

Факторы риска нарушений пищевого поведения у девушек-подростков с дисрегуляцией менструального цикла

Пичиков А.А.¹, Волкова Е.В.², Попов Ю.В.¹, Яковлева Ю.А.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента»», Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В статье представлены результаты исследования пищевого поведения и личностных особенностей у девушек-подростков, обратившихся к гинекологу в связи с нарушениями менструального цикла.

Целью исследования было выявление факторов риска нарушений пищевого поведения у девушек-подростков с дисрегуляцией менструального цикла.

Материал и методы. Были обследованы 75 девушек-подростков с различными нарушениями менструального цикла (аменорея, опсоолигоменорея, меноррагия) и 25 девушек контрольной группы. Проводилась оценка характерных признаков пищевых расстройств, степень неудовлетворенности своей внешностью, уровень самооценки, различные аспекты самоотношения, выраженность перфекционизма и уровень тревожности. С помощью факторного анализа были выделены основные факторы, определяющие взаимосвязь особенностей пищевого поведения и личностных характеристик. С помощью регрессионного анализа была проведена оценка факторов риска для развития основных симптомов расстройств пищевого поведения (стремление к худобе и булимия) у девушек-подростков.

Результаты. Было выявлено, что у девушек с нарушениями менструального цикла отмечается большая склонность к возникновению эпизодов перепадов и использованию очистительных процедур, у них более низкая самооценка и более негативное самоотношение. Не было выявлено значимых различий в оценке девушками образа своего тела в зависимости от наличия или отсутствия нарушений менструального цикла, а также от вида нарушений. Данная оценка во всех случаях имела тенденцию к негативному восприятию разной степени выраженности. Факторный анализ показателей нарушений пищевого поведения и личностных особенностей в исследуемых группах показал, что нарушения пищевого поведения у девушек тесно связаны с негативным отношением к своему телу и с показателями тревожности. С помощью регрессионного анализа были выявлены показатели, влияющие на стремление к худобе и булимическое поведение, которые отличались между группами.

Заключение. Пищевое поведение у девушек-подростков опосредуется через различные психологические характеристики, связанные, в том числе, с особенностями менструального цикла.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, менструальный цикл, аменорея, самооценка, перфекционизм, тревога, подростки

Информация об авторах

Пичиков А.А. — <https://orcid.org/0000-0002-6522-6057>; e-mail: sigurros@mail.ru

Волкова Е.В. — <https://orcid.org/0000-0002-4742-827X>; e-mail: w.katerina55@mail.ru

Попов Ю.В. — <https://orcid.org/0000-0003-1644-8080>; e-mail: popov62@yandex.ru

Яковлева Ю.А. — <https://orcid.org/0000-0001-9647-7628>; e-mail: yya.08@mail.ru

Как цитировать:

Пичиков А.А., Волкова С.В., Попов Ю.В., Яковлева Ю.А. Факторы риска нарушений пищевого поведения у девушек-подростков с дисрегуляцией менструального цикла. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2020;4:50-64, <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-4-50-64>

Risk factors for eating disturbance in adolescent girls with dysregulation of the menstrual cycle

Pichikov AA¹, Volkova EV², Popov YV¹, Yakovleva YA¹

¹V.M.Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg, Russia

² St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution «Municipal advisory-diagnostic center
for children «Juventa», St. Petersburg, Russia

Summary. The article presents the results of eating behavior and personality traits study in a group of adolescent girls who consulted a gynecologist in connection with menstrual irregularities.

The aim of the study was to identify risk factors for eating disturbance in adolescent girls with menstrual dysregulation.

Materials and methods: were examined 75 adolescent girls with various disorders of the menstrual cycle (amenorrhea, opsooligomenorrhea, menorrhagia) and 25 girls of the control group. The characteristic features of eating disorders, the degree of dissatisfaction with one's appearance, the level of self-esteem, various aspects of self-attitude, the severity of perfectionism and the level of anxiety were assessed. The main factors that determine the relationship between eating behavior and personal characteristics were identified using factor analysis. Risk factors for the development of the main symptoms of eating disorders (drive for thinness and bulimia) in adolescent girls were assessed using regression analysis.

Results. It was found that girls with menstrual irregularities are more prone to episodes of overeating and the use of cleansing procedures, they have lower self-esteem and a more negative self-attitude. There were no significant differences in the girls' assessment of their body image depending on the presence or absence of menstrual irregularities, as well as on the type of disturbances. This assessment in all cases had a tendency to negative perception of varying severity. Factor analysis of indicators of eating disturbances and personality traits in the study groups showed that eating disturbances in girls are closely associated with a negative attitude towards their bodies and with indicators of anxiety. Regression analysis identified indicators affecting drive for thinness and bulimic behavior that differed between groups.

Conclusion. Eating behavior in adolescent girls is mediated through various psychological characteristics, including those associated with the features of the menstrual cycle.

Key words: eating disturbance, menstrual cycle, amenorrhea, self-esteem, perfectionism, anxiety, adolescents

Information about the authors

Pichikov A.A. — <https://orcid.org/0000-0002-6522-6057>; e-mail: sigurros@mail.ru

Volkova E.V. — <https://orcid.org/0000-0002-4742-827X>; e-mail: w.katerina55@mail.ru

Popov Y.V. — <https://orcid.org/0000-0003-1644-8080>; e-mail: popov62@yandex.ru

Yakovleva Y.A. — <https://orcid.org/0000-0001-9647-7628>; e-mail: yya.08@mail.ru

To cite this article: Pichikov A.A., Volkova E.V., Popov Y.V., Yakovleva Y.A. Risk factors for eating disturbance in adolescent girls with dysregulation of the menstrual cycle. *V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology*. 2020;4:50–64, <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-4-50-64>

Расстройства пищевого поведения (РПП) являются сложной и многосторонней проблемой, далекой от своего разрешения. В современных классификациях появляются диагностические рубрики, описывающие новые для клиницистов варианты РПП: избегающе-ограничительное РПП, расстройство руминации, компульсивное переедание. Переосмысляются критерии давно уже описанных и широко известных заболеваний: нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ). Также с течением времени и развитием нейробиологических наук меняется фокус внимания на основные этиопатогенетические факторы в развитии различных пищевых нарушений. Например, с точки зрения Bulik С.М. [8] десятилетия сосредоточения на социокультурных и семейных факторах препятствовали настоящему пониманию причин и поддерживающих факторов в генезе НА. В настоящее время исследования РПП в большей степени сосредоточены на таких феноме-

нах, как: нейрокогнитивные нарушения [2, 4, 21], interoцепция [5, 18], генетика [7, 36], эндокринная дисфункция [29, 31], структурные изменения и функциональные нарушения в работе ЦНС [1, 12, 35], влияние микробиома [14, 32] и другие.

Наиболее частыми признаками отклонений пищевого поведения в подростковом возрасте являются: ограничительные диеты, переедания и булимические эпизоды (субъективные и объективные), очистительные процедуры, компульсивные физические упражнения, а также значимое влияние на самооценку формы тела и веса. Как правило, НА манифестирует в среднем, а НБ в старшем подростковом возрасте [34]. Некоторые симптомы РПП словно вплетены в самую «ткань» подросткового периода, обуславливаясь не столько искажением образа тела, а скорее его общей неудовлетворенностью [19]. Это может быть связано с постоянным сравнением себя с идеализированными медиа-образами и «обработанными» изобра-

жениями сверстников в социальных сетях. Навязчивое сравнение достигает в настоящее время беспрецедентных масштабов благодаря интернету и техническим средствам доступа к нему [38]. В связи с этим может наблюдаться большее распространение атипичных вариантов нарушений, когда отсутствует один или несколько признаков расстройства. В португальском исследовании, в котором участвовала группа молодых людей в возрасте от 12 до 23 лет, количество лиц с атипичными формами (EDNOS) составляло 77,4% из общего количества диагностированных РПП. Кроме того, в рамках того же исследования было установлено, что показатели распространенности НА и НБ в когорте молодых людей составляли 0,3–2,2% и 0,1–2% соответственно [27], что примерно совпадает с общепопуляционными исследованиями.

При оценке распространенности РПП все исследования указывают на преобладание нарушений у лиц женского пола. При этом менструальная дисфункция у женщин является общей чертой для всех типов РПП [26]. Менструальные циклы в первые два или три года после менархе могут быть нерегулярными. Это явление полностью физиологично и связано с созреванием правильных обратных связей в системе гипоталамус-гипофиз-половые железы. НМЦ, возникающие у молодых девушек после этого периода, могут указывать на значительные нарушения в этой системе [16, 30]. Основной причиной НМЦ у подростков являются нарушения пульсирующей секреции гонадолиберина, приводящие к вторичному снижению секреции ФСГ и ЛГ и аномальному стероидогенезу яичников [9,13]. Сообщалось также, что гипопитиемия играет роль в ингибировании гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси [39]. По статистике, у 68% пациенток, страдающих РПП, наблюдается аменорея. Исследования показывают, что менструация прекращается у более чем 90% девушек с НА, а у 20% менструация прекращается до значительной потери веса [15, 26, 37]. Этиология менструальной дисфункции у девушек с РПП многогранна и является результатом сложного взаимодействия многих факторов, включая массу тела, количество жира в организме, уровень лептина и половых гормонов, физической нагрузки и психологических стрессоров. Особое значение приобретает и ряд личностных характеристик. Например, самооценка, особенно в подростковом возрасте, может быть тесно связана с формированием собственного образа тела и перфекционизмом. Когда уровень самооценки низкий, это влияет на удовлетворенность формой и размером тела и коррелирует с более высоким уровнем патологического пищевого поведения, связанного с контролем веса [6], что, в свою очередь, может влиять на менструальный цикл девушки.

До сих пор существует небольшое количество исследований, позволяющих оценить взаимосвязь дисрегуляции менструального цикла, нарушений пищевого поведения и особенностей личности у девушек-подростков. То, что РПП являются фактором риска НМЦ у девочек-подростков, явля-

ется доказанным фактом. Например, в МКБ-10 аменорея является одним из основных критериев для постановки диагноза НА (хотя уже в DSM-V данный признак был удален, как не обязательный, что в итоге способствовало расширительной диагностике). Однако, как правило, верификация НМЦ в виде вторичной аменореи происходит в момент диагностики клинически оформленных РПП, что не всегда позволяет получить достоверные сведения об изменениях в менструальном цикле на начальных этапах формирования различных отклонений в пищевом поведении, а также прояснить их связь с психологическими характеристиками личности.

Необходимо учитывать тот факт, что подростковый возраст является сложным периодом физического и психического роста и развития, а менструальная дисфункция может быть напрямую связана с различными дистрессовыми переживаниями в этот период [17, 23]. Значение менструальной дисфункции у подростков с РПП особенно важно при рассмотрении ее влияния на линейный рост, пубертатное развитие, минерализацию костей и когнитивное функционирование. Следовательно, если допустить, что различные НМЦ могут быть связаны с проявлениями пищевых нарушений, а в дальнейшем определять течение РПП, то исследование личностных факторов, поддерживающих нарушения пищевого поведения у таких девушек, позволит дифференцированно подходить к психопрофилактическим мероприятиям в соответствии с тем или иным гинекологическим диагнозом.

Целью исследования явилось выявление факторов риска нарушений пищевого поведения у девушек-подростков с дисрегуляцией менструального цикла.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 75 девушек-подростков с нарушениями менструального цикла (средний возраст $15,9 \pm 1,6$ лет). Респондентки были разделены на 3 группы по 25 человек, в зависимости от основного гинекологического диагноза (аменорея — N91.0; олигоменорея (опсоолигоменорея) — N91.3; пубертатная меноррагия (обильные менструации в пубертатном возрасте) — N92.2). Контрольную группу составили 25 девушек-подростков с нормальным менструальным циклом (средний возраст $16,0 \pm 1,5$ лет). При анализе социально-демографических характеристик (образовательный уровень, наличие полной семьи и ее социально-экономический статус) у девушек в исследуемых группах значимых различий найдено не было. Средние значения ИМТ не имели значимых различий в клинических (девушки с аменореей — $18,2 \pm 2,4$, опсоолигоменореей — $18,7 \pm 3,1$, меноррагией — $19,4 \pm 1,8$) и контрольной группе ($19,1 \pm 2,6$). Соответствие возрастным нормам определялось на основе анализа перцентильных таблиц. Следует отметить, что большинство девушек клинических и контрольной группы на-

ходилось в пределах 5-50 перцентиля, что может свидетельствовать о минимизации в группе исследуемых лиц с избыточной массой тела и отсутствии лиц с критически низким весом, который мог быть связан с выраженным ограничительным пищевым поведением.

Пациентки, сформировавшие клинические группы, проходили обследование и амбулаторное лечение в СПбГБУЗ «Ювента» в 2019-2020 г.г. На первом этапе исследования осуществлялась верификация диагноза, связанного с дисрегуляцией менструального цикла. Диагноз выставлялся гинекологом на основе полного соответствия критериям МКБ-10 с учетом возрастных особенностей. Диагноз первичной аменореи выставлялся в ситуации, если у девушки не начинались менструации до 16 лет. Вторичная аменорея определялась в случае, если у девушки менструации, которые были регулярными, прекратились как минимум на 3 месяца. Учитывая общие этиопатогенетические механизмы подобных нарушений в период установления менструального цикла различий между первичными и вторичными формами в нашем исследовании не проводилось. Группа девушек с опсоолигоменореей объединила в себе пациенток с диагнозами олигоменорея (промежутки между менструациями длятся более сорока дней, краткосрочные скудные кровяные выделения в критический период, как правило с небольшой протяженностью — около двух-трех дней) и опсоменорея (увеличение интервала между менструациями от 36 дней до 3-х месяцев). Два этих нарушения относятся к вариантам гипоменструального синдрома, в связи с чем, они и рассматривались в комплексе. Диагноз меноррагии выставлялся в ситуации длительных (более 7 дней) или чрезмерных (более 80 мл) кровотечений, которые происходили с регулярным интервалом.

Общими критериями включения для всех групп испытуемых в исследование являлись: наличие информированного согласия пациентки и ее родителей на участие в исследовании; возраст пациентки от 14 до 17 лет включительно. Общими критериями невключения были: наличие любого психиатрического диагноза (включая РПП, соответствующие полным критериям МКБ-10), наличие серьезных неврологических заболеваний, злоупотребления алкоголем или наркотическими веществами в анамнезе или на момент обследования; обострение хронического соматического заболевания на момент обследования.

На втором этапе был выполнен сравнительный анализ пищевого поведения и личностных особенностей между девушками, имеющими и не имеющими диагноз НМЦ. Также проводился анализ между группами в соответствии с различным диагнозом НМЦ. На третьем этапе при помощи факторного анализа исследовались взаимосвязи нарушений пищевого поведения с личностными особенностями в группе девушек-подростков с НМЦ и контрольной группы. На заключительном этапе, при помощи регрессионного анализа выявлялись факторы в клинической и контрольной

группах, связанные с генеральными симптомами РПП (стремлением к худобе и булимией).

В качестве инструмента диагностики и оценки характерных признаков пищевых расстройств использовалась «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП; О.А. Ильчик, С.В. Сивуха, О.А. Скугаревский, С. Суихи, 2011). Факторная структура опросника позволяла выделить 7 параметров: (1) стремление к худобе, (2) булимия, (3) неудовлетворенность телом, (4) неэффективность, (5) перфекционизм, (6) недоверие в межличностных отношениях, (7) интероцептивная некомпетентность. Данная шкала давала возможность оценить выраженность различных признаков, характерных для РПП, определяя их на уровне тенденций без клинически очерченных феноменов, позволяющих выставить тот или иной диагноз. Таким образом, можно было говорить о более широком континууме отклонений от нормального пищевого поведения, включающего в себя ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ своего тела и деятельность, направленную на формирование этого образа, согласно определению В.Д. Менделевича [3]. В таком случае мы говорили не о расстройствах, а о нарушениях пищевого поведения.

Для оценки степени неудовлетворенности внешностью, как составного компонента образа тела, использовался «Опросник образа собственного тела» (ООСТ; О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха, 2006). В рамках когнитивной теории психики неудовлетворенность собственным телом имеет два компонента: оценочный (основанный на мышлении) и перцептивный (основанный на восприятии). С точки зрения авторов, оценочный компонент отношения к телу, измеряемый методикой, отражает: глобальную оценку тела (удовлетворенность или неудовлетворенность весом, формой тела, специфическими его частями); эмоции и чувства по поводу внешности; когнитивный аспект (убеждения в отношении внешности, схема тела); определенное поведение (например, избегание смотреть на себя в зеркало, взвешиваться, посещать тренажерные залы). Данная шкала является «обратной», т.е. высокий балл свидетельствует о негативной оценке образа тела, а низкий балл — о позитивной оценке образа тела. Значение баллов от 13 и выше говорит о выраженной неудовлетворенности собственным телом (максимальный балл по шкале — 48).

Учитывая важную роль самооценки, особенно в подростковом возрасте, при нарушениях образа тела и в развитии РПП [6,10], было проведено исследование с помощью опросника «Определение уровня самооценки» (С.В. Ковалев, 1991). Данная методика, предлагает выразить свое отношение к 32 суждениям, касающимся самооценки личности. Обработка результатов проводится суммированием баллов по всем 32 суждениям с выставлением общего балла, определяющего высокий (0-25 бал-

лов), средний (26-45 баллов) или низкий (46-128 баллов) уровень самооценки.

В связи с различием содержания «Я-образа» (связанного не только с образом тела), формирующегося на основе знаний и представлений о себе, в том числе и в форме оценки выраженности тех или иных собственных черт, проводился опросник самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантелеева, 1985). Опросник состоит из 57 утверждений, на каждое из которых испытуемый должен ответить «да» или «нет». Методика позволяет выявить три уровня самоотношения, отличающихся по степени обобщенности: глобальное самоотношение; самоотношение, дифференцированное по самоуважению, аутосимпатии, ожидаемому отношению от других и самоинтересу; уровень конкретных действий (готовности к ним) в отношении к своему «Я».

По данным множества исследований было выявлено, что перфекционизм в значительной степени связан с симптомами РПП у детей и подростков [20, 25, 33]. В связи с этим в нашем исследовании проводилась оценка уровня перфекционизма по многомерной шкале перфекционизма Хьюитта-Флетта (в адаптации И.И. Грачевой, 2006). Методика состоит из трех субшкал, каждая из которых измеряет степень выраженности одной из составляющих перфекционизма у испытуемого: перфекционизм, ориентированный на себя; перфекционизм, ориентированный на других; социально предписанный перфекционизм. Сумма баллов, набранная испытуемым по всем трем субшкалам многомерной шкалы перфекционизма, отражает общий уровень перфекционизма (интегральная шкала).

Согласно некоторым исследованиям коморбидность РПП с тревожными расстройствами составляет более 50% [22], при этом уровень тревоги может определять степень выраженности симптомов пищевых нарушений [11, 24, 28]. В нашем исследовании данный параметр измерялся с помощью многомерной оценки детской тревожности (Е.Е. Малкова, 2007). Методика содержит 100 вопросов, на которые респондентам предлагается ответить «да» или «нет» и которые образуют 10 шкал. Использование данного инструмента позволило провести индивидуальный анализ структуры тревожности у девушек с НМЦ в связи с проблемами, возникающими у них дома, при школьном обучении, во взаимоотношениях с окружающими (сверстниками, учителями и родителями).

Математико-статистический метод применялся для обработки собранного эмпирического материала и математической верификации выявленных закономерностей. В соответствии с поставленными задачами исследования, проводилась математико-статистическая обработка при помощи пакета программ SPSS Statistics 23.0. Использовалась описательная статистика (частоты, анализ средних значений); Хи-квадрат Пирсона (для анализа взаимосвязи номинативных переменных). Проверка на нормальность распределения выполнялась с помощью критерия Колмогорова-

Смирнова и показала отличие имеющегося распределения от нормального. В связи с этим для сравнительного анализа клинической и контрольной группы был использован непараметрический критерий Манна-Уитни. Для корреляционного анализа использовался критерий ранговой корреляции Спирмена. Сравнительный анализ между группами пациенток с НМЦ проводился с помощью однофакторного дисперсионного анализа. Для оценки взаимосвязи нарушений пищевого поведения с личностными особенностями у девушек-подростков проводился факторный анализ (метод выделения факторов — метод главных компонент; метод вращения — варимакс с нормализацией Кайзера). При помощи регрессионного анализа выявлялись факторы, влияющие на степень выраженности основных симптомов РПП. Статистические гипотезы проверялись на уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования

Первоначально анализировались особенности пищевого поведения с помощью ШОПП у девушек в группе с НМЦ и в контрольной группе (см. табл.1). Сравнительный анализ клинической и контрольной группы выявил статистически значимые различия по шкалам «Булимия» ($p < 0,01$) и «Перфекционизм» ($p < 0,05$), а также тенденцию к более высоким показателям у девушек с НМЦ по шкале «Неудовлетворённость телом» ($p = 0,085$). Сравнительный анализ между группами девушек с различными НМЦ не выявил статистически значимых различий. Вместе с тем, девушки с аменореей характеризовались тенденцией к булимии ($p = 0,097$) и неудовлетворенности собственным телом ($p = 0,085$), девушки с меноррагией имели тенденцию к более высоким показателям перфекционизма ($p = 0,058$).

По результатам методики ООСТ («обратная» шкала) было выявлено, что в группе девушек с НМЦ оценка образа тела является негативной ($16,40 \pm 10,45$), в то время как в контрольной группе этот показатель находится на границе нормальной и негативной оценки ($13,84 \pm 11,60$). Значимых различий между девушками с НМЦ и контрольной группой выявлено не было. Сравнительный анализ между группами девушек с НМЦ также не выявил статистически значимых различий.

По данным методики «Тест-опросник определения уровня самооценки» («обратная» шкала) был выявлен низкий уровень самооценки в обеих группах ($68,63 \pm 20,68$ в группе девушек с НМЦ; $58,68 \pm 20,02$ в контр. группе), при этом наблюдалось статистически значимое различие по данной шкале ($p < 0,05$). У испытуемых с меноррагией по данной методике был получен наиболее высокий показатель, свидетельствующий о низкой самооценке ($71,56 \pm 23,17$), в отличие от девушек с аменореей и опсоолигоменореей ($66,72 \pm 19,64$ и $67,60 \pm 20,51$ соответственно). Статистически значимых различий между клиническими группами получено не было.

Таблица 1. Сравнительный анализ пищевого поведения у девушек с НМЦ и девушек контрольной группы (*- p<0.01, **- p<0.05)**Table 1. Comparative analysis of eating behavior in girls with menstrual irregularities and girls in the control group**

№	Показатель	НМЦ (n=75) (M±δ)	Контр. гр. (n=25) (M±δ)
1	Стремление к худобе	5,63±2,89	5,72±1,84
2	Булимия	3,41±2,11*	1,48±0,47*
3	Неудовлетворенность телом	7,59±6,69	5,40±2,87
4	Неэффективность	6,09±2,80	5,72±2,84
5	Перфекционизм	5,05±1,71**	4,24±1,36**
6	Недоверие в межличностных отношениях	5,68±2,57	4,92±2,53
7	Интероцептивная некомпетентность	6,56±2,14	6,04±2,48

Табл. 2. Сравнительный анализ самооотношения у девушек с НМЦ и девушек контрольной группы (*- p<0.001, **- p<0.01, *- p<0.05)****Tab. 2. Comparative analysis of self-attitude in girls with menstrual irregularities and girls in the control group**

№	Показатель	НМЦ (n=75) (M±δ)	Контр. гр. (n=25) (M±δ)
1	Глобальное самооотношение	13,83±5,52***	17,20±5,68***
2	Самоуважение	6,89±3,10*	9,36±2,38*
3	Аутосимпатия	7,11±3,93	8,44±3,75
4	Ожидаемое отношение других	8,29±2,76	8,92±1,99
5	Самоинтерес (шк. IV)	5,68±1,83	6,20±1,92
6	Самоуверенность	3,71±1,84***	4,80±2,10***
7	Отношение других	4,89±1,66	5,04±1,27
8	Самопринятие	4,47±2,00	4,96±1,81
9	Саморуководство	4,16±1,43**	5,08±1,08**
10	Самообвинение	4,80±1,69	5,44±2,24
11	Самоинтерес (шк. 6)	4,80±1,75	5,56±1,66
12	Самопонимание	2,36±1,44**	3,16±1,66**

Сравнительный анализ самооотношения у девушек с НМЦ и в контрольной группе (см. табл.2) показал наличие значимых статистических различий по таким шкалам, как «глобальное самооотношение» (p<0,05), «самоуважение» (p<0,001), «самоуверенность» (p<0,05), «саморуководство» (p<0,01) и «самопонимание» (p<0,01) Все показатели были выше у девушек без НМЦ.

Сравнительный анализ в группах девушек с НМЦ выявил статистически значимые различия по таким шкалам как «Глобальное самооотношение» (p<0,05), «Самоуважение» (p<0,001), «Аутосимпатия» (p<0,05), «Самоуверенность» (p<0,05), «Самопринятие» (p<0,01), «Самопонимание» (p<0,05) и «Саморуководство» (p<0,001). По всем обозначенным выше шкалам наиболее низкие показатели были выявлены у девушек с меноррагией.

Сравнительный анализ данных, полученных с помощью «Многомерной шкалы перфекционизма Хьюитта-Флетта», выявил статистически значимые различия по шкале «Социально-предписанный перфекционизм» (p<0,05), а также по интегральной шкале перфекционизма (p<0,05). Оба показателя оказались выше в группе девушек с НМЦ (62,97±15,86 и 181,81±27,62 соответственно) по сравнению с контрольной группой (54,72±9,70 и 161,08±23,69 соответственно). Однофакторный дисперсионный анализ показал, что социально-предписанный перфекционизм и интегральная шкала перфекционизма являются наиболее выраженными у девушек с меноррагиями (66,36±16,23 и 190,92± 31,71 соответственно) (p<0,05) по сравнению со средними значениями у девушек с опсо-олигоменореей (61,0±13,44 и 178,76±30,08 соответ-

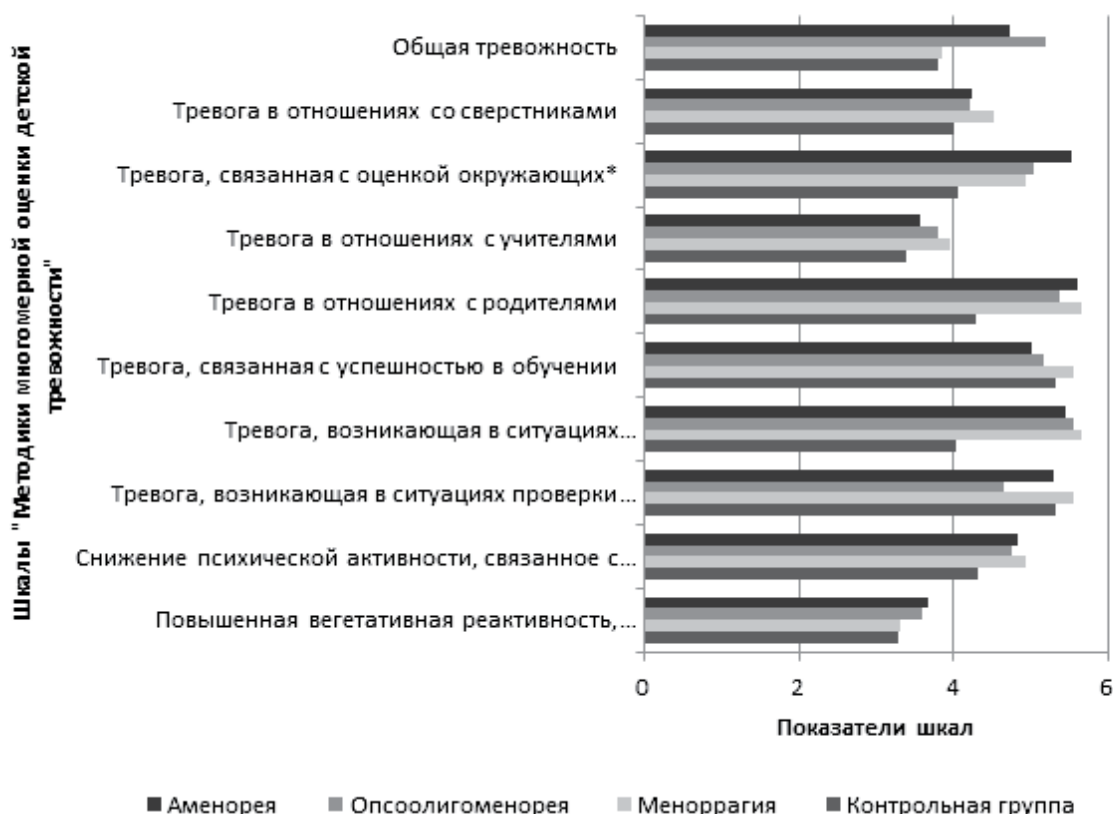


Рис. 1. Сравнительный анализ тревожности у девушек с нарушениями менструального цикла и девушек контрольной группы (*- $p < 0,05$)

Fig.1. Comparative analysis of anxiety in girls with menstrual irregularities and girl in the control group

ственно) и аменореей ($61,56 \pm 17,12$ и $175,35 \pm 21,49$ соответственно).

Далее проводился сравнительный анализ данных, полученных с помощью «Методики многомерной оценки детской тревожности» в клинической и контрольной группах (см. рис.1). Были получены статистически значимые различия по таким шкалам, как «Тревога, связанная с оценкой окружающих» ($p < 0,05$), «Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения» ($p < 0,05$), а также выявлена тенденция к различиям по шкалам «Общая тревожность» ($p = 0,074$) и «Тревога в отношениях с родителями» ($p = 0,065$). Все обозначенные показатели были выше у девушек с НМЦ.

Однофакторный дисперсионный анализ выявил статистически значимые различия по следующим шкалам: «Общая тревожность» ($p < 0,05$), «Тревога в отношениях с родителями» ($p < 0,05$) и «Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения» ($p < 0,05$), а также была определена тенденция к различиям по шкале «Тревога, связанная с оценкой окружающих» ($p = 0,072$). По шкалам «Тревога в отношениях с родителями», «Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения» высокие баллы были получены в группах с аменореей и ме-

норрагией, средние — в группе с опсоолигоменореей и низкие — в группе девушек без НМЦ. По шкале «Тревога, связанная с оценкой окружающих» во всех трех группах с НМЦ были получены высокие показатели, в контрольной группе были получены средние показатели. По шкале «Общая тревожность» были получены высокие показатели у девушек с аменореей и опсоолигоменореей, у групп с меноррагией и без НМЦ были получены средние показатели.

Исследование взаимосвязи нарушений пищевого поведения с личностными особенностями у пациенток с НМЦ и девушек контрольной группы

В связи с исследованием значительного количества параметров по нескольким методикам, был выполнен факторный анализ имеющихся данных с целью выявления структуры взаимосвязей между изучаемыми переменными. Факторный анализ проводился отдельно для клинической и контрольной группы. Первоначально проводился факторный анализ в группе девушек с НМЦ. Всего было выделено 6 факторов.

Первый фактор был обозначен как позитивное самоотношение (собственное значение = 7,655) и включал следующие шкалы: саморукводство (факторная нагрузка = 0,851), самоуважение (0,834), глобальное самоотношение (0,820), самоинтерес (шк.6) (0,801), ожидаемое отношение других (0,761), самоинтерес (шк.IV) (0,761), самопринятие (0,744), самоуверенность (0,734), самопонимание (0,672), отношение других (0,646), аутосимпатия (0,624), самооценка (-0,533). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь показателей позитивного самоотношения, перечисленных выше, а также положительной самооценки у девушек с НМЦ.

Второй фактор был обозначен как негативная оценка тела (собственное значение = 4,818) и включал следующие шкалы: стремление к худобе (факторная нагрузка = 0,793), негативная оценка образа собственного тела (0,703), неудовлетворенность телом (0,675), тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний (0,602), булимия (0,594), интероцептивная некомпетентность (0,558). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь показателей негативного отношения к своему телу (негативная оценка образа собственного тела, неудовлетворенность телом), показателей нарушения пищевого поведения (стремление к худобе, булимия, интероцептивная некомпетентность), а также тревоги, возникающей в ситуациях проверки знаний. То есть можно говорить о том, что нарушения пищевого поведения у девушек с НМЦ тесно связаны с негативным отношением к своему телу и тревогой в ситуациях проверки знаний.

Третий фактор был обозначен как застенчивость (собственное значение = 3,869) и включал следующие шкалы: недоверие (факторная нагрузка = 0,730), повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой (0,699), социально-предписанный перфекционизм (0,594), неэффективность (0,496), тревога в отношениях с родителями (0,458). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь показателей нарушения пищевого поведения (недоверие, неэффективность), тревожности (повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой, тревога в отношениях с родителями), а также социально-предписанного перфекционизма. Таким образом, нарушения пищевого поведения у девушек с НМЦ также связаны с тревогой в отношениях с родителями и склонностью к вегетативному реагированию, а также с ожиданием негативной оценки от окружающих в случае несоответствия их ожиданиям.

Четвёртый фактор был обозначен как избегание (собственное значение = 3,344) и включал следующие шкалы: снижение психической активности, обусловленное тревогой (факторная нагрузка = 0,802), тревога в отношениях с учителями (0,697), самообвинение (0,670), общая тревожность (0,623). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь показателей тревожности (тревога в отношениях с учителями, общая тревожность) и самообвинения со снижением психической активности, связанной с тревогой.

Пятый фактор был обозначен как перфекционизм (собственное значение = 2,699) и включал следующие шкалы: интегральная шкала перфекционизма (факторная нагрузка = 0,928), перфекционизм, направленный на себя (0,896), перфекционизм (ШОПП) (0,632), перфекционизм, ориентированный на других (0,397). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь показателей перфекционизма (интегральная шкала перфекционизма, перфекционизм, направленный на себя, перфекционизм (ШОПП), перфекционизм, ориентированный на других).

Шестой фактор был обозначен как социальная тревога (собственное значение = 2,549) и включал следующие шкалы: тревога в отношениях со сверстниками (факторная нагрузка = 0,879), тревога, связанная с успешностью в обучении (0,693), тревога, связанная с оценкой окружающих (0,564), тревога, возникающая в ситуациях самовыражения (0,429). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь показателей социальной тревоги (тревога в отношениях со сверстниками; тревога, связанная с успешностью в обучении; тревога, связанная с оценкой окружающих; тревога, возникающая в ситуациях самовыражения).

Таким образом, было выделено 6 факторов: позитивное самоотношение, *негативная оценка тела, застенчивость, избегание*, перфекционизм, *социальная тревога*. Данные факторы отражают взаимосвязь самоотношения с самооценкой, негативной оценки собственного тела с чувством некомпетентности; недоверия к окружающим с желанием быть идеальной, а также с низкой эффективностью; высокой тревожности с обвинениями в свой адрес; перфекционизма, направленного на себя и на окружающих, а также тревоги, связанной с ситуациями обучения и тревоги, связанной с ситуациями самовыражения. Нарушения пищевого поведения у девушек с НМЦ тесно связаны с негативным отношением к своему телу и тревогой в ситуациях проверки знаний. Помимо этого, нарушения пищевого поведения связаны с тревогой в отношениях с родителями и склонностью к вегетативному реагированию, а также с ожиданием негативной оценки от окружающих в случае несоответствия их ожиданиям. Полученная факторная модель объясняет 71,2% дисперсии, что является высоким показателем.

Далее проводился факторный анализ в контрольной группе, было выделено 6 факторов.

Первый фактор был обозначен как позитивное самоотношение (собственное значение = 7,284) и включал следующие шкалы: самоуверенность (факторная нагрузка = 0,840), самоинтерес (шк.6) (0,836), ожидаемое отношение других (0,783), отношение других (0,777), самоинтерес (шк.IV) (0,769), глобальное самоотношение (0,759), самоуважение (0,668), аутосимпатия (0,612), самопринятие (0,591), социально-предписанный перфекционизм (-0,539). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь показателей положительного самоотношения, а также низких уровней социально-предписанного перфекционизма. Таким образом,

позитивное самоотношение девушек в контрольной группе связано с низкой степенью ожидания негативной оценки от окружающих и соответствия их чаяниям.

Второй фактор был обозначен как негативная оценка тела (собственное значение = 6,188) и включал следующие шкалы: стремление к худобе (факторная нагрузка = 0,879), интерцептивная некомпетентность (0,790), неудовлетворенность телом (0,726), булимия (0,719), неэффективность (0,665), негативная оценка образа собственного тела (0,644), недоверие (0,604), повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой (0,519). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь показателей негативного отношения к своему телу (негативная оценка образа собственного тела, неудовлетворенность телом), нарушений пищевого поведения (стремление к худобе, интерцептивная некомпетентность, булимия, неэффективность, недоверие) а также склонности к повышенной вегетативной реактивности, вызванной тревогой. Таким образом, нарушения пищевого поведения у девушек без НМЦ связаны с негативным отношением к собственному телу, а также со склонностью к повышенной вегетативной реактивности, вызванной тревогой.

Третий фактор был обозначен как самообвинение (собственное значение = 5,133) и включал следующие шкалы: самообвинение (факторная нагрузка = 0,792), снижение психической активности, обусловленной тревогой (0,744), общая тревожность (0,738), низкая самооценка (0,690), тревога, возникающая в ситуациях самовыражения (0,616), тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний (0,535). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь показателей самообвинения, низкой самооценки, а также различных аспектов тревожности. То есть, такие личностные особенности, как самообвинение, низкая самооценка и высокая тревожность связаны с нарушениями пищевого поведения у девушек без НМЦ.

Четвертый фактор был обозначен как социальная тревога (собственное значение = 4,022) и включал следующие шкалы: тревога в отношениях со сверстниками (факторная нагрузка = 0,871), тревога, связанная с успешностью в обучении (0,823), тревога, связанная с оценкой окружающих (0,792), тревога в отношениях с родителями (0,572). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь показателей тревоги, отражающих различные аспекты социального взаимодействия у девушек контрольной группы.

Пятый фактор был обозначен как перфекционизм (собственное значение = 3,902) и включал следующие шкалы: интегральная шкала перфекционизма (факторная нагрузка = 0,949), перфекционизм (ШОПП) (0,869), перфекционизм, направленный на себя (0,843), перфекционизм, ориентированный на других (0,610). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь различных показателей перфекционизма.

Шестой фактор был обозначен как уверенность в себе (собственное значение = 2,479) и

включал следующие шкалы: тревога в отношениях с учителями (факторная нагрузка = -0,742), саморуководство (0,617), самопонимание (0,497). Данный фактор отражает тесную взаимосвязь низкого уровня тревоги в отношениях с учителями, а также саморуководства и самопонимания.

Таким образом, было выделено 6 факторов: позитивное самоотношение, *негативная оценка тела, самообвинение, социальная тревога, перфекционизм, уверенность в себе*. Данные факторы отражают взаимосвязь негативного самоотношения с негативной оценкой тела, неэффективности с неудовлетворенностью собственным телом, самообвинения с тревожностью, тревожности в обучении с тревожностью в ситуациях социального взаимодействия, перфекционизма, направленного на себя и на других, а также низкой тревоги с саморуководством и самопониманием. Полученная факторная модель объясняет 82,9% дисперсии, что также является высоким показателем.

Несмотря на то, что в целом в результате факторного анализа в группах были получены похожие результаты, также были обнаружены и различия. В группе девушек с НМЦ позитивное отношение к себе оказалось связано с высокой самооценкой, в то время как в группе девушек без НМЦ оно было связано с низким уровнем социально-предписанного перфекционизма. Помимо этого, в группе девушек с НМЦ неудовлетворенность собственным телом оказалась связана с тревогой, связанной с проверкой знаний, в то время как в группе девушек без НМЦ данный показатель был связан с недоверием и интерцептивной некомпетентностью.

Нарушения пищевого поведения у девушек в клинической и контрольной группах оказались тесно связаны с негативным отношением к своему телу. Вместе с тем, у девушек с НМЦ также была обнаружена связь с ожиданием негативной оценки от окружающих в случае несоответствия их ожиданиям и высокими показателями тревожности, а у девушек без НМЦ — со склонностью к повышенной вегетативной реактивности, вызванной тревогой, и перфекционизмом.

Исследование факторов, влияющих на нарушения пищевого поведения, у пациенток с НМЦ и девушек контрольной группы

С целью исследования факторов риска нарушений пищевого поведения, как в клинической, так и в контрольной группе, проводился регрессионный анализ. В качестве зависимых переменных были определены такие показатели ШОПП, как «стремление к худобе» и «булимия» (как критерии, наиболее ярко отражающие суть клинически оформленных РПП). Регрессионный анализ проводился в каждой группе дважды, с каждым из данных показателей. В качестве независимых переменных использовались показатели оценки образа тела, самооценки, самоотношения, перфекционизма и тревожности.

Первоначально для группы девушек с НМЦ в качестве зависимой переменной была выбрана шкала «стремление к худобе». В результате анализа была получена регрессионная модель, которая является статистически достоверной ($p < 0,01$). Данная модель включает в себя такие показатели, как ожидаемое отношение других, оценка образа собственного тела, самопонимание, тревога в отношениях с родителями, при этом она объясняет 62% дисперсии. Была составлена регрессионная формула:

$$\text{стремление к худобе (НМЦ)} = -2,707 + 0,705 * \text{отношение других} - 0,712 * \text{самопонимание} + 0,308 * \text{ООСТ} + 0,289 * \text{тревога в отношении с родителями}$$

Таким образом, на склонность к худобе у девушек с НМЦ влияют такие факторы, как ожидаемое положительное отношение других, негативная оценка образа собственного тела, низкое самопонимание, высокая тревога в отношениях с родителями.

Далее проводился регрессионный анализ, в котором в качестве зависимой переменной была выбрана шкала «булимия». В результате анализа была получена регрессионная модель, которая является статистически достоверной ($p < 0,01$). Данная модель включает в себя такие показатели, как самообвинение, оценка образа собственного тела, тревога в ситуациях самовыражения, при этом она объясняет 59% дисперсии. Была составлена регрессионная формула:

$$\text{булимия (НМЦ)} = -5,463 + 0,319 * \text{ООСТ} + 0,353 * \text{повышенная вегетативная реактивность} - 0,262 * \text{аутосимпатия}$$

Таким образом, на выраженность булимических тенденций в группе девушек с НМЦ влияют такие показатели, как негативная оценка образа собственного тела, повышенная вегетативная реактивность и низкая аутосимпатия.

Регрессионный анализ проводился для группы девушек без НМЦ. Первоначально в качестве зависимой переменной была выбрана также шкала «стремление к худобе». В результате анализа была получена регрессионная модель, которая является статистически достоверной ($p < 0,01$). Данная модель включает в себя такие показатели, как самообвинение, оценка образа собственного тела, тревога в ситуациях самовыражения, при этом она объясняет 66% дисперсии. Была составлена регрессионная формула:

$$\text{стремление к худобе (без НМЦ)} = 1,225 + 0,580 * \text{самообвинение} + 0,092 * \text{ООСТ} - 0,274 * \text{тревога в ситуациях самовыражения}$$

Таким образом, на склонность к худобе у девушек без НМЦ влияют такие факторы, как самообвинение, негативная оценка образа собствен-

ного тела, высокая тревога в ситуациях самовыражения.

Далее в качестве зависимой переменной была выбрана шкала «булимия». В результате анализа была получена регрессионная модель, которая является статистически достоверной ($p < 0,01$). Данная модель включает в себя такие показатели, как оценка образа собственного тела и самоуважение, при этом она объясняет 81% дисперсии.

$$\text{булимия (без НМЦ)} = 5,156 + 0,177 * \text{ООСТ} - 0,483 * \text{самоуважение}$$

Таким образом, на выраженность булимических тенденций в группе девушек без НМЦ влияют такие показатели, как негативная оценка образа собственного тела и низкое самоуважение.

Обсуждение

Сравнительный анализ клинической и контрольной группы девушек, позволил выявить ряд статистически значимых различий. Было выявлено, что у девушек с НМЦ отмечается большая склонность к возникновению эпизодов переданий и использованию очистительных процедур. Девушки с НМЦ имеют более высокие ожидания в отношении достижений и менее склонны прощать себе недостатки, по сравнению с девушками контрольной группы. У девушек с НМЦ ниже самооценка и более негативное самоотношение: они в меньшей степени уважают себя и уверены в себе, менее последовательны и хуже понимают себя, а также меньше ожидают от окружающих интереса к себе, чем девушки без НМЦ. Также было установлено, что девушки с НМЦ более тревожны (особенно в ситуациях социального взаимодействия), они склонны предъявлять чрезвычайно высокие требования к себе и ожидать того же от окружающих. В связи с этим может возникать усиление тревоги, так как данным требованиям сложно (а иногда и невозможно) соответствовать. При этом достижение идеала для таких девушек представляется крайне необходимым, для того чтобы заслужить одобрение и принятие окружающих. Возникает своеобразный замкнутый «патологический круг», включающий в себя тревогу, патологический перфекционизм и низкую самооценку.

Сравнительный анализ подгрупп девушек с различными НМЦ между собой также позволил выявить различия. Девушки с диагнозом «амеорея» характеризуются наиболее высокой, по сравнению с остальными группами, склонностью к булимии, а также неудовлетворённостью своим телом, которые сочетаются со сниженной самооценкой и негативным самоотношением, проявляющимся снижением целого ряда показателей (глобальное самоотношение, самоуважение, аутосимпатия, саморуководство, самоуверенность, самопринятие) по отношению к девушкам без НМЦ, а также снижением самоинтереса (как ожидаемого интереса от других) и самопонимания в срав-

нении с другими подгруппами. В то же время, в группе девушек с аменореей повышен социально-предписанный перфекционизм и перфекционизм в целом, а также выражен уровень тревоги в целом, тревоги в отношениях с родителями и в ситуациях самовыражения и оценки окружающих.

Девушки с диагнозом «опсоолигоменорея» характеризуются повышенной (но не высокой) склонностью к булимии, а также неудовлетворённостью своим телом, сниженной самооценкой и низкими показателями самоотношения (глобальное самоотношение, саморуководство, самоуважение, самопринятие, самоинтерес и самопонимание), при этом показатели аутосимпатии и самоуверенности в данной группе ниже, по сравнению девушками, имеющими другие диагнозы. В то же время, в данной группе повышены такие особенности, как социально-предписанный перфекционизм и перфекционизм в целом, а также уровень тревоги в отношениях с родителями, в ситуациях самовыражения и оценки окружающих.

Девушки с диагнозом меноррагия характеризуются средним уровнем склонности к булимии, а также неудовлетворённостью своим телом, обладают наиболее низкой самооценкой и самоотношением по сравнению с остальными девушками с НМЦ. В данной группе также преобладает склонность к перфекционизму, в частности, социально-предписанному, а также высоко выражена тревога в отношениях с родителями, в ситуациях самовыражения и оценки окружающих.

В контрольной группе все показатели нарушений пищевого поведения выражены слабо, показатель самооценки выше, чем в группах девушек с НМЦ (соответствует средним показателям). В данной группе были выявлены наиболее высокие показатели самоотношения по всем шкалам, кроме самопринятия. Уровень перфекционизма и тревожности у девушек без НМЦ находится на уровне нормы.

Интересно, что не наблюдалось значимых различий в оценке девушками образа своего тела в зависимости от наличия или отсутствия НМЦ, а также от вида нарушений. Данная оценка во всех случаях имела тенденцию к негативному восприятию разной степени выраженности.

Факторный анализ показателей нарушений пищевого поведения и личностных особенностей в исследуемых группах показал, что нарушения пищевого поведения у девушек, имеющих и не имеющих НМЦ, тесно связаны с негативным отношением к своему телу и с показателями тревожности. При этом в группе с НМЦ они также связаны с ожиданием негативной оценки от окружающих в случае несоответствия их ожиданиям, а в группе без НМЦ связаны в первую очередь с перфекционизмом. В то же время, существенных различий в структуре факторов между группами обнаружено не было, что даёт основания предполагать, что нарушения пищевого поведения обусловлены именно личностными особенностями, а не наличием или отсутствием НМЦ. Вместе с тем, понимание специфических профилей выявленных

факторов, с нашей точки зрения, может способствовать совершенствованию индивидуального подхода в коррекции поддерживающих и лимитирующих причин пищевых нарушений.

Регрессионный анализ позволил выявить факторы риска основных симптомов РПП у девушек в исследуемых группах. В группе девушек с НМЦ на стремление к худобе влияют следующие показатели: ожидаемое положительное отношение других, негативная оценка образа собственного тела, низкое самопонимание, высокая тревога в отношениях с родителями. На булимическое поведение в группе девушек с НМЦ влияют такие показатели, как негативная оценка образа собственного тела, повышенная вегетативная реактивность и низкая аутосимпатия. В группе девушек без НМЦ на стремление к худобе влияют следующие показатели: самообвинение, негативная оценка образа собственного тела, высокая тревога в ситуациях самовыражения. На проявления булимического поведения в группе девушек без НМЦ влияет негативная оценка образа собственного тела и низкое самоуважение.

Несмотря на то, что в нашем исследовании мы исходили из гипотезы, предполагающей влияние личностных характеристик, имеющих специфический профиль, на проявления пищевого поведения, все же возможны и другие этиопатогенетические механизмы. По нашему мнению, можно предложить несколько моделей взаимовлияния биологических (генетическая и нейробиологическая предрасположенность, «locus minoris» в области созревания оси «гипоталамус-гипофиз-половые железы» и регулирования менструального цикла и др.), психологических (содержание «Я-образа», самооценка, перфекционизм, алекситимия, тревожность, низкий уровень стрессоустойчивости и проблемно-решающего поведения и др.) и социально-психологических (идентификация, навязчивое сравнение, самостигматизация, формируемое обществом стремление к худобе и др.) факторов.

Учитывая тот факт, что изменения в пищевом поведении находятся на определенном континуме, включающем и атипичные формы расстройств, можно предположить, что в группе с НМЦ, возможно, большее количество девушек изначально имеют какие-либо отклонения в регуляции аппетита, interoцепции или оценке образа тела (через нейробиологические механизмы). Эти отклонения могут способствовать нарушениям в питании, которые на этапе роста и развития (при сохранении минимального веса) могут оказаться критически важными для созревания многоуровневой системы регуляции менструального цикла, включающей в себя кору головного мозга, гипоталамус, гипофиз, половые железы (яичники) и периферические органы мишени.

Другая модель подразумевает значимость именно личностных характеристик, которые на начальном этапе способствуют формированию ограничительного пищевого поведения (с возможным булимическим компонентом), а в даль-

нейшем приводят к НМЦ. В итоге симптомы РПП подкрепляют патологическое реагирование на возможные неудачи в пищевом контроле, нарушают межличностные взаимодействия в семье и в среде сверстников, способствуя социальной изоляции. Если рассматривать РПП, как вариант патологической адаптации, то можно привести слова одной из наших пациенток с НА, которая говорила, что не хочет «выходить» из своей болезни, являющейся для нее своеобразным «домином», спасающим ее от тревог и страданий взрослой жизни. В таком случае, можно говорить, что болезнь в какой-то степени тормозит личностный рост у девушек-подростков. И, действительно, можно отметить, что ряд личностных характеристик (низкая самооценка, тревожность, перфекционизм) у многих пациенток в нашей практике являлись достаточно устойчивыми, даже после выздоровления, и иногда определяли склонность к рецидивированию РПП.

Третья модель предполагает непосредственное влияние вида НМЦ на уровень личностной дисфункции и, возможно, на динамику пищевых нарушений, а в дальнейшем тип РПП (очистительный или ограничительный тип НА, НБ или компульсивное переедание). В нашем исследовании были получены специфические личностные профили, которые можно условно обозначить, как гипоменструальный (аменорея, опсоолигоменорея) и гиперменструальный (меноррагия). В частности, гиперменструальный личностный профиль характеризуется более высоким уровнем перфекционизма, более низкой самооценкой и самоотношением (практически по всем показателям). Это также может быть связано со степенью стрессогенности самого нарушения, когда аномальные маточные кровотечения рассматриваются девушкой, как что-то неправильное и крайне патологическое. Такие переживания, естественным образом, могут оказывать влияния на самооценку и самоотношение, а также на ощущение, что другие предъявляют нереалистичные требования (социально-предписанный перфекционизм). При соответствующем уровне стремления к худобе и попытке контролировать другие аспекты жизни (хотя бы через вес) у таких девушек могут развиваться нарушения пищевого поведения. Следует отметить, что НА и НБ, скорее всего, также могут иметь разные механизмы формирования НМЦ.

С нашей точки зрения, поддерживающими, но не определяющими, факторами патологического пищевого поведения во всех этих моделях являются различные социальные интеракции, направленные на самоусовершенствование тела через контроль питания и физические нагрузки с постоянным и навязчивым стремлением к идеалу (прежде всего телесному и связанному с сохранением молодости, «фертильной» и привлекательной формы тела). Причем, немаловажную роль здесь играют современные цифровые технологии, не являющиеся сами по себе «хорошими» или «плохими», но роль которых в общественной динамике определяется, прежде всего, моральным выбором

каждого конкретного человека, в данном контексте представляющимся частью сетевого (а значит уменьшающего степень ответственности по отношению к себе и другим) взаимодействия. Проживание опыта общения преимущественно в «on-line» с такими же «аватарами», особенно на этапе идентификации и поиска референтных групп у подростков, не может способствовать формированию адекватной самооценки из-за постоянного сравнения и высочайшей конкуренции, в которую подросток либо включается, либо отстраняется и становится, в каком-то смысле, социальным изгоем, вышедшим в «off-line», с минимальными возможностями для самопрезентации и повышения рейтинга.

Перечисленные модели указывают на сложные механизмы регуляции пищевого поведения на нейробиологическом, личностном и социальном уровнях, что и определяет в итоге трудности в коррекции сформировавшихся РПП и их профилактики.

Заключение

Проведенное исследование позволило разработать рекомендации и алгоритмы психопрофилактической работы для специалистов, работающих с подростковым контингентом в области репродуктивного здоровья и профилактики расстройств пищевого поведения.

С нашей точки зрения, независимо от вариантов НМЦ, необходимо проведение психотерапевтической работы (в индивидуальном и/или групповом формате) по формированию у девушек позитивного образа тела и позитивного самоотношения (особенно связанного с повышением аутосимпатии и снижением самообвинения). Групповая форма работы является предпочтительной, так как позволяет проработать сложности при социальном взаимодействии, в частности, помогает снизить тревогу в ситуациях оценки окружающими и самовыражения, а также в общении с родителями и учителями. Дополнительно может быть рекомендована профилактическая и психокоррекционная работа с родителями девушек с целью выстраивания позитивных взаимоотношений в семьях, а также обучения родителей налаживания эмоционального контакта и оказанию эмоциональной поддержки своим дочерям.

Наиболее пристального внимания заслуживают девушки с меноррагией, у которых наблюдается наиболее сильная выраженность негативного самоотношения, а также перфекционизма и тревожности. При обращении к гинекологу девушек с подобными проблемами, параллельно основным диагностически-лечебным мероприятиям, рекомендуется направлять их на консультацию к психологу с целью выявления склонности к возникновению нарушений пищевого поведения, коморбидных депрессивных и тревожных расстройств, а также проведения сопутствующей психокоррекции. Школьным психологам необходимо проводить профилактические и психообразовательные

занятия по проблемам нарушений пищевого поведения среди учеников школ, а также использовать диагностические методики с целью выявления факторов риска (перфекционизма, повышенной тревожности, низкой самооценки и др.) и их своевременного предупреждения.

Дальнейшие исследования могут помочь усовершенствовать профилактические мероприятия для контингента, находящегося в группе риска для развития РПП — девушек подросткового возраста с НМЦ. С нашей точки зрения, выявление дополнительных клинически полезных маркеров, в том числе в области личностного функционирования, могут иметь важные последствия для лечения и прогноза РПП, с возможностью определения психосоматического благополучия девушек-подростков сообразно характеру и со-

держанию НМЦ. Какими бы не были возможные нейробиологические причины формирования клинически оформленных пищевых расстройств в данной группе пациенток, можно сказать, что на начальных этапах изменений в питании важную роль играют именно психологические особенности личности. В связи с этим необходимы дальнейшие лонгитудинальные исследования на больших выборках с оценкой ряда клинических показателей, в том числе эндокринного статуса, и с включением в исследование группы девушек, имеющих клинически выраженные РПП.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Ананьева Н.И., Саломатина Т.А., Попов Ю.В., Пичиков А.А., Ахмерова Л.Р., Андреев Е.В. фМРТ состояния покоя и воксель-базированная морфометрия пациентов с нервной анорексией. *Лучевая диагностика и терапия*. 2019;1:26-27. Ananieva NI, Salomatina TA, Popov YV, Pichikov AA, Akhmerova LR, Andreev EV. Resting state fMRI and voxel-based morphometry in patients with anorexia nervosa. *Luchevaya diagnostika i terapiya*. 2019;1:26-27. (In Russ.).
2. Грачев В.В., Шевченко Ю.С. Особенности нейрокогнитивного дефицита у больных нервной анорексией (критический обзор). *Неврологический вестник*. 2016;48(1):69-76. Grachev VV, Shevchenko YS. Peculiarities of neurocognitive deficit in patients with neural anorexia (critical review). *Nevrologicheskij vestnik*. 2016; 48(1):69-76. (In Russ.).
3. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии: монография. СПб.: Речь; 2007. Mendelevich V.D. *Rukovodstvo po addiktologii: monografiya*. SPb.: Rech; 2007. (In Russ.).
4. Пичиков А.А., Попов Ю.В., Яковлева Ю.А. Взаимосвязь исполнительных функций и суицидальных тенденций у девушек-подростков с нервной анорексией. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2018;4:64-74. Pichikov AA, Popov YV, Yakovleva YA. The interrelation of executive functions and suicidal tendencies in adolescent girls with anorexia nervosa. *Obzrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2018;4:68-77. (In Russ.). doi.org/10.31363/2313-7053-2018-4-64-74.
5. Пичиков А.А., Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Ананьева Н.И., Саломатина Т.А., Ахмерова Л.Р., Андреев Е.В. Динамика нарушений interoцепции у пациенток с нервной анорексией в процессе лечения. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2019;4(2):68-77. Pichikov AA, Popov YV, Yakovleva YA, Ananieva NI, Salomatina TA, Akhmerova LR, Andreev EV. The dynamics of violations interoception in patients with anorexia nervosa during treatment. *Obzrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2019;4(2):68-77. (In Russ.). https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-4-2-68-77
6. Bannink R, Pearce A, Hope S. Family income and young adolescents' perceived social position: associations with self-esteem and life satisfaction in the UK millennium cohort study. *Arch Dis Child*. 2016;101(10):917-921. doi: 10.1136/archdischild-2015-309651.
7. Bulik CM, Blake L, Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(1):59-73. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.007.
8. Bulik CM, Flatt R, Abbaspour A, Carroll I. Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2019; 73(9):518-525. doi: 10.1111/pcn.12857.
9. Deligeoroglou E, Athanasopoulos N, Tsimaris P et al. Evaluation and management of adolescent amenorrhea. *Ann NY Acad Sci*. 2010;1205:23-32. doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05669.x.
10. Drosdzol-Cop A, Bak-Sosnowska M, Sajdak D, Bialka A, Kobiolka A, Franik G, Skrzypulec-Plinta VJ. Assessment of the menstrual cycle, eating disorders and self-esteem of Polish adolescents. *Psychosom Obstet Gynaecol*. 2017;38(1):30-36. doi:10.1080/0167482X.2016.1216959.
11. Ely AV, Wierenga CE, Kaye WH. Anxiety Impacts Cognitive Inhibition in Remitted Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2016;24(4):347-51. doi: 10.1002/erv.2451.
12. Frank GKW. Neuroimaging and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(6):478-483. doi: 10.1097/YCO.0000000000000544.
13. Genazzani AD, Ricchieri F, Lanzoni C et al. Diagnostic and therapeutic approach to hypothalamic

- amenorrhea. *Ann NY Acad Sci.* 2006;1092:103-113.
doi:10.1196/annals.1365.009.
14. Glenney EM, Bulik-Sullivan EC, Tang Q, Bulik CM, Carroll IM. Eating Disorders and the Intestinal Microbiota: Mechanisms of Energy Homeostasis and Behavioral Influence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(8):51.
doi: 10.1007/s11920-017-0797-3.
 15. Golden NH, Carlson JL. The pathophysiology of amenorrhea in the adolescent. *Ann NY Acad Sci.* 2008;1135:163-178.
doi: 10.1196/annals.1429.014.
 16. Heiman DL. Amenorrhea. *Prim Care.* 2009;36:1-17.
doi: 10.1016/j.pop.2008.10.005.
 17. Huhmann K. Menses Requires Energy: A Review of How Disordered Eating, Excessive Exercise, and High Stress Lead to Menstrual Irregularities. *Clin Ther.* 2020;42(3):401-407.
doi: 10.1016/j.clinthera.2020.01.016.
 18. Jenkinson PM, Taylor L, Laws KR. Self-reported interoceptive deficits in eating disorders: A meta-analysis of studies using the eating disorder inventory. *J Psychosom Res.* 2018;110:38-45.
doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.04.005.
 19. Jimenez FP, Jimenez CA, Bacardi GM. Body-image dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review. *Nutr Hosp.* 2017;34(2): 479-489.
doi: 10.20960/nh.455.
 20. Johnston J, Shu CY, Hoiles KJ, Clarke PJF, Watson HJ, Dunlop PD, Egan SJ. Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eat Behav.* 2018;30:55-60.
doi:10.1016/j.eatbeh.2018.05.008.
 21. Juarascio AS, Manasse SM, Espel HM, Kerrigan SG, Forman EM. Could training executive function improve treatment outcomes for eating disorders? *Appetite.* 2015;90:187-193.
doi: 10.1016/j.appet.2015.03.013.
 22. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(6):340-345.
doi: 10.1097/YCO.0000000000000278.
 23. Liu JH, Bill AH. Stress-associated or functional hypothalamic amenorrhea in the adolescent. *Ann NY Acad Sci.* 2008;1135:179-84.
doi: 10.1196/annals.1429.027.
 24. Lloyd EC, Haase AM, Foster CE, Verplanken B. A systematic review of studies probing longitudinal associations between anxiety and anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 2019;276:175-185.
doi: 10.1016/j.psychres.2019.05.010.
 25. Morgan-Lowes KL, Clarke PJF, Hoiles KJ, Shu CY, Watson HJ, Dunlop PD, Egan J. The relationships between perfectionism, anxiety and depression across time in paediatric eating disorders. *Eat Behav.* 2019;34:101305.
doi: 10.1016/j.eatbeh.2019.101305.
 26. Pinhero AP, Thornton LM, Plotnicov KH et al. Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2007;40(5): 424-434.
doi: 10.1002/eat.20388.
 27. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro HJ, Giral M, Raich RM. Epidemiology and risk factors of eating disorders in the adolescent. *Nutr Hosp.* 2012;27:391-401.
doi: 10.1590/S0212-16112012000200008.
 28. Rosenbaum DL, White KS. The Role of Anxiety in Binge Eating Behavior: A Critical Examination of Theory and Empirical Literature. *Health Psychol Res.* 2013;18,1(2):e19.
doi: 10.4081/hpr.2013.e19.
 29. Saldanha N, Carmine L. Endocrine Abnormalities in Patients with Eating Disorders. *Adolesc Med State Art Rev.* 2015;26(2):393-410. PMID: 26999879
 30. Sanfilippo JS, Lara-Torre E. Adolescent gynecology. *Obstet Gynecol.* 2009;113:935-47.
doi: 10.1097/AOG.0b013e31819b6303.
 31. Schorr M, Miller KK. The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management. *Nat Rev Endocrinol.* 2017;13(3):174-186.
doi: 10.1038/nrendo.2016.175.
 32. Seitz J, Trinh S, Herpertz-Dahlmann B. The Microbiome and Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(1):93-103.
doi: 10.1016/j.psc.2018.10.004.
 33. Slof-Op't Landt MC, Claes L, van Furth EF. Classifying eating disorders based on «healthy» and «unhealthy» perfectionism and impulsivity. *Int J Eat Disord.* 2016;49(7):673-680.
doi:10.1002/eat.22557.
 34. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4): 406-414.
doi:10.1007/ s11920-012-0282-y.
 35. Steward T, Menchon JM, Jiménez-Murcia S, Soriano-Mas C, Fernandez-Aranda F. Neural Network Alterations Across Eating Disorders: A Narrative Review of fMRI Studies. *Curr Neuropharmacol.* 2018;16(8):1150-1163.
doi: 10.2174/1570159X15666171017111532.
 36. Thaler L, Steiger H. Eating Disorders and Epigenetics. *Adv Exp Med Biol.* 2017;978:93-103.
doi: 10.1007/978-3-319-53889-1_5.
 37. Vale B, Brito S, Paulos L, Moleiro P. Menstruation disorders in adolescents with eating disorders — target body mass index percentiles for their resolution. *Einstein (Sao Paulo).* 2014;12:175-180.
doi: 10.1590/s1679-45082014ao2942.
 38. Verduyn P, Gugushvili N, Massar K, Taht K, Kross E. Social comparison on social networking sites. *Curr Opin Psychol.* 2020;36:32-37.

doi: 10.1016/j.copsyc.2020.04.002.

39. Vyver E, Steinegger C, Katzman DK. *Eating disorders and menstrual dysfunction in adolescents. Ann NY Acad Sci.* 2008;1135:253–264.
doi: 10.1196/annals.1429.013.

Поступила 24.07.2020

Received 24.07.2020

Принята в печать 07.12.2020

Accepted 07.12.2020