index is an important predictor for suicide: results from a systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016;46(6):697-736. doi: 10.1111/sltb.12244.
 42. Forcano L, Fernández-Aranda F, Alvarez-Moya E, et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*. 2009;24(2):91-7. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.10.002.
-

Фармакологические стратегии модуляции аппетита при расстройствах пищевого поведения: нарративный обзор литературы

Pharmacological strategies for appetite modulation in eating disorders: a narrative review

doi: 10.17816/CP6150

Обзор

**Mikhail Popov, Olga Lepik, Vladimir Kozlovskii,
Yuri Popov**

*V.M. Bekhterev National Medical Research Center for
Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia*

**Михаил Попов, Ольга Лепик,
Владимир Козловский, Юрий Попов**

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

ABSTRACT

BACKGROUND: A substantial increase in the prevalence of eating disorders has been noticed over the past decades. Priority in the treatment of eating disorders is justifiably given to psychosocial interventions. However, it is also well known that centrally acting drugs can significantly affect appetite and food consumption.

AIM: To narratively review the available neurobiological data on the mechanisms of central regulation of eating behavior as a rationale to summarize pharmacological strategies for appetite modulation in eating disorders.

METHODS: The authors have carried out a narrative review of scientific papers published from January 2013 to March 2023 in the PubMed and Web of Science electronic databases. Studies were considered eligible if they included data on the neurobiological mechanisms of appetite regulation or the results of clinical trials of centrally acting drugs in eating disorders. Relevant studies were included regardless of their design. Descriptive analysis was used to summarize the obtained data.

RESULTS: The review included 51 studies. The available neurobiological and clinical data allowed us to identify the following pharmacological strategies for appetite modulation in eating disorders: serotonergic, catecholaminergic, amino acidergic and peptidergic. However, implementation of these data into clinical practice difficult due to an insufficient number of good-quality studies, which is particularly relevant for adolescents as there is a research gap in this population.

CONCLUSION: The progress in neurobiological understanding of the mechanisms of central regulation of appetite opens opportunities for new pharmacotherapeutic approaches aimed at changing the patterns of eating behavior. Obviously, treatment of eating disorders is a much broader problem and cannot be reduced to the correction of eating patterns. Nevertheless, at certain stages of treatment, drug-induced modulation of appetite can play an important role among multi-targeted biological and psychosocial interventions. Translation of neurobiological data into clinical practice requires a large number of clinical studies to confirm the long-term efficacy and safety of pharmacotherapeutic approaches and to develop personalized algorithms for the treatment of various forms of eating disorders in different age groups.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: На протяжении последних десятилетий наблюдается значительный рост частоты расстройств пищевого поведения. При лечении расстройств пищевого поведения приоритет обоснованно отдается психосоциальным интервенциям. Вместе с тем хорошо известно, что лекарственные препараты центрального действия способны оказывать существенное влияние на аппетит и потребление пищи.

ЦЕЛЬ: Цель данного обзора — проанализировать и обобщить имеющиеся нейробиологические данные о механизмах центральной регуляции пищевого поведения для обоснования фармакологических стратегий модуляции аппетита при расстройствах пищевого поведения.

МЕТОДЫ: Авторами выполнен нарративный обзор научной литературы, опубликованной за период с января 2013 по март 2023 года в электронных базах данных PubMed и Web of Science. Исследования считались приемлемыми, если они включали данные о нейробиологических механизмах регуляции аппетита, а также результаты клинических исследований препаратов центрального действия при расстройствах пищевого поведения. Релевантные исследования включались в обзор независимо от их дизайна. Для обобщения полученной информации использовался описательный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: В обзор включено 51 исследование. Анализ имеющихся нейробиологических и клинических данных позволил обосновать следующие фармакологические стратегии модуляции аппетита при расстройствах пищевого поведения: серотонинергическая, катехоламинергическая, аминокислотергическая и пептидергическая. Однако недостаточное количество клинических исследований с высоким уровнем доказательности затрудняет внедрение полученных данных в клиническую практику, что особенно актуально для подросткового возраста ввиду практически полного отсутствия рандомизированных контролируемых исследований в этой возрастной популяции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Прогресс в нейробиологическом понимании механизмов центральной регуляции аппетита открывает перспективу разработки новых фармакотерапевтических подходов, направленных на изменение паттернов пищевого поведения. Лечение расстройств пищевого поведения, безусловно, представляет собой гораздо более широкую проблему, не сводимую исключительно к коррекции объема потребляемой пищи. Тем не менее на определенных этапах лечения фармакогенная модуляция аппетита может играть важную роль в ряду комплексных биологических и психосоциальных интервенций. Трансляция нейробиологических данных в клиническую практику требует проведения большого числа клинических исследований для подтверждения долгосрочной эффективности и безопасности фармакотерапевтических подходов и разработки персонализированных алгоритмов лечения различных вариантов расстройств пищевого поведения в разных возрастных популяциях.

Keywords: *eating disorders; anorexia nervosa; bulimia nervosa; binge-eating disorder; appetite regulation; pharmacotherapy; adolescence*

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения; нервная анорексия; нервная булимия; компульсивное переедание; регуляция аппетита; фармакотерапия; подростковый возраст*

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства пищевого поведения (РПП) в последнее время все чаще оказываются в фокусе внимания исследователей, что обусловлено ростом их распространенности в разных возрастных популяциях

и существенным вкладом в глобальное бремя болезней [1]. Выделяют три основных типа РПП: нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание, а также различные атипичные и неуточненные варианты [2].

Нервная анорексия характеризуется серьезным дефицитом массы тела веса, сопровождающимся интенсивным страхом набрать вес, строгой и ограничительной диетой и очищающим поведением (самоиндуцируемая рвота, злоупотребление слабительными, использование мочегонных средств и т. д.) [3]. Этот тип РПП сопровождается наиболее высокой летальностью среди психических расстройств [2]. Нервная булимия характеризуется повторяющимися эпизодами переедания; за каждым эпизодом следуют действия, направленные на компенсацию избыточного потребления пищи и предотвращение увеличения веса (вызывание рвоты, прием слабительных, диета в течение длительного времени, чрезмерные занятия физическими упражнениями) [3]. Компульсивное переедание сопровождается повторяющимися эпизодами употребления большого количества пищи в сочетании с чувством потери контроля над этим процессом [3]. За этими эпизодами часто следуют стыд, отвращение или депрессивные мысли, но в отличие от нервной булимии, действия, направленные на предотвращение набора массы тела, как правило, отсутствуют [3].

В лечении РПП приоритетное значение традиционно придается психосоциальным интервенциям, тогда как фармакотерапии, как правило, отводится второстепенная роль [4, 5]. Между тем хорошо известно, что многие экзогенные вещества могут существенно изменять аппетит и объем потребляемой пищи — как в сторону снижения, так и увеличения [6, 7]. В число этих веществ входят и лекарственные препараты, и психоактивные субстанции (легальные и запрещенные) [8–12]. Например, некоторые вещества, обладающие аддиктивным потенциалом, в частности никотин и психостимуляторы, снижают аппетит [8, 9]. Данный эффект лежит в основе использования производных амфетамина в качестве аноректиков в комплексной терапии ожирения на протяжении уже нескольких десятилетий [10]. Многие антипсихотики, напротив, способствуют повышению аппетита и набору массы тела [11]. Повышение аппетита сопряжено и с употреблением некоторых психоактивных веществ, например, каннабиса [12].

Однако при обилии фармакологических субстанций, потенциально влияющих на аппетит и пищевое

поведение, наблюдается явный дефицит лекарственных средств, официально зарегистрированных для терапии РПП. В Российской Федерации (РФ) лишь один препарат — антидепрессант флуоксетин — разрешен к применению при РПП, а именно при нервной булимии¹. В США для лечения РПП зарегистрирован еще один препарат: лиздексамфетамин [13]. Этот психостимулятор, применяемый для терапии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, недавно получил одобрение Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (*The United States Food and Drug Administration, FDA*) для использования при компульсивном переедании [13]. Помимо двух перечисленных соединений, на фармацевтическом рынке представлен ряд лекарственных препаратов, одобренных для лечения избыточной массы тела [14]. Предположительно эти препараты могут иметь терапевтический потенциал и при РПП.

На сегодняшний день отсутствует консенсус относительно фармакотерапевтических алгоритмов при различных вариантах РПП. Существующие национальные руководства и клинические рекомендации не всегда согласуются между собой [4, 5, 15]. На практике психотропные препараты при РПП часто назначаются для терапии сопутствующих психических нарушений (тревоги, депрессии, obsessions), а также для коррекции нарушенного восприятия образа тела и бредового мышления [15, 16]. При этом возможности препаратов в отношении непосредственного влияния на эндогенные механизмы регуляции аппетита нередко игнорируются. По мнению авторов, в историческом контексте определенный скепсис к фармакотерапевтическим интервенциям был, вероятно, в значительной мере связан с недостаточным пониманием нейробиологических основ формирования РПП. Вместе с тем полученные за последние годы данные экспериментальных и нейрофизиологических исследований существенно расширяют наши представления о нейробиологических механизмах регуляции пищевого поведения.

Исходя из этого, цель настоящего обзора — проанализировать и обобщить имеющиеся нейробиологические данные о механизмах центральной регуляции пищевого поведения для обоснования фармакологических стратегий модуляции аппетита при РПП.

1 Государственный реестр лекарственных средств. Инструкция по медицинскому применению флуоксетина [Электронный ресурс]. URL: http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=d3561b67-fc74-4378-a169-f1913e60459b.

МЕТОДЫ

Авторами выполнен поиск литературы, опубликованной за период с января 2013 по март 2023 года в электронных базах данных PubMed и Web of Science. Данный временной период был выбран для анализа в связи с растущим на протяжении последнего десятилетия объемом научных исследований в области нейробиологии и терапии РПП, включая инновационные фармакотерапевтические подходы, основанные на перспективных фармакологических стратегиях. Поисковые запросы включали ключевые слова “eating disorders”, “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa”, “binge eating disorder”, “appetite”, “eating behavior”, “obesity”, “neurobiology”, “pharmacotherapy”, “pharmacological strategies” и “drug treatment”, “antidepressants”, “antipsychotics”, “psychostimulants”. При этом используемые для поиска ключевые слова объединяли две взаимосвязанные области, например, “eating disorders” AND “pharmacotherapy”.

Исследования считались приемлемыми, если они включали данные о нейробиологических механизмах регуляции аппетита и пищевого поведения, а также результаты клинических исследований лекарственных препаратов при различных вариантах РПП. Включались исследования, связанные с темой обзора, независимо от их дизайна. Поскольку ряд релевантных исследований был опубликован до 2013 года, их результаты также включались в обзор, если расценивались как важные. Для поиска этих исследований использовались ссылки из более поздних работ, вошедших в обзор. Для обобщения полученной информации использовался описательный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего включено 51 исследование. Из них в период с января 2013 по март 2023 года опубликовано 40 работ, оставшиеся 11 опубликованы ранее.

В данном разделе будут представлены нейробиологические механизмы центральной регуляции пищевого поведения, имеющие отношение к известным фармакодинамическим эффектам лекарственных препаратов. Далее будут обозначены фармакологические стратегии, основанные на направленном влиянии препаратов на нейробиологические звенья, вовлеченные в регуляцию аппетита. Каждая стратегия будет подтверждена результатами клинических исследований соответствующих препаратов при РПП.

В заключение будут приведены данные об альтернативных нейробиологических мишенях, перспективных с точки зрения разработки инновационных подходов к фармакотерапии РПП.

Нейробиологические механизмы регуляции пищевого поведения

В регуляции пищевого поведения принимает участие множество взаимодействующих между собой факторов. Велика роль эндокринной системы (гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная ось, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось, половые гормоны), условно-рефлекторных механизмов (вид и запах еды), интэрорецепции (наполненный желудок), изменений биохимического гомеостаза (снижение уровня глюкозы в крови) и т. д. [17]. Подробное обсуждение механизмов регуляции аппетита и пищевого поведения выходит за рамки настоящего обзора. Ниже представлены лишь те из известных на сегодняшний день нейробиологических звеньев, которые имеют отношение к теме данной статьи.

Прием пищи, помимо функции восполнения энергии, сопряжен с процессами вознаграждения и подкрепления. Основными нейроанатомическими структурами, отвечающими за формирование аппетита и мотивации к приему пищи, являются гипоталамус и эндогенная система награды. Увеличение или уменьшение потребления пищи регулируется пептидергическими нейронами, расположенными в дугообразном (аркуатном) ядре гипоталамуса [18]. Выделяют два типа этих нейронов, оказывающие противоположно направленное влияние на аппетит.

Нейроны первого типа (POMC-нейроны) продуцируют полипептид проопиомеланокортин (POMC) и являются анорексигенными, т.е. подавляющими аппетит. В результате посттрансляционных изменений POMC образуется два активных пептида: β -эндорфин и α -меланоцитстимулирующий гормон (α -MSH). Первый является лигандом опиоидных рецепторов, второй — меланокортиновых рецепторов 4-го типа (MC4R) [19]. MC4R-рецепторы активно экспрессируются в нейронах паравентрикулярного ядра гипоталамуса, являющихся частью центрального анорексигенного пути [20].

Нейроны второго типа (NPY/AgRP-нейроны) синтезируют нейропептид Y (NPY) и агути-родственный пептид (AgRP), оказывающие орексигенные эффекты

(возбуждающие аппетит), а также гамма-аминомасляную кислоту (ГАМК) [18]. ГАМК-опосредованные механизмы также могут играть важную роль в орексигенной активности NPY/AgRP-нейронов: многие «анорексигенные» структуры получают тормозную ГАМКергическую иннервацию от этих нейронов, в том числе и близкорасположенные POMC-нейроны [19].

Оба типа пептидергических нейронов гипоталамуса получают множество сигналов из различных областей ЦНС, а также с периферии (из желудка, кишечника, поджелудочной железы, жировой ткани) [21, 22]. Активность этих нейронов регулируется многими нейротрансмиттерами (моноаминами, ГАМК, глутаматом, эндогенными опиоидами), нейропептидами и гормонами (лептином, грелином, холецистокинином и прочими). Например, синтезируемый адипоцитами лептин стимулирует POMC-нейроны и ингибирует NPY/AgRP-нейроны, что способствует снижению потребления пищи [19]. Большинство эндогенных модуляторов пищевого поведения влияют не только на аппетит и потребление пищи, но и на многие другие физиологические процессы [21, 23]. Так, центрально синтезируемые орексины, наряду с участием в модуляции пищевого поведения, играют важную роль в регуляции цикла сон/бодрствование. Орексинергические нейроны расположены в ядрах гипоталамуса и иннервируют различные отделы головного мозга, но в наибольшей степени — области скопления моноаминергических нейронов [24].

Афферентным моноаминергическим сигналам принадлежит еще одна важнейшая роль в регуляции активности орексигенных и анорексигенных нейронов гипоталамуса [23]. Установлено, что усиление серотонинергического «давления» (повышение концентрации серотонина, высвобождаемого из аксональных окончаний серотонинергических нейронов ядер шва) сдвигает баланс в сторону подавления аппетита [25]. Считается, что этот эффект опосредован воздействием серотонина на постсинаптические 5HT_{2C}-рецепторы POMC-нейронов, что повышает активность последних [18, 23]. Данный подтип серотониновых рецепторов в большом количестве экспрессируется в гипоталамусе [26]. Нокаут по этому рецептору вызывает ожирение у лабораторных животных [27]. Отмечено, что блокада 5HT_{2C}-серотонинового рецепторов (особенно в сочетании с блокадой H₁-гистаминового рецептора, что характерно для ряда атипичных антипсихотиков и некоторых

антидепрессантов) способствует увеличению массы тела [28].

Катехоламинергические механизмы регуляции аппетита и потребления пищи носят сложный и, по-видимому, неоднонаправленный характер [29]. Упрощая, можно говорить об увеличении активности анорексигенных путей при усилении катехоламинергических влияний, что подтверждается известными клиническими эффектами психостимуляторов [13, 30].

Пептидергические нейроны гипоталамуса связаны с областью вентральной покрышки, при этом POMC-нейроны оказывают ингибирующее действие на дофаминовые нейроны этой области [31]. Последние иннервируют вентральный стриатум (прилежащее ядро) и миндалевидное тело. Эти дофаминергические волокна входят в состав мезолимбических проекций, играющих центральную роль в функционировании эндогенной системы награды [32]. Считается, что с уровнем дофамина, высвобождаемого в прилежащем ядре, связано чувство удовольствия, испытываемое от различных видов «приятной» деятельности, в том числе и от вкусной еды. Прием приятной на вкус пищи активирует систему награды, вызывая выброс дофамина в прилежащем ядре и миндалевидном теле, и приводя тем самым к формированию подкрепляющего поведения, способствующего перееданию и возможно развитию «пищевой зависимости» [33].

Прием вкусной пищи оказывает влияние и на опиоидную систему, индуцируя высвобождение эндогенных опиоидных пептидов [34]. Показано, что прием на протяжении 28 дней лицами с ожирением и компульсивным перееданием антагониста опиоидных рецепторов (*GSK1521498*) снижает потребление приятной на вкус пищи [35]. Установлено, что антагонисты опиоидных рецепторов повышают анорексигенную активность дугообразного ядра [19].

Контроль функциональной активности системы награды осуществляется глутаматергическими нейронами префронтальной коры, вероятно, посредством активирующего действия на ГАМКергические интернейроны [36]. Предполагается, что дисфункции на уровне дофаминергических и глутаматергических нейрональных контуров приводят к дисрегуляции ассоциированных с приемом пищи процессов вознаграждения/подкрепления, с одной стороны, и ингибирующего контроля — с другой, что является важным нейробиологическим механизмом формирования РПП [37].

Таким образом, в центральной регуляции аппетита принимает участие ряд областей головного мозга. Ключевую роль играет гипоталамус. Активность орексигенных и анорексигенных нейронов гипоталамуса регулируется множеством нейромедиаторов, ко-трансммиттеров, пептидов и гормонов. Важное значение в формировании паттернов пищевого поведения при РПП могут иметь нейрохимические дисфункции на уровне мозговых структур эндогенной системы награды.

Фармакологические стратегии модуляции аппетита

Изложенные выше нейробиологические механизмы регуляции аппетита позволяют обозначить ряд фармакологических стратегий, основанных на изменении функциональной активности нейромедиаторной передачи с целью направленного воздействия на центральные орексигенные и анорексигенные звенья. С некоторой долей условности могут быть выделены следующие основные стратегии: серотонинергическая, катехоламинергическая, аминокислотергическая (глутаматергическая) и пептидергическая (опиоидная).

Серотонинергическая стратегия

Как отмечалось выше, увеличение концентрации серотонина в синапсах, образованных аксонами серотонинергических нейронов ядер шва и пептидергическими нейронами гипоталамуса, ведет к подавлению аппетита, вероятно, за счет стимуляции 5HT_{2C}-рецепторов на POMC-нейронах дугообразного ядра гипоталамуса, что приводит к повышению тонуса анорексигенных структур [18, 23]. Фармакогенная стимуляция 5HT_{2C}-рецепторов возможна двумя путями: за счет непрямого и прямого агонизма.

Непрямым агонистом серотонинергической передачи является фенфлурамин — препарат, блокирующий обратный захват серотонина [38]. Ранее фенфлурамин широко применялся для терапии ожирения, в последующем был отозван с рынка из-за сердечной и легочной токсичности, а не так давно был разрешен к применению в ряде стран по иным показаниям — как противосудорожное средство у детей с синдромом Драве [38]. В РФ фенфлурамин не зарегистрирован. Также непрямыми агонистами серотониновых рецепторов являются

почти все антидепрессанты. Их антибулимическая активность хорошо известна и неоднократно подтверждена данными рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) [39–43].

В самых первых исследованиях трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминоксидазы оказались эффективны в уменьшении частоты переедания и последующего очищающего поведения [39]. Однако выраженность побочных эффектов у этих препаратов ограничивает их применение при РПП [39]. Антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) предпочтительнее из-за более благоприятного профиля безопасности. В 8-недельном двойном слепом РКИ у пациентов с нервной булимией ($n=387$) было показано, что флуоксетин в дозе 60 мг/сут превосходил плацебо по снижению частоты приступов переедания и рвоты, а также по уменьшению симптомов депрессии, тяги к углеводам и патологических пищевых установок, тогда как в дозе 20 мг/сут не оказывал значимого эффекта [40]. У лиц с терапевтическим ответом на флуоксетин показана его эффективность в предотвращении рецидива заболевания в течение 52 недель [41]. Для предотвращения рецидива при нервной булимии был также исследован флувоксамин, показавший эффективность по сравнению с группой плацебо в 15-недельном двойном слепом РКИ ($n=72$) [42]. Имеются данные об эффективности дулоксетина для лечения компульсивного переедания при коморбидности с депрессивным расстройством: результаты 12-недельного двойного слепого РКИ ($n=40$) показали превосходство препарата над плацебо в снижении частоты эпизодов переедания, веса и выраженности психопатологической симптоматики [43]. Следует отметить, что на сегодняшний день далеко не все антидепрессанты были оценены в РКИ у лиц с нервной булимией и компульсивным перееданием. В целом, несмотря на снижение частоты эпизодов переедания, антидепрессанты (за редким исключением) не приводят к значительному изменению веса пациентов [39–43]. Отметим также, что не все исследуемые антидепрессанты обладают селективным влиянием на серотонинергическую передачу. Препараты неизбирательного действия усиливают еще и активность катехоламинергической нейротрансмиссии, поэтому отнесение их только к серотонинергической стратегии не вполне корректно.

Вторым способом стимуляции 5HT_{2C}-рецепторов в гипоталамусе является прямой агонизм. Во многих странах (но не в РФ) доступен селективный агонист 5HT_{2C}-серотониновых рецепторов — лоркасерин [44]. Препарат снижает аппетит и подавляет ощущения голода, способствуя снижению объема потребляемой пищи. Лоркасерин одобрен для лечения ожирения, но, возможно, имеет терапевтический потенциал и при РПП, проявляющихся преимущественно перееданием [44]. Блокада 5HT_{2C}-рецепторов должна по логике вызывать противоположные эффекты — усиление аппетита и повышение потребления пищи. Это подтверждается известными побочными эффектами антипсихотических препаратов, в ряду которых клозапин и оланзапин, являясь «мощными» блокаторами 5HT_{2C}-рецепторов, вызывают наиболее выраженную прибавку массы тела [45].

Атипичные антипсихотики неоднократно исследовались в качестве потенциальных методов лечения нервной анорексии. Мета-анализ семи РКИ по изучению эффективности оланзапина, кветиапина и рисперидона подтвердил умеренный эффект оланзапина в отношении восстановления веса у пациентов с нервной анорексией и отсутствие эффекта у рисперидона и кветиапина [46]. По результатам другого мета-анализа, оланзапин показал эффективность при лечении нервной анорексии в виде повышения индекса массы тела [47]. Следует отметить, что хотя влияние антипсихотиков на аппетит и пищевое поведение условно рассматривается нами в рамках серотонинергической стратегии, здесь, вероятно, задействованы и иные нейрохимические механизмы (например, блокада гистаминовых рецепторов). Для некоторых препаратов на первый план могут выходить нейроэндокринные эффекты, связанные с гиперпролактинемией (в результате блокады дофаминовых рецепторов лактотрофов гипофиза). Существенную роль в изменении пищевого поведения и повышении массы тела могут играть и другие эффекты антипсихотиков, в том числе периферические (воздействие на печень, β-клетки поджелудочной железы, жировую ткань и скелетные мышцы) [45].

К тому же роль 5HT_{2C}-серотонинового рецептора в регуляции аппетита, пищевого поведения и массы тела, вероятно, не столь однозначна. Известно, что единственный препарат, официально одобренный для лечения нервной булимии, флуоксетин, блокирует (аналогично клозапину и оланзапину) 5HT_{2C}-рецепторы [48].

Катехоламинергическая стратегия

Эффективность психостимуляторов в снижении массы тела известна давно. Основной фармакодинамический эффект этих препаратов связан с повышением концентрации катехоламинов (дофамина и норадреналина) в синапсах [49]. Как отмечалось выше, усиление катехоламинергической афферентации (так же, как серотонинергической) способствует изменению баланса между орекси- и анорексигенной активностью нейронов гипоталамуса в сторону подавления аппетита. Вероятно, в снижении веса на фоне приема психостимуляторов значение имеют и другие механизмы, в том числе периферические [29, 50].

В связи с эффективностью психостимуляторов при ожирении они были исследованы в качестве терапевтических средств при РПП. В настоящее время лиздексамфетамин одобрен в ряде стран (не в РФ) для терапии компульсивного переедания [13]. Результаты 11-недельного двойного слепого РКИ у пациентов с компульсивным перееданием ($n=255$) показали, что лиздексамфетамин превосходит плацебо в снижении дней переедания [51]. Анализ вторичных показателей эффективности подтвердил превосходство препарата над плацебо в уменьшении компульсивного переедания и снижении выраженности обсессивно-компульсивных симптомов [52]. Другое двойное слепое РКИ подтвердило безопасность и эффективность лиздексамфетамина у пациентов с компульсивным перееданием ($n=418$) и предоставило доказательства того, что продолжающееся применение препарата в течение шести месяцев превосходит плацебо в предотвращении рецидива компульсивного переедания [53].

Производное амфетамина сибутрамин применяется для терапии алиментарного ожирения и теоретически может быть полезен при лечении РПП. Многоцентровое 24-недельное РКИ ($n=304$) эффективности сибутрамина при компульсивном переедании подтвердило эффективность препарата в снижении эпизодов переедания, веса и сопутствующих психопатологических симптомов, таких как когнитивные нарушения, двигательная расторможенность, постоянное чувство голода [54]. Следует отметить, что сибутрамин увеличивает функциональную активность не только катехоламинергической, но и серотонинергической передачи [55], действуя тем самым (как и неселективные антидепрессанты) обе моноаминергические стратегии. Для лечения ожирения

в ряде стран (не в РФ) одобрен еще один симпатомиметик — фентермин (в комбинации с топираматом, который обсуждается ниже — в рамках аминокислотергической стратегии) [30].

Практически идентичные психостимуляторам фармакодинамические эффекты оказывает антидепрессант бупропион (в РФ не зарегистрирован). Препарат блокирует обратный захват норадреналина и дофамина, но не обладает, в отличие от психостимуляторов, аддиктивным потенциалом [56]. Похожим механизмом действия обладают ингибиторы обратного захвата норадреналина, в том числе атомоксетин, применяемый для лечения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей, подростков и взрослых [57]. Бупропион в режиме монотерапии противопоказан лицам с РПП из-за высокого риска судорожных припадков [58]. В комбинации с налтрексоном бупропион одобрен в ряде стран для терапии ожирения [59]. Атомоксетин, по данным небольшого одноцентрового 10-недельного РКИ ($n=40$), может способствовать снижению частоты переедания и массы тела при компульсивном переедании по сравнению с плацебо [60].

Обратные фармакодинамические эффекты на функциональную активность катехоламинергической передачи (в частности блокада дофаминовых рецепторов), как отмечалось выше, могут вносить свой вклад в прибавку веса, наблюдаемую на фоне приема антипсихотиков. Это подтверждается меньшим влиянием на массу тела со стороны частичных агонистов дофаминовых рецепторов (арипипразол, карипразин, брекспипразол) по сравнению с антагонистами [28].

Кроме того, следует еще раз подчеркнуть, что важную роль в формировании паттернов пищевого поведения играют не только гипоталамические механизмы регуляции аппетита, но и эндогенная система награды, функциональная активность которой также может модулироваться психотропными средствами, в первую очередь — препаратами, влияющими на функциональную активность катехоламинергической передачи [61, 62]. Так, антипсихотики, блокируя дофаминовые рецепторы в мезолимбических проекциях, подавляют активность системы награды [62]. Исходя из этого направленность и выраженность фармакогенного влияния катехоламинергических препаратов на пищевое поведение будет во многом определяться суммой сложных и разнонаправленных

эффектов на орекси- и анорексигенные структуры гипоталамуса и на систему награды [62].

Аминокислотергическая стратегия

Из препаратов, имеющих терапевтический потенциал при РПП, к данной стратегии можно условно отнести топирамат и зонисамид. Точный механизм влияния этих препаратов на пищевое поведение и вес тела не установлен. Предполагается, что посредством воздействия на потенциал-зависимые ионные каналы эти препараты изменяют соотношение возбуждающих глутаматергических и тормозных ГАМКергических влияний на пептидергические нейроны гипоталамуса, регулирующие аппетит [30].

Открытые клинические исследования подтверждают, что зонисамид может снижать компульсивное переедание и вес в краткосрочной перспективе (12 недель) и при одногодичном наблюдении, но имеет плохую переносимость, что влияет на частый отказ пациентов от его приема [63, 64]. Клинические исследования топирамата подтверждают его положительный эффект в снижении частоты эпизодов переедания и веса. Результаты мета-анализа трех РКИ подтверждают эффективность топирамата при лечении компульсивного переедания [65].

Комбинированное применение топирамата с психостимулятором фентермином применяется для лечения избыточной массы тела, в том числе в педиатрии [66]. Данная комбинация позволяет в несколько раз уменьшить дозу фентермина, что снижает риск формирования зависимости и развития сердечно-сосудистых нарушений [67].

К аминокислотергической (глутаматергической) стратегии может быть отнесено терапевтическое применение кетамина — диссоциативного анестетика, эффекты которого в основном опосредуются его антагонизмом в отношении NMDA-рецепторов [68]. Быстрый клинический ответ на препарат при депрессивных расстройствах [69] определяет интерес к его применению по другим психиатрическим показаниям, в том числе при РПП [70]. Предварительные клинические данные об эффективности и безопасности кетамина при лечении РПП указывают на его терапевтический потенциал, однако требуют подтверждения в РКИ [70]. Клинического подтверждения требует и интересная гипотеза о возможном потенцировании действия кетамина при нервной анорексии добавлением пищевых

добавок, содержащих цинк. Цинк является аллостерическим модулятором NMDA-рецептора, и у лиц с нервной анорексией наблюдается его дефицит [71].

Опиоидная стратегия

Конкурентный антагонист мю-опиоидных рецепторов налтрексон одобрен (в комбинации с бупропионом) в ряде стран (не в РФ) для терапии ожирения [59]. Сам по себе налтрексон лишь незначительно снижает массу тела, но обладает синергизмом с фармакодинамическими эффектами бупропиона [59]. Блокада мю-опиоидных рецепторов, с одной стороны, оказывает активирующее влияние на анорексигенные нейроны гипоталамуса (вероятно, за счет устранения отрицательной обратной связи, опосредованной β -эндорфином), а с другой — блокирует формирование пищевого вознаграждения [19].

Эффективность комбинации налтрексона и бупропиона при ожирении определяет перспективы ее применения при РПП. Влияние данной комбинации на симптомы компульсивного переедания оценивалось в 12-недельном плацебо-контролируемом РКИ ($n=22$), результаты которого не показали статистически значимого превосходства над плацебо [72]. По мнению авторов, это связано с недостаточной статистической мощностью исследования, что требует проведения более крупных РКИ.

Перспективные нейрохимические мишени

В рамках обсуждаемых фармакологических стратегий, интерес представляют не только те нейрохимические мишени, на которые воздействуют существующие препараты, но и иные мишени, перспективные в отношении разработки инновационных подходов к фармакотерапии РПП.

К числу подобных мишеней относятся эндоканнабиноидные рецепторы. Эндоканнабиноиды посредством ретроградной нейротрансмиссии регулируют высвобождение дофамина в нейроанатомических структурах системы награды [73]. Блокада эндоканнабиноидных рецепторов может способствовать уменьшению симптомов компульсивного переедания и снижению массы тела [74]. В многоцентровом РКИ ($n=289$) блокатор эндоканнабиноидных рецепторов римонабант вызывал значительно большее снижение массы тела при лечении пациентов с компульсивным перееданием, чем плацебо [74].

В последнее время в качестве потенциальных терапевтических средств при РПП все чаще рассматриваются психоделики, связывающиеся с серотониновыми рецепторами и меняющие активность серотонинергических процессов [75, 76]. Предварительное исследование воздействия отвара аяуаски, используемого в ритуальных целях в Южной Америке и обладающего психоделическим действием, показало уменьшение симптомов РПП по оценке самих пациентов ($n=13$) [75]. Вещество с психоделической активностью — псилоцибин, рассматривается в качестве потенциального средства терапии депрессивных и тревожных расстройств, а также изучается в отношении возможных положительных эффектов у пациентов с нервной анорексией [76].

С учетом влияния орексиновой нейротрансмиссии на ряд физиологических функций, включая потребление пищи, антагонисты орексиновых рецепторов рассматриваются в качестве средств, обладающих терапевтическим потенциалом при различной нейropsychиатрической патологии, в том числе и при РПП [77].

Еще одна перспективная нейрохимическая мишень связана со следовыми аминами, которые все активнее исследуются при психических расстройствах [78]. В частности, рецептор 1-го типа (*trace amine-associated receptor 1 – TAAR1*), ассоциированный со следовыми аминами, с недавнего времени привлекает внимание в качестве модулятора дофаминергической и глутаматергической передачи, что делает его многообещающей терапевтической мишенью при РПП [79]. Интересно, что TAAR1 стимулируется также амфетамином, активным метаболитом лиздексамфетаминна [79]. Агонизм лиздексамфетаминна к TAAR1 может опосредовать способность препарата восстанавливать нейрохимические дисфункции в префронтальной коре, компенсируя нарушенные механизмы тормозного контроля.

ОБСУЖДЕНИЕ

Выполненный литературный обзор позволяет выделить четыре фармакологические стратегии модуляции аппетита и потребления пищи при РПП: серотонинергическая, катехоламинергическая, аминокислотергическая (глутаматергическая) и пептидергическая (опиоидная). Каждая стратегия обоснована с позиций нейромедиаторных механизмов центральной

регуляции пищевого поведения. Клинические перспективы обозначенных стратегий подтверждаются результатами клинических исследований различных классов препаратов центрального действия при разных вариантах РПП. Наиболее высокий уровень доказательности на сегодняшний день имеют два препарата: флуоксетин при нервной булимии [40, 41] и лиздексамфетамин при компульсивном переедании [51, 53]. Ни один препарат не имеет достаточно убедительной доказательной базы при нервной анорексии, хотя результаты мета-анализов свидетельствуют в пользу возможной умеренной эффективности оланзапина [46, 47]. Также следует отметить, что большинство клинических исследований при РПП имели краткосрочный характер (от 8 до 15 недель) [40, 42, 43, 51, 60, 63, 72], наиболее длительное исследование продолжалось 52 недели [41]. С учетом склонности РПП к рецидивирующему течению [2, 3] оценить долгосрочную эффективность и переносимость лекарственных препаратов на основании имеющихся данных не представляется возможным.

Сильные стороны и ограничения исследования

Сильная сторона настоящего нарративного обзора состоит в обобщении современных нейробиологических и клинических данных, подтверждающих возможность фармакогенной модуляции аппетита и пищевого поведения. Насколько известно авторам, это первая публикация, в которой описаны четкие фармакологические стратегии модуляции аппетита при РПП, обоснованные нейробиологическими механизмами регуляции пищевого поведения, с одной стороны, и результатами клинических исследований — с другой. Ограничение данного обзора заключается в том, что ряд релевантных исследований по данной теме мог быть пропущен, поскольку для целей данного обзора не использовалась стратегия систематического поиска. Кроме того, методологическое качество полученных данных не во всех случаях было достаточно высоким, многие из включенных исследований имели низкий уровень доказательности. Выраженная гетерогенность конечных точек и результатов исследований сильно затрудняла обобщение полученных данных и исключала формулировку практических выводов, касающихся фармакотерапии РПП.

Значимость для клинической практики и будущих исследований Проведенный обзор литературы

показывает, что эффективность лекарственных препаратов центрального действия при РПП, сопровождающихся перееданием (нервная булимия и компульсивное переедание), имеет более убедительную доказательную базу, чем при нервной анорексии. Однако подобное дихотомическое деление РПП на основе противоположно направленных изменений аппетита и объема потребляемой пищи, не вполне корректно. В рамках одного и того же варианта РПП у пациента могут сочетаться полярные паттерны пищевого поведения, проявляющиеся как повышением, так и снижением потребления пищи, что в значительной мере ограничивает терапевтический потенциал фармакогенной коррекции РПП. К тому же лечение РПП представляет собой гораздо более широкую проблему, которая не сводится исключительно к изменению аппетита и объема потребляемой пищи. Однако на определенных этапах лечения фармакогенная модуляция аппетита может играть важную роль в ряду комплексных биологических и психосоциальных интервенций, направленных на коррекцию РПП. Накопленные за последние годы нейробиологические и клинические данные внушают в этом отношении сдержанный оптимизм. К сожалению, на сегодняшний день, с учетом сложности терапии РПП и недостаточном числе высококачественных клинических исследований говорить о внедрении имеющихся данных в клиническую практику (особенно при нервной анорексии) представляется преждевременным. Разработка практических рекомендаций требует проведения большого объема доказательных исследований.

Одно из важнейших направлений будущих исследований — оценка эффективности и безопасности лекарственной терапии различных вариантов РПП в подростковом возрасте. При значительной распространенности РПП среди подростков [1, 2] РКИ лекарственной терапии в подростковой популяции практически отсутствуют [80]. Между тем возрастной фактор, несомненно, вносит существенный вклад в эффективность и безопасность фармакотерапии. Подростковый период представляет особые сложности, и не только из-за высокой частоты РПП и их транснозологического характера. Подростковый возраст характеризуется интенсивными процессами нейробиологического «созревания» ЦНС, сопровождающимися значительными структурными

и функциональными изменениями [81]. С одной стороны, эти изменения могут быть сопряжены с отсутствием или искажением ожидаемых фармакогенных эффектов. С другой стороны, нельзя исключить, что применение препаратов центрального действия в подростковом возрасте – критически важном периоде развития ЦНС — может изменять траектории нейробиологического формирования мозговых структур, в отношении которых препараты проявляют свою биологическую активность, а также структур, связанных с ними [82]. Для всесторонней оценки возможных неблагоприятных (в том числе отдаленных) последствий фармакотерапии РПП в подростковом возрасте необходимы масштабные долгосрочные исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РПП являются глобальной проблемой здравоохранения среди разных возрастных групп, что требует разработки эффективных методов лечения. На протяжении последнего десятилетия медикаментозное лечение РПП активно исследуется, однако возможности фармакотерапии этих расстройств на сегодняшний день остаются ограниченными. Вместе с тем прогресс в нейробиологическом понимании механизмов регуляции аппетита и пищевого поведения открывает перспективу разработки новых терапевтических подходов, направленных на изменение паттернов пищевого поведения. Трансляция нейробиологических данных в клиническую практику требует проведения большого объема клинических исследований для подтверждения долгосрочной эффективности и безопасности фармакотерапевтических подходов и разработки персонализированных алгоритмов лечения различных вариантов РПП в разных возрастных популяциях.

История публикации

Статья поступила: 13.04.2023

Статья принята: 29.05.2023

Публикация: 23.06.2023

Вклад авторов: М.Ю. Попов — поиск и рецензирование публикаций, написание текста рукописи; О.В. Лепик — поиск и рецензирование публикаций, написание текста рукописи; В.Л. Козловский — написание текста рукописи, Ю.В. Попов — написание текста рукописи.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии интересов.

Цитировать:

Попов М.Ю., Лепик О.В., Козловский В.Л., Попов Ю.В. Фармакологические стратегии модуляции аппетита при расстройствах пищевого поведения: нарративный обзор литературы // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №2. СР6150. doi: 10.17816/CP6150

Сведения об авторах

***Михаил Юрьевич Попов**, д.м.н., руководитель отделения лечения психических расстройств у подростков и молодых взрослых, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7905-4583>, e-Library SPIN-code: 6916-8907, Scopus Author ID: 57201876256
E-mail: popovmikhail@mail.ru

Ольга Витальевна Лепик, младший научный сотрудник, отдел лечения психических расстройств у подростков и молодых взрослых, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9516-4427>, e-Library SPIN-code: 5859-3236

Владимир Леонидович Козловский, д.м.н., ведущий научный сотрудник научно-организационного отдела, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2972-235X>, e-Library SPIN-code: 8533-5080, Scopus Author ID: 7005474982

Юрий Васильевич Попов, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела лечения психических расстройств у подростков и молодых взрослых, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1644-8080>, e-Library SPIN-code: 2457-5815, Scopus Author ID: 56806381800

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Wu J, Liu J, Li S, et al. Trends in the prevalence and disability-adjusted life years of eating disorders from 1990 to 2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29:e191. doi: 10.1017/S2045796020001055.
2. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010;375(9714):583-93. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61748-7.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
4. Aigner M, Treasure J, Kaye W, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2011;12(6):400-443. doi: 10.3109/15622975.2011.602720.

5. American Psychiatric Association: American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (4th ed.). Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2023.
6. Anderson J. Drugs and appetite. *Practitioner*. 1974;212(1270 Spec No): 536-544.
7. Halford JC, Harrold JA, Lawton CL, Blundell JE. Serotonin (5-HT) drugs: effects on appetite expression and use for the treatment of obesity. *Current Drug Targets*. 2005;6(2):201-13. doi: 10.2174/1389450053174550.
8. Picciotto MR, Kenny PJ. Mechanisms of nicotine addiction. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*. 2021;11(5):a039610. doi: 10.1101/cshperspect.a039610.
9. Damiri B, Safarini OA, Nazzal Z, et al. Eating disorders and the use of cognitive enhancers and psychostimulants among university students: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2021;17:1633-1645. doi: 10.2147/NDT.S308598.
10. Pinder RM, Brogden RN, Sawyer PR, Speight TM, Avery GS. Fenfluramine: a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in obesity. *Drugs*. 1975;10(4):241-323. doi: 10.2165/00003495-197510040-00001.
11. Nasyrova RF, Sivakova NA, Ivashchenko DV, et al. Pharmacogenetics of antipsychotic-induced metabolic disturbances: state-of-the-art. V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2016;(3):67-80. Russian.
12. Abrams DI, Guzman M. Cannabis in cancer care. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2015;97(6):575-586. doi: 10.1002/cpt.108.
13. Schneider E, Higgs S, Dourish CT. Lisdexamfetamine and binge-eating disorder: a systematic review and meta-analysis of the preclinical and clinical data with a focus on mechanism of drug action in treating the disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2021;53:49-78. doi: 10.1016/j.euroneuro.2021.08.001.
14. Velazquez A, Apovian CM. Pharmacological management of obesity. *Minerva Endocrinology*. 2018;43(3):356-366. doi: 10.23736/S0391-1977.17.02654-2.
15. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017;30(6):423-437. doi: 10.1097/YCO.0000000000000360.
16. Barylnik YuB, Filippova NV, Antonova AA, et al. Diagnosis and treatment of eating disorders: multidisciplinary approach. *Socialnaja I Klinicheskaja Psihiatrija*. 2018;28(1):50-57. Russian.
17. Bilman E, van Kleef E, van Trijp H. External cues challenging the internal appetite control system – overview and practical implications. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2017;57(13):2825-2834. doi: 10.1080/10408398.2015.1073140.
18. Sohn JW. Network of hypothalamic neurons that control appetite. *BMB Reports*. 2015;48(4):229-233. doi: 10.5483/bmbrep.2015.48.4.272.
19. Wei Q, Krolewski DM, Moore S, et al. Uneven balance of power between hypothalamic peptidergic neurons in the control of feeding. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. 2018;115(40):E9489-E9498. doi: 10.1073/pnas.1802237115.
20. Shah BP, Vong L, Olson DP, et al. MC4R-expressing glutamatergic neurons in the paraventricular hypothalamus regulate feeding and are synaptically connected to the parabrachial nucleus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. 2014 Sep 9;111(36):13193-13198. doi: 10.1073/pnas.1407843111.
21. Zanchi D, Depoorter A, Egloff L, et al. The impact of gut hormones on the neural circuit of appetite and satiety: a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2017;80:457-475. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.06.013.
22. Augustine V, Gokce SK, Oka Y. Peripheral and central nutrient sensing underlying appetite regulation. *Trends in Neurosciences*. 2018;41(8):526-539. doi: 10.1016/j.tins.2018.05.003.
23. Romanova IV, Derkach KV, Mikhrina AL, et al. The leptin, dopamine and serotonin receptors in hypothalamic POMC-neurons of normal and obese rodents. *Neurochemical Research*. 2018;43(4):821-837. doi: 10.1007/s11064-018-2485-z.
24. Kukkonen JP. Orexin/hypocretin signaling. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2017;33:17-50. doi: 10.1007/7854_2016_49.
25. Clifton PG, Kennett GA. Monoamine receptors in the regulation of feeding behaviour and energy balance. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*. 2006;5(3):293-312. doi: 10.2174/187152706777452254.
26. Romanova IV, Morina IYu, Shpakov AO. Localization of 5-HT_{2C} and 5-HT_{1B} serotonin receptors in orexinergic neurons of the hypothalamic perifornical area of rodents. *Journal of Evolutionary Biochemistry and Physiology*. 2020;56(2):146-152. Russian.
27. Nonogaki K. The regulatory role of the central and peripheral serotonin network on feeding signals in metabolic diseases. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022;23(3):1600. doi: 10.3390/ijms23031600.
28. Mukherjee S, Skrede S, Milbank E, et al. Understanding the effects of antipsychotics on appetite control. *Frontiers in Nutrition*. 2022;8:815456. doi: 10.3389/fnut.2021.815456.
29. Pruccoli J, Parmeggiani A, Cordelli DM, Lanari M. The role of the noradrenergic system in eating disorders: a systematic review. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021;22(20):11086. doi: 10.3390/ijms222011086.
30. Smith SM, Meyer M, Trinkley KE. Phentermine/topiramate for the treatment of obesity. *Annals of Pharmacotherapy*. 2013;47(3):340-349. doi: 10.1345/aph.1R501.
31. Qu N, He Y, Wang C, et al. A POMC-originated circuit regulates stress-induced hypophagia, depression, and anhedonia. *Molecular Psychiatry*. 2020;25(5):1006-1021. doi: 10.1038/s41380-019-0506-1.
32. Baik JH. Dopamine signaling in reward-related behaviors. *Frontiers in Neural Circuits*. 2013;7:152. doi: 10.3389/fncir.2013.00152.
33. Leigh SJ, Morris MJ. The role of reward circuitry and food addiction in the obesity epidemic: an update. *Biological Psychology*. 2018;131:31-42. doi: 10.1016/j.biopsycho.2016.12.013.
34. Iqbal A, Hamid A, Ahmad SM, Lutfy K. The role of mu opioid receptors in high fat diet-induced reward and potentiation of the rewarding effect of oxycodone. *Life (Basel)*. 2023;13(3):619. doi: 10.3390/life13030619.
35. Ziauddeen H, Chamberlain SR, Nathan PJ, et al. Effects of the mu-opioid receptor antagonist GSK1521498 on hedonic and consummatory eating behaviour: a proof of mechanism study in binge-eating obese subjects. *Molecular Psychiatry*. 2013;18(12):1287-1293. doi: 10.1038/mp.2012.154.
36. Pastor V, Medina JH. Medial prefrontal cortical control of reward- and aversion-based behavioral output: bottom-up modulation. *European Journal of Neuroscience*. 2021;53(9):3039-3062. doi: 10.1111/ejn.15168.

37. Moore CF, Panciera JJ, Sabino V, Cottone P. Neuropharmacology of compulsive eating. *Philosophical Transactions of the Royal Society Lond B: Biological Sciences*. 2018;373(1742):20170024. doi: 10.1098/rstb.2017.0024.
38. Wu J, Zhang L, Zhou X, et al. Efficacy and safety of adjunctive antiseizure medications for Dravet syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*. 2022;13:980937. doi: 10.3389/fphar.2022.980937.
39. Pope HG Jr, Hudson JI. Antidepressant drug therapy for bulimia: current status. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1986;47(7):339-345.
40. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. *Archives of General Psychiatry*. 1992;49(2):139-147.
41. Romano SJ, Halmi KA, Sarkar NP, et al. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *The American Journal of Psychiatry*. 2002;159(1):96-102. doi: 10.1176/appi.ajp.159.1.96.
42. Fichter MM, Krüger R, Rief W, et al. Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: effects on eating-specific psychopathology. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1996;16(1):9-18. doi: 10.1097/00004714-199602000-00003.
43. Guerdjikova AI, McElroy SL, Winstanley EL, et al. Duloxetine in the treatment of binge eating disorder with depressive disorders: a placebo-controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*. 2012;45(2):281-289. doi: 10.1002/eat.20946.
44. Higgins GA, Fletcher PJ, Shanahan WR. Lorcaserin: a review of its preclinical and clinical pharmacology and therapeutic potential. *Pharmacology & Therapeutics*. 2020;205:107417. doi: 10.1016/j.pharmthera.2019.107417.
45. Carli M, Kolachalam S, Longoni B, et al. Atypical antipsychotics and metabolic syndrome: from molecular mechanisms to clinical differences. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2021;14(3):238. doi: 10.3390/ph14030238.
46. Dold M, Aigner M, Klabunde M, et al. Second-generation antipsychotic drugs in anorexia nervosa: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2015;84(2):110-116. doi: 10.1159/000369978.
47. Han R, Bian Q, Chen H. Effectiveness of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*. 2022;12(2):e2498. doi: 10.1002/brb3.2498.
48. Baptista-de-Souza D, Tavares LRR, Furuya-da-Cunha EM, et al. Chronic fluoxetine impairs the effects of 5-HT1A and 5-HT2C receptors activation in the PAG and amygdala on antinociception induced by aversive situation in mice. *Frontiers in Pharmacology*. 2020;11:260. doi: 10.3389/fphar.2020.00260.
49. Hoogman M, Stolte M, Baas M, Kroesbergen E. Creativity and ADHD: a review of behavioral studies, the effect of psychostimulants and neural underpinnings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2020;119:66-85. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.09.029.
50. Hassan SF, Zumut S, Burke PG, et al. Comparison of noradrenaline, dopamine and serotonin in mediating the tachycardic and thermogenic effects of methamphetamine in the ventral medial prefrontal cortex. *Neuroscience*. 2015;295:209-220. doi: 10.1016/j.neuroscience.2015.03.
51. McElroy SL, Hudson JI, Mitchell JE, et al. Efficacy and safety of lisdexamfetamine for treatment of adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(3):235-246. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2162.
52. McElroy SL, Mitchell JE, Wilfley D, et al. Lisdexamfetamine dimesylate effects on binge eating behaviour and obsessive-compulsive and impulsive features in adults with binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*. 2016;24(3):223-231. doi: 10.1002/erv.2418.
53. Hudson JI, McElroy SL, Ferreira-Cornwell MC, et al. Efficacy of lisdexamfetamine in adults with moderate to severe binge-eating disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(9):903-910. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1889.
54. Wilfley DE, Crow SJ, Hudson JI, et al. Sibutramine binge eating disorder research group. Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double-blind study. *The American Journal of Psychiatry*. 2008;165(1):51-58. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06121970.
55. Fanelli D, Weller G, Liu H. New serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors and their anesthetic and analgesic considerations. *Neurology International*. 2021;13(4):497-509. doi: 10.3390/neurolint13040049.
56. Carroll FI, Blough BE, Mascarella SW, et al. Bupropion and bupropion analogs as treatments for CNS disorders. *Advances in Pharmacology*. 2014;69:177-216. doi: 10.1016/B978-0-12-420118-7.00005-6.
57. Mechler K, Banaschewski T, Hohmann S, Häge A. Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacology & Therapeutics*. 2022;230:107940. doi: 10.1016/j.pharmthera.2021.107940.
58. Horne RL, Ferguson JM, Pope HG Jr, et al. Treatment of bulimia with bupropion: a multicenter controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1988;49(7):262-266.
59. Ruban A, Stoenchev K, Ashrafian H, Teare J. Current treatments for obesity. *Clinical Medicine*. 2019;19(3):205-212. doi: 10.7861/clinmedicine.19-3-205.
60. McElroy SL, Guerdjikova A, Kotwal R, et al. Atomoxetine in the treatment of binge-eating disorder: a randomized placebo-controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(3):390-398. doi: 10.4088/jcp.v68n0306.
61. Kozlovskii VL, Popov MYu. Biological aspects of treatment resistance in psychiatry and pharmacodynamic approaches to its management. *Zhurnal Nevrologii I Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2020;120(10):137-142. doi: 10.17116/jnevro2020120101137. Russian.
62. Kozlovskii VL, Lepik OV, Popov MYu, Kosterin DN. The role of pharmacogenic factor in the modulation of compliance to treatment. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2022;56(3):8-12. doi: 10.31363/2313-7053-2022-56-3-8-12. Russian.
63. McElroy SL, Kotwal R, Hudson JI, et al. Zonisamide in the treatment of binge-eating disorder: an open-label, prospective trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65(1):50-56. doi: 10.4088/jcp.v65n0108.
64. Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C, et al. Zonisamide combined with cognitive behavioral therapy in binge eating disorder: A one-year follow-up study. *Psychiatry*. 2009;6(11):23-28.
65. Nourredine M, Jurek L, Auffret M, et al. Efficacy and safety of topiramate in binge eating disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS Spectrums*. 2021;26(5):459-467. doi: 10.1017/S1092852920001613.

66. Dhillon S. Phentermine/topiramate: pediatric first approval. *Paediatric Drugs*. 2022;24(6):715-720. doi: 10.1007/s40272-022-00532-z.
 67. Jordan J, Astrup A, Engeli S, et al. Cardiovascular effects of phentermine and topiramate: a new drug combination for the treatment of obesity. *Journal of Hypertension*. 2014;32(6):1178-1188. doi: 10.1097/HJH.000000000000145.
 68. Zanos P, Gould TD. Mechanisms of ketamine action as an antidepressant. *Molecular Psychiatry*. 2018;23(4):801-811. doi: 10.1038/mp.2017.255.
 69. Corrigan A, Pickering G. Ketamine and depression: a narrative review. *Drug Design, Development and Therapy*. 2019;13:3051-3067. doi: 10.2147/DDDT.S221437.
 70. Ragnhildstveit A, Slayton M, Jackson LK, et al. Ketamine as a novel psychopharmacotherapy for eating disorders: Evidence and future directions. *Brain Sciences*. 2022;12(3):382. doi: 10.3390/brainsci12030382.
 71. Mitchell JS, Hermens DF, Bennett MR, et al. Ketamine and zinc: treatment of anorexia nervosa via dual NMDA receptor modulation. *CNS Drugs*. 2023;37(2):159-180. doi: 10.1007/s40263-022-00984-4.
 72. Grilo CM, Lydecker JA, Morgan PT, Gueorguieva R. Naltrexone + bupropion combination for the treatment of binge-eating disorder with obesity: a randomized, controlled pilot study. *Clinical Therapeutics*. 2021;43(1):112-122.e1. doi: 10.1016/j.clinthera.2020.10.010.
 73. Lu HC, Mackie K. Review of the endocannabinoid system. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience Neuroimaging*. 2021;6(6):607-615. doi: 10.1016/j.bpsc.2020.07.016.
 74. Pataky Z, Gasteyger C, Ziegler O, et al. Efficacy of rimonabant in obese patients with binge eating disorder. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. 2013;121(1):20-26. doi: 10.1055/s-0032-1329957.
 75. Renelli M, Fletcher J, Tupper KW, et al. An exploratory study of experiences with conventional eating disorder treatment and ceremonial ayahuasca for the healing of eating disorders. *Eating and Weight Disorders*. 2020;25(2):437-444. doi: 10.1007/s40519-018-0619-6.
 76. Spriggs MJ, Douglass HM, Park RJ, et al. Study protocol for "psilocybin as a treatment for anorexia nervosa: a pilot study". *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12:735523. doi: 10.3389/fpsy.2021.35523.
 77. Abdel-Magid AF. Antagonists of orexin receptors as potential treatment of sleep disorders, obesity, eating disorders, and other neurological and psychiatric disorders. *ACS Medicinal Chemistry Letters*. 2016;7(10):876-877. doi: 10.1021/acsmchemlett.6b00325.
 78. Dodd S, Carvalho AF, Puri BK, et al. Trace amine-associated receptor 1 (TAAR1): A new drug target for psychiatry? *Neuroscience & Biobehavioral Review*. 2021;120:537-541. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.09.028.
 79. Moore CF, Sabino V, Cottone P. Trace amine associated receptor 1 (TAAR1) modulation of food reward. *Frontiers in Pharmacology*. 2018;9:129. doi: 10.3389/fphar.2018.00129.
 80. van den Heuvel LL, Jordaan GP. The psychopharmacological management of eating disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*. 2014;26(2):125-137. doi: 10.2989/17280583.2014.909816.
 81. Patel PK, Leathem LD, Curri DL, Karlsgodt KH. Adolescent neurodevelopment and vulnerability to psychosis. *Biological Psychiatry*. 2021; 89(2):184-193. doi: 10.1016/j.biopsych.2020.06.028.
 82. Andersen SL, Navalta CP. Altering the course of neurodevelopment: a framework for understanding the enduring effects of psychotropic drugs. *International Journal of Developmental Neuroscience*. 2004;22(5-6):423-440. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2004.06.002.
-

Распространенность расстройств пищевого поведения у пациентов с биполярным расстройством: обзор предметного поля

Prevalence of eating disorders in patients with bipolar disorder: a scoping review of the literature

doi: 10.17816/CP6338

Обзор

Yana Yakovleva, Evgeny Kasyanov, Galina Mazo

*V.M. Bekhterev National Medical Research Center
for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia*

Яна Яковлева, Евгений Касьянов, Галина Мазо

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

ABSTRACT

BACKGROUND: Eating disorder (ED) and bipolar disorder (BD) exhibit certain phenomenological similarities rooted in eating behavior and emotional regulation. However, despite the growing body of research on the comorbidity of ED and BD, scientific data on the concurrent course of these disorders has remained poorly systematized.

AIM: To conduct a scoping review of published data on the prevalence of various types of ED among patients with BD types I and II in the context of the sex and clinical features of the concurrent course of these disorders.

METHODS: The analysis was reported following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for scoping reviews. The search was conducted in the MEDLINE electronic database. Studies were included if they were focused samples of patients diagnosed with BD and ED, and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth and fifth editions (DSM-IV, DSM-5), or International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth Revision (ICD-10), were used for the verification of the ED and BD diagnoses. The descriptive analysis method was used to summarize the review findings.

RESULTS: A total of 41 studies were selected for the review. Lifetime ED in patients with BD ranged from 2.2% to 31.1%, and the prevalence rates of BD among patients with ED varied from 11.3% to 68.1%. ED nominally had a higher prevalence among individuals with BD type II and females. Additionally, the presence of ED in patients with BD was associated with earlier onset of mood disorder, a higher number of depressive episodes, higher levels of atypical depressive symptoms, suicide attempts, as well as a higher frequency of comorbid obsessive-compulsive and anxiety disorders, addictions, and various metabolic disorders.

CONCLUSION: Despite the high degree of volatility in the results, the prevalence rates of a concurrent course of ED and BD are rather high. For this reason, screening for ED in patients with BD and vice versa holds significant value in the accurate diagnosis and selection of the most effective therapy. The patterns of comorbidity among different types of ED and BD, depending on gender, need further exploration in future research.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: У расстройств пищевого поведения (РПП) и биполярного аффективного расстройства (БАР) отмечаются определенные феноменологические сходства, связанные с пищевым поведением и эмоциональной регуляцией. Однако несмотря на планомерный рост исследований коморбидности РПП и БАР, научные данные о совместном течении этих расстройств остаются недостаточно систематизированными.

ЦЕЛЬ: Провести обзор предметного поля опубликованных данных по распространенности различных видов РПП среди пациентов с БАР I и II типов с учетом пола, а также анализ клинических особенностей совместного течения данных расстройств.

МЕТОДЫ: Анализ представлен в соответствии с рекомендациями PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) для обзора предметного поля. Поиск проводился в электронной базе данных MEDLINE. В обзор включались оригинальные исследования с выборками пациентов с диагнозами БАР и РПП, соответствующими критериям DSM-IV, DSM-5 («Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» 4-го и 5-го издания) или МКБ-10 (Международной классификации болезней 10-й редакции). Для обобщения результатов обзора использовался описательный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Всего для обзора было отобрано 41 исследование. Были обнаружены достаточно разнородные показатели распространенности РПП в течение жизни у пациентов с БАР — от 2,2% до 31,1%, а также показатели распространенности БАР среди пациентов с РПП — от 11,3% до 68,1%. РПП номинально имели более высокую распространенность среди лиц с БАР II типа и женщин. Кроме того, наличие РПП у пациентов с БАР было ассоциировано с более ранним манифестом расстройства настроения, большим количеством депрессивных эпизодов, более высоким уровнем атипичных симптомов депрессии, суицидными попытками, а также с более высокой частотой коморбидных обсессивно-компульсивных и тревожных расстройств, аддикций и различных метаболических нарушений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Несмотря на высокую вариативность результатов, показатели распространенности совместного течения РПП и БАР являются достаточно высокими. По этой причине скрининг на РПП у пациентов с БАР и, наоборот, скрининг БАР у пациентов с РПП имеет важное значение в точной диагностике и подборе наиболее эффективной терапии. В будущих исследованиях еще только предстоит более детально изучить паттерны коморбидности различных видов РПП в зависимости от типа БАР и пола.

Keywords: *eating disorders; bipolar disorder; anorexia nervosa; bulimia nervosa; prevalence*

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения; биполярное расстройство; нервная анорексия; нервная булимия; распространенность*

ВВЕДЕНИЕ

Биполярное аффективное расстройство (БАР) характеризуется высоким уровнем коморбидности с другими психическими заболеваниями [1]. К наиболее часто сопутствующим БАР психическим нарушениям относятся расстройства пищевого поведения (РПП), обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), расстройства тревожного спектра и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ [2]. Коморбидные состояния зачастую возникают у пациентов с БАР за несколько

лет до развития первых аффективных эпизодов. Этот факт необходимо учитывать во время диагностики, лечения и оценки прогноза дальнейшего течения заболевания [2].

Коморбидное течение БАР и РПП, таких как нервная анорексия (НА), нервная булимия (НБ) и приступообразное переедание (ПП), заслуживает особого внимания. Это связано с тем, что данные расстройства демонстрируют определенное сходство клинических проявлений, связанных с пищевым поведением и эмоциональной регуляцией. Так, депрессия в рам-

ках БАР характеризуется высокой частотой атипичных симптомов, таких как повышенный аппетит, переедание (гиперфагия) и увеличение массы тела [3]. Эти явления также типичны для НБ и ПП, поскольку пациенты зачастую испытывают чувство вины и симптомы гипотимии после переедания [3]. Напротив, депрессия с меланхолическими чертами и (гипо-)маниакальными эпизодами сопровождается снижением аппетита и потерей массы тела, хотя некоторые пациенты с НА могут отмечать улучшение настроения и даже эйфорию на фоне снижения массы тела [4–6]. Коморбидное течение БАР и РПП отличается некоторыми клиническими особенностями, в том числе более высокой распространенностью среди женщин, более ранним дебютом аффективного расстройства, более тяжелым течением, большей частотой сопутствующих патологий и суицидальных попыток [7, 8]. Значимым аспектом является связь коморбидного течения БАР и РПП с увеличением массы тела, ожирением, метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа, которые не могут быть объяснены исключительно влиянием психотропных препаратов [9, 10].

Высокий уровень коморбидности РПП и БАР может объясняться общими биологическими механизмами развития. В частности, предполагается, что РПП и БАР объединены сходными геномными областями, участвующими в процессах нейроразвития и нейропротекции [8, 11, 12]. Кроме того, для РПП и БАР характерны определенные нейроэндокринные изменения. Например, обнаружено, что системы пептидных гормонов, таких как лептин и грелин, связаны с изменениями аппетита и массы тела, способствующими увеличению риска ожирения [13, 14].

Несмотря на наблюдаемый рост числа исследований, касающихся коморбидного течения РПП и БАР, научные данные на эту тему остаются слабо систематизированными. Это связано с гетерогенностью используемых исследовательских методов и изменениями в классификациях психических расстройств, в частности, разделением БАР на I и II типы, а также выделением ПП в отдельную диагностическую категорию. Кроме того, одним из наиболее значимых достижений в психиатрии является изучение проявлений коморбидного течения РПП и БАР у мужчин, поскольку РПП не могут считаться исключительно женской болезнью и обнаруживаются также и у мужчин.

Таким образом, целью данного исследования было проведение литературного обзора предметной области на основании опубликованных данных о распространенности различных вариантов РПП среди пациентов с БАР I и II типов с учетом половых и клинических характеристик коморбидного течения данных расстройств.

МЕТОДЫ

Стратегия поиска

Обзор был составлен в соответствии с расширенным протоколом «Предпочтительные сообщения для систематических обзоров и метаанализов» (PRISMA) для литературных обзоров предметной области (PRISMA-ScR) [15, 16]. Поиск проводился в электронной базе данных MEDLINE с января 1994 г. по сентябрь 2022 г. с помощью следующих ключевых слов: («Биполярное расстройство» ИЛИ «биполярное аффективное расстройство» ИЛИ «биполярная депрессия» ИЛИ «мания» ИЛИ «гипомания») И («расстройства пищевого поведения» ИЛИ «нервная анорексия» ИЛИ «нервная булимия» ИЛИ «приступообразное переедание») И («распространенность» ИЛИ «частота» ИЛИ «коморбидность» ИЛИ «клинические характеристики»). Указанный временной интервал выбран в связи с тем, что в 1994 г. было опубликовано «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам», 4-е издание (DSM-IV), где были впервые описаны БАР II типа и ПП.

Критерии включения

Использовались следующие критерии включения: (1) оригинальные исследования, содержавшие выборку пациентов с диагностированным БАР или БАР I или II типа; (2) оригинальные исследования, содержавшие выборку пациентов с диагностированными НА, НБ, ПП или неуточненным РПП; (3) для постановки диагноза РПП или БАР использовались диагностические критерии DSM-IV, DSM-5 или МКБ-10.

Исследования не соответствовали критериям включения, если в них принимали участие пациенты с диагностированными большим депрессивным расстройством, депрессивным эпизодом, дистимией или расстройствами шизофренического спектра. Исследования с заранее отобранными участниками с БАР и коморбидным РПП также исключались в связи с риском завышения результатов.

Стратегия оценки

Из включенных исследований извлекались следующие данные: название, авторы, год публикации, страна, тип исследования, диагностические инструменты, абсолютные и относительные показатели частоты встречаемости РПП у пациентов с БАР и БАР — у пациентов с РПП, стратифицированные по полу и ранее описываемым типам данных расстройств. Данные были независимо извлечены одним из авторов (Яной Яковлевой) и валидированы двумя другими авторами обзора (Евгением Касьяновым и Галиной Мазо).

Синтез данных

Аналитическая техника, использованная для данного обзора, включала дескриптивный анализ включенных исследований. Сначала нами были извлечены абсолютные и относительные показатели частоты встречаемости различных РПП у пациентов с БАР (I и II типы) и наоборот. Затем были извлечены абсолютные и относительные показатели частоты встречаемости РПП и БАР среди мужчин и женщин. Относительная частота (%) рассчитывалась на основании общего числа пациентов в случае, если в оригинальном исследовании указывался лишь абсолютный показатель. Кроме того, показатели относительной частоты рассчитывались для следующих групп участников: «любой тип БАР», включая пациентов с БАР I и II типов, и «любой тип РПП», включая по крайней мере НА и НБ или все три ранее описанных формы РПП. На основании полученных данных нами оценивались распространенность на протяжении жизни и текущая распространенность. Первый показатель описывает распространенность расстройства в течение всей жизни. Текущая распространенность описывает распространенность расстройства на настоящий момент. Статистическая значимость различий не оценивалась при сравнении распространенности между группами. Следовательно, результаты отражают лишь номинальные различия относительных показателей распространенности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 514 публикаций, полученных путем поиска в базе данных, 49 соответствовали критериям включения. После прочтения полного текста статей, в окончательный количественный анализ нами было включено 41 оригинальное исследование [7, 8, 17–59].

Сначала будут проанализированы результаты систематических обзоров и метаанализов. Затем будет проведен анализ оригинальных исследований, включенных в обзор.

Систематические обзоры и метаанализы

Систематический обзор и метаанализ, проведенные Fornaro и соавт., включали 36 исследований с участием 15 084 пациентов с диагностированным БАР и 11 исследований с участием 15 146 пациентов с диагностированным РПП различных типов [17]. Результаты метаанализа продемонстрировали, что распространенность НА находилась на уровне 3,8% (95% ДИ=2–6%), НБ — 7,4% (95% ДИ=6–10%) и ПП — 12,5% (95% ДИ=9,4–16,6%) среди пациентов, у которых БАР было основным диагнозом [17]. В то же время, распространенность БАР составляла 2% (95% ДИ=1–2%), НБ — 6,7% (95% ДИ=12–29,2%) и ПП — 9,1% (95% ДИ=3,3–22,6%) среди пациентов с основным диагнозом НА. Высказано предположение о том, что у пациентов с БАР II типа с большей вероятностью отмечается коморбидное РПП [17]. Хотя аналогичная тенденция наблюдалась для НА и ПП, это не было справедливо для НБ, которая чаще выявлялась у пациентов с БАР I типа [17]. С коморбидным течением БАР и НА чаще сталкивались женщины и пациенты более молодого возраста [17]. Пациенты с коморбидными БАР и НБ/ПП так же чаще были женского пола и с большей вероятностью страдали ожирением [17]. Кроме того, авторы отмечают, что при большем числе пациентов с БАР, принимающих антидепрессанты, отмечаются более низкие уровни коморбидности с НБ [17].

Согласно систематическому обзору Álvarez Ruiz и соавт. (2015), включавшему 93 исследования, распространенность РПП среди пациентов с диагностированным БАР варьировала от 5,3% до 31% [18]. Коморбидные РПП у пациентов с БАР были ассоциированы с более ранним дебютом аффективного расстройства (особенно в случае НА), большей тяжестью симптомов, большим числом аффективных эпизодов (в частности, депрессивных), повышенным риском суицида, а также большей частотой коморбидных состояний (особенно расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и тревожных расстройств) и ожирения в сравнении с БАР без коморбидных состояний [18]. Также была выявлена отрицательная корреляция между распространенностью РПП, мужским полом и наличием партнера [18].

Согласно другому систематическому обзору McDonald и соавт. (2019), включавшему 39 исследований с участием пациентов с БАР, распространение какого-либо РПП среди пациентов с диагностированным БАР составляло от 1,9% до 33,3% [19]. Распространенность на протяжении жизни и текущая распространенность НА у пациентов с БАР находилась в пределах от 0,2% до 15,5%, НБ — от 0,01% до 15% и ПП — от 2,6% до 30,0% [19]. В четырех из шести исследований расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и нестабильность фона настроения чаще отмечались у пациентов с коморбидными БАР и РПП в сравнении с пациентами, имеющими только диагноз БАР [19]. В пяти из девяти исследований сообщалось о значительно более высокой частоте суицидальных попыток у пациентов с коморбидными БАР и РПП в сравнении с пациентами только с БАР, что может свидетельствовать о скрытой импульсивности и эмоциональной дисфункции [19]. Результаты анализа подгрупп из пяти исследований указывают на сходную частоту коморбидного течения РПП при БАР I и II типов [19].

Данные другого систематического обзора, проведенного Thiebaut и соавт. в 2019 г. и включавшего 79 работ (в шесть исследований вошли участники из общей

популяции, в 34 — пациенты с БАР и в 39 — пациенты с РПП), продемонстрировали, что от 0,6% до 33,3% пациентов с основным диагнозом БАР страдали сопутствующим РПП [20]. В свою очередь, до 35,8% пациентов с основным диагнозом РПП страдали сопутствующим БАР [20]. Чаще всего у пациентов с БАР отмечались НА по типу переедания-очищения, НБ и ПП [20]. Для НА связь с БАР была менее значимой в сравнении с другими РПП [20]. Хотя возраст манифестации БАР был ниже в случае наличия коморбидного РПП, возраст манифестации РПП, по-видимому, не зависит от наличия коморбидного БАР [20]. Кроме того, распространенность РПП была независимой от типа БАР [20].

Оригинальные исследования коморбидности РПП и БАР

Из 41 оригинального исследования, включенного в настоящий обзор, 33 были направлены на определение распространенности РПП у пациентов с БАР и 8 — распространенности БАР у пациентов с РПП (см. табл. 1 и табл. 2). Данные исследования характеризовались гетерогенностью в отношении использованных методов, включая тип показателя распространенности

Таблица 1. Распространенность РПП среди пациентов с БАР в зависимости от пола и типа БАР

Источник	Страна	Тип исследования	Диагностические методы	Тип показателя распространенности	Тип РПП	Распространенность РПП		
						Всего	по типу БАР (I/II)	по полу (женский/мужской)
Lee Y et al., 2022 [21]	Южная Корея	Поперечное	DIGS, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	10,3% (n=14)	Н/П	Н/П
					НА	1,5% (n=2)	Н/П	Н/П
					НБ	8,8% (n=12)	Н/П	Н/П
Karanti A et al., 2019 [22]	Швеция	Поперечное	MINI, DSM-IV	Н/П	Любой тип РПП	2,1% (n=186)	1,2% (n=57) 3,3% (n=129)	Н/П
Balzafiore DR et al., 2017 [23]	США	Проспективное	SCID-IV, MINI, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	15,1% (n=76)	14% (n=34) 16% (n=42)	22,5% (n=66) 4,7% (n=10)
					НА	3,3% (n=17)	Н/П	Н/П
					НБ	6,5% (n=33)	Н/П	Н/П
					НА+НБ	13% (n=10)	Н/П	Н/П
					РПП неуточненное	21% (n=16)	Н/П	Н/П

Источник	Страна	Тип исследования	Диагностические методы	Тип показателя распространенности	Тип РПП	Распространенность РПП		
						Всего	по типу БАР (I/II)	по полу (женский/ мужской)
Bobo WV et al., 2018 [24]	США	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	НБ	14,3% (n=210)	Н/П	Н/П
					ПП	20,5% (n=301)	Н/П	Н/П
Boulanger H et al., 2017 [25]	Франция	Поперечное	SCID, DSM-IV, BES	На протяжении жизни	ПП	18,6% (n=27)	15,1% (n=13)	24,3% (n=20)
							23% (n=14)	11,1% (n=7)
McElroy SL et al., 2016 [26]	США	Поперечное	SCID, EDDS, DSM-IV, DSM-5	Текущая	Любой тип РПП	26,6% (n=291)	24,7% (n=173)	31,5% (n=214)
							30% (n=118)	18,5% (n=77)
					НА	0,2% (n=2)	0% (n=0)	0,3% (n=2)
							0,5% (n=2)	0% (n=0)
					НБ	14,7% (n=160)	14% (n=98)	17,5% (n=119)
							15,7% (n=62)	9,9% (n=41)
ПП	11,8% (n=129)	10,7% (n=75)	13,7% (n=93)					
		13,7% (n=54)	8,6% (n=36)					
Berkol TD et al., 2016 [27]	Турция	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	2,2% (n=5)	Н/П	Н/П
Holtzman JN et al., 2016 [28]	США	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	15,1% (n=76)	Н/П	22,5% (n=66)
								4,8% (n=10)
Goffin KC et al., 2016 [29]	США	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	15,4% (n=76)	14,2% (n=34)	Н/П
							16,5% (n=42)	
Woldeyohannes HO et al., 2015 [30]	Канада	Поперечное	MINI, DSM-5	Текущая	ПП	25,4% (n=78)	Н/П	Н/П
Liu X et al., 2015 [8]	США	Поперечное	DIGS, DSM-IV	Текущая / Н/П	Любой тип РПП	8,4% (n=184)	Н/П	12,3% (n=158)
								2,9% (n=26)
					НА	3% (n=66)	Н/П	Н/П
					НБ	5% (n=109)	Н/П	Н/П
РПП неуточненное	0,4% (n=9)	Н/П	Н/П					
Baek JH et al., 2014 [31]	Южная Корея	Поперечное	SCID, DIGS, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	7% (n=29)	6,3% (n=14)	9% (n=25)
							7,7% (n=15)	2,9% (n=4)
					НА	1% (n=4)	0,9% (n=2)	1,4% (n=4)
							1% (n=2)	0% (n=0)
					НБ	6% (n=25)	5,4% (n=12)	7,5% (n=21)
							6,7% (n=13)	2,9% (n=4)

Источник	Страна	Тип исследования	Диагностические методы	Тип показателя распространенности	Тип РПП	Распространенность РПП		
						Всего	по типу БАР (I/II)	по полу (женский/ мужской)
Nery FG, et al 2014 [32]	Бразилия	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	9,5% (n=46)	Н/П	Н/П
					НА	2,5% (n=12)	Н/П	Н/П
					НБ	4,8% (n=23)	Н/П	Н/П
					ПП	2,3% (n=11)	Н/П	Н/П
McElroy SL et al., 2013 [33]	США	Поперечное	SCID, DSM-IV	Текущая	ПП	9,5% (n=68)	Н/П	Н/П
Perugi G et al., 2013 [34]	Италия	Поперечное	MINI, DSM-IV	Текущая	Любой тип РПП	4,5% (n=9)	4,5% (n=9)	Н/П
					НА		1,5% (n=3)	
					НБ	3% (n=6)	Н/П	Н/П
Azorin JM et al., 2013 [35]	Франция	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	18,3% (n=200)	18,3% (n=200)	28,9% (n=182)
					НА		4,7% (n=51)	Н/П
					НБ	13,7% (n=149)	Н/П	1,1% (n=5)
								21,7% (n=136)
Gao K et al., 2013 [36]	США	Поперечное	MINI-STEP-BD, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	10,8% (n=18)	Н/П	Н/П
					НА	0,6% (n=1)	Н/П	Н/П
					НБ	10,2% (n=17)	Н/П	Н/П
Seixas C et al., 2012 [37]	Бразилия	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	5,3% (n=19)	Н/П	7,2% (n=18)
					НА			2,2% (n=8)
					НБ	3% (n=11)	Н/П	3,2% (n=8)
								0% (n=0)
McElroy SL et al., 2011 [7]	США	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	14,3% (n=125)	14,4% (n=102)	21% (n=104)
					НА		3,1% (n=27)	13,7% (n=23)
					НБ	4,8% (n=42)	2,8% (n=20)	4,5% (n=27)
					ПП	8,8% (n=77)	3,1% (n=7)	0% (n=0)
			4,7% (n=33)	7,5% (n=37)				
			5,4% (n=9)	1,3% (n=5)				
			8,9% (n=63)	12,3% (n=61)				
			8,9% (n=14)	4,2% (n=16)				

Источник	Страна	Тип исследования	Диагностические методы	Тип показателя распространенности	Тип РПП	Распространенность РПП		
						Всего	по типу БАП (I/II)	по полу (женский/ мужской)
Schoofs N et al., 2011 [38]	Германия	Проспективное	DSM-IV	На протяжении жизни	ПП	28,8% (n=15)	Н/П	28,8% (n=15) 0% (n=0)
Brietzke E et al., 2011 [39]	Бразилия	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	14,6% (n=20)	14,6% (n=20) Н/П	14,6% (n=20) Н/П
					НА	2,9% (n=4)	Н/П	Н/П
					НБ	2,9% (n=4)	Н/П	Н/П
					ПП	8,7% (n=12)	Н/П	Н/П
Baek JH et al., 2010 [40]	Южная Корея	Поперечное	DIGS, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	14,3% (n=15)	8,7% (n=6) 27,3% (n=9)	Н/П
Fornaro M et al., 2009 [41]	Италия	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	31,1% (n=46)	Н/П	31,1% (n=46) Н/П
					НА	15,5% (n=23)	Н/П	Н/П
					НБ	5,4% (n=8)	Н/П	Н/П
					НА+НБ	2% (n=3)	Н/П	Н/П
					ПП	14,2% (n=21)	Н/П	Н/П
Wildes JE et al., 2008 [42]	США	Поперечное	DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	21% (n=17)	Н/П	24,5% (n=13) 14,3% (n=4)
					НА	7,4% (n=6)	Н/П	11,3% (n=6) 0% (n=0)
					НБ	8,6% (n=7)	Н/П	9,4% (n=5) 7,1% (n=2)
					НА+НБ	2,5% (n=2)	Н/П	3,8% (n=2) 0% (n=0)
					ПП	11,1% (n=9)	Н/П	13,2% (n=7) 7,1% (n=2)
					НБ	19,5% (n=16)	0% (n=0) 19,8% (n=16)	Н/П
Perugi G et al., 2006 [43]	Италия	Поперечное	SCID, DSM-IV, DSM III-R	На протяжении жизни	НБ	19,5% (n=16)	0% (n=0) 19,8% (n=16)	Н/П
Pashinian A et al., 2006 [44]	Израиль	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	14,3% (n=8)	Н/П	Н/П
					НА	1,8% (n=1)	Н/П	Н/П
					НБ	1,8% (n=1)	Н/П	Н/П
					ПП	10,7% (n=6)	Н/П	Н/П
Ramacciotti CE et al., 2005 [45]	Италия	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	НБ	9,8% (n=5)	Н/П	22,7% (n=5) 0% (n=0)
					ПП	17,7% (n=9)	Н/П	13,6% (n=3) 20,7% (n=6)

Источник	Страна	Тип исследования	Диагностические методы	Тип показателя распространенности	Тип РПП	Распространенность РПП		
						Всего	по типу БАР (I/II)	по полу (женский/ мужской)
Baldassano CF et al., 2005 [46]	США	Поперечное	MINI, DSM-IV	Текущая	НБ	7,5% (n=36)	5,7% (n=21) 13,1% (n=15)	11,6% (n=33) 1,5% (n=3)
MacQueen GM et al., 2003 [47]	Канада	Проспективное	SCID, DSM-IV	Текущая	Любой тип РПП	18,1% (n=25)	Н/П	Н/П
					НА	2,9% (n=4)	Н/П	Н/П
					НБ	6,5% (n=9)	Н/П	Н/П
					ПП	8,7% (n=12)	Н/П	Н/П
Vieta E et al., 2001 [48]	Испания	Поперечное	SCID, DSM-IV, DSM III-R	На протяжении жизни	НБ	2,3% (n=3)	2,3% (n=3) Н/П	Н/П
McElroy SL et al., 2001 [49]	США	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	5,9% (n=17)	4,6% (n=11) 12,2% (n=6)	Н/П
					НА	2,1% (n=6)	1,7% (n=4) 4,1% (n=2)	Н/П
					НБ	3,8% (n=11)	3,3% (n=8) 6,1% (n=3)	Н/П
					Любой тип РПП	6,4% (n=8)	Н/П	Н/П
Pini S et al., 1999 [50]	Италия	Поперечное	SCID, DSM-III-R	На протяжении жизни	НА	2,4% (n=3)	Н/П	Н/П
					НБ	4% (n=5)	Н/П	Н/П
					Любой тип РПП	7,2% (n=4)	Н/П	Н/П
Edmonds LK et al., 1998 [51]	Новая Зеландия	Поперечное	DIGS, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип РПП	7,2% (n=4)	Н/П	Н/П

Примечание: Н/П — неприменимо, BES — шкала приступообразного переедания (Binge Eating Scale), DIGS — диагностическое интервью для генетических исследований (Diagnostic Interview for Genetic Studies), DSM — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, EDDS — диагностическая шкала для расстройств пищевого поведения (Eating Disorder Diagnostic Scale), MINI — краткий международный нейропсихиатрический опросник (Mini International Neuropsychiatric Interview), MINI-STEP-BD — краткий международный нейропсихиатрический опросник систематического улучшения лечения для биполярного расстройства (Mini International Neuropsychiatric Interview Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder) версии 5.0.0, SCID — структурированное клиническое интервью для DSM (Structured Clinical Interview for DSM).

(текущий или на протяжении жизни) и диагностические инструменты. В 25 из 33 исследований была представлена распространенность РПП на протяжении жизни. Наиболее низкий показатель распространенности какого-либо РПП на протяжении жизни среди пациентов с БАР, полученный Verkol и соавт., составил 2,2% [27], а наиболее высокий, приведенный Fornaro и соавт., — 31,1% [41]. Наибольшая текущая распространенность РПП среди пациентов с БАР была несколько ниже и достигала 26,6% [26]. Показатели распространенности НА в течение жизни среди пациентов с БАР варьировали от 0,6% до 15,5%, НБ — от 1,8%

до 19,5% и ПП — от 2,3% до 28,8%. Распространенность коморбидных НА и НБ среди пациентов с БАР была указана в одном исследовании, проведенном Balzafiore и соавт., и составила 13% [23].

Влияние пола на распространенность РПП среди пациентов с диагностированным БАР оценивалось в 10 исследованиях. Распространенность какого-либо РПП на протяжении жизни была номинально выше у женщин, чем у мужчин с БАР (см. табл. 1). В 10 работах среди пациентов с БАР определялась распространенность РПП на протяжении жизни, стратифицированная по полу. Общая распространенность какого-либо типа

РПП на протяжении жизни была номинально выше у женщин, чем у мужчин с БАР (см. табл. 1). В восьми исследованиях распространенность РПП на протяжении жизни изучалась как показатель, зависящий от типа БАР. В частности, в семи работах сообщалось о номинально более высоких уровнях РПП на протяжении жизни среди пациентов с БАР II типа в сравнении с таковыми у пациентов с БАР I типа [23, 25, 29, 31, 40, 43, 49]. В восьми работах распространенность РПП на протяжении жизни оценивалась на основании

подтипов БАР. В семи из них обнаружены номинально более высокие уровни РПП на протяжении жизни среди пациентов с БАР II типа в сравнении с пациентами с БАР I типа [23, 25, 29, 31, 40, 43, 49].

Отдельный анализ проводился для оценки распространенности БАР среди пациентов с РПП (см. табл. 2). Наименьшая распространенность БАР на протяжении жизни среди пациентов с РПП описана в работе Radon и соавт., где она составила 11,3% [52], тогда как наивысший показатель в 68,1% отмечен в работе Campos

Таблица 2. Распространенность БАР среди пациентов с РПП в зависимости от пола и типа РПП

Источник	Страна	Тип исследования	Диагностические методы	Тип показателя распространенности	Тип БАР	Распространенность БАР		
						Всего	по типу РПП (НА/НБ/ПП/РПП неуточненное)	по полу (женский/мужской)
Radon L et al., 2022 [52]	Франция	Поперечное	Short-CIDI, DSM-5	На протяжении жизни	Любой тип БАР	11,3% (n=20)	Н/П	Н/П
Thiebaut S et al., 2019 [53]	Франция	Поперечное	Медицинская документация, MINI, DSM-5	На протяжении жизни	Любой тип БАР	11,5% (n=30)	3,5% (n=9)	11,5% (n=30)
							4,2% (n=11)	
							1,9% (n=5)	Н/П
							1,9% (n=5)	
					БАР I типа	4,6% (n=12)	0,7% (n=2)	4,6% (n=12)
							1,9% (n=5)	
							1,1% (n=3)	Н/П
							0,7% (n=2)	
БАР II типа	6,9% (n=18)	2,6% (n=7)	6,9% (n=18)					
		2,3% (n=6)						
		0,7% (n=2)	Н/П					
		1,1% (n=3)						
Tseng MM et al., 2017 [54]	Китай	Поперечное	SCID, MINI, DSM-5	Текущая	Любой тип БАР	41,4% (n=94)	4% (n=9)	38,3% (n=77)
							18% (n=41)	
							14,5% (n=33)	65,4% (n=17)
							4,8% (n=11)	
					БАР I типа	17,2% (n=39)	2,2% (n=5)	Н/П
							7% (n=16)	
							6,1% (n=14)	
							1,7% (n=4)	
БАР II типа	24,2% (n=55)	1,8% (n=4)	Н/П					
		11% (n=25)						
		8,4% (n=19)						
		3,1% (n=7)						

Источник	Страна	Тип исследования	Диагностические методы	Тип показателя распространенности	Тип БАР	Распространенность БАР		
						Всего	по типу РПП (НА/НБ/ПП/РПП неуточненное)	по полу (женский/мужской)
Tseng MM et al., 2016 [55]	Тайвань	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип БАР	35,7% (n=103)	3,1% (n=9)	81,5% (n=84)
							15,6% (n=45)	
							12,9% (n=37)	18,5% (n=19)
							4,2% (n=12)	
					БАР I типа	16% (n=46)	2% (n=6)	Н/П
							6,2% (n=18)	
							6% (n=17)	
							1,7% (n=5)	
					БАР II типа	19,7% (n=57)	1% (n=3)	Н/П
							9,3% (n=27)	
7% (n=20)								
2,4% (n=7)								
Welch E et al., 2016 [56]	Швеция	Проспективное	DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип БАР	4,1% (n=35)	Н/П	Н/П
							Н/П	
							4,1% (n=35)	
							Н/П	
Godart N et al., 2015 [57]	Франция	Поперечное	MINI, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип БАР	18% (n=49)	9,2% (n=25)	18% (n=49)
							8,8% (n=24)	
							Н/П	Н/П
							Н/П	
					БАР I типа	15,5% (n=42)	7,7% (n=21)	15,5% (n=42)
							7,7% (n=21)	
							Н/П	Н/П
							Н/П	
					БАР II типа	2,5% (n=7)	1,4% (n=4)	2,5% (n=7)
							1,1% (n=3)	
Н/П	Н/П							
Н/П								
Campos RN et al., 2013 [58]	Бразилия	Поперечное	SCID, DSM-IV, Цюрихские критерии для расстройств биполярного спектра	На протяжении жизни	Любой тип БАР	68,1% (n=47)	Н/П	68,1% (n=47)
							Н/П	
					БАР I типа	26% (n=18)	Н/П	26% (n=18)
							Н/П	
					БАР II типа	8,7% (n=6)	Н/П	8,7% (n=6)
							Н/П	

Источник	Страна	Тип исследования	Диагностические методы	Тип показателя распространенности	Тип БАР	Распространенность БАР		
						Всего	по типу РПП (НА/НБ/ПП/РПП неуточненное)	по полу (женский/мужской)
Lilenfeld LR et al., 2008 [59]	США	Поперечное	SCID, DSM-IV	На протяжении жизни	Любой тип БАР	3,2% (n=1)	Н/П	3,2% (n=1)
							Н/П	
							3,2% (n=1)	Н/П
							Н/П	

Примечание: Н/П — неприменимо, Short-CIDI — короткий структурированный международный диагностический опросник (Composite International Diagnostic Interview Short), DSM — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, MINI — краткий международный нейропсихиатрический опросник (Mini International Neuropsychiatric Interview), SCID — структурированное клиническое интервью для DSM (Structured Clinical Interview for DSM).

и соавт. [58]. В трех из пяти работ, где дополнительно оценивался тип БАР у пациентов с РПП, была выявлена номинально более высокая распространенность БАР II типа среди пациентов с РПП в сравнении с пациентами без РПП. Распространенность БАР I типа среди пациентов с НА варьировала от 0,7% до 7,7%; среди пациентов с НБ — от 1,9% до 7,7%; среди пациентов с ПП — от 1,1% до 6%. В свою очередь, распространенность БАР II типа среди пациентов с НА находилась в пределах от 1% до 2,6%; среди пациентов с НБ — от 1,1% до 9,3%; среди пациентов с ПП — от 0,7% до 7%. Единственное исследование, где была предпринята попытка оценить текущую распространенность БАР у пациентов с РПП, выявило парадоксально высокие показатели, составившие 41,4% для любого типа БАР, 17,2% для БАР I типа и 24,2% для БАР II типа [54]. Парадокс заключается в том, что уровни текущей распространенности обычно ниже распространенности на протяжении жизни, что вновь указывает

на проблему гетерогенности методов исследований. Стратификация по полу проводилась лишь в двух работах и показала противоречивые результаты [54, 55].

В табл. 3 обобщены основные клинические характеристики и исходы коморбидного течения РПП и БАР с учетом сопутствующих психических и соматических нарушений и различных осложнений. Следует отметить, что наличие РПП у пациентов с БАР было ассоциировано с признаками более тяжелого клинического течения болезни, суицидальными попытками и более частыми коморбидными психическими патологиями (в частности ОКР и тревожными расстройствами). Кроме того, пациенты с коморбидными РПП и БАР с большей вероятностью демонстрировали симптомы атипичной депрессии, такие как реактивность фона настроения, повышенный аппетит и чувствительность в межличностных отношениях, которые, как правило, проявляются в рамках течения биполярной депрессии [63].

Таблица 3. Клинические характеристики коморбидного течения РПП и БАР

Характеристики	Проявление	Источник
Клинические симптомы	Неустойчивый фон настроения	Boulanger H et al., 2018 [25]
	Повышенный аппетит	Perugi G et al., 2006 [43]
	Реактивность настроения	Perugi G et al., 2006 [43] Boulanger H et al., 2018 [25]
	Импульсивность	Boulanger H et al., 2018 [25] Berkol TD et al., 2016 [27] Tseng MM et al., 2017 [54] Tseng MM et al., 2016 [55]
	Социальная изоляция	Perugi G et al., 2006 [43]
	Чувствительность в межличностных отношениях	Perugi G et al., 2006 [43]

Характеристики	Проявление	Источник
Коморбидные расстройства	ОКР	Liu X et al., 2016 [8] Radon L et al., 2022 [52] Tseng MM et al., 2016 [55] Woldeyohannes HO et al., 2016 [30]
	Зависимости	Liu X et al., 2016 [8] Balzafire DR et al., 2017 [23] Boulanger H et al., 2018 [25] Brietzke E et al., 2011 [39] Tseng MM et al., 2017 [54] Tseng MM et al., 2016 [55] Thiebaut S et al., 2019 [53] Woldeyohannes HO et al., 2016 [30]
	Злоупотребление алкоголем/психоактивными веществами	Boulanger H et al., 2018 [25] Tseng MM et al., 2017 [54]
	ПТСР	Woldeyohannes HO et al., 2016 [30]
	Гиперлипидемия	McAulay C et al., 2021 [60]
	Сахарный диабет 2-го типа	McAulay C et al., 2021 [60]
Течение	Ранний дебют аффективного расстройства	Anna V et al., 2009 [78] McElroy SL et al., 2011 [7] Liu X et al., 2016 [8] Balzafire DR et al., 2017 [23] McElroy SL et al., 2001 [49] Brietzke E et al., 2011 [39]
	Большое число депрессивных эпизодов	Anna V et al., 2009 [78] Wildes JE et al., 2007 [12] Brietzke E et al., 2011 [39]
	Быстрая цикличность	McElroy SL et al., 2011 [7] Fornaro M et al., 2010 [41] Liu X et al., 2016 [8] Balzafire DR et al., 2017 [23] McElroy SL et al., 2001 [49] Seixas C et al., 2012 [37]
Осложнения	Суицидальные попытки	McElroy SL et al., 2011 [7] McElroy SL et al., 2016 [26] McElroy SL et al., 2013 [33] Liu X et al., 2016 [8] Balzafire DR et al., 2017 [23] Berkol TD et al., 2016 [27] Brietzke E et al., 2011 [39] Thiebaut S et al., 2019 [53] Tseng MM et al., 2017 [54] Tseng MM et al., 2016 [55] Seixas C et al., 2012 [37] Goffin KC et al., 2016 [29] Woldeyohannes HO et al., 2016 [30]
	Повышенная масса тела/Высокий ИМТ	McElroy SL et al., 2016 [26] Fornaro M et al., 2010 [41] Perugi G et al., 2006 [43] McElroy SL et al., 2011 [7] Wildes JE et al., 2007 [12] Tseng MM et al., 2017 [54] Tseng MM et al., 2016 [55] McAulay C et al., 2021 [60] Wildes JE et al., 2008 [42]
	Ожирение	McElroy SL et al., 2016 [26] McElroy SL et al., 2011 [7] Wildes JE et al., 2007 [12] McElroy SL et al., 2013 [33] McAulay C et al., 2021 [60] Wildes JE et al., 2008 [42]

Примечание: ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство, ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство, ИМТ — индекс массы тела.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основные результаты

В настоящем литературном обзоре предметной области был проведен анализ 4 систематических обзоров и 41 оригинального исследования. Предметом обзора являлась распространенность различных типов РПП среди пациентов с БАР I и II типов в контексте пола и клинических характеристик коморбидного течения данных расстройств. На основании результатов исследования было обнаружено, что уровень распространенности РПП среди пациентов с диагностированным БАР достигает 60%. Коморбидное течение БАР и РПП было ассоциировано с менее благоприятным прогнозом, более высокими уровнями суицидальных мыслей и попыток, бременем коморбидных расстройств, более высоким индексом массы тела (ИМТ), ожирением и метаболическими нарушениями.

Преимущества и ограничения исследования

Преимущества данного обзора включают изучение распространенности РПП при различных типах БАР и наоборот. Также особое внимание уделялось распространенности данных заболеваний в зависимости от пола. Исследование диагностических инструментов, использованных в оригинальных исследованиях, позволило уточнить типы распространенности и диагностические характеристики БАР и РПП.

Ограничения данного обзора связаны с широкими критериями включения, приводящими к гетерогенности рассматриваемых клинических форм РПП и БАР. Во-первых, не во всех работах указаны типы РПП и БАР, хотя связи между различными типами этих расстройств могут широко варьировать. Во-вторых, данные о распространенности РПП и БАР на протяжении жизни по-прежнему ограничены в связи с разнородностью диагностических критериев и изучаемых симптомов, что делает затруднительным формулирование окончательных выводов. Кроме того, оригинальные исследования, проанализированные в настоящем обзоре, и исследования, включенные в систематические обзоры, могут частично совпадать. Наконец, наличие лечения могло оказать влияние на уровни текущей распространенности, что, в свою очередь, могло повлиять на результаты данного обзора.

Сравнение с имеющимися литературными данными

Несмотря на высокую вариабельность результатов, распространенность коморбидного течения РПП и БАР оказалась достаточно высокой (до 60%) и значительно превышала распространенность этих расстройств в общей популяции, что соответствует сведениям предыдущих систематических обзоров [17–20]. Хотя данные о частоте встречаемости РПП среди пациентов с БАР I и II типов продемонстрировали противоречивые результаты. В исследовании Fornaro и соавт. распространенность РПП была несколько выше у пациентов с БАР II типа относительно пациентов с БАР I типа [17]. Это наблюдение может объясняться связанными с полом различиями в распространенности БАР как такового: БАР I типа одинаково часто отмечается у мужчин и женщин, тогда как распространенность БАР II типа среди женщин практически в два раза выше, чем среди мужчин [61]. В настоящем литературном обзоре предметной области более высокая распространенность РПП была обнаружена среди женщин, чем среди мужчин. Тем не менее показатели распространенности РПП среди мужчин с БАР следовали той же траектории, что и среди женщин, и были выше, чем таковые в общей популяции [62], указывая на большую уязвимость пациентов с БАР к развитию коморбидного РПП. Более того, ни в одной работе не проводилось изучение закономерностей, описывающих коморбидность различных типов РПП и БАР, со стратификацией по полу, что может быть связано с проблемой множественных сравнений при малых размерах выборки. Связь между РПП и БАР также объясняется сходством их феноменологии: оба расстройства характеризуются нарушениями пищевого поведения и эмоциональной регуляции [64]. Эти сходства обсуждаются ниже в свете имеющихся результатов.

Прежде всего, среди пациентов с РПП и БАР отмечаются высокие уровни суицидального мышления и намерений, а также самоповреждений [65, 66]. В частности, НА ассоциирована с повышенной частотой суицидов, а НБ — с высоким уровнем суицидальных мыслей и попыток [65, 66]. Еще одним важным предиктором осложненного коморбидного течения РПП и БАР служит ИМТ. Пациенты с коморбидными БАР и РПП часто страдают ожирением [9, 67, 68]. Как известно, общей чертой РПП и БАР является нарушение приема пищи, значимо ассоциированное с эпизодами

приступообразного переедания [64]. Интересен тот факт, что многие пациенты с РПП сообщают о приступообразном переедании в качестве попытки повысить фон настроения, поскольку переедание может временно облегчать тревогу и депрессивные симптомы [69]. Пациенты с БАР II типа часто стремятся улучшить сниженный фон настроения с помощью еды, алкоголя, наркотиков, физических упражнений и сексуальной активности [69]. Впрочем, дисрегуляция питания характерна не только для депрессивных фаз БАР, но и для гипомании [70]. Так, пациенты с симптомами гипомании демонстрируют менее упорядоченные и регулярные паттерны питания, которые коррелируют с тяжестью гипомании [70].

Согласно систематическому обзору Yuhan Karida Liu и соавт., распространенность ожирения среди пациентов с БАР (ИМТ ≥ 30 кг/м²) составляет 29,0% (95% ДИ=22,8–35,6%), что значительно превышает показатель в здоровой контрольной группе [71]. Кроме того, у пациентов с БАР наблюдается более высокая частота ожирения (41,4%) по сравнению с пациентами без этого расстройства (27,1%), а также значительно более высокие уровни триглицеридов и более низкие — липопротеинов высокой плотности [72]. Существуют исследования, согласно которым риск ожирения у пациентов с БАР предшествует началу приема лекарственных препаратов, из-за чего возникают сомнения относительно исключительного влияния лекарств на увеличение массы тела. К тому же, первые эпизоды приступообразного переедания позволяют прогнозировать увеличение массы тела, ассоциированное с приемом лекарств [73].

В дополнение к клиническим исследованиям имеется небольшое число семейных и генетических исследований, где изучалась взаимосвязь РПП и БАР. В частности, в нескольких работах у пациентов с РПП было выявлено наличие аффективных расстройств в семейном анамнезе [74, 75]. Также обнаружено, что распространенность аффективных расстройств среди родственников первой линии у пробандов с НА и/или НБ была выше, чем у пробандов с шизофренией и пограничным расстройством личности, но сходна с таковой у пациентов с БАР [76]. Некоторые генетические исследования также подтвердили связь между РПП и БАР: полногеномный поиск ассоциаций обнаружил однонуклеотидный полиморфизм в гене SOX2-OT (rs4854912) со вторичным пиком в прилежащем гене

FXR1 (rs1805576) на хромосоме 3q26.33 [8]. В другой экспериментальной работе сильная зависимость между РПП и БАР была выявлена при анализе связей генотипов и фенотипов, базировавшемся на данных исследований с полногеномным поиском ассоциаций [77]. Таким образом, можно предположить, что РПП и БАР обладают общими, хотя и все еще малоизученными патофизиологическими основами.

Помимо вышесказанного, коморбидное течение РПП и БАР затрудняет подбор лекарственных препаратов, поскольку лечение одного расстройства может отягощать симптомы другого [78]. Например, у пациента с недиагностированным БАР, получающего лечение антидепрессантами (в том числе флуоксетином) может возникать инверсия фаз, приводящая к развитию смешанного или (гипо-)маниакального эпизода. Более того, применение ряда стабилизаторов настроения и антипсихотиков ассоциировано с увеличением массы тела, что, в свою очередь, может увеличивать тяжесть расстройств пищевого поведения. В этом случае необходимо убедиться, что ни один из синдромов не усугубляется вследствие выбранного лечения, как напрямую, так и посредством побочных эффектов. Оптимальный вариант лечения может включать фармакологические агенты, благоприятно влияющие на оба расстройства путем стабилизации нарушений настроения без негативного действия на пищевое поведение [79].

Представлено несколько исследований, где в лечении РПП успешно применялись нормотимические средства [18, 80, 81]. В дополнение, в некоторых работах наблюдалось облегчение симптомов РПП у пациентов с аффективными расстройствами, нестабильностью фона настроения и импульсивностью, опосредованное более регулярным приемом пищи и способностью соблюдать диету [70, 82]. Таким образом, необходимо проводить скрининг РПП при наличии БАР (и наоборот), в особенности при раннем дебюте заболевания, поскольку это позволяет определить дальнейшую тактику лечения и улучшить клинические исходы.

Перспективы дальнейших исследований и практики здравоохранения

В дальнейших исследованиях особое внимание должно быть уделено стратификации участников по возрасту, поскольку РПП обычно манифестируют раньше

аффективных расстройств, что может увеличивать число ложноотрицательных результатов при диагностике БАР. Это, в свою очередь, свидетельствует о скудности литературных данных о хронологической связи между данными расстройствами. Также в будущем необходимо применение продольного дизайна в исследованиях, изучающих коморбидное течение РПП и БАР, с целью выявления временных закономерностей.

Вывод

Согласно результатам данного обзора, распространенность коморбидного течения РПП и БАР составляет 60%, что значительно превышает распространенность этих заболеваний в общей популяции. Коморбидное течение БАР и РПП связано с менее благоприятным прогнозом, более высокой частотой суицидальных мыслей и попыток, бременем коморбидных расстройств, более высоким ИМТ, ожирением и метаболическими нарушениями. Данные семейных и генетических исследований подтверждают связь между этими расстройствами. Тем не менее следует с осторожностью подходить к данным результатам в связи с широкими критериями включения, использованными в настоящем обзоре, приводящими к гетерогенности рассматриваемых форм РПП и БАР. В дальнейших исследованиях может потребоваться определение закономерностей коморбидного течения различных типов РПП и БАР со стратификацией по полу. В целях разработки адекватных стратегий лечения и улучшения клинических исходов целесообразно проведение скрининга для выявления РПП у пациентов с БАР, и наоборот.

История публикации

Статья поступила: 15.04.2023

Статья принята: 26.06.2023

Публикация: 29.06.2023

Вклад авторов: Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Исследование проведено при финансовой поддержке гранта РФФИ № 23-25-00379.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Яковлева Я.В., Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э. Распространенность расстройств пищевого поведения у пациентов с биполярным расстройством: обзор предметного поля // *Consortium Psychiatricum*. 2023. Т.4, №2. СР6338. doi: 10.17816/CP6338

Сведения об авторах

***Яна Викторовна Яковлева**, Клинический ординатор отделения социальной нейropsихиатрии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2526-0530>

E-mail: yanakov97@yandex.ru

Евгений Дмитриевич Касьянов, младший научный сотрудник, отделение социальной нейropsихиатрии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>

Галина Элевна Мазо, д.м.н., руководитель Института трансляционной психиатрии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

- Loftus J, Scott J, Vorspan F, Ickick R, Henry C, Gard S, Kahn JP, Leboyer M, Bellivier F, Etain B. Psychiatric comorbidities in bipolar disorders: an examination of the prevalence and chronology of onset according to sex and bipolar subtype. *Journal of Affective Disorders*. 2020;267:258-263. doi: 10.1016/j.jad.2020.02.035
- Serra G, Koukopoulos A, De Chiara L, Napoletano F, Koukopoulos AE, Curto M, Manfredi G, Faedda G, Girardi P, Baldessarini RJ. Features preceding diagnosis of bipolar versus major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2015;173:134-42. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.050
- Lutz M, Morali A, Lang JP. Atypical depression: clinical perspectives. *Encephale*. 2013;39(4):258-64. doi: 10.1016/j.encep.2012.08.008 French.
- McElroy SL, Kotwal R, Keck PE Jr, Akiskal HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *Journal of Affective Disorders*. 2005;86(2-3):107-27. doi: 10.1016/j.jad.2004.11.008
- Dignon A, Beardsmore A, Spain S, Kuan A. 'Why I won't eat': patient testimony from 15 anorexics concerning the causes of their disorder. *Journal of Health Psychology*. 2006;11(6):942-56. doi: 10.1177/1359105306069097
- Petry N, Vasconcelos FAG, Costa LDCF. Feelings and perceptions of women recovering from anorexia nervosa regarding their eating behavior. *Cad Saude Publica*. 2017;33(9):e00048716. doi: 10.1590/0102-311X00048716
- McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altshuler L, Leverich GS, Suppes T, Keck PE, Nolen WA, Kupka R, Post RM. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar

- disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2011;128(3):191-8. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.037
8. Liu X; Bipolar Genome Study (BiGS), Kelsoe JR, Greenwood TA. A genome-wide association study of bipolar disorder with comorbid eating disorder replicates the SOX2-OT region. *Journal of Affective Disorders*. 2016;189:141-9. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.029
 9. Segura-Garcia C, Caroleo M, Rania M, Barbuto E, Sinopoli F, Aloï M, Arturi F, De Fazio P. Binge eating disorder and bipolar spectrum disorders in obesity: psychopathological and eating behaviors differences according to comorbidities. *Journal of Affective Disorders*. 2017;208:424-430. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.005
 10. Fagiolini A, Chengappa KN, Soreca I, Chang J. Bipolar disorder and the metabolic syndrome: causal factors, psychiatric outcomes and economic burden. *CNS Drugs*. 2008;22(8):655-69. doi: 10.2165/00023210-200822080-00004
 11. Krüger S, Shugar G, Cooke RG. Comorbidity of binge eating disorder and the partial binge eating syndrome with bipolar disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 1996;19(1):45-52. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199601)19:1<45::AID-EAT6>3.0.CO;2-W
 12. Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A. Eating disorders and illness burden in patients with bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2007;48(6):516-21. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.05.012
 13. Tunçel ÖK, Sarısoy G, Bilgici B, Pazvantoğlu O, Çetin E, Tunçel EK. Adipocytokines and ghrelin level of bipolar patients from manic episode to euthymic episode. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2018;72(2):150-156. doi: 10.1080/08039488.2017.1402953
 14. Schorr M, Miller KK. The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management. *Nature Reviews Endocrinology*. 2017;13(3):174-186. doi: 10.1038/nrendo.2016.175
 15. Kulakova EN, Nastaushcheva TL, Kondratjeva IV. Scoping review methodology: history, theory and practice. *Current Pediatrics*. 2021;20(3):210-222. doi: 10.15690/vsp.v20i3/2271 Russian.
 16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*. 2018;169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850
 17. Fornaro M, Daray FM, Hunter F, Anastasia A, Stubbs B, De Berardis D, Shin JI, Husain MI, Dragioti E, Fusar-Poli P, Solmi M, Berk M, Vieta E, Carvalho AF. The prevalence, odds and predictors of lifespan comorbid eating disorder among people with a primary diagnosis of bipolar disorders, and vice-versa: systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021;280(Pt A):409-431. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.015
 18. Álvarez Ruiz EM, Gutiérrez-Rojas L. Comorbidity of bipolar disorder and eating disorders. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. 2015;8(4):232-41. doi: 10.1016/j.rpsm.2014.12.001 English, Spanish.
 19. McDonald CE, Rossell SL, Phillipou A. The comorbidity of eating disorders in bipolar disorder and associated clinical correlates characterised by emotion dysregulation and impulsivity: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2019;259:228-243. doi: 10.1016/j.jad.2019.08.070
 20. Thiebaut S, Godart N, Radon L, Courtet P, Guillaume S. Crossed prevalence results between subtypes of eating disorder and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *Encephale*. 2019;45(1):60-73. doi: 10.1016/j.encep.2018.06.001
 21. Lee Y, Lee D, Jung H, Cho Y, Baek JH, Hong KS. Heterogeneous early illness courses of Korean patients with bipolar disorders: replication of the staging model. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):684. doi: 10.1186/s12888-022-04318-y
 22. Karanti A, Kardell M, Joas E, Runeson B, Pålsson E, Landén M. Characteristics of bipolar I and II disorder: a study of 8766 individuals. *Bipolar Disorders*. 2020;22(4):392-400. doi: 10.1111/bdi.12867
 23. Balzafigo DR, Rasgon NL, Yuen LD, Shah S, Kim H, Goffin KC, Miller S, Wang PW, Ketter TA. Lifetime eating disorder comorbidity associated with delayed depressive recovery in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorder*. 2017;5(1):25. doi: 10.1186/s40345-017-0094-4
 24. Bobo WV, Na PJ, Geske JR, McElroy SL, Frye MA, Biernacka JM. The relative influence of individual risk factors for attempted suicide in patients with bipolar I versus bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2018;225:489-494. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.076
 25. Boulanger H, Tebeka S, Girod C, Lloret-Linares C, Meheust J, Scott J, Guillaume S, Courtet P, Bellivier F, Delavest M. Binge eating behaviours in bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2018;225:482-488. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.068
 26. McElroy SL, Crow S, Blom TJ, Biernacka JM, Winham SJ, Geske J, Cuellar-Barboza AB, Bobo WV, Prieto ML, Veldic M, Mori N, Seymour LR, Bond DJ, Frye MA. Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2016;191:216-21. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.010
 27. Berkol TD, İslam S, Kırılı E, Pınarbaşı R, Özyıldırım İ. Suicide attempts and clinical features of bipolar patients. *Saudi Medical Journal*. 2016;37(6):662-7. doi: 10.15537/Smj.2016.6.12776
 28. Holtzman JN, Miller S, Hooshmand F, Wang PW, Chang KD, Goffin KC, Hill SJ, Ketter TA, Rasgon NL. Gender by onset age interaction may characterize distinct phenotypic subgroups in bipolar patients. *Journal of Psychiatric Research*. 2016;76:128-35. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.009
 29. Goffin KC, Dell'Osso B, Miller S, Wang PW, Holtzman JN, Hooshmand F, Ketter TA. Different characteristics associated with suicide attempts among bipolar I versus bipolar II disorder patients. *Journal of Psychiatric Research*. 2016;76:94-100. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.006
 30. Woldeyohannes HO, Soczynska JK, Maruschak NA, Syeda K, Wium-Andersen IK, Lee Y, Cha DS, Xiao HX, Gallagher LA, Dale RM, Alsuwaidan MT, Mansur RB, Muzina DJ, Carvalho AF, Jerrell J, Kennedy S, McIntyre RS. Binge eating in adults with mood disorders: results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *Obesity Research & Clinical Practice*. 2016;10(5):531-543. doi: 10.1016/j.orcp.2015.10.002
 31. Baek JH, Cha B, Moon E, Ha TH, Chang JS, Kim JH, Choi JE, Kang BJ, Hong KS, Ha K. The effects of ethnic, social and cultural factors on axis I comorbidity of bipolar disorder: results from the clinical setting in Korea. *Journal of Affective Disorders*. 2014;166:264-9. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.027
 32. Nery FG, Miranda-Scippa A, Nery-Fernandes F, Kapczinski F, Lafer B. Prevalence and clinical correlates of alcohol use disorders among bipolar disorder patients: results from the Brazilian Bipolar Research Network. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(5):1116-21. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.02.006
 33. McElroy SL, Crow S, Biernacka JM, Winham S, Geske J, Cuellar Barboza AB, Prieto ML, Chauhan M, Seymour LR, Mori N, Frye MA. Clinical phenotype of bipolar disorder with comorbid

- binge eating disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2013;150(3):981-6. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.024
34. Perugi G, Medda P, Reis J, Rizzato S, Giorgi Mariani M, Mauri M. Clinical subtypes of severe bipolar mixed states. *Journal of Affective Disorders*. 2013;151(3):1076-82. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.037
 35. Azorin JM, Belzeaux R, Kaladjian A, Adida M, Hantouche E, Lancrenon S, Fakra E. Risks associated with gender differences in bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2013;151(3):1033-40. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.031
 36. Gao K, Wang Z, Chen J, Kemp DE, Chan PK, Conroy CM, Serrano MB, Ganocy SJ, Calabrese JR. Should an assessment of Axis I comorbidity be included in the initial diagnostic assessment of mood disorders? Role of QIDS-16-SR total score in predicting number of Axis I comorbidity. *Journal of Affective Disorders*. 2013;148(2-3):256-64. doi: 10.1016/j.jad.2012.12.004
 37. Seixas C, Miranda-Scippa A, Nery-Fernandes F, Andrade-Nascimento M, Quarantini LC, Kapczinski F, Oliveira IR. Prevalence and clinical impact of eating disorders in bipolar patients. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2012;34(1):66-70.
 38. Schoofs N, Chen F, Bräunig P, Stamm T, Krüger S. Binge eating disorder and menstrual cycle in unmedicated women with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2011;129(1-3):75-8. doi: 10.1016/j.jad.2010.08.016
 39. Brietzke E, Moreira CL, Toniolo RA, Lafer B. Clinical correlates of eating disorder comorbidity in women with bipolar disorder type I. *Journal of Affective Disorders*. 2011;130(1-2):162-5. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.020
 40. Baek JH, Park DY, Choi J, Kim JS, Choi JS, Ha K, Kwon JS, Lee D, Hong KS. Differences between bipolar I and bipolar II disorders in clinical features, comorbidity, and family history. *Journal of Affective Disorders*. 2011;131(1-3):59-67. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.020
 41. Fornaro M, Perugi G, Gabrielli F, Prestia D, Mattei C, Vinciguerra V, Fornaro P. Lifetime co-morbidity with different subtypes of eating disorders in 148 females with bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2010;121(1-2):147-51. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.007
 42. Wildes JE, Marcus MD, Fagioli A. Prevalence and correlates of eating disorder co-morbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 2008;161(1):51-8. doi: 10.1016/j.psychres.2007.09.003
 43. Perugi G, Toni C, Passino MC, Akiskal KK, Kaprinis S, Akiskal HS. Bulimia nervosa in atypical depression: the mediating role of cyclothymic temperament. *Journal of Affective Disorders*. 2006;92(1):91-7. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.038
 44. Pashinian A, Faragian S, Levi A, Yeghyan M, Gasparyan K, Weizman R, Weizman A, Fuchs C, Poyurovsky M. Obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder patients with first manic episode. *Journal of Affective Disorders*. 2006;94(1-3):151-6. doi: 10.1016/j.jad.2006.03.022
 45. Ramacciotti CE, Paoli RA, Marcacci G, Piccinni A, Burgalassi A, Dell'Osso L, Garfinkel PE. Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders. *Psychiatry Research*. 2005;135(2):165-70. doi: 10.1016/j.psychres.2004.04.014
 46. Baldassano CF, Marangell LB, Gyulai L, Ghaemi SN, Joffe H, Kim DR, Sagduyu K, Truman CJ, Wisniewski SR, Sachs GS, Cohen LS. Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disorders*. 2005;7(5):465-70. doi: 10.1111/j.1399-5618.2005.00237.x
 47. MacQueen GM, Marriott M, Begin H, Robb J, Joffe RT, Young LT. Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2003;5(5):349-55. doi: 10.1034/j.1399-5618.2003.00048.x
 48. Vieta E, Colom F, Corbella B, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disorders*. 2001;3(5):253-8.
 49. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, Nolen WA, Kupka RW, Leverich GS, Rochusse JR, Rush AJ, Post RM. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(3):420-6. doi: 10.1176/appi.ajp.158.3.420
 50. Pini S, Dell'Osso L, Mastrocinque C, Marcacci G, Papanogli A, Vignoli S, Pallanti S, Cassano G. Axis I comorbidity in bipolar disorder with psychotic features. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 1999;175:467-71. doi: 10.1192/bjp.175.5.467
 51. Edmonds LK, Mosley BJ, Admiraal AJ, Olds RJ, Romans SE, Silverstone T, Walsh AE. Familial bipolar disorder: preliminary results from the Otago Familial Bipolar Genetic Study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1998;32(6):823-9. doi: 10.3109/00048679809073872
 52. Radon L, Lam CBK, Letranchant A, Hirot F, Guillaume S, Godart N. Bipolar disorders in severe anorexia nervosa: prevalence and relationships. *Eat and Weight Disorders*. 2022;27(3):1063-1075. doi: 10.1007/s40519-021-01215-3
 53. Thiebaut S, Jaussent I, Maimoun L, Beziat S, Seneque M, Hamroun D, Lefebvre P, Godart N, Renard E, Courtet P, Guillaume S. Impact of bipolar disorder on eating disorders severity in real-life settings. *Journal of Affective Disorders*. 2019;246:867-872. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.128
 54. Tseng MM, Chang CH, Liao SC, Chen HC. Comparison of associated features and drug treatment between co-occurring unipolar and bipolar disorders in depressed eating disorder patients. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):81. doi: 10.1186/s12888-017-1243-0
 55. Tseng MM, Chang CH, Chen KY, Liao SC, Chen HC. Prevalence and correlates of bipolar disorders in patients with eating disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2016;190:599-606. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.062
 56. Welch E, Jangmo A, Thornton LM, Norring C, von Hausswolff-Juhlin Y, Herman BK, Pawaskar M, Larsson H, Bulik CM. Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry*. 2016;16:163. doi: 10.1186/s12888-016-0840-7
 57. Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdureau F, Lang F, Venisse JL, Halfon O, Bizouard P, Loas G, Corcos M, Jeammet P, Flament MF. Mood disorders in eating disorder patients: prevalence and chronology of ONSET. *Journal of Affective Disorders*. 2015;185:115-22. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.039
 58. Campos RN, Dos Santos DJ, Cordás TA, Angst J, Moreno RA. Occurrence of bipolar spectrum disorder and comorbidities in women with eating disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*. 2013;1:25. doi: 10.1186/2194-7511-1-25
 59. Lilenfeld LR, Ringham R, Kalarchian MA, Marcus MD. A family history study of binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49(3):247-54. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.10.001

60. McAulay C, Mond J, Outhred T, Malhi GS, Touyz S. Eating disorder features in bipolar disorder: clinical implications. *Journal of Mental Health*. 2021;1-11. doi: 10.1080/09638237.2021.1875401
61. Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2015;40(4):219-221. doi: 10.1503/jpn.150205
62. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, Wan Y, Li C, Yu D. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*. 2022;27(2):415-428. doi: 10.1007/s40519-021-01162-z
63. Benazzi F. Prevalence of bipolar II disorder in atypical depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1999;249(2):62-5. doi: 10.1007/s004060050067
64. Obeid S, Chok A, Sacre H, Haddad C, Tahan F, Ghanem L, Azar J, Hallit S. Are eating disorders associated with bipolar disorder type I? Results of a Lebanese case-control study. *Perspectives of Psychiatric Care*. 2021;57(1):326-334. doi: 10.1111/ppc.12567
65. Cliffe C, Seyedsalehi A, Vardavoulia K, Bittar A, Velupillai S, Shetty H, Schmidt U, Dutta R. Using natural language processing to extract self-harm and suicidality data from a clinical sample of patients with eating disorders: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2021;11(12):e053808. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053808
66. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*. 2006;26(6):769-82. doi: 10.1016/j.cpr.2006.04.001
67. McElroy SL, Keck PE Jr. Obesity in bipolar disorder: an overview. *Current Psychiatry Reports*. 2012;14(6):650-8. doi: 10.1007/s11920-012-0313-8
68. Amianto F, Lavagnino L, Leombruni P, Gastaldi F, Daga GA, Fassino S. Hypomania across the binge eating spectrum. A study on hypomanic symptoms in full criteria and sub-threshold binge eating subjects. *Journal of Affective Disorders*. 2011;133(3):580-3. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.049
69. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatric Clinics of North America*. 2002;25(4):713-37. doi: 10.1016/s0193-953x(02)00023-0
70. Buyukkurt A, Bourguignon C, Antinora C, Farquhar E, Gao X, Passarella E, Sibthorpe D, Gou K, Saury S, Beaulieu S, Storch KF, Linnaranta O. Irregular eating patterns associate with hypomanic symptoms in bipolar disorders. *Nature Neuroscience*. 2021;24(1):23-34. doi: 10.1080/1028415X.2019.1587136
71. Liu YK, Ling S, Lui LMW, Ceban F, Vinberg M, Kessing LV, Ho RC, Rhee TG, Gill H, Cao B, Mansur RB, Lee Y, Rosenblatt J, Teopiz KM, McIntyre RS. Prevalence of type 2 diabetes mellitus, impaired fasting glucose, general obesity, and abdominal obesity in patients with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022;300:449-461. doi: 10.1016/j.jad.2021.12.110
72. Sicras A, Rejas J, Navarro R, Serrat J, Blanca M. Metabolic syndrome in bipolar disorder: a cross-sectional assessment of a Health Management Organization database. *Bipolar Disorders*. 2008;10(5):607-16. doi: 10.1111/j.1399-5618.2008.00599.x
73. McAulay C, Hay P, Mond J, Touyz S. Eating disorders, bipolar disorders and other mood disorders: complex and under-researched relationships. *Journal of Eating Disorders*. 2019;7:32. doi: 10.1186/s40337-019-0262-2
74. Cantwell DP, Sturzenberger S, Burroughs J, Salkin B, Green JK. Anorexia nervosa. An affective disorder? *Archives of General Psychiatry*. 1977;34(9):1087-93. doi: 10.1001/archpsyc.1977.01770210101009
75. Winokur A, March V, Mendels J. Primary affective disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 1980;137(6):695-8. doi: 10.1176/ajp.137.6.695
76. Hudson JI, Pope HG Jr, Jonas JM, Yurgelun-Todd D. Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*. 1983;142:133-8. doi: 10.1192/bjp.142.2.133
77. Breuer R, Mattheisen M, Frank J, Krumm B, Treutlein J, Kassem L, Strohmaier J, Herms S, Mühleisen TW, Degenhardt F, Cichon S, Nöthen MM, Karypis G, Kelsoe J, Greenwood T, Nievergelt C, Shilling P, Shekhtman T, Edenberg H, Craig D, Szelinger S, Nurnberger J, Gershon E, Alliey-Rodriguez N, Zandi P, Goes F, Schork N, Smith E, Koller D, Zhang P, Badner J, Berrettini W, Bloss C, Byerley W, Coryell W, Foroud T, Guo Y, Hipolito M, Keating B, Lawson W, Liu C, Mahon P, McInnis M, Murray S, Nwulia E, Potash J, Rice J, Scheftner W, Zöllner S, McMahon FJ, Rietschel M, Schulze TG. Detecting significant genotype-phenotype association rules in bipolar disorder: market research meets complex genetics. *International Journal of Bipolar Disorders*. 2018;6(1):24. doi: 10.1186/s40345-018-0132-x
78. Álvarez Ruiz EM, Gutiérrez-Rojas L. Comorbidity of bipolar disorder and eating disorders. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. 2015;8(4):232-41. doi: 10.1016/j.rpsm.2014.12.001
79. Lunde AV, Fasmer OB, Akiskal KK, Akiskal HS, Oedegaard KJ. The relationship of bulimia and anorexia nervosa with bipolar disorder and its temperamental foundations. *Journal of Affective Disorders*. 2009;115(3):309-14. doi: 10.1016/j.jad.2008.10.012
80. Gross HA, Ebert MH, Faden VB, Goldberg SC, Nee LE, Kaye WH. A double-blind controlled trial of lithium carbonate primary anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1981;1(6):376-81. doi: 10.1097/00004714-198111000-00005
81. Marilov VV, Sologub MB. Comparative effectiveness of mood stabilizers in the complex therapy of bulimia nervosa. *The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2010;110(1):59-61. Russian.
82. Pruccoli J, Rosa S, Bergonzini L, Parmeggiani A. Lithium treatment in children and adolescents with anorexia nervosa: clinical use, side effects and tolerability. *Rivista di Psichiatria*. 2022;57(4):198-202. doi: 10.1708/3855.38385

Перспектива включения нутрициолога в полипрофессиональную команду при работе с людьми с расстройствами пищевого поведения в Российской Федерации

Possible role of nutritionists in multi-disciplinary teams managing patients with eating disorders in the Russian Federation

doi: 10.17816/CP6136

Мнение

Anna Kamitova^{1,2,3}

¹ *Weight and Eating Behavior Normalization Center*

"YOU can eat", Moscow, Russia

² *National Academy of Additional Professional Education, Moscow, Russia*

³ *LLC "Knowledge League Institute", Krasnodar, Russia*

Анна Камитова^{1,2,3}

¹ *Центр нормализации веса и пищевого поведения*

«МОЖНО Есть», Москва, Россия

² *Национальная академия дополнительного профессионального образования, Москва, Россия*

³ *ООО «Институт Лига Знаний», Краснодар, Россия*

ABSTRACT

The goal of this publication was to weigh the benefits of including a nutritionist in a team of specialists managing patients with eating disorders (EDs). The article describes the professional status of nutritionists as of the first half of 2023, as well as their field of competence and limitations. The nutritionist is intended to play an auxiliary role in the team, primarily assisting the patient in following the recommendations of the attending physician(s). A nutritionist can also take preventive action by educating the population on the importance of good nutrition.

АННОТАЦИЯ

Цель публикации — показать возможные варианты включения нутрициолога в команду специалистов, которая работает с людьми с расстройствами пищевого поведения (РПП). В статье описывается статус профессии «нутрициолог» по состоянию на первую половину 2023 г., также обозначаются границы компетенции и ограничения специальности. Предполагаемая роль нутрициолога в команде будет вспомогательной, выражающейся в основном в помощи больному в выполнении рекомендаций лечащего врача/врачей. Также нутрициолог может осуществлять профилактическую деятельность, заключающуюся в информировании населения о важности полноценного питания.

Keywords: *eating disorders; nutritional science; nutritionist*

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения; нутрициология; нутрициолог*

На данный момент в Российской Федерации нет профессионального стандарта по специальности «нутрициолог». В тоже самое время уже существуют специалисты и даже профессиональные организации, которые сферой своей деятельности избрали

нутрициологию. Силами сотрудников ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологий», членов общественного объединения «Нутрициологи России» и представителей Российского союза нутрициологов, диетологов и специалистов пищевой индустрии (РОСНДП) ведется

активная работа над созданием проекта профессионального стандарта.

Нутрициология — это наука о пище, пищевых веществах и других компонентах, содержащихся в продуктах питания, их действии и взаимодействии, а также их роли в поддержании здоровья или возникновении заболеваний. Эта область знаний активно развивается в данный момент и включает в себя исследование процессов потребления, усвоения, переноса, утилизации и выведения нутриентов из организма. Также нутрициология изучает мотивы выбора пищи человеком, и как этот выбор влияет на его здоровье¹.

Нутрициолог — специалист, который помогает клиенту воплотить в жизнь принципы рационального питания. Также он может заниматься просвещением населения, участвовать в проведении научных исследований, сотрудничать с другими специалистами: диетологами, гастроэнтерологами, эндокринологами, психиатрами, психологами, спортивными тренерами, пищевыми технологами и др.

Пока профессиональный стандарт не принят, нутрициологи в своей работе опираются на Федеральный закон от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ № 323-ФЗ)². Этот федеральный закон определяет то, что является медицинской услугой и вмешательством, а что не является таковым. Понимание данного разграничения важно, поскольку профессия нутрициолог не является медицинской специальностью. Соответственно, нутрициолог не имеет права на осуществление медицинской деятельности.

Также нутрициолог может опираться на Кодекс профессиональной этики нутрициолога Российской Федерации Общественного объединения «Нутрициологи России» (Кодекс)³. Данный Кодекс состоит из 9 статей и включает в себя: преамбулу; знание профессиональной этики; ограничение профессиональной компетентности; ограничение применяемых средств; профессиональное развитие; уважение к клиенту;

сохранение конфиденциальности; рамки профессиональной деятельности нутрициолога; вопросы, не входящие в профессиональную компетенцию нутрициолога и нарушение Кодекса.

Согласно Кодексу, нутрициолог:

- знакомит клиентов с правилами здорового питания;
- информирует о влиянии на здоровье нехватки или избытка нутриентов;
- информирует о группах пищевых продуктов, которые следует включать в ежедневный рацион;
- обучает анализу информации, размещаемой производителями на упаковках продуктов питания;
- осуществляет анализ питания и антропометрические измерения;
- дает пример меню клиенту, а выбор конкретных продуктов лежит в зоне ответственности клиента;
- помогает воплотить в повседневной жизни рекомендации лечащего врача при наличии таковых³.

Нутрициолог обязан:

- осуществлять практическую деятельность в рамках собственной компетентности, основанной на полученном образовании и опыте;
- повышать уровень своей профессиональной компетенции, осведомленность в области нутрициологии и в сфере питания;
- с уважением относиться к клиенту независимо от его социального статуса, национальности, вероисповедания, принадлежности, расы, пола, возраста, сексуальной ориентации и пр.;
- соблюдать конфиденциальность.³

Нутрициолог не является специалистом альтернативной медицины и не может рекомендовать клиентам схемы биологически активных добавок или «протоколы питания» для лечения заболеваний, программы детоксикации, голодание, в том числе интервальное,

1 Мартинчик А.Н. Общая нутрициология: Учебное пособие /А.Н.Мартинчик, И.В.Маев, О.О.Янушевич. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 392 с., илл.

2 Федеральный закон от 21 ноября 2022 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе.

3 Кодекс профессиональной этики ОО «Нутрициологи России». Принят на первом онлайн собрании общественного объединения «Нутрициологи России» 20 февраля 2020 г., ред. от 28 декабря 2021 г. Электронный ресурс <https://nutritiologists.ru/code-of-ethics>. [Дата обращения 15.05.2023].

исключение групп пищевых продуктов. Также нутрициолог не направляет на анализы и не интерпретирует результаты лабораторных исследований, не назначает и не отменяет клиенту лекарственные препараты. Перечисленные действия являются не только грубым нарушением Кодекса, но и нарушением ФЗ № 323-ФЗ².

В Российской Федерации существует нехватка диетологов, количество врачей не покрывает потребности населения страны. На 247 тысяч человек приходится один врач при нормативе один специалист на 25 тысяч граждан⁴. На 17-м Всероссийском конгрессе диетологов и нутрициологов с международным участием заместитель главного внештатного диетолога Минздрава России Алла Владимировна Погожева озвучила необходимость увеличения штата⁵.

Следствием нехватки диетологов в Российской Федерации может стать рост алиментарно-зависимых заболеваний, а также искажение понимания сути рационального питания у населения. Последнее, в свою очередь, может повлечь повышенный интерес к «модным» диетам и увеличить общее количество пациентов с диагнозом расстройства пищевого поведения (РПП). В 2018 г. Федеральной службой статистики было проведено выборочное наблюдение рациона питания россиян. Согласно опубликованным данным, 48,8% лиц в возрасте 14 лет и старше указали, что они имеют одно или несколько заболеваний (состояний), связанных с питанием⁶.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 г. N 920н⁷ не регламентировано время, которое выделяется на прием одного пациента. Согласно Положению об организации деятельности врача-диетолога⁸, в должностные обязанности диетолога, помимо консультации больных по лечебному и рациональному питанию, входит:

- организация лечебного питания в учреждениях здравоохранения;
- осуществление контроля за пищеблоком, включая подготовку необходимых документов, проверку правильности хранения продуктов питания;
- консультирование врачей по вопросам лечебного питания;
- проведение анализа эффективности лечебного питания;
- определение перечня и количества продуктовых домашних передач у больного в ЛПУ;
- организация повышения уровня квалификации работников пищеблока по вопросам лечебного питания;
- проведение санитарно-просветительской работы по лечебному и рациональному питанию для всех сотрудников ЛПУ и пр.⁸

Вследствие возможного дефицита времени, отведенного на прием, могут быть затруднения в обсуждении с пациентом стратегии внедрения определенных пищевых привычек и модификации образа жизни. В таком случае на помощь приходят нутрициологи, которые занимаются с клиентами реализацией в жизнь назначений врача. Диетолог и нутрициолог могут эффективно работать в тандеме, находясь на связи и обмениваясь информацией о ходе процесса и краткими результатами консультаций. Так, например, в Клинике Фомина (ООО «КДФ-Запад»), уже налажено совместное ведение пациентов в связке «гастроэнтеролог-нутрициолог».

В связи с обозначенными выше проблемами в виде нехватки диетологов и их основном профиле деятельности представляется перспективным использование услуг нутрициологов для помощи пациентам с РПП, где особую роль в терапии играет восстановление

4 России угрожает дефицит диетологов. Практическая диетология. Электронный ресурс <https://www.praktik-dietolog.ru/news/15.html>. [Дата обращения 15.05.2023].

5 Белова И. В России пока не удалось устранить нехватку диетологов. Российская газета, 2018. Электронный ресурс <https://rg.ru/2018/10/29/reg-cfo/v-rossii-poka-ne-udalos-ustranit-nehvatku-dietologov.html>. [Дата обращения 15.05.2023].

6 Выборочное наблюдение рациона питания населения 2018. Электронный ресурс https://www.gks.ru/free_doc/new_site/food18/index.html. [Дата обращения 15.05.2023].

7 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 920н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология».

8 Положение об организации деятельности врача-диетолога (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. N 330).

здорового питания. Согласно Кодексу, если клиент имеет заболевание, то работа с ним допустима только после разрешения лечащего врача (ст. 2.4)³. Нутрициолог помогает воплотить в повседневной жизни принципы рационального, сбалансированного питания и рекомендации лечащего врача (ст. 7.11)³. При отсутствии психологического образования запрещено оказывать консультацию по вопросам, связанным с нарушениями пищевого поведения (ст. 8.6)³.

Соответственно, нутрициолог не имеет права осуществлять работу с человеком с РПП, если клиент не получает медицинскую помощь. Нутрициолог должен помнить о границах своих компетенций и не выходить за эти рамки. Можно сделать предположение, что его роль при работе в паре с врачом или в составе полипрофессиональной команды будет вспомогательной.

Функции нутрициолога могут включать:

- создание разнообразия в рационе клиента;
- включение новых методов кулинарной обработки продуктов, предложение различных рецептов;
- помощь клиенту в выполнении рекомендаций лечащего врача;
- обучение организации питания и закупки продуктов;
- планирование приемов пищи;
- развенчивание мифов о продуктах питания, в том числе хемофобных представлений;
- помощь в мониторинге физической активности и сна;
- помощь клиенту в распознавании возвращения симптомов как можно скорее, чтобы предотвратить рецидив.

Предполагается, что при подозрении на рецидив нутрициолог перенаправляет клиента к врачу.

При нервной анорексии диетолог или гастроэнтеролог определяет индивидуальные потребности пациента в энергии и нутриентах, разрабатывает план питания, который позволяет пациенту удовлетворить их. Нутрициолог может играть вспомогательную функцию после восстановления веса клиента с нервной анорексией.

В случае, если у клиента диагностирована нервная булимия, нутрициолог может оказать помощь в поддержке позитивных пищевых паттернов после устранения компенсаторного поведения:

- есть пищу приборами, а не руками;
- разогревать еду перед ее употреблением;
- заранее планировать приемы пищи;
- допускать нормальное количество жира в еде;
- включать в рацион все группы продуктов;
- иметь 1-3 перекуса в день в добавок к основным приемам пищи.

При компульсивном переедании нутрициолог может играть вспомогательную роль после существенного сокращения эпизодов компульсивного переедания и поддерживать изменения:

- помогать клиенту замечать голод и насыщение;
- оказывать поддержку при планировании приемов пищи;
- напоминать о важности здорового питания и о вреде голодания.

Одной из важных задач нутрициолога может стать профилактика РПП посредством просвещения населения. Для решения данной задачи специалист выполняет следующее:

- объясняет последствия голодания и очистительного поведения;
- говорит о необходимости макро- и микронутриентов, достаточной энергетической ценности питания;
- обучает клиента основам сбалансированного рациона;
- поощряет разнообразное и вкусное меню, включение в него продуктов из всех категорий;
- развеивает мифы о питании;
- проводит разъяснительные беседы с клиентами с запросом на неадекватное снижение веса;
- при подозрении на РПП перенаправляет клиента к психиатру.

Таким образом, в будущем нутрициолог может стать частью полипрофессиональной команды, которая работает с людьми с РПП. Для осуществления этой инициативы безусловно важно принятие профессионального стандарта. Работа нутрициолога должна осуществляться строго в рамках компетенций с осознанием ограничений применяемых средств. Основная часть деятельности будет приходиться на профилактические мероприятия, а взаимодействие с людьми с РПП может происходить лишь в составе полипрофессиональной команды.

История публикации:

Статья поступила: 06.12.2023

Статья принята: 04.05.2023

Опубликована онлайн: 08.06.2023

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Камитова А.В. Перспектива включения нутрициолога в полипрофессиональную команду при работе

с людьми с расстройствами пищевого поведения в Российской Федерации // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №2.СР6136. doi: 10.17816/CP6136

Информация об авторе

***Анна Владимировна Камитова**, нутрициолог, Центр нормализации веса и пищевого поведения «МОЖНО Есть»; преподаватель, Национальная академия дополнительного профессионального образования; преподаватель, ООО «Институт Лига Знаний»; ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6717-4359>, Researcher ID: HNQ-4041-2023
E-mail: anna@kamitova.com

*автор, ответственный за переписку

Прегорексия: стратегия психотерапии при расстройстве пищевого поведения у беременных женщин

Pregorexia: A Psychotherapy Strategy for Eating Disorders in Pregnant Women

doi: 10.17816/CP6642

Информация

Natalya Fomicheva

ANO Center for Applied Research Russian Society of Psychosomatics, Moscow, Russia

Наталья Фомичева

АНО «Центр прикладных исследований “Русское общество психосоматики”», Москва, Россия

ABSTRACT

Pregorexia refers to an eating disorder observed in pregnant women characterized by the adoption of extreme dieting and workout regime during pregnancy meant to ward off weight gain and keep body shape under control. Psychological factors such as a distortion of how one perceives their own body, concerns about visible signs of pregnancy, and fear of gaining weight have been identified as some of the underlying causes of pregorexia. This condition may have detrimental effects, such as stunted fetal growth, spontaneous miscarriage, and development of anemia by the pregnant woman.

АННОТАЦИЯ

Прегорексия — расстройство пищевого поведения у беременных женщин, проявляющееся в ограничениях в питании и увеличении физических нагрузок в период беременности для контроля веса и объемов тела. В качестве психологических причин прегорексии отмечаются нарушения образа тела, беспокойство по поводу внешних признаков беременности и страх набора веса. Негативные последствия прегорексии могут проявляться в задержках внутриутробного развития плода, спонтанных самопроизвольных абортах, развитии анемии у женщины.

Keywords: *pregorexia; eating disorders; pregnancy; body image*

Ключевые слова: *прегорексия; расстройства пищевого поведения; беременность; образ тела*

ВВЕДЕНИЕ

Прегорексия — это расстройство пищевого поведения, развивающееся у женщин в период беременности и постродовой период и проявляющееся в ограничениях в питании, компенсаторном поведении (вызывание рвоты, употребление диуретиков или слабительных препаратов) и увеличении физических нагрузок в пре- и постнатальный периоды для контроля веса и объемов тела [1]. На сегодняшний день, несмотря на то что прегорексия является серьезным нарушением, имеющим пролонгированные последствия

как для самой женщины, так и для ее ребенка, существует ряд проблем как с диагностикой, так и с возможными стратегиями психотерапевтического лечения [2]. В МКБ-11 и DSM-5 прегорексия относится к категории «неуточненные/другие расстройства пищевого поведения» [3, 4].

Распространенность прегорексии (по данным имеющихся исследований от 0,6% до 27,8%) [5] и недостаточность ее своевременной диагностики могут оказывать негативное влияние на течение беременности, приводить к нарушениям развития плода

и ухудшению физического состояния беременных, в частности, среди рисков у беременной можно выделить обезвоживание, нарушения в работе сердечно-сосудистой системы. Среди последствий прегорексии также необходимо отметить плацентарную недостаточность, приводящую к замершей беременности и выкидышам, преждевременные роды, гипотрофия новорожденных, омфалоцеле и гастрошизис у младенца, дефекты нервной трубки, в том числе анэнцефалия [6].

Место прегорексии в структуре нарушений пищевого поведения:

Отсутствие достаточного количества эпидемиологических исследований прегорексии не позволяет точно определить частоту возникновения данного расстройства. Отмечается, что у 25% беременных есть отдельные признаки нарушения пищевого поведения, а распространенность расстройств пищевого поведения среди них достигает 5-7,5% [7].

К факторам риска, увеличивающим вероятность развития прегорексии в пре- и постнатальный период, относят [8]:

- наличие эпизодов нарушений или расстройств пищевого поведения в анамнезе;
- наличие других психических расстройств, таких как депрессивные эпизоды, тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство;
- наличие эпизодов сексуализированного и/или физического насилия в прошлом;
- нарушенный образ тела (телесное дисморфическое расстройство);
- незапланированность беременности;
- наличие аддикций;
- отсутствие социальной поддержки в период беременности.

Помимо факторов риска, связанных с индивидуально-психологическими и физиологическими особенностями, необходимо отметить средовое влияние, которому подвергаются беременные женщины. Окружение беременной, как ближайшее, так и расширенное, а также средства массовой информации транслируют идеи о необходимости постоянного контроля за весом и объемами тела, невозможности доверять внутренним ощущениям и переживаниям, обязательности сохранения внешней привлекательности и соответствия стандартам красоты. В постнатальный период развитие прегорексии может быть спровоцировано

давлением со стороны окружающих по поводу необходимости скорейшего возврата к «добеременному» телу с одновременным сохранением грудного вскармливания и фокусировкой на удовлетворении потребностей младенца. Противоречащие друг другу послания о необходимости быть одновременно идеальной матерью и идеальной женщиной приводят к хроническому эмоциональному стрессу, что влечет за собой использование ограничений в питании, очистительных практик, компульсивной физической активности в качестве инструментов эмоциональной саморегуляции.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРЕГОРЕКСИИ

В силу недостаточной изученности возможностей психотерапии прегорексии как отдельного нарушения пищевого поведения рекомендуется использование когнитивно-бихевиоральной терапии (CBT-AN, CBT-E) [The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders]. В собственной практике мы с коллегами также используем методы терапии принятия и ответственности (ACT), диалектико-бихевиоральной терапии (DBT), а также методы экспрессивной терапии (арт-терапевтический подход) и семейное/партнерское консультирование [9].

Личный опыт и опыт моих коллег в рамках психотерапевтической работы с прегорексией показывают целесообразным выделение следующих мишеней психотерапевтического воздействия:

- образ тела, включающий в себя interoцептивную осознанность, эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты, восприятие своего тела в пространстве; быстрые и зачастую плохо предсказуемые изменения образа тела в процессе беременности и постродового периода могут вызывать серьезные эмоциональные переживания [10, 11] для совладания с которыми женщины могут прибегать к ограничениям в питании, компенсаторному поведению и избыточным физическим нагрузкам;
- гестационная доминанта, особенно в случае наличия гипогестогнозического или тревожно-депрессивного типа [12];
- дисфункциональные установки относительно образа жизни в период беременности и постнатальный период;

- параметры пищевого поведения, включая такие компоненты как ограничение количества пищи, наличие проверочного поведения относительно телесных изменений, компенсаторное поведение (вызывание рвоты, использование диуретических и слабительных препаратов, физические нагрузки с целью «отработки» потребляемых калорий);
- система социальных связей и эмоциональная окрашенность межличностных взаимодействий, включая отношения с медицинскими специалистами, осуществляющими сопровождение женщины в период беременности и постродовой период.

Для диагностики нарушений пищевого поведения у беременных женщин и в постнатальный период представляется возможным использование следующих опросников: «Опросник образа тела», EAT-26, Шкала оценки пищевого поведения [13, 14, 15].

В силу временных ограничений в сочетании с рисками для здоровья как самой беременной, так и плода представляется целесообразным формулировать цели и задачи психотерапии с акцентом на поведенческих изменениях (отказ от ограничений в питании, очистительных практик, подсчета калорий, увеличение количества и диапазона потребляемых продуктов питания).

В начале психотерапевтического взаимодействия рекомендуется [16] ведение дневника питания с фокусировкой на эмоциональном состоянии до и после приема пищи и отслеживанием чувств голода и насыщения, фиксация эпизодов очистительного поведения, эпизодов компульсивного взвешивания и анализ триггеров, запускающих негативный эмоциональный фон. Ведение дневника питания помогает клиенткам повысить осознанность о нарушениях пищевого поведения и событиях, которые их провоцируют, а также идентифицировать и классифицировать ситуации, связанные с приемом пищи на трудные и управляемые. В качестве дополнительных инструментов в психотерапии прегорексии используется обучение техникам телесной релаксации и практикам осознанности (mindfulness) для снижения уровня тревожности в целях предотвращения эпизодов нарушений пищевого поведения. Данные интервенции активно используются в психотерапии других расстройств пищевого поведения, поэтому представляется целесообразным их

включение в психотерапию прегорексии [17, 18, 19, 20, 21].

Помимо фокуса на поведенческих изменениях в рамках терапии принятия и ответственности (Acceptance and commitment therapy) предлагается уделить внимание работе с ценностной сферой [22, 23].

В качестве ценностей-мишеней выбираются ценности физического здоровья и материнства, в дальнейшем, базируясь на ценностях осуществляется постановка целей и задач и увеличение паттернов ценностно-ориентированного, мотивированного поведения.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

- Необходимы психопрофилактические мероприятия при наступлении беременности у женщин, имеющих эпизоды нарушений и расстройств пищевого поведения в анамнезе.
- Необходимо взаимодействие психологов, нутрициологов и гинекологов для организации процесса ведения пациенток с прегорексией.
- При подозрении на нарушения пищевого поведения у беременной женщины и/или в постнатальный период необходимо проведение всесторонней оценки ее состояния, включающее в себя историю изменения веса и роста, паттерны пищевого поведения (ограничения количества и калорийности потребляемых продуктов, избегание приемов пищи, компульсивное переедание, пережевывание, выплевывание, регургитация), паттерны компенсаторного поведения и других способов регуляции веса (чрезмерные физические упражнения, очистительное поведение, такое как самоиндуцированная рвота, злоупотребление диуретическими и слабительными препаратами, применение медикаментов для снижения веса), оценку значимости сферы питания, веса и формы тела, наличие/отсутствие в анамнезе расстройств пищевого поведения и ответ на психотерапию, наличие вторичных социально-психологических нарушений, связанных с пищевым поведением и внешним видом.
- Необходимо учитывать, что женщины с прегорексией могут сознательно скрывать свои симптомы или не осознавать степень тяжести расстройства и потенциальный вред здоровью, как ее собственному, так и здоровью плода.

История публикации

Статья поступила: 24.04.2023

Статья принята: 19.06.2023

Публикация: 27.06.2023

Финансирование: Статья была написана без дополнительного финансирования.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Фомичева Н.С. Прегорексия: стратегия психотерапии при расстройстве пищевого поведения у беременных женщин // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №2. CP6642. doi: 10.17816/CP6642

Сведения об авторе

*Наталья Сергеевна Фомичева, канд. психол. наук, руководитель АНО «Центр прикладных исследований "Русское общество психосоматики"»

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9098-7464>

E-mail: natalya.fomicheva.psy@gmail.com

*Автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Tuncer E, Bayindir GA, Keser A. The importance of pregorexia awareness. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2020;10(3):186–190.
2. Mandra A, Pawlikowska A, Szuster EM, Całkosiński A, Kostrzewska P, Majewski M. The pregorexia — anorexia during the pregnancy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019;9(5):137–144.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association; c2013.
4. Easter A, Bye A, Taborrelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *European Eating Disorders Review*. 2013;21(4):340–344. doi: 10.1002/erv.2229.
5. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*. 2012;14(4):406–414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y.
6. Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Herranz Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Miracle X, Meler Barrabes E, et al. Eating disorders during gestation: implications for mother's health, fetal outcomes, and epigenetic changes. *Frontiers in Pediatrics*. 2020;8:587. doi: 10.3389/fped.2020.00587.
7. Mathieu J. What is pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association*. 2009;109(6):976–979. doi: 10.1016/j.jada.2009.04.021.
8. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, Golden N, Guarda A, Jackson-Triche M, Manzo L, Mascolo M, Pierce K, Riddle M, Seritan A, Uniacke B, Zucker N, Yager J, Craig TJ, Hong SH, Medicus J. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2023;180(2):167–171. doi: 10.1176/appi.ajp.23180001.
9. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67(8):1285–1298. doi: 10.4088/jcp.v67n0818.
10. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75(10):e1153–84. doi: 10.4088/JCP.14r09035.
11. Skritskaya TV. Value orientations of women during pregnancy [dissertation]. Novosibirsk: Novosibirsk State Pedagogical University; 2002. p. 162. Russian.
12. Ilchik OA, Sivukha SV, Skugarevsky OA, Suikhi S. Russian-language adaptation of the "Eating Behavior Assessment Scale" methodology. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2011;1:39–50. Russian.
13. Zolotareva A.A. Psychometric properties of the Body Image Assessment Scale (approbation on the Russian sample). *Experimental psychology*. 2023;16(1):201–210. doi:10.17759/exppsy.2023160112. Russian.
14. Shah MW, Ahmad T, Khan M, Sun G. Global research trends, top-100 most cited studies, and network visualization of eating and feeding disorders research from 1900–2020: a historical bibliometric analysis. *Electronic Journal of General Medicine*. 2022; 19(3):em368. doi: 10.29333/ejgm/11839.
15. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, Wales JA, Palmer RL. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(3):311–319. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040608.
16. Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*. 2012;58(3):847–851. doi: 10.1016/j.appet.2012.01.009.
17. Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(12):1849–1858. doi: 10.1016/j.brat.2005.12.007.
18. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003;84(4):822–848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
19. Dalen J, Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Leahigh L, Begay D. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*. 2010 Dec;18(6):260–264. doi: 10.1016/j.ctim.2010.09.008.
20. Brooker JE, Webber L, Julian J. et al. Mindfulness-based training shows promise in assisting staff to reduce their use of restrictive interventions in residential services. *Mindfulness*. 2014; 5(5):598–603. doi: 10.1007/s12671-014-0306-2.
21. Sandoz EK, Wilson KG, DuFrene T. Acceptance and commitment therapy for eating disorders: a process-focused guide to treating anorexia and bulimia. New Harbinger Publications; c2011.
22. Mervin PM, Tsuker NL, Wilson KG. ACT for Anorexia Nervosa. A Guide for Clinicians. Saint Petersburg: LLC Dialectica; c2022. Russian.

Организация психиатрической помощи в Болгарии: социалистическое наследие и дальнейшие перспективы

The mental health system in Bulgaria: socialist heritage and prospects

doi: 10.17816/CP8631

Сообщение

Drozdstoy Stoyanov¹, Vladimir Nakov²

¹ Medical University of Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria

² National Center of Public Health and Analyses, Sofia, Bulgaria

Дроздстой Стоянов¹, Владимир Наков²

¹ Пловдивский медицинский университет, Пловдив, Болгария

² Национальный центр общественного здоровья и анализа, София, Болгария

ABSTRACT

The article overviews the current system of psychiatric care in Bulgaria based on statistical data for the country. We attempted to look at the reality of the psychiatric care system in Bulgaria as regards its structural parts, the relationships between them, their resource provision, as well as its financing. Attention is focused on some practices and policies that seem inadequate to the needs of patients, their successful treatment, and successful social rehabilitation and integration. It can be said that in recent years the Bulgarian mental health care system has not changed much and that it has a long way to go. There are socio-economic difficulties in the country, and the system needs to evolve to improve the level of care provided to patients. More importantly, Bulgaria must invest in mental health education, in preventive psychiatry, and in developing a culture of clinical management and organization.

АННОТАЦИЯ

В настоящей статье представлен общий обзор системы психиатрической помощи в Болгарии на основании статистических данных по стране. Предпринята попытка рассмотреть структурные подразделения действующей системы, взаимоотношения между ними, их ресурсное обеспечение и финансирование. Особое внимание уделяется некоторым практическим подходам и принципам, которые, как представляется, в недостаточной мере учитывают потребности пациентов и не способствуют их успешному лечению, социальной реабилитации и интеграции. Можно утверждать, что в последние годы болгарская система психиатрической помощи не претерпела значимых изменений, и требуется еще много усилий по ее развитию. На фоне стоящих перед страной социально-экономических трудностей систему необходимо совершенствовать, с тем чтобы повысить качество предоставляемой пациентам помощи. Более того, государству следует увеличить инвестиции в образование, касающееся психического здоровья, в профилактическую психиатрию, а также в развитие культуры управления и организации в сфере здравоохранения.

Keywords: *mental health; policies; health system; psychiatric care; Bulgaria*

Ключевые слова: *психическое здоровье; государственное управление; система здравоохранения; психиатрическая помощь; Болгария*

ВВЕДЕНИЕ

Население Болгарии составляет около 7 миллионов человек, из которых небольшую часть составляют турки (8,4%) и цыгане (4,4%). На территории площадью более 110 879 км² жители крупных городов (78%) преобладают по количеству над жителями сельской местности (22%). Болгария вошла в состав Европейского союза (ЕС) в 2007 г. и занимает 71-е место в мире по ВВП (валовому внутреннему продукту) на душу населения. Несмотря на некоторые усилия, которые предпринимались в этом направлении ранее, Закон о здравоохранении был впервые принят в 2005 г.

Во времена государственного социализма в Болгарии была принята диспансерная модель здравоохранения¹. Отправной точкой маршрута пациента в данной системе была постановка на «диспансерный учет». Базовые принципы диспансеризации были закреплены в Законе о народном здравоохранении от 1973 г. [1].

В соответствии с единым мнением Министерства здравоохранения (МЗ), Болгарской психиатрической ассоциации, врачей, медсестер и других работников сферы здравоохранения, а также пациентов и их семей, необходимо создание инфраструктуры психиатрической помощи в Болгарии, и существует острая необходимость в проведении соответствующей реформы. Попытки проведения данной реформы приостанавливались ранее из-за сложности организации финансирования и отсутствия консенсуса у заинтересованных сторон [2].

ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Психиатрическая помощь никогда не была приоритетной в болгарской системе здравоохранения: до государственного переворота 9 сентября 1944 г. в стране существовало всего несколько лечебных учреждений для пациентов с психическими расстройствами. При новом политическом режиме это направление здравоохранения также не стало приоритетным; положения об охране психического здоровья отсутствовали в первой программе Отечественного фронта, преимущественно коммунистической коалиции, которая пришла к власти после переворота. С начала 1950-х гг. новой и главной задачей стало создание системы амбулаторной помощи, основывающейся на диспан-

серном подходе. Являвшийся воплощением социальной психиатрии с ее «профилактической ориентацией», проект диспансеризации должен был охватить многие аспекты и реализовать большие надежды болгарского психиатрического сообщества по «приближению психиатрии к обществу» [3].

Предполагалось, что диспансеризация станет выражением «профилактической тенденции в социалистическом здравоохранении», как сформулировал свой основной принцип Петар Коларов [4]. Полная диспансеризация должна была создать, по словам Тодора Живкова, «такие окружающие условия и обязательства, чтобы у каждого гражданина нашей страны, от колыбели до могилы, было личное дело, а также постоянное медицинское наблюдение и помощь». В соответствии с этим представлением о создании более благоприятных окружающих условий, включая более здоровую социальную среду, диспансерный подход являлся олицетворением концепции социальной психиатрии. Последнее понятие обычно объяснялось следующим образом: социальная психиатрия означает «максимальное приближение психиатрической помощи к обществу». Именно социальная психиатрия «подняла авторитет психиатрии и поставила ее в один ряд с ведущими медицинскими дисциплинами» [5]. Все это соответствовало советской модели диспансеризации, которая была принята болгарской психиатрией.

Диспансерная модель здравоохранения в Болгарии выполняла многие задачи: «длительное тщательное наблюдение пациентов и изучение индивидуальных (и семейных) потребностей и образа жизни», «обеспечение наиболее полного удовлетворения потребностей пациентов в специализированном психиатрическом лечении, социальной поддержке, трудоустройстве и реабилитации, бесплатной правовой помощи», квалифицированная помощь и профилактические мероприятия, направленные на создание более благоприятной среды для здоровья, санитарное просвещение, а также раннюю диагностику заболеваний и рецидивов [6]. Правовая основа, касающаяся диспансерного наблюдения пациентов с психическими нарушениями, появилась в 1987 г. [7].

1 Данная модель сложилась под влиянием традиций, характерных для «стран социалистического лагеря», в то время как социально направленные модели здравоохранения, например, скандинавская, не были приняты во внимание.

До 1917 г. и некоторое время после него в российском психиатрическом сообществе была особенно популярна точка зрения о том, что хорошее психическое здоровье является естественным результатом улучшения социальных условий. После Октябрьской революции 1917 г. эта модель получила дальнейшее идеологическое обоснование, и это стало козырем в руках психиатров, которые хотели реорганизовать систему в профилактическом ключе. Наиболее выдающимся из них в Советском Союзе был Лев Розенштейн, который стал «отцом» диспансерной модели, управляемой и финансируемой государством. Его идея о «психоневрологических диспансерах» возникла главным образом из-за интереса к лечению алкоголизма, но фактически он был первым, кто превратил диспансер в учреждение «для объединенного ухода за пациентами с алкоголизмом и с неврозами» [8].

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

К основным аспектам текущей ситуации относится глубокая фрагментация амбулаторной психиатрической помощи, которая не объединена должным образом с другими службами оказания медицинской помощи, а также с другими смежными областями государственного сектора, такими, например, как социальные услуги, образование и правосудие. На уровне политики в области охраны психического здоровья недостаточно представлены законные организации пациентов. Эти недостатки связаны с отсутствием целостного подхода к организации психиатрической помощи.

Данные эпидемиологического исследования, проведенного в 2011 г., показывают, что все респонденты с распространенными психическими расстройствами получали лечение в течение 12-месячного периода, предшествовавшего опросу (20,69%). 19,7% из них получали медикаментозное лечение: 16,85% — по назначению врача общей практики, 5,58% — по назначению психиатра. Интересно, что 3,75% тех, у кого не было патологических состояний, отвечающих критериям исследования, также обращались за медицинской помощью по поводу сопутствующих психических нарушений. Чаще всего лечение получали пациенты с паническим расстройством (59,34%), дистимией (43,44%), депрессивным эпизодом (32,33%) и посттравматическим стрессовым расстройством (31,74%). В 2-3 раза реже получали лечение пациенты с генерализованным тревожным расстройством (17,73%)

и фобиями (14,32%) Пациенты с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, получали лечение в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу, только в 3,95% случаев (2,35% — по назначению психиатра). Чаще всего к психиатру обращались пациенты с паническим расстройством (20,47%), генерализованным тревожным расстройством (11,78%) и рекуррентным депрессивным расстройством (11,52%). Немедицинские виды помощи оказывались относительно редко — в 0,99% случаев. Большинство из таких пациентов (7,44%) составляли люди с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Красноречивым фактом об уровне диагностики данного психического расстройства в Болгарии является то, что только 3,75% пациентов из этой группы получили квалифицированную психиатрическую помощь [9]. Второе эпидемиологическое исследование, EPIBUL-2, было проведено в Болгарии в 2017 г. [10], однако его результаты не были опубликованы.

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ

В Болгарии имеется нехватка медицинских специалистов во всех областях. Психиатрия относится к областям медицины с наибольшей нехваткой персонала. Также существует проблема с несколькими линиями финансирования различных структур психиатрической помощи, что приводит к неравномерному распределению врачей в них.

В Болгарии врачи могут специализироваться по трем направлениям в области психического здоровья: «психиатрия», «судебная психиатрия» и «детская психиатрия». Это независимые области медицины, то есть нет необходимости получать первичную специализацию по психиатрии перед началом обучения по судебной или детской психиатрии. От начала обучения до получения сертификата по специальности «психиатрия» в Болгарии проходит минимум 11 лет.

Согласно данным, опубликованным в медицинской справочной литературе (рис. 1) наблюдается отчетливое уменьшение количества психиатров с 987 в 1996 г. до 759 в 2016 г. К сожалению, за последние 7 лет эта тенденция усугубилась, и каждые 2 года наблюдается невосполнимое уменьшение количества врачей примерно на 100 человек. Возможным объяснением этого процесса могут быть плохие условия труда, включая организационный и психологический климат, которые часто приводят к эмоциональному выгоранию [11, 12].

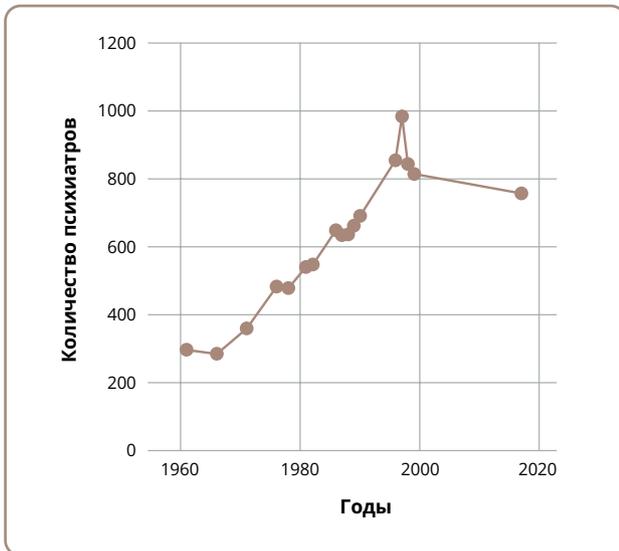


Рисунок 1. Количество психиатров за период 1960-2016 гг., согласно официальной статистике.

Согласно прогнозу Национального статистического института, в 2022 г. количество психиатров в Болгарии будет составлять 675 человек, что будет соответствовать 2,28 % всех врачей².

Болгарская медицинская ассоциация в свою очередь сообщает, что ее активными членами являются 569 психиатров³. Членство в ассоциации является обязательным, следовательно, данный источник информации является более достоверным. Расхождение с данными статистического института обусловлено тем, что многие физические лица (реальные люди) указываются дважды в качестве сотрудников. Рабочие ставки могут быть заняты в соответствии с двумя и более договорами на одного сотрудника.

Очевидно, что распределение неравномерно, и в некоторых областях наблюдается ограниченный охват (рис. 2). Кроме того, по имеющимся данным, средний

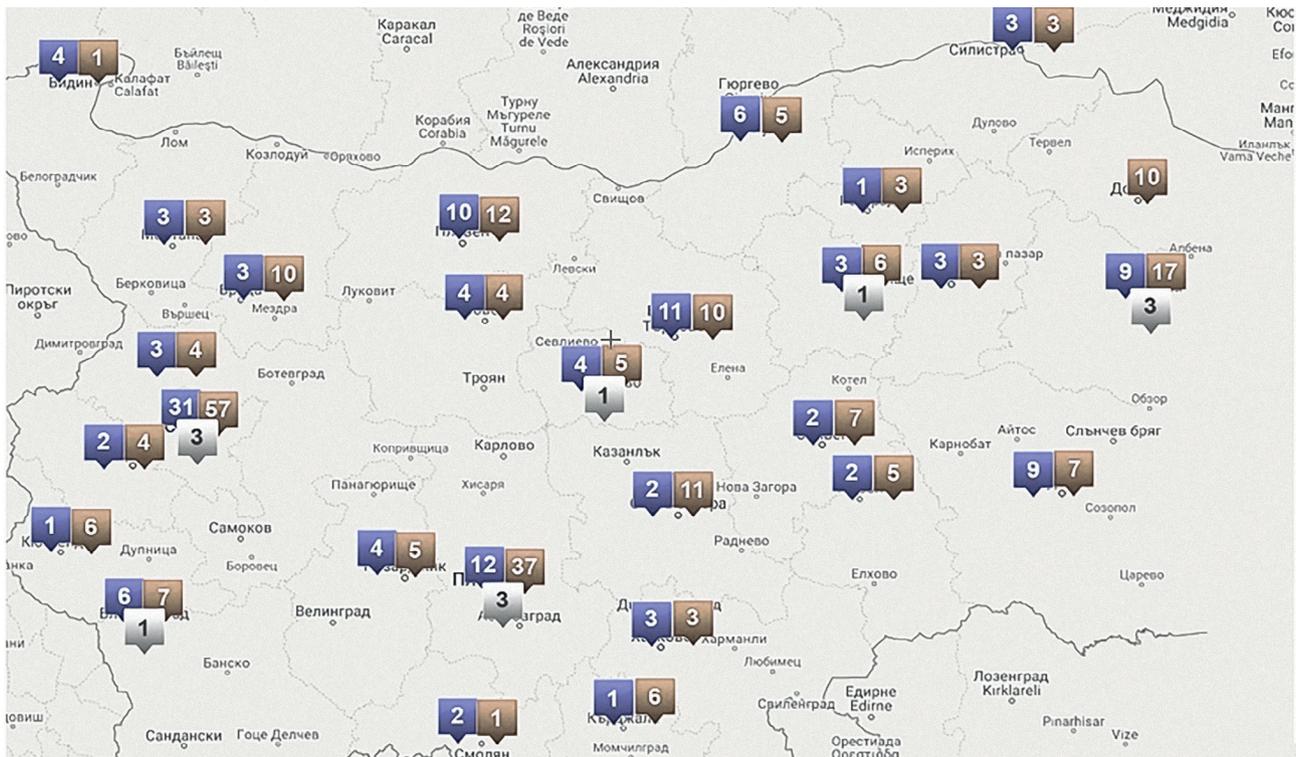


Рисунок 2. Количество психиатров, работающих по договору с Национальным фондом медицинского страхования (НФМС), предположительно, в сфере общественного ухода⁴.

2 Национальный статистический институт [веб-сайт]. Врачи различных специальностей в лечебных и других учреждениях здравоохранения, по данным на 31.12.2022, с распределением по статистическим регионам и округам. 2023 – [цитируется 8 июня 2023 г.]. Доступно по ссылке: <https://www.nsi.bg>. Болгария.

3 Болгарская медицинская ассоциация. Национальный реестр врачей, входящих в профсоюз, с распределением по полу, возрасту, специальности и месту практики [цитируется 8 июня 2023 г.]. Доступно по ссылке: <https://blsbg.eu/en>.

4 Национальный фонд медицинского страхования. Доступно по ссылке: <https://nhif.bg/>

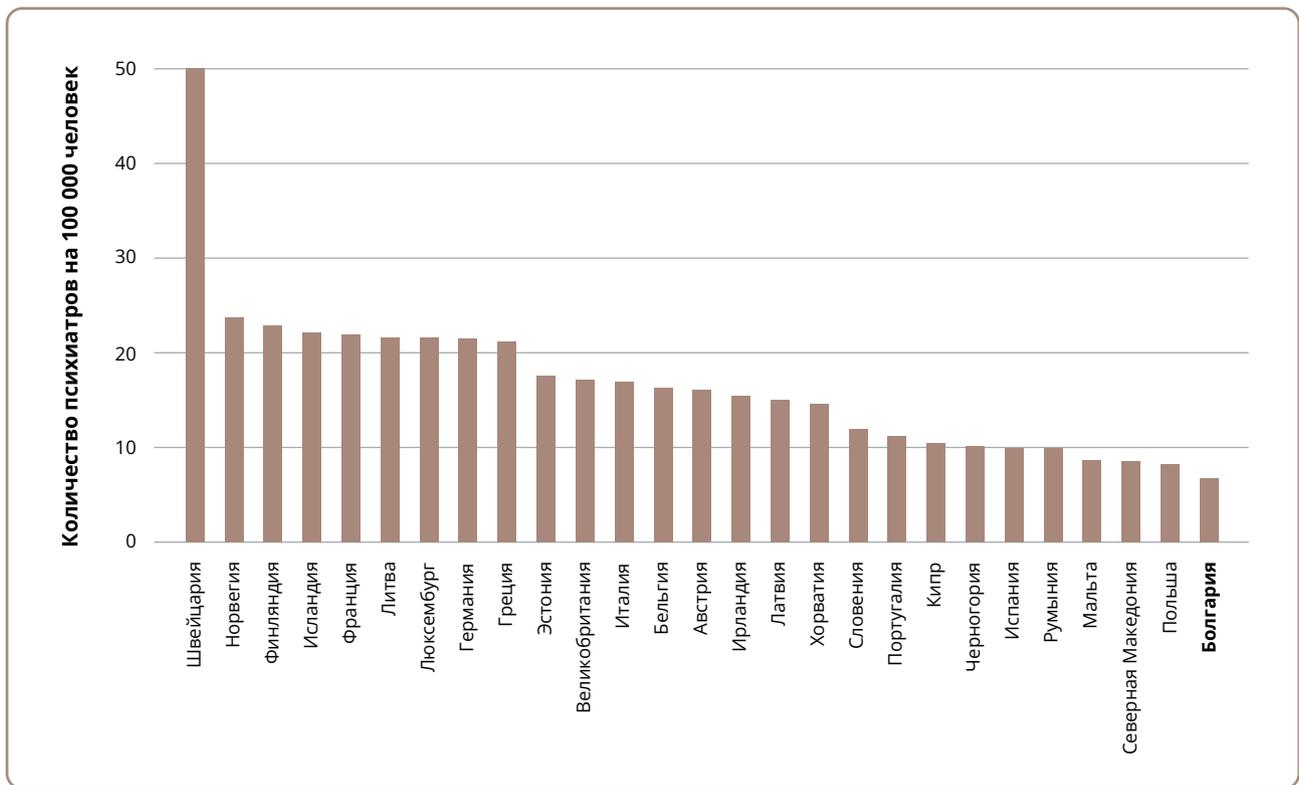


Рисунок 3. Количество психиатров на 100 000 населения в странах ЕС⁵.

возраст психиатра в стране составляет 58 лет, с ожидаемым повышением до 63 лет в 2028 г.

По сравнению с другими странами Европейского региона, в Болгарии крайне мало человеческих ресурсов, задействованных в психиатрической практике (рис. 3).

Данные МЗ от 2014 г., касающиеся другого персонала, задействованного в оказании психиатрической помощи. Это медицинские работники, задействованные только в стационарных психиатрических учреждениях. Из-за небольшого количества в некоторых категориях мы представим эти данные в целых числах, а не из расчета на население. Ассистенты врачей — 84; медицинские сестры — 1151; социальные работники — 56; психологи — 134; санитары — 830⁶.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Дискуссия о болгарском законодательстве в сфере психического здоровья началась в 2001 г., одновременно с процессом вступления в ЕС. Одно из основных требований для вступления в ЕС касалось процедуры

принудительного лечения в Болгарии. Обсуждался вопрос о необходимости принятия отдельного закона, касающегося психического здоровья. В стране никогда не было отдельного закона, регулирующего аспекты психического здоровья, и такие вопросы как принудительное лечение, опека и дееспособность регулировались Законом о народном здравоохранении, который действовал до 2005 г., после чего был заменен новым Законом о здравоохранении. Некоторые эксперты придерживались мнения, что отдельный закон будет являться формой дискриминации людей с психическими расстройствами, другие настаивали на необходимости четкого регулирования в этой области здравоохранения. Фактически, законодательной системе в то время не хватило возможностей для разработки нового закона, и было принято решение о включении отдельной главы, касающейся психического здоровья, в новый Закон о здравоохранении. Закон о здравоохранении, который вступил в силу 1 января 2005 г., регулирует многие аспекты общественного здоровья, которые не были охвачены

⁵ Данные Евростата за 2015 г.

⁶ Министерство здравоохранения Республики Болгария. Внутренний отчет 28 региональных инспекций здравоохранения. Не опубликовано.

другими недавно принятыми законами, касающимися работы медицинских учреждений и медицинского страхования. Вопросы, касающиеся психического здоровья, регулируются главой 5 Закона, которая состоит из двух разделов: один посвящен охране психического здоровья, второй — принудительной госпитализации и лечению [13].

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ

Реформа здравоохранения в Болгарии в 2000 г. положила начало новой фазе взаимоотношений внутри системы и внедрила рыночные элементы в процесс оказания медицинской помощи, хотя и в значительной степени посредством учреждения новой организации медицинского страхования. В психиатрии новые условия повлияли благоприятным образом преимущественно на тех, кто работает в амбулаторном звене, где процессы оказания медицинской помощи регулировались рыночными силами и наблюдалась децентрализация, как и в большинстве других медицинских специальностей. Однако эти процессы не затронули работу психиатрических отделений в стационарах, которые в основном сохранили институциональный характер. Дефицит финансирования и нежелание руководства выполнять задачи, обозначенные в ряде стратегических документов, привели к сильным искажениям и диспропорциям в работе учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. В результате были нарушены принципы непрерывности и комплексного подхода в оказании медицинской помощи, а также принципы поддерживающей терапии.

Парадоксом в развитии системы оказания психиатрической помощи в нашей стране является то, что во времена тоталитарной системы здравоохранения путем открытия комплексов больниц, диспансеров и развития трудотерапии была реализована определенная форма биопсихосоциального подхода, которая при этом была жестко скована практикой изоляции и стигматизации пациентов с психическими расстройствами. В 1990-х гг. из-за отсутствия четко сформулированной концепции реформы и сопротивления переменам различных заинтересованных сторон этой инфраструктуре было позволено деградировать, и она была в значительной степени разграблена. В результате оказание психиатрической помощи стало хаотичным, страдает от низкого качества, неэффективности и несовместимо с современными требованиями.

Немногие примеры хорошей работы в отдельно взятых учреждениях, которые могут похвастаться хорошо развитой базой реабилитации и трудовой терапии, не могут гарантировать долгосрочную стабильность, и скорее являются результатом хрупкой комбинации индивидуальных усилий и благоприятных условий на местах.

Новые методы лечения психических расстройств выходят за рамки чисто медицинских вмешательств, которые в психиатрии в значительной степени ограничены медикаментозной терапией и некоторыми немедикаментозными методами — транскраниальной магнитной стимуляцией и электросудорожной терапией. Новые методы подразумевают скоординированные действия различных групп специалистов — врачей, медицинских сестер, психологов и социальных работников, а также внедрение новых рабочих мест и даже профессий, таких как кейс-менеджер. Отсутствие всеобъемлющей концепции реформы также приводит к несогласованным действиям в тех секторах, которые, по определению, должны взаимодействовать между собой. Чтобы добиться улучшения ситуации, необходимо внести изменения в правовую базу, обеспечить надежное финансирование и обучение специалистов. В настоящее время, несмотря на ряд принятых стратегических документов, программ и планов действий, по-прежнему отсутствует четкая политическая воля к переменам.

Психиатрическую помощь в Болгарии оказывают в психиатрических стационарах, психиатрических диспансерах и частных амбулаторных психиатрических клиниках.

В стране существует 12 государственных психиатрических больниц, 12 центров психического здоровья (бывших психоневрологических диспансеров), 5 психиатрических клиник (в составе университетских клиник) и 17 психиатрических отделений в многопрофильных больницах. Общий коечный фонд в психиатрических учреждениях в 2017 г. составлял 4105 коек, что соответствует 5,8 на 100 000 населения и 8,4% общего коечного фонда в стране.

Психиатрические больницы являются учреждениями стационарного типа. Территориальное распределение этих учреждений в стране неравномерно и не учитывает миграционные процессы последнего десятилетия, а также изменения социально-экономических отношений. Большинство больниц построено на основе

принципа изоляции, традиционного для середины прошлого века. Расположение этих учреждений за пределами населенных пунктов не учитывает административное деление страны и не соответствует образованным естественным образом зонам медицинского обслуживания. В результате пациенты, принимаемые и находящиеся на лечении в этих учреждениях, часто оказываются на значительном расстоянии от своего места жительства, что усложняет общение с родственниками и препятствует их реинтеграции в общество. Больницы обслуживают несколько районов одновременно, что затрудняет эффективное управление ими и их финансирование.

12 психоневрологических диспансеров в стране структурированы таким образом, чтобы обеспечить переход от стационарного лечения к амбулаторному. До конца прошлого века их деятельность ограничивалась размещением в учреждении пациентов с психическими расстройствами, распространяющимися через общество, ведением информационной базы пациентов из отдельных регионов, находящихся в учреждении, и оказанием амбулаторной помощи. Психоневрологические диспансеры входили в состав диспансерно-больничного комплекса, расположенного в главном здании стационарного учреждения. В результате реформы здравоохранения лечебные учреждения в стране приобрели правовой статус, стали возможны различные формы их собственности и финансирования, и все это привело к упразднению диспансерно-больничной модели. После децентрализации амбулаторного звена здравоохранения значительная часть амбулаторных функций диспансеров вместе с документацией пациентов перешла к частным психиатрическим амбулаториям. Многие из этих амбулаторий заключили договоры с НФМС, поэтому большинство застрахованных граждан с психическими расстройствами продолжили получать амбулаторную помощь. По ряду причин психиатрические диспансеры не заключили договоры с НФМС в то же время и продолжили получать финансирование за счет утвержденных муниципальных бюджетов. Бывшие диспансеры, которые сегодня носят название центров психического здоровья, были переоборудованы в больницы, количество

коек в которых резко возросло с 25% общего коечного фонда в 1989 г. до почти 50%.

Кроме того, в многопрофильных больницах существуют небольшие психиатрические отделения, финансируемые МЗ за счет специальных отчислений в рамках сложной смешанной системы финансирования, которая старается удовлетворить реальные потребности населения.

Значительную часть амбулаторной помощи оказывают частные психиатры, получающие финансирование за счет государственной программы страхования. Амбулаторная психиатрическая помощь в Болгарии построена на индивидуальных или групповых психиатрических практиках, которые являются независимыми или осуществляются в рамках различных медицинских учреждений.

В последние годы возможности фармакотерапии в сфере здравоохранения значительно расширились благодаря доступности и применению новых лекарственных препаратов, в особенности антипсихотических препаратов второго поколения и современных антидепрессантов.

В отличие от практики, принятой в западноевропейских странах, лечение тяжелой психической патологии в Болгарии почти полностью сводится к применению медикаментозных средств, тогда как другие виды лечения⁷ существуют пока только в слаборазвитой форме и имеют следующие наиболее значимые недостатки:

- отсутствует систематическое активное вовлечение пациентов в процесс лечения и работа на местах;
- интеграция и сотрудничество между частями инфраструктуры медицинских и социальных служб наблюдается только в отдельных случаях и не носит широкий или систематический характер;
- методы психосоциальной реабилитации представлены частично и неравномерно;
- отсутствуют группы и направления, отвечающие за вмешательство при ранних психозах, которые могли бы на постоянной основе заниматься вторичной профилактикой;
- нет четкого разграничения между службами в соответствии с иерархией оказания медицинской помощи.

7 Такие как мобильная психиатрическая помощь, телемедицина, транскраниальная магнитная стимуляция, некоторые виды трудовой и арт-терапии. Даже такие традиционные методы, как электросудорожная терапия, сложны в использовании.

Общепризнанным следствием таких тенденций является постепенное увеличение количества судебно-медицинских случаев.

Психические расстройства традиционно связаны с отторжением обществом, страхом и стигматизацией. Стигматизация людей с психическими нарушениями представляет собой серьезную проблему со множеством последствий, которые проявляются как в переживании человеком собственной болезни, так и в снижении мотивации к обращению за профессиональной помощью. Стигматизация, связанная с психическими расстройствами, является настолько сильной, что создает стену молчания в отношении данной проблемы, усугубляя течение основного заболевания и делая его еще более невыносимым и трудным.

Болгария не является исключением из общей тенденции стигматизации людей с проблемами психического здоровья. Психическое заболевание до сих пор является запретной темой в болгарском обществе, не только на уровне отдельных людей или семей, но и в более широком социальном контексте. Как в местном сообществе, так и во всем мире предпринимаются попытки обсуждения этого вопроса, проводятся акции и прилагаются другие усилия по дестигматизации. Однако средства массовой информации по-прежнему уделяют недостаточно внимания этому вопросу или делают это ненадлежащим образом. Существуют эпизодические проявления борьбы со стигматизацией и дискриминацией в рамках различных проектов, но это не является последовательной государственной политикой⁸.

Одной из основных проблем является фрагментированный характер и отсутствие целостного подхода в уходе и лечении, а также в сборе информации о пациентах. После выписки из психиатрического стационара пациент обычно не получает направление на последующее наблюдение, поддерживающую терапию или какое-либо психосоциальное вмешательство с целью его выздоровления и реинтеграции в общество. Такие мероприятия проводятся в хаотичном порядке, в зависимости от конкретных обстоятельств

данного пациента, наличия инициативы со стороны его опекунов или семьи и доступности конкретных услуг на местном уровне.

Существующая сложная система очень затрудняет пациентам получение и продолжение лечения. Например, для того, чтобы получить услуги, финансируемые НФМС, пациент должен прийти на прием к врачу общей практики, получить направление к специалисту, прийти на прием к специалисту, получить рецепт на лекарственные препараты, а в случае дорогостоящих препаратов — получить одобрение специальной комиссии, и только после повторного визита к врачу общей практики прийти в аптеку, чтобы получить лекарственные препараты. Вероятно, успешное ориентирование в этой системе для многих пациентов является слишком сложной задачей, не говоря о тех случаях, когда вследствие психического расстройства у них нарушены когнитивные функции и способность понимать происходящее, а также ослаблена мотивация и снижена жизненная сила. Расходы на лекарственные препараты, применяемые при шизофрении и биполярном аффективном расстройстве, компенсируются, но не более трех наименований на одного пациента⁹. Расходы на антидепрессанты компенсируются частично после предоставления документальных свидетельств наличия депрессивного расстройства.

Одной из основных проблем психиатрической помощи в настоящее время является фрагментированный характер и отсутствие целостного подхода в уходе и лечении, а также в сборе информации об отдельных пациентах. После выписки из психиатрической больницы пациент не получает каких-либо рекомендаций в отношении последующего наблюдения, поддерживающей терапии и каких-либо психосоциальных вмешательств с целью возвращения в социальную среду. Усилия, предпринимаемые в этом направлении, обычно носят хаотичный характер и зависят от состояния и статуса пациента, инициатива исходит от работников соответствующих амбулаторных служб или родственников. Такое положение дел подтверждается фактом того, что значительная

8 Национальный центр общественного здоровья и анализа. Проект «Улучшение психиатрических услуг». Доступно по ссылке: <https://bgmental.ncpha.government.bg/en/node/35>.

9 В НФМС действуют правила возмещения расходов на лекарства, которые не позволяют оплачивать более трех лекарственных препаратов на одно заболевание. Обязательным является четкое обозначение заболевания, по поводу которого назначен лекарственный препарат, в списке показаний к его применению в общей характеристике лекарственного препарата.

часть пациентов поступает в психиатрические больницы самостоятельно.

Предоставление социальных услуг в Болгарии законодательно закреплено в Законе о социальной поддержке и регулируется в соответствии с ним. В учреждениях социальной помощи, а также в небольшом количестве центров дневного ухода и домов-интернатов, финансируемых Министерством труда и социальной политики, насчитывается около 6000 коек для людей с хронической утратой трудоспособности.

В настоящее время существуют следующие виды социальных служб для психосоциальной реабилитации людей с недееспособностью по причине психического заболевания: центры дневного ухода для взрослых с нарушениями психики, дома-интернаты, социальная помощь и уход на дому. В рамках процесса европейской интеграции Болгарии все еще продолжается процесс перехода от стационарной медицинской помощи к амбулаторной в социальном контексте, за который отвечает Агентство по социальной поддержке (ASA, Agency for Social Assistance). В результате приложенных усилий в разных регионах страны были открыты центры дневного ухода для людей с нарушениями психики. Однако они являются независимыми организациями, и их работа не связана с более крупной инфраструктурой оказания медицинской помощи, а в небольших населенных пунктах их зона обслуживания ограничена ближайшими окрестностями. Это также относится к домам-интернатам, места в которых предоставляются не по направлению из медицинского учреждения, а в порядке, установленном ASA. По состоянию на 31 декабря 2014 г. в стране насчитывается 13 домов-интернатов для взрослых с нарушениями психики, в общей сложности на 1036 мест.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансирование здравоохранения и система реформ здравоохранения в Болгарии до настоящего момента отражают переход от советской модели (модель Семашко¹⁰) к более гибкой и податливой модели. В прежней модели всеобщий охват страхованием достигался с помощью национальной системы здравоохранения, финансируемой из средств

государственного бюджета. Работа врачей и другого медицинского персонала оплачивалась как у государственных служащих, больницам выделялся общий бюджет, а частная практика и частное страхование были запрещены.

Со временем Болгария добилась прогресса в создании более плюралистической системы здравоохранения, основанной на модели социального медицинского страхования. В 1999 г. был учрежден НФМС, который стал крупнейшим потребителем медицинских услуг в стране. В целом, НФМС достаточно схож со многими «фондами социального (или обязательного) страхования на случай болезни» в ЕС. По сути, обязательные и автономные фонды страхования общественного здоровья охватывают все население. Работники (и их работодатели) платят взносы на социальное страхование, величина которых зависит от дохода, в то время как малоимущие, безработные, дети, пенсионеры, инвалиды и другие социально зависимые и уязвимые категории населения освобождены от взносов и покрываются государственным страхованием. Единственный национальный фонд страхования объединяет риски для здоровья у всего населения и приобретает медицинские услуги как у государственных, так и у частных поставщиков. В результате реформ, вместо финансирования существующих медицинских учреждений независимо от степени активности их деятельности и потребления их услуг, также произошло разделение закупки услуг на основании идеи о том, что деньги следуют за пациентами. В ходе реформ были изменены процессы оплаты услуг поставщиков; были разрешены частная медицинская практика и частное медицинское страхование; амбулаторная помощь была приватизирована и больницы стали независимыми организациями с точки зрения закона. МЗ сохранило за собой ответственность за общественное здоровье, экстренную медицинскую помощь, медицинскую помощь пациентам с туберкулезом, ВИЧ/СПИД, психическими расстройствами и некоторые другие дополнительные медицинские услуги; его роль изменилась преимущественно в сторону управления системой, финансирование которой все еще крайне недостаточно для удовлетворения текущих потребностей.

10 Советская модель Н.А. Семашко, централизованная, финансируемая из государственного бюджета и регулируемая система, которая обещала гарантии «свободного доступа к медицинской помощи всему населению».

В соответствии с Законом о медицинском страховании застрахованные лица имеют право на «медицинскую помощь в рамках базового пакета медицинских услуг, оплачиваемого из средств бюджета Национального фонда обязательного медицинского страхования». Объем базового пакета льгот определен в постановлениях МЗ, а не НФМС. Пакет льгот включает первичную и специализированную амбулаторную медицинскую (включая стоматологическую) помощь, лекарственное обеспечение, диагностические исследования, стационарное лечение и некоторые виды узкоспециализированной медицинской помощи (напр., затраты на лечение онкологических заболеваний, экстренную медицинскую помощь, психиатрическую помощь, гемодиализ, экстракорпоральное оплодотворение и трансплантацию органов покрываются МЗ). Требования к снижению затрат различны для разных видов услуг, и страховое покрытие услуг фактически ограничивается бюджетом НФМС, который утверждается парламентом на год.

НФМС использует различные способы оплаты услуг в зависимости от вида поставщика. Как правило, больницы получают финансирование от НФМС на основании стоимости услуг в пакете примерно по 300 клиническим направлениям, а также с учетом ежегодных ограничений бюджета. Психиатрическая помощь в настоящее время не входит в пакет льгот НФМС, который покрывает только затраты на антипсихотические препараты длительного действия для амбулаторного лечения в психиатрии, но не стационарное психиатрическое лечение.

Подводя итог, можно сказать, что за последние 20 лет в результате реформы психиатрической помощи амбулаторная служба, вместо выполнения своей естественной функции внебольничной помощи, превратилась

в *de facto* стационарную службу, при этом амбулаторная помощь остается за рамками общей модели финансирования национального медицинского страхования.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

После проведения официальной оценки и в соответствии с рекомендациями Европейской психиатрической ассоциации в 2018 г.¹¹ указом Совета министров в 2021 г. была принята Национальная стратегия психического здоровья¹². С целью руководства процессом ее реализации в 2022 г. был создан Национальный совет. Стратегия предусматривает смену главной парадигмы в сторону оказания амбулаторной помощи и поиск необходимых источников финансирования для реализации мультидисциплинарного подхода в ведении психиатрических пациентов¹³.

Основные цели Стратегии кратко изложены ниже¹⁴:

- снижение заболеваемости и смертности от психических заболеваний путем интеграции психиатрических услуг в структуру общего медицинского обслуживания (деинституционализация);
- создание сети комплексных услуг для людей с тяжелыми психическими заболеваниями в непосредственной близости от места их жительства, центров для лечения расстройств пищевого поведения;
- сокращение употребления алкоголя и наркотических веществ и снижение проявлений агрессии и аутоагрессии;
- развитие детско-юношеской психиатрии, гериатрической психиатрии и судебной психиатрии;
- особое внимание психическому здоровью детей в соответствии с Конвенцией о правах ребенка с целью гарантии отдельной защиты детских прав, включая право на здоровье и доступ к услугам системы здравоохранения и медицинской помощи;

11 Отчет Европейской психиатрической ассоциации об организации психиатрической помощи в Болгарии и процессе реформ, 2018 г. Доступно по ссылке: <https://www.europsy.net/app/uploads/2019/01/EPA-Bulgaria-Report-2018-Final.pdf>.

12 https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/11/02/21rh388.pdf

13 Ведение пациента (кейс-менеджмент) — это координация специалистом или группой специалистов медицинских услуг, предоставляемых по месту жительства, для оказания качественной психиатрической помощи, индивидуализированной в соответствии с неудачным опытом конкретного пациента или постоянно возникающими проблемами, с целью восстановления состояния его психического здоровья. Ведение пациентов направлено на снижение количества госпитализаций и содействие выздоровлению каждого конкретного пациента с помощью подхода, опирающегося на удовлетворение его совокупных биопсихосоциальных потребностей и избегающего при этом непосильных экономических затрат. Как следствие, скоординированная медицинская помощь оказывается традиционными психиатрическими службами, но может включать также первичную медицинскую помощь, размещение в учреждении, транспортировку, трудоустройство, помощь в социальном взаимодействии и участии в общественной жизни. Это связующее звено между пациентом и системой оказания медицинской помощи.

14 Национальная стратегия психического здоровья граждан Республики Болгария 2021–2030. Доступно по ссылке: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/11/02/21rh388pr1.pdf.

- внедрение системы сбора статистической информации по регионам, видам психических заболеваний у детей и возрасту, а также анализ этой информации, в том числе проведение целевых исследований психических заболеваний у детей с разделением по возрасту;
- разработка конкретных мер и стимулов для привлечения и удержания специалистов в детско-юношеской, судебной и гериатрической психиатрии;
- восстановление баланса между отдельными специалистами в области психиатрии, социальными работниками, психологами, медицинскими сестрами и санитарями путем разработки соответствующих стимулов для привлечения специалистов;
- уважение прав человека и борьба со стигматизацией и дискриминацией.

В настоящее время Национальная стратегия находится в процессе реализации и мониторинга.

Вывод

В заключение можно сказать, что в последние годы болгарская система психиатрической помощи не претерпела значимых изменений, и требуется много работы по ее совершенствованию. Несмотря на социально-экономические трудности в стране, система должна развиваться с целью повышения уровня предоставляемой пациентам помощи. Болгария должна принимать участие в как можно большем количестве международных проектов, направленных на внедрение более совершенных методов лечения пациентов с психическими расстройствами. Более того, государству следует увеличить инвестиции в образование, касающееся психического здоровья, в профилактическую психиатрию, а также в развитие культуры управления и организации в сфере здравоохранения. С помощью образования и информирования необходимо поощрять болгарское общество в активном противодействии стигматизации психических заболеваний.

История публикации

Статья поступила: 11.05.2023

Статья принята: 09.06.2023

Публикация: 23.06.2023

Вклад авторов: Оба автора внесли существенный вклад в исследование и статью, а также прочитали и одобрили окончательный вариант перед публикацией.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Стоянов Д., Након В. Организация психиатрической помощи в Болгарии: социалистическое наследие и дальнейшие перспективы // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №2. CP8631. doi: 10.17816/CP8631

Сведения об авторах

***Дроздстой Стоянов**, MD, PhD, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии, Пловдивский медицинский университет; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9975-3680>
E-mail: stojanovpisevski@gmail.com

Владимир Након, MD, PhD, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психического здоровья, отдел психического здоровья и профилактики зависимостей, Национальный центр общественного здоровья и анализа.

*автор, ответственный за переписку.

Список литературы

1. Dimitrova I, Nakov V. Psychiatric dispensarization in Socialist Bulgaria and its problematic legacy (Part One). Bulgarian Journal of Public Health. 2022;14(1):68-77.
2. Beezhold J, Stoyanov D, Nakov V, Killaspy H, Gaebel W, Zarkov Z, Hinkov H, Galderisi S. Transitions in mental health care: the European Psychiatric Association contribution to reform in Bulgaria. European Psychiatry. 2020;63(1):1-13. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.43.
3. Milev V. Concept for the development of outpatient psychiatric care in Bulgaria. Bulletin of the Scientific Institute of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery. 1972;2:10-15. Russian.
4. Kolarov P. Issues of the socialist reconstruction of public healthcare. Sofia: Nauka i izkustvo; 1951. Bulgarian.
5. Temkov I. Social aspects of outpatient treatment of mental illness. Ed. Ivanov V. Social psychiatry. Sofia: Meditsina i fizkultura; 1989. p. 175-183. Bulgarian.
6. Zhablenski A. Dispensarization of the mentally ill. Ed. Ivanov V. Social psychiatry. Sofia: Meditsina i fizkultura; 1989. p. 165-174. Bulgarian.
7. Hinkov H. Mental health legislation in Bulgaria — a brief overview. BJPsych International. 2016;13(4):92-93. doi: 10.1192/s2056474000001422.
8. Dimitrova I, Nakov V. Psychiatric dispensarization in Socialist Bulgaria and its problematic legacy (Part Two). Bulgarian Journal of Public Health. 2022;14(2):12-22.
9. Zarkov Z, Okoliyski M, Broshchilov A, Hinkov H, Nakov V, Dinolova R, Dimitrov P. Twelve-month consumption of mental health services in Bulgaria. Social Medicine. 2011;1:9-14.
10. Zarkov Z, Okoliyski M, Dinolova R, Nakov V, Shumkov N, Chipova S, Hunkov H. SELF-Assessment of the general physical and mental health of the citizens of the republic of Bulgaria: data

from the second national representative epidemiological study of common mental disorders in Bulgaria — EPIBUL 2. *Bulgarian Journal of Public Health*. 2018;10(1):5-16.

11. Stoyanov D, editor. *New model of burn out syndrome: towards early diagnosis and prevention*. CRC Press; c2022.
 12. Cloninger C R, Stoyanov D, Stoyanova KK, Stutzman KK. *Empowerment of health professionals: promoting well-being and overcoming burn-out*. Cham: Springer International Publishing; c2023. p. 703-723. (Person Centered Medicine)
 13. Hinkov H. Mental health legislation in Bulgaria — a brief overview. *BJPsych International*. 2016;13(4):92-93. doi: 10.1192/s2056474000001422.
-

История окружных психиатрических больниц в России

The history of territorial psychiatric hospitals in Russia

doi: 10.17816/CP6137

Информация

Dmitry Tselishchev, Mikhail Chernyaev

Mental-health Clinic № 5, Moscow, Russia

Дмитрий Целищев, Михаил Черняев

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5
Департамента здравоохранения города Москвы»,
Москва, Россия*

ABSTRACT

The deployment of territorial psychiatric hospitals throughout the Russian Empire in the second half of the 19th–early 20th century represented one of the most important stages in the development of psychiatry in Russia. In essence, it was the first practical attempt at designing and constructing psychiatric hospitals that were large, specialized autonomous units aimed not only at ensuring the isolation of patients, but also at treating their condition. The project was unique not only because of the sheer complexity of the idea of an integrated approach to the treatment and care of patients, but also because of its geographic scope. Hospitals under this project were built throughout the Russian state, from its western borders to Siberia. The leading mental health professionals of the day were recruited into the project, and the hospitals established by virtue of their efforts yielded a large body of empirical material that could be taped for the study of mental disorders and approaches to their treatment. This article discusses what led to the creation of the project, the main milestones in its implementation, as well as the contribution made by the thus-established territorial psychiatric hospitals to the development of psychiatry in Russia.

АННОТАЦИЯ

Учреждение окружных психиатрических больниц на территории Российской империи во второй половине XIX–начале XX века — один из самых важных этапов в развитии отечественной психиатрии. Фактически это первый опыт проектирования и строительства психиатрических лечебниц как крупных специализированных автономных комплексов, нацеленных не только на изоляцию пациентов, но и на терапию их состояния. Проект уникален не только сложностью замысла и комплексным подходом к лечению и содержанию пациентов, но и широтой географии. Больницы по данному проекту строились в самых разных частях российского государства: от западных рубежей до Сибири. В разработке проекта принимали участие ведущие психиатры своего времени, а учрежденные благодаря их усилиям больницы дали огромный практический материал для изучения психических расстройств и подходов к лечению. В статье рассматриваются предпосылки создания проекта, главные вехи его реализации, а также вклад создававшихся окружных психиатрических лечебниц в развитие российской психиатрии.

Keywords: *history of Russian psychiatry; territorial psychiatric hospitals; care of mentally ill patients; workshop activity; coercive treatment*

Ключевые слова: *история российской психиатрии; окружные психиатрические больницы; признание душевнобольных; трудотерапия; принудительное лечение*

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Идея создания окружных психиатрических больниц появилась в России не на пустом месте. К моменту ее возникновения во второй половине XIX века уже существовала довольно обширная практика призрения душевнобольных. За отправную точку можно взять 1762 год, когда на предложение Сената отправить в монастырь душевнобольных князей Козловских император Петр III ответил резолюцией: «безумных не в монастыри отдавать, но построить на то нарочный дом, как то обыкновенно в иностранных государствах учреждены долгаузы» [1]. В 1775 году вышел указ, согласно которому Приказы общественного призрения должны были устроить дома для умалишенных в каждой губернии. Они рассматривались, прежде всего, как места изоляции, а не лечения. Но, тем не менее, указ делал акцент на том, что с больными следует обращаться «человеколюбиво», а надзиратель должен быть «добросердечным и мягким» [1]. С этого периода число домов для душевнобольных постоянно росло. Для сравнения: если к 1810 году в Российской империи было 14 специализированных учреждений, то уже к 1860 году их число достигло 43, из них 34 самостоятельных и 9 отделений при губернских госпиталях. Как отмечает российский психиатр А.И. Роте: «Этот шаг принес неоцененную пользу, — но все-таки это был только первый опыт, это именно были установленные государством долгаузы, не составляющие впрочем, еще собственно домов для призрения, а тем менее для лечения душевнобольных» [2]. Главную проблему представляло собой отсутствие квалифицированных кадров — в России было мало специалистов, врачи посещали пациентов таких заведений лишь в определенные дни, а наблюдение за душевнобольными осуществлял персонал без соответствующей подготовки (чаще всего в домах умалишенных работали отставные солдаты).

В 1842 году Министерство внутренних дел организовало инспекторскую проверку губернских заведений для душевнобольных. На основании полученных рапортов стало ясно: существующие дома для умалишенных не справляются с потоком больных и устроены не самым лучшим образом. Два года спустя при Министерстве внутренних дел начал работу особый комитет с участием чиновников и врачей. Комитет постановил: ввиду того, что содержать учреждения для душевнобольных в каждой отдельной

губернии экономически невыгодно, а обеспечить каждое заведение квалифицированными кадрами практически невозможно, вместо этого следует строить одно крупное учреждение на несколько губерний [1]. И если 30 декабря 1844 года можно считать днем рождения проекта окружных психиатрических больниц, то на его доработку и согласование ушло еще 18 лет. Проект был поддержан губернскими властями, но после детального рассмотрения выяснилось, что реальные расходы на постройку лечебниц будут гораздо выше, чем заложенная при планировании сумма. В 1856 году собралась комиссия для пересмотра проекта. Итогом ее работы стал обновленный проект: в нем предполагалось строительство нескольких центральных заведений, и «в виде опыта» рекомендовалось начать с постройки лечебницы в Казани [1]. Следует отметить, что из предусмотренных проектом 8 больниц были построены только 7, причем о самой последней лечебнице, построенной в Гродно, практически никаких сведений не сохранилось.

КАЗАНЬ — МЕСТО, ГДЕ ВСЕ НАЧИНАЛОСЬ

Весной 1861 года проект Казанского окружного дома для умалишенных был утвержден императором Александром II [2]. Выбор места был продиктован тем, что Приказы общественного призрения в Казанской губернии располагали необходимыми средствами для постройки лечебницы, и в Казани функционировал университет, который мог подготовить будущие врачебные кадры. В Казанском университете преподавание психиатрии, хоть и в основном теоретическое, началось в 1866 году — за год до того, как психиатрия стала обязательным предметом медицинского курса во всех высших учебных заведениях Российской империи. Это показывает, что врачебное сообщество чувствовало необходимость в наращивании психиатрических знаний и подготовке соответствующих специалистов. Открылась Казанская лечебница в 1869 году. Однако опыт ее функционирования в первые годы оказался настолько спорным, что поставил под вопрос реализацию остальных этапов проекта.

Первая в России окружная лечебница для умалишенных была построена по проекту архитектора П.Т. Жуковского. Самое активное участие в ее создании приняли профессор Иван Михайлович Балинский, которого можно назвать основоположником

психиатрического строительства в России — так много психиатрических больниц были спланированы именно им, и доктор медицины Александр Устинович Фрезе, который и стал первым директором учреждения. А.У. Фрезе стоял у истоков психиатрической науки в России и, кроме того, обладал необходимым опытом — в 1862 году он побывал в Европе с целью изучения строительства и функционирования европейских психиатрических больниц. Окружная лечебница, построенная специально для приема психически больных пациентов, разительно отличалась от губернских и земских домов для умалишенных. Вот отчет 1879 года о состоянии дел в земском доме для умалишенных в Казани: «Если положение человека, лишившегося рассудка, тяжело вообще, то оно должно быть невыносимо в таком здании как земский дом умалишенных. Старое, дурно вентилируемое здание с темными узкими коридорами, с низкими и сырыми отдельными камерами производит подавляющее впечатление». А вот отчет комиссии Полтавского земства: «Служители обращаются с больными как со стадом животных, приводят их к порядку силою кулака; в доме часто раздаются крики: „Есть хочу!“» [3]. Казанская окружная лечебница, построенная за городом, объединившая в себе три просторных корпуса и окруженная обширными садами, представляла с такими заведениями разительный контраст (рис. 1). Корпусная система позволяла разделить больных

по полу, характеру заболевания и даже социальному статусу — в ней были отделения для 1-го и 2-го класса. К отделениям для беспокойных больных примыкали особые, высланные дерном дворы — «для пребывания на свежем воздухе таких больных, которые, по причине своего беспокойства, не могут участвовать в прогулках по садам» [4]. В каждом отделении имелись столовые, буфеты, гардероб, ватерклозет и комната служителя. Для развлечения и досуга предназначались столярный верстак, токарный станок, бильярд, шашки, книги и даже рояль.

В лечебнице строго запрещались связывание и другие меры физического воздействия на больных: буйных не связывали, а помещали в специальные комнаты со стенами, обитыми мягким материалом, чтобы пациент не мог причинить себе вред [5]. Казанская лечебница имела паровое отопление, искусственную вентиляцию и водопровод. А.У. Фрезе блестяще сформулировал основной принцип устройства своего заведения: «Дом умалишенных не есть острог, и помещенный не есть преступник. Задача дома умалишенных — убедить больного объективной обстановкой в истине этого положения» [6]. Больше того — комфортная обстановка, полноценное питание, прогулки на свежем воздухе и разнообразный досуг, по мнению Фрезе, представляли собой «немаловажные вспомогательные средства для успешного лечения помешательства». За состоянием больных



Рисунок 1. Окружная лечебница для душевнобольных в Казани.

наблюдали директор-врач, четыре ординатора, два фельдшера и две фельдшерицы. За порядком на мужской и женской половине следили надзиратели и два их помощника. Врачи и служащие жили при лечебнице и, таким образом, больные получали «непрерывное и всецелое внимание» [6].

Тем не менее, Казанская окружная лечебница едва не поставила под угрозу весь проект постройки окружных лечебниц. Дело в том, что А.У. Фрезе придерживался мнения, что его заведение предназначено преимущественно для душевнобольных, подающих надежду на выздоровление. Для неизлечимых он отвел лишь десятую часть от общего количества мест. Анализируя работу лечебницы с 1869 по 1879 год, Александр Устинович отмечал, что 30 процентов поступивших больных были выписаны с выздоровлением. Особенно высоки шансы на выздоровление были у тех, кто поступил в больницу первый раз при том, что продолжительность заболевания на этот момент не превышала шести месяцев. Если через год пребывания в лечебнице улучшение не наступало, больных переводили в земские дома для умалишенных или передавали на попечение родственников [4]. Такой подход приводил к тому, что в больнице оставалось много незанятых мест. И это при том, что Казанская окружная лечебница, рассчитанная на обслуживание семи ближайших губерний, по факту принимала пациентов со всей империи. Но А.У. Фрезе всю свою жизнь был уверен: вылечить психически больного и вернуть его к привычной жизни, а значит, и к работе, государству экономически выгоднее, чем тратить средства на содержание неизлечимо больных. Причиной незанятых мест в лечебнице он считал недостаточную информированность населения о ее открытии и условиях содержания пациентов [6]. А.У. Фрезе даже выпустил брошюру с описанием своего заведения и предпринял поездку в соседние губернии для поиска пациентов, подходящих под критерий «подающие надежду на выздоровление». Такое положение дел продолжалось до самой смерти Александра Устиновича в 1884 году.

Новым директором лечебницы был назначен Лев Федорович Рагозинт — не только выдающийся российский психиатр, но и талантливый администратор. Он принял на себя руководство учреждением в очень сложное для больницы время. Вот как описывает положение дел профессор А.П. Останков:

«Опыт Казанской окружной лечебницы в глазах министерства считался настолько неудачным, что даже возбуждаемые земствами ходатайства о постройке окружных лечебниц не пользовались успехом; вопрос о центральных лечебницах можно было бы считать тогда и окончательно погребенным, если бы энергичная и богатая результатами деятельность Л.Ф. Рагозина и все дальнейшее при нем существование Казанской окружной лечебницы не изменили радикально взглядов правительства на окружные лечебницы» [7]. Лев Федорович при помощи инженера А.Е. Остовского расширил и частично перестроил больницу, внедрил систему пансиона, благодаря чему в казну стало поступать больше средств, и, наконец, перевел в лечебницу всех пациентов земского дома для умалишенных, после чего земский дом был закрыт. Таким образом, Л.Ф. Рагозин улучшил условия жизни хронических больных и одновременно уменьшил стоимость их содержания. Но самое главное — он вернул доверие правительства к проекту окружных лечебниц.

В 1888 году Лев Федорович занял пост директора Медицинского департамента Министерства внутренних дел, и при его самом активном участии были построены еще шесть окружных психиатрических лечебниц, предусмотренных проектом 1856 года, в таких городах, как Варшава, Винница, Вильна (впоследствии Вильнюс), Томск, Москва, Гродно [3]. Таким образом, география проекта охватила области от западных рубежей Российской империи до Сибири.

НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ

В 1891 году открылась Варшавская окружная психиатрическая лечебница в Творках (впоследствии территория Польши). Очевидно, что при ее планировании и организации еще действовала некоторая инерция прошлого: лечебницу построили по павильонной системе — она считалась лучшей для распределения больных по группам, пока Л.Ф. Рагозин и его коллеги не доказали, что корпусный тип построек намного практичнее и экономичнее павильонного. Самое большое количество мест отводилось пациентам, подающим надежду на выздоровление, но также лечебница принимала неизлечимых больных, лиц, приговоренных к содержанию под врачебным надзором по решению суда, и людей, чьи умственные способности вызвали сомнение и нуждались в испытании [8].

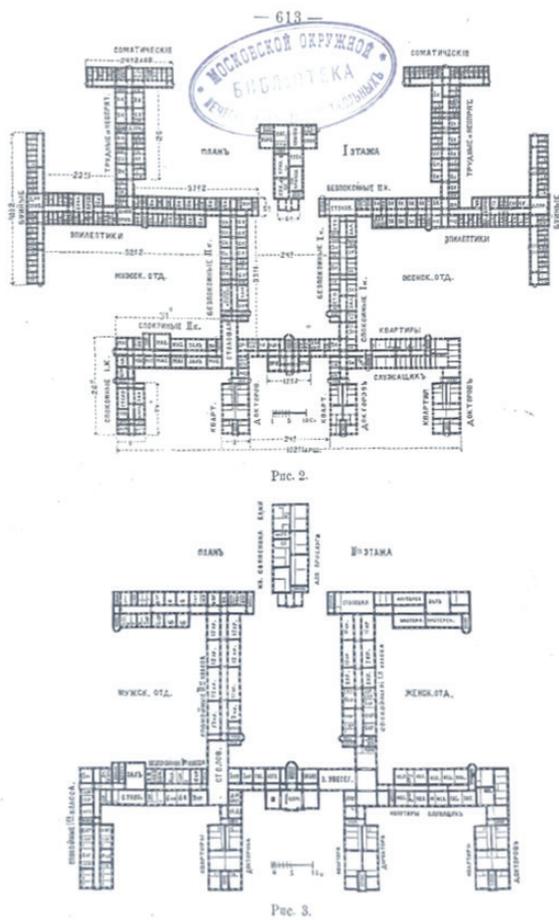


Рисунок 2. Проект Винницкой окружной лечебницы.

В остальном организация Варшавской лечебницы опиралась на принципы, опробованные в Казанской окружной больнице: живописная загородная местность, проживающие непосредственно на территории врачи, фельдшеры и обслуживающий персонал, запрет на физические методы усмирения больных [8]. Трудоспособные пациенты привлекались к работе в полях или в мастерских, что было полезно и для их состояния, и для пополнения больничной кассы. Лечебница принимала больных со всех десяти губерний Царства Польского и, как отмечают современники, была переполнена даже после пристройки новых помещений в 1895 году.

Для содержания душевнобольных юго-западного края Российской империи в 1896 году была построена окружная психиатрическая лечебница примерно в шести километрах от Винницы (впоследствии территория Украины). Проект создавался при активном участии Л.Ф. Рагозина и инженера А.Е. Остовского, ранее занимавшегося расширением Казанской лечебницы.

Позднее работу над проектом продолжил гражданский инженер Я.И. Кривцов [1]. Именно он реализовал идею строительства окружных лечебниц до самого конца — позднее он трудился над сооружением Виленской, Московской и Томской лечебниц, внося необходимые изменения и совершенствуя подход к строительству.

Интересно, что с архитектурной точки зрения Винницкая больница знаменует собой переход от павильонной системы к корпусной. Как отмечал профессор П.А. Останков, павильоны Винницкой больницы «непосредственно переходят один в другой без промежуточных коридоров и теплых галерей» [9]. Это говорит о том, что методом проб и ошибок российская психиатрия нашла идеальное решение: больные распределялись по разным отделениям и не смешивались друг с другом, но все отделения находились в одном здании. Благодаря такой системе было проще контролировать их перемещения и занятия, осуществлять обход и, наконец, отопление и водоснабжение одного крупного здания обходились дешевле, чем организация аналогичных удобств в нескольких отдельных павильонах (рис. 2). А по уровню удобств лечебница даже опережала свое время: например, она имела автономную электростанцию, тогда как городская электростанция была построена в Виннице только в 1911 году. Постройка окружной психиатрической больницы даже повлияла на инфраструктуру района: от Винницы до лечебницы было проложено и вымощено шоссе. Винницкая больница обслуживала Киевскую, Волынскую и Подольскую губернии.

В 1903 году состоялось торжественное открытие Виленской (впоследствии территория Литвы) окружной психиатрической больницы. На тот момент это была самая большая в России психиатрическая лечебница, рассчитанная на тысячу коек. Двести пациентов лечились за счет государства, остальные платно, таким образом, содержание лечебницы окупалось. Все принципы организации окружных лечебниц соблюдались здесь в полной мере: ограничивались стеснение и изоляция больных, спокойным пациентам прогулки разрешались даже за пределами территории, в больнице организовывались игры и концерты. К зданию примыкал огромный парк и огороды, работы в которых использовались как один из вариантов трудотерапии для пациентов (рис. 3). Надо сказать, что первый директор Виленской лечебницы Николай



Рисунок 3. Виленская окружная лечебница.

Васильевич Краинский не только разумно руководил больницей, но активно отстаивал идею крупных психиатрических заведений. Выступая на IX Пироговском съезде в 1904 году, он сказал: «Большие психиатрические больницы в научном и организационном отношении имеют значительное преимущество по сравнению с малыми, лучшие условия для сортировки различных групп больных: в них легче найти необходимые в научной психиатрии пособия, и легко достигим взаимный обмен мнениями и сведениями». [10]

МЕСТО НАЗНАЧЕНИЯ — СИБИРЬ

В первом десятилетии XX века вопрос призрения душевнобольных стоял достаточно остро не только в европейской части Российской империи, но и в Сибири. Например, в записке врачебного инспектора, адресованной Томскому губернскому управлению, указывалось, что в психиатрическом отделении одной из больниц, рассчитанном на шестьдесят человек, содержится сто двадцать пациентов, из-за чего «приходится отказывать в помощи массе лиц, нуждающихся в лечении»¹. Свое послание инспектор завершил просьбой «не отказать сообщением о времени открытия Томской окружной психиатрической лечебницы». Об актуальности проекта говорит и тот факт, что Городская дума предложила Комитету по постройке безвозмездно использовать любые строительные

материалы, находящиеся в пределах городских земель, и обещала за свой счет обустроить подъездной путь от города к лечебнице.

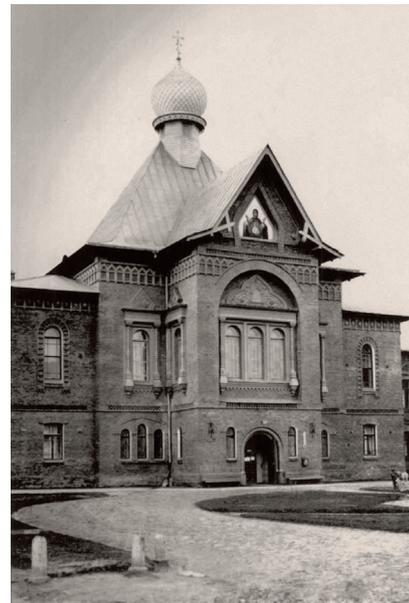


Рисунок 4. Фасад Томской окружной лечебницы.

Дело было не только в том, что обширная Сибирь нуждалась в заведении для изоляции и лечения людей, которые по причине своего душевного состояния не могли жить в обществе. В то время Сибирь была

¹ Архив Областного государственного автономного учреждения здравоохранения «Томская клиническая психиатрическая больница».

также местом ссылки преступников, среди которых был немалый процент людей с нарушениями психики. В связи с этим расширилось предназначение психиатрической больницы, которое включало: содержание душевнобольных, совершивших преступления; оценку умственных способностей лиц, относительно которых у суда возникали сомнения; заключение душевнобольных арестантов; изоляцию неизлечимых и опасных для общества пациентов. С учетом всех указанных категорий Томская лечебница была одной из самых больших в Российской империи — она вмещала 1050 пациентов² (рис. 4).

Лечебница в Томске построена по тому же плану, что и Винницкая и Московская больницы. К этому времени «психиатрическое строительство» уже накопило некоторый опыт эксплуатации зданий, так что бессменный инженер проекта Я.В. Кривцов мог исправить недостатки: так, в качестве одной из отрицательных характеристик Винницкой лечебницы были признаны слишком длинные коридоры, и в схеме Томской больницы от них отказались. В основном же новая лечебница повторяла принципы рациональности и гармонии, опробованные в других окружных больницах: обширная площадь на берегу реки, трехэтажный главный корпус с приемными кабинетами, правлением, библиотекой и церковью (рис. 5). В выступающих частях здания размещались квартиры директора и врачей. Отделения для больных располагались в боковых и отходящих назад корпусах. План лечебницы состоял из соединяющихся Т-образных и Н-образных частей, благодаря чему складывалась система закрытых дворов для больных. Для обслуживающего персонала на территории лечебницы были построены удобные деревянные коттеджи.

Томская психиатрическая больница приняла первую партию больных осенью 1908 года. Начиная с этого момента, она обслуживала не только четыре сибирские губернии, но и Семипалатинскую, Акмолинскую и Забайкальскую области³ (рис. 6).

Директором Томской лечебницы был назначен Николай Николаевич Топорков, руководивший



Рисунок 5. Парадная лестница Томской окружной лечебницы.



Рисунок 6. Прибытие пациентов в Томскую окружную лечебницу.

до 1907 года Виленской окружной больницей. Несмотря на то, что профессор Н.Н. Топорков обладал опытом управления крупным учреждением, многие проблемы ему пришлось решать буквально «с нуля» (рис. 7). Томская лечебница обслуживала огромную по площади территорию, многие больные проделывали долгий путь и попадали в нее крайне истощенными — они нуждались не только

2 Историческая справка. Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Томская клиническая психиатрическая больница».

3 Справка об исполнении Высочайшего утвержденного мнения Государственного Совета о постройке в гор. Томске окружной лечебницы для душевно-больных. Архив Областного государственного автономного учреждения здравоохранения «Томская клиническая психиатрическая больница».



Рисунок 7. Первый директор Томской окружной лечебницы Н.Н. Топорков в окружении коллег.

в психиатрической помощи, но и в общесоматическом лечении. Неудивительно, что летальность пациентов в первый год работы больницы была довольно высокой — 13,5%. Вторую проблему представлял собой наплыв криминальных больных. Н.Н. Топорков и другие врачи лечебницы развернули широкую трудовую терапию: были открыты сапожная, портняжная, переплетная, корзиночная, ткацкая, гончарная, веревочная мастерские (рис. 8). На площади больше 400 гектаров выращивали сельскохозяйственные культуры, содержали домашних животных. В подсобном хозяйстве были даже конюшни для разведения племенных лошадей. Интересный факт: в 1910 году лечебница принимала участие в губернской выставке садоводства и огородничества, и ее продукция получила бронзовую медаль⁴. Трудотерапия не только оказывала положительное влияние на состояние душевнобольных, но и открывала перспективу для пациентов — с освоением нового ремесла у них появлялся шанс лучше адаптироваться в обществе. Довольно широко в лечебнице практиковалось обучение грамоте. Также Н.Н. Топорков уделял внимание организации досуга: для пациентов устраивались праздники и танцы, причем в духовом и балалаечном оркестрах на этих мероприятиях играли служащие больницы (рис. 9). Несмотря на сложности, Томская окружная лечебница уже в первые годы своей работы могла гордиться результатами. Так, в 1909 году она представила свой альбом и схемы на III Съезде психиатров, в 1911 году приняла участие в Международной

⁴ Историческая справка. Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Томская клиническая психиатрическая больница».



Рисунок 8. Пациенты Томской окружной лечебницы за плетением рыболовных сетей.

гигиенической выставке в Дрездене, а в 1913 году показала свои достижения на Всероссийской гигиенической выставке в Петербурге, где была награждена малой золотой медалью.

ПРЕСТУПЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

Важным этапом проекта стала Московская окружная лечебница для душевнобольных (сегодня «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы»), которая открылась осенью 1907 года. Она была построена по тому же принципу, что и предшествующие здания проекта: под одной общей крышей разместились многочисленные корпуса, сообщающиеся друг



Рисунок 9. Участники художественной самодеятельности после спектакля.

с другом при помощи коридоров (рис. 10). Изначально Московская лечебница сразу планировалась как заведение специализированное — для заключения больных, совершивших преступления. Положение о больнице 1907 года так говорит о ее назначении: «...для содержания и призрения душевнобольных — особо опасных преступников, как осужденных, так и находящихся под следствием; для испытания умственных способностей лиц, помещенных судом; а также для призрения и пользования душевнобольных неизлечимых и опасных для общества» [11].

К созданию психиатрической больницы такого типа подталкивало само время. К 1907 году в лечебные заведения Российской империи все чаще поступали больные, осужденные по какой-либо статье, причем земским больницам предписывалось принимать их без ограничения. Это приводило к тому, что мест для других пациентов просто не хватало. Комиссия с участием видных психиатров И.П. Мержеевского, В.М. Бехтерева и Н.В. Краинского пришла к заключению, что заботу о душевнобольных необходимо разделить. На попечении земства остались острые душевнобольные и безопасные для общества пациенты с хроническими заболеваниями, а испытуемых больных, арестантов и опасных для общества пациентов с хроническими заболеваниями было решено отправлять в окружные лечебницы. Поэтому Московская и Томская лечебницы строились с учетом



Рисунок 10. Московская окружная лечебница, 1910 год.

потребности государства изолировать опасных для общества людей, которых нельзя было помещать в обычные тюрьмы ввиду психических заболеваний.

Необходимость в постройке окружной психиатрической лечебницы рядом с Москвой становится вдвойне очевидной, если обратиться к свидетельствам современников. В одном из ходатайств правительству в тот период говорилось, что душевнобольные привозятся в Москву чуть ли не со всей России и бросаются тут на произвол судьбы на улицах или на железнодорожных вокзалах. Совершаемые ими опасные деяния вызывали рост напряженности в обществе. Очевидно, что такие больные нуждались в особых мерах содержания и лечения. Для решения проблемы царское правительство решило выкупить



Рисунок 11. Московская окружная лечебница. Прогулка пациентов, 1910 год.

территорию бывшего имения князей Оболенских в селе Троицком Молодинской волости Подольского уезда и построить окружную психиатрическую больницу тюремного типа. Несмотря на предназначение заведения, постройка была выдержана в изначальном духе проекта: живописная местность с красивыми рощами, прудами и речкой, полностью автономное хозяйство, условия для проживания врачей и обслуживающего персонала прямо на территории, деление на корпуса, из которых только четыре отделения предназначались для «криминальных» пациентов. Небольшие сады, примыкавшие к этим отделениям, были огорожены кирпичными стенами. Общего забора, который можно видеть вокруг больницы сейчас, в первые годы ее работы не было (рис. 11). Еще на этапе постройки больница дала множество рабочих мест жителям села Троицкого, которое к тому моменту находилось в упадке, можно сказать, вымирало. На протяжении всей своей истории и до сих пор лечебница остается «градообразующим предприятием» для села.

Отметим, что, хотя Московская окружная лечебница строилась на последующих этапах проекта, это был первый опыт строительства больницы именно тюремного типа. Неудивительно, что ревизия, проведенная Министерством внутренних дел перед официальным открытием лечебницы, выявила некоторые недочеты [12]. В своем докладе инспектор Московского врачебного управления Н.Н. Эсаулов назвал неустрашимым недостатком постройки огромную площадь здания с множеством переходов и спусков в полутемный туннель — все это вместе с густыми зарослями вокруг больницы благоприятствовало побегам. Для снижения вероятности таких инцидентов в окнах некоторых отделений были установлены сетки, в изоляционных комнатах появились замки, обычные оконные стекла заменили прочным корабельным стеклом. Также в дверях были установлены контрольные рамки, а в окнах туннеля — решетки. В густых зарослях, окружающих лечебницу, прорубили широкие просеки, чтобы любое несанкционированное перемещение тут же попадало в поле зрения служащих. Были выявлены и многочисленные строительные недочеты, несмотря на которые больница все-таки открылась, и в первые годы работы она не только выполняла свои непосредственные задачи, но и активно достраивалась.

Сергей Диомидович Колотинский, первый директор Московской окружной психиатрической больницы, фактически принял на себя управление целым больничным городком (рис. 12). Периметр одного только главного здания из семнадцати корпусов тянулся на четыре километра. К нему примыкали два трехэтажных корпуса, где находились квартиры для врачей и так называемый надзирательский корпус с квартирами для среднего медицинского персонала. Сиделки, прислуга и рабочие жили в цокольном этаже. Отопление в больнице поддерживалось за счет калориферных печей, причем под землей была проложена узкоколейка, по которой к печам подвозили топливо. Горячий воздух подавался по воздуховодам в стены и обогревал обширные площади больницы. Вода в лечебницу поступала с насосной станции через шестиэтажную водонапорную башню. В 1908 году на втором этаже этой башни открылась школа для детей сотрудников больницы. Дело в том, что на первых порах значительную часть штата составляли сотрудники Винницкой лечебницы, переехавшие вслед за директором вместе с семьями. А так как в земской школе мест не хватало, для детей врачей и ординаторов организовали школу прямо на территории лечебницы. К башне примыкал хозяйственный корпус с кухней, пекарней, столовой для служащих,



Рисунок 12. Московская окружная лечебница. Кабинет главного врача.

баней, прачечной, швейной мастерской и помещениями для дезинфекции. Как и в остальных окружных лечебницах, на территории московской больницы работала своя электростанция. Благодаря ей освещался не только весь больничный городок, но и часть дороги на станцию.

«Необыкновенное великолепие чистоты, простора и удобства» — такой отзыв о Московской окружной психиатрической лечебнице оставил великий русский писатель Лев Николаевич Толстой. Он побывал в больнице в 1910 году, и позднее его впечатления о посещении легли в основу статьи «О безумии» (рис. 13).

В 1911 году Московская окружная лечебница для душевнобольных приняла участие в Международной выставке гигиены в Дрездене и была награждена бронзовой медалью, что стало наглядным подтверждением того уровня, которого достигла российская психиатрия. Экспозиция лечебницы на выставке включала в себя макет зданий и другие наглядные материалы: отчеты, альбомы, бланки, образцы документов, инструкции для персонала больницы по уходу и надзору за больными, а также рисунки и поделки душевнобольных. Сегодня все это составляет значимую часть коллекции больничного музея (рис. 14).



Рисунок 13. Посещение московской лечебницы Л.Н. Толстым.

Серьезным потрясением для окружных психиатрических больниц стала Первая мировая война. В 1914–1915 годах Московская окружная лечебница приняла у себя пациентов и служащих окружных больниц



Рисунок 14. Московская окружная лечебница. Комната дежурного врача.

Варшавы и Вильно. Можно себе представить, какого самоотверженного труда и административного таланта потребовало размещение такого количества людей. Но персонал Московской лечебницы справился. Местным врачам даже удалось купировать вспышку холеры, завезенной в Подмоскowie вместе с эвакуированными пациентами.

С начала XX века Московская окружная лечебница становится примером рациональной организации содержания душевнобольных. На сегодняшний день Психиатрическая клиническая больница № 5 — это крупнейший в России стационар, проводящий принудительное лечение. Он рассчитан на 1630 пациентов. В больнице функционируют 27 отделений: 12 общего типа и 15 специализированного. Среди них: 3 женских отделения, одно отделение для ВИЧ-инфицированных больных и одно отделение для пациентов с сочетанной туберкулезной патологией. В штате больницы трудятся 120 врачей и 932 медицинские сестры. Главная цель, которую ставит перед собой медицинское учреждение, — это полноценная реабилитация и ресоциализация душевнобольных, а также профилактика повторных общественно опасных действий выписавшихся пациентов. Поэтому в медицинской практике не только используются самые современные психофармакологические препараты, но и ведется большая реабилитационная работа: психотерапия, арт-терапия, культурная терапия, трудовая терапия в лечебно-трудовых мастерских.

Несмотря на длительность пребывания пациентов в стационаре при применении принудительных мер, подготовка к выписке начинается с момента поступления в стационар, для чего определяется реабилитационный потенциал и на основе объективных данных составляется программа индивидуальной медико-

социальной реабилитации. На базе отделения медико-социальной реабилитации (ОМСР) подготовлен учебный класс, который вмещает до 12 пациентов-учеников. Класс оснащен доступом в интернет и предполагает различные формы профессионального обучения (как очные, так и заочные). Данные условия также позволяют проводить обучение и взрослых пациентов, и лиц, не достигших совершеннолетия, с использованием видеоконференцсвязи и дистанционных технологий.

На базе ОМСР запущены 3 швейных цеха, общим количеством на 50 мест, что дает возможность участвовать в трудотерапии большому количеству пациентов, многие из которых получили во время лечения профессиональную специальность, тем самым обеспечив себе возможность дальнейшего трудоустройства.

В рамках соблюдения преемственности принудительного лечения и профилактики совершения повторного правонарушения проводятся совместные встречи со специалистами психоневрологических диспансеров, которые непосредственно будут курировать пациента после выписки. В рамках данной работы врачи, которые будут осуществлять амбулаторное принудительное наблюдение и лечение после выписки, знакомятся с пациентами, узнают от лечащих врачей и других специалистов стационара (психолога, социальных работников) все подробности клинической картины, лечения, социального статуса, трудотерапевтического потенциала пациента.

Отдельного упоминания заслуживает тот факт, что в больнице сложилось несколько династий медиков, и это способствует преемственности традиций и передаче опыта из поколения в поколение.

В 2021 году Психиатрическая клиническая больница № 5 получила награду «Золотая бабочка» и диплом победителя XVI всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья» имени академика РАН Т.Б. Дмитриевой в номинации «Лучшее учреждение года».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

XIX век — эпоха урбанизации и стремительного технического прогресса — поставил общество лицом к лицу с проблемой содержания и лечения душевнобольных. Ответом России на этот вызов времени стала разработка принципов психиатрической помощи,

создание психиатрического законодательства и реализация проекта окружных психиатрических больниц — первых в истории медицинских учреждений, спроектированных на основе обстоятельного анализа потребности в госпитальных видах психиатрической помощи и всестороннего обсуждения этого вопроса с ведущими врачами и представителями власти.

Бесспорно, проект окружных психиатрических больниц в России знаменовал собой выход отечественной психиатрии на новый уровень, не зря его реализация совпала с введением психиатрии в программу медицинских университетов, а первые окружные больницы открывались вблизи университетских городов. В дальнейшем работа окружных лечебниц дала обширный клинический материал для кафедр психиатрии, а университеты в свою очередь транслировали новейшие достижения медицинской науки и способствовали их внедрению в лечебную практику.

В то же время проект окружных психиатрических лечебниц стал первым опытом нового «психиатрического строительства». Он продвинул вперед не только медицинскую науку, но и гражданскую архитектуру. Методом проб и ошибок был найден баланс между масштабностью и рациональностью. Как показывает практика, принципы, использованные при планировке и организации работы окружных лечебниц, прошли проверку временем и не потеряли актуальности даже в наши дни.

И, наконец, проект окружных психиатрических больниц позволил сместить акцент в содержании душевнобольных с изоляции на лечение, сделать отношение к психически больным более гуманным и то же время более рациональным. Окружные больницы сыграли решающую роль в популяризации психиатрии среди населения: психиатрические лечебницы стали восприниматься не как пугающие «сумасшедшие дома», а как учреждения, где душевнобольным оказывают помощь и способствуют их выздоровлению.

Судьба окружных лечебниц, входивших в проект XIX века, сложилась по-разному. Какие-то из них не выдержали войн и революций XX века и утратили изначальное назначение, другие хоть и пострадали во время Второй мировой войны, но сумели восстановиться и продолжают свою деятельность, правда, уже на территориях других государств. В границах России сегодня функционируют Казанская, Московская и Томская

больницы. Важно отметить, что полтора века спустя они по-прежнему служат делу психиатрической науки, поддерживают клинические традиции, заложенные их первыми директорами, и оказывают высококвалифицированную комплексную помощь тем, кто в ней нуждается.

История публикации

Статья поступила: 04.04.2023

Статья принята: 18.04.2023

Публикация: 09.06.2023

Благодарности: Авторы выражают благодарность главному врачу Томской клинической психиатрической больницы С.М. Андрееву и директору Томской клинической психиатрической больницы А.В. Васеловской за предоставленные материалы по истории Томской окружной лечебницы и Т.Ю. Борисовой за помощь в написании и редактировании статьи.

Вклад авторов: Все авторы внесли существенный вклад в написание и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Целищев Д.В., Черняев М.И. История окружных психиатрических больниц в России // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №2. CP6137. doi: 10.17816/CP6137

Информация об авторах

Дмитрий Вениаминович Целищев, врач-психиатр высшей квалификационной категории, главный врач, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы»;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4075-8022>;
e-Library SPIN-code: 4474-9080

Михаил Иванович Черняев, врач-психиатр, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы»;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7321-8591>

*для связи с авторским коллективом можно написать
Борисовой Татьяне Юрьевне
E-mail: bea3che@yandex.ru

Список литературы

1. Ostankov P. [Vinnytsia district hospital]. *Obozrenie psikhatrii i meditsinskoj psikhologii im. Bekhtereva*. 1896;1(6): 439-446. Russian.
2. Rote A. [An essay on the history of psychiatry in Russia and Poland]. *Arkhiv psikhatrii, neurologii i sudebnoi psichopatologii*. 1893;22(2):93-109. Russian.
3. Sozinov A, Ziganshin F, Mitrofanov V. [To the 150th anniversary of the Republican Clinical Psychiatric Hospital named after Academician V.M. Bekhterev]. *Prakticheskaya medicina*. 2019;17(3):11-18. Russian.
4. Freze A. The first decade of the Kazan District Hospital in the Name of the Mother of God of All Mourners (1869-1879). *Kazan: Universitetskaya tipografija*; 1880. 19 p. Russian.
5. Mendelevich D, Sozinov A. [Kazan period of activity of Professor A.U. Freze (to the 185th anniversary of his birth)]. *Meditinskaya psikhologija v Rossii*. [Internet]. 2011[Cited 2023 Apr 17];3(3). Available from: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer12.php. Russian.
6. Freze A. To the opening of the Kazan house of the insane. *Kazan*; 1869. 28-30 pp. Russian.
7. Ostankov P. [Lev Fedorovich Ragozin]. *Obozrenie psikhatrii i meditsinskoj psikhologii im. Bekhtereva*. 1908;13(4):195-201. Russian.
8. *Hopital des alienes a Tworki*. Warsaw;1911. 2-10 pp. Russian.
9. Ostankov P. [Vinnytsia district hospital]. *Obozrenie psikhatrii i meditsinskoj psikhologii im. Bekhtereva*. 1896;1(8): 610-619. Russian.
10. *The commemorative book of the Vilna province for 1904*. Vilna;1904. 83-84, 165, 178 pp. Russian.
11. *Regulations on the Moscow district hospital for the mentally ill people*. Moscow;1910. Russian.
12. *Instructions for the revision of the Moscow district hospital*. Moscow: GBU TSGA; 1908. 26-32 pp. Russian.