

Роль перфекционизма в формировании особенностей восприятия временной перспективы и образа собственного тела у девушек с нервной анорексией

Попов Ю.В.¹, Пичиков А.А.¹, Скрипченко П.А.¹, Трусова А.В.¹,
Тявокина Е.Ю.², Васюк А.С.², Пуховец Ю.А.²

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»,

²ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Резюме. В исследовании была изучена степень выраженности различных видов перфекционизма у пациенток с нервной анорексией сравнительно с нормальной популяцией.

Был проведен анализ проявлений перфекционизма и связанных с ним аспектов поведения девушек, страдающих нервной анорексией. Изучена степень фиксации на негативных событиях прошлого и трудности с восприятием своего будущего у них.

Ключевые слова: нервная анорексия, подростки, перфекционизм, образ тела, временная перспектива

The role of perfectionism in shaping the features of perception of time perspective and the image body in girls with anorexia nervosa

Popov Y.V.¹, Pichikov A.A.¹, Skripchenko P.A.¹, Trusova A.V.¹,
Tjavokina E.Y.², Vasyk A.S.², Puhovec Y.A.²

¹ St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute,

² St.Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine

Summary. The study has investigated the severity of different types of perfectionism in patients with anorexia nervosa compared with the normal population. Analyzed manifestations of perfectionism and related aspects of the behavior of girls with anorexia nervosa. Studied the degree of fixation on the negative events of the past and the difficulties with the perception of their future from them.

Key words: anorexia nervosa, adolescents, perfectionism, body image, time perspective

Нервная анорексия до сих пор остается трудноизлечимой болезнью, в которой психологические аспекты и патологические факторы играют важную роль как в формировании расстройства, так и в терапевтическом процессе. При рассмотрении патогенеза расстройств пищевого поведения с точки зрения механизмов положительного подкрепления, можно сказать, что для девушек с нервной анорексией характерна менее эффективная система вознаграждения, чем в норме, когда положительное подкрепление связано с достижением максимального результата в ответ на внешние раздражители. Такие девушки опираются на более сложные когнитивные стратегии. По сути, озабоченность своим телом у них является своеобразным приложением для таких проявлений как перфекционизм, ригидность мышления и избегающее поведение, которые лежат в основе расстройств пищевого поведения [7]. Это позволяет объяснить наличие у них высокого уровня тревоги в ответ на нормальные стимулы внешней среды, меньшего потенциала для эффективного принятия решений и более высокого уровня перфекционизма.

Перфекционизм является одной из личностных характеристик, которая определяется в большинстве исследований как потенциальный фактор риска при формировании расстройств пищевого поведения [1, 2, 3, 4, 6]. С.С. Fairburn с со-

авт. (1999) выделил перфекционизм как основной фактор в области контроля над количеством и качеством употребляемой пищи. Вместе с тем, рассмотрение перфекционизма в широком спектре его проявлений позволяет оценить степень его влияния на такие аспекты психологического функционирования у пациенток с нервной анорексией, как формирование образа собственного тела, межличностные отношения, особенности регуляции эмоций [8, 9, 10]. Также, безусловно важным является необходимость выявления взаимосвязи различных типов перфекционизма с особенностями восприятия времени, поскольку данный аспект позволяет не только более прицельно рассмотреть отношение к прошлому («раньше я была толстой»), настоящему («я добилась своего») и будущему («нужно удерживать вес»), но и косвенно может влиять на мотивационный потенциал таких пациенток, который до сих пор является «камнем преткновения» в терапевтической работе с ними.

Целью исследования явилось изучение различных типов перфекционизма и уровней их выраженности у пациенток с нервной анорексией, а так же более детальное изучение влияния феномена перфекционизма на поведение и на симптоматику у лиц, страдающих этим расстройством.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на клинических базах: отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева и соматопсихиатрическом отделении ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Были обследованы 22 девушки с диагнозом нервная анорексия (F50.0) — ср. возраст $19,3 \pm 5,4$ (1 группа) и 24 девушки без расстройств пищевого поведения — ср. возраст $20,8 \pm 4,7$ (2 группа). Длительность заболевания в группе больных нервной анорексией составила менее года — 4 чел. (18,2 %), от 1 года до 3 лет — 9 чел. (40,9 %), от 3 до 5 лет — 7 чел. (31,8 %), от 5 до 7 лет — 2 чел. (9,1 %).

Исследование выполнялось поэтапно с использованием клиничко-психопатологического, экспериментально-психологического и статистического методов. На первом этапе осуществлялась верификация диагноза, при этом из исследования исключались лица с выраженными проявлениями психических и соматических нарушений, связанных с дефицитом массы тела, в том числе затрудняющие интеллектуальное функционирование пациенток, а также девушки с аноректическим синдромом при шизофрении. На втором этапе проводилось экспериментально-психологическое обследование при помощи следующих методик: «Многомерная шкала перфекционизма» П.Хьюитта и Г.Флетта (адаптация Грачевой И.И., 2006); «Шкала перфекционистской самопрезентации» П.Хьюитта (адаптация Золотаревой А.А., 2011); опросник «Образ собственного тела» (Скугаревский О.А., Сивуха С.В., 2006); «Тест имплицитных ассоциаций» (IAT) (Greenvald M.C., 1998); методика «Семантический дифференциал времени» (Вассерман Л.И. с соавт., 2009); «Опросник временной перспективы Ф.Зимбардо» (адаптация Соколовой Е.Т., 2008); Биографический опросник «BIV» (адаптация Чикер В.А., 1991). Математико-статистический метод применялся для обработки собранного эмпирического материала и математической верификации выявленных закономерностей. Достоверность различий между показателями групп исследования оценивалась: для параметрических данных на основании t-критерия Стьюдента, для непараметрических — U-критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования

Для оценки представления пациенток о своем телосложении, а также степени неудовлетворенности собственной внешностью использовался опросник «Образ собственного тела». По результатам проведенного исследования были получены следующие статистически значимые результаты: средние значения для группы испытуемых с диагнозом нервная анорексия составил 9,0 стенонамов, что свидетельствует о выраженной, стойкой неудовлетворенности собственным телом. При этом показатель контрольной группы составил 6,2 стенонамов. Это свидетельствует о том, что девуш-

ки из контрольной группы эпизодически могут испытывать дискомфорт по поводу образа своего тела, однако им не свойственно акцентировать на этом внимание в повседневной жизни и стремиться к активному изменению своего веса. Данные измерений индекса массы тела (ИМТ) между группами испытуемых значительно различаются: 14,78 и 22,31 соответственно для 1 и 2 группы ($p < 0,001$) (таб.1). Полученные данные свидетельствуют о наличии у пациенток с нервной анорексией сформированного стереотипа поведения, направленного на постоянную работу над образом собственного тела посредством объективного снижения веса, в то время как в контрольной группе подобные тенденции не являются постоянными и определяющими полностью весь спектр поведенческих реакций.

Таблица 1

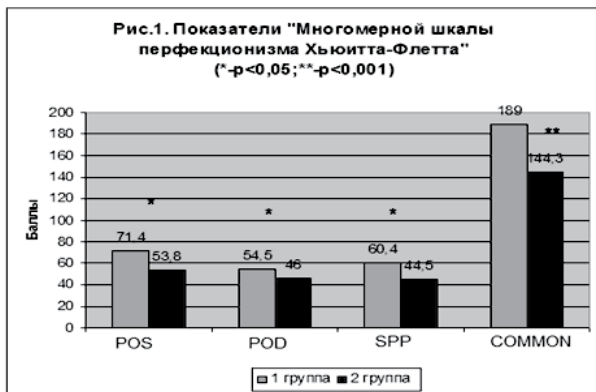
Распределение девушек по уровню ИМТ		
ИМТ	1 группа	2 группа
ИМТ средний по группе	14,78±2,64	21,31±1,59
ИМТ минимальный по группе	12,14	19,72
ИМТ максимальный по группе	17,42	23,90

В целях конкретизации особенностей оценки телосложения была использована проективная методика «Тест имплицитных ассоциаций». Статистически значимые различия в данных между группами обнаружены не были. В целом, 78% всех испытуемых быстрее относили предъявляемые изображения людей различной комплекции к категориям «Есть лишний вес» и «Нет лишнего веса» соответственно предъявляемым стимулам, когда категории были сгруппированы «Есть лишний вес» и «Плохо» в одной стороне экрана и «Нет лишнего веса» и «Хорошо» в другой стороне экрана, нежели когда категории были сгруппированы «Есть лишний вес» и «Хорошо» в одной стороне экрана и «Нет лишнего веса» и «Плохо» в другой. Полученные данные свидетельствуют об общей для обеих групп тенденции к предпочтению людей с отсутствием лишнего веса. В ответах, касающихся оценки телосложения мужчин, значимых расхождений выявлено не было — испытуемые обеих групп высказывали в целом предпочтение к атлетическому типу телосложения («широкие плечи», «сильные руки», «подтянутый живот» и т.д.). Однако, обращает на себя внимание тот факт, что в ответах, связанных с конкретной оценкой телосложения женщин, была обнаружена значительная вариативность. В то время, как контрольная группа склонялась к более общим формулировкам, таким как «гармоничность», «пропорциональность телосложения», в ответах пациенток с нервной анорексией звучали четкие критерии того, какой должна быть та или иная часть тела. Были приведены «нормативные» сантиметры

Таблица 2

Показатели шкал «Биографического опросника»				
	1 группа		2 группа	
	M	SD	M	SD
Fam	6,38	1,51	5,33	0,82
Ichstk	6,62	1,20	4,50	1,64
Sozlag	7,63**	1,19	5,17**	1,33
Erzien	5,75*	1,49	3,83*	1,72
N	7,13**	2,10	3,67**	1,37
Sozakt	6,88*	1,64	5,17*	0,98
Psycon	6,13*	2,17	3,67*	1,97
E	5,38**	1,59	3,33**	1,03

Статистическая достоверность различий между группами (U–Манна-Уитни): * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$



для каждой части женского тела (например, «шея должна быть тонкая — 25 см»). Также использовались яркие эпитеты: «плечи — острые, не узкие и не широкие»; «руки — тонкие», «ноги — как струны» и т.д.

Таким образом, полученные данные говорят о большей фиксации внимания пациенток с нервной анорексией на отдельных частях своего тела с формированием четких представлений их внешних характеристик.

С помощью методики «Биографический опросник» была проведена оценка влияния факторов внешней среды на формирование актуального психического состояния у девушек в обеих группах (таб. 2). В ходе проведения исследования были выявлены статистически значимые различия по следующим шкалам:

- шкала *Sozlag* — влияние факторов внешней среды, вызывающих выраженное напряжение в личных и социальных ситуациях (1 группа — 7,63; 2 группа — 5,17; $p < 0,01$);

- шкала *Erzien* — воспитательное воздействие родителей или замещающих их лиц (1 группа — 5,75; 2 группа — 3,83; $p < 0,05$);

- шкала *N* — нейротизм, эмоциональная лабильность (1 группа — 7,13; 2 группа — 3,67; $p < 0,01$);

- шкала *Sozakt* — социальная активность, контактность (1 группа — 6,88; 2 группа — 5,17; $p < 0,05$);

- шкала *Psycon* — предрасположенность к соматическим нарушениям, склонность реагировать соматически на стрессовые нагрузки (1 группа — 6,13; 2 группа — 3,67; $p < 0,05$);

- шкала *E* — экстраверсия (1 группа — 5,38; 2 группа — 3,33; $p < 0,01$).

По шкалам *Fam* (субъективное описание семейной ситуации в детстве и юности, взаимодействия с родителями, отношения семьи к окружающим) и *Ichstk* (сила «Я», уверенность, способность добиться своего) статистически значимых различий между группами обнаружено не было.

Результаты по данным методики свидетельствуют о трудностях установления и поддержания социальных контактов, проблемах раскрытия своих чувств и эмоций у пациенток с нервной анорексией. Также для них характерно восприятие любой воспитательной парадигмы родителей как негативной, невротической, способствующей значительному эмоциональному напряжению. Полученные по шкалам данные свидетельствуют о том, что для девушек с нервной анорексией характерны эмоциональная лабильность, общая тревожность и повышенная чувствительность при внешнем воздействии, выраженное напряжение в личных и социальных ситуациях, предрасположенность к соматическим нарушениям, склонность реагировать соматически на внешние стрессовые факторы, а так же стремление занимать активную социальную позицию.

Вышеперечисленная совокупность характеристик помогает наиболее полно раскрыть психологические аспекты и причины патологического реагирования у пациенток с НА. Показатели контрольной группы, в свою очередь, в большинстве своем не выходят за пределы средне-нормативного значения по сравнению с 1 группой.

Для измерения общего уровня перфекционизма и образующих его компонентов была использована «Шкала перфекционистской самопрезентации» (Рис. 1), с помощью которой были изучены четыре параметра по шкалам:

- POS (self-oriented perfectionism): перфекционизм, ориентированный на себя — позволяет составить представление о наличии у испытуемых высоких личностных стандартов и требований, предъявляемых к себе;

- POD (socially-oriented perfectionism): перфекционизм, ориентированный на других — позволяет оценить наличие высоких личностных стандартов по отношению к окружающим;

- SPP (socially-prescribed perfectionism): социально предписанный перфекционизм — демонстрирует то, как личность воспринимает предъявляемые к ней социальные стандарты;

- Common (интегральная шкала): оценка общего уровня перфекционизма.

По результатам проведения данной методики были выявлены статистически значимые различия по следующим шкалам:

POS—средние значения испытуемых 1 и 2 группы соответственно 74,1 и 53,8 баллов ($p<0,05$). Данные различия говорят о том, что девушки с нервной анорексией склонны предъявлять к себе более высокие личностные стандарты, чем испытуемые контрольной группы.

POD—средние значения для испытуемых 1 и 2 группы соответственно 54,5 и 46,0 баллов ($p<0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что девушки с нервной анорексией более склонны предъявлять высокие требования к окружающим, чем испытуемые контрольной группы.

SPP—средние значения для испытуемых 1 и 2 группы соответственно 60,4 и 44,5 баллов ($p<0,05$). Это говорит о том, что девушки с нервной анорексией более склонны расценивать требования, предъявляемые к ним окружающими как завышенные и нереалистичные.

Common—средние значения для испытуемых 1 и 2 группы соответственно 182 и 144,3 балла ($p<0,01$). Данные показатели свидетельствуют о том, что в целом уровень перфекционизма у девушек с нервной анорексией выше, чем у испытуемых контрольной группы.

Для конкретизации феномена перфекционизма, а так же изучения причин его формирования у пациенток с нервной анорексией использовалась «Шкала перфекционистской самопрезентации». Была произведена оценка трех составляющих, участвующих в формировании модели перфекционистской самопрезентации: DS -демонстрация совершенства (стремление казаться безупречным в глазах окружающих), PNN—поведенческое не проявление несовершенства (стремление вести себя таким образом, чтобы скрыть собственное несовершенство от других) и VNN—вербальное не проявление несовершенства (стремление избежать признания собственного несовершенства перед другими).

По результатам проведения методики были выявлены статистически значимые различия по шкале «вербальное не проявление несовершенства»: средние значения для испытуемых 1 и 2 группы соответственно 27,5 и 19,8 баллов ($p<0,05$). По шкалам «демонстрация совершенства» и «поведенческое не проявление несовершенства» статистически значимых различий между группами испытуемых выявлено не было (рис.2). Полученные данные свидетельствуют о том, что пациентки с нервной анорексией в большей степени стараются избежать признания своего несовершенства перед другими, нежели девушки из контрольной группы, а так же отражают их склонность к избеганию ситуаций, в которых личные недостатки могут стать причиной для общественного обсуждения.

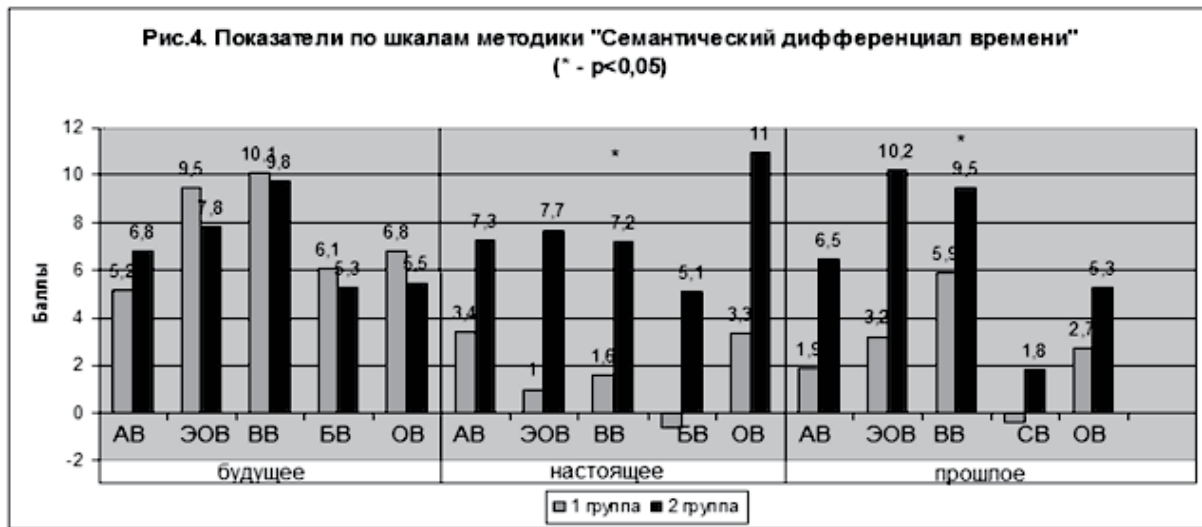
С помощью «Опросника временной перспективы Ф. Зимбардо» исследовались особенности временной ориентации. Авторы данного опросника выделили пять возможных временных ориентаций на: негативное прошлое (НП), гедонистическое настоящее (ГН), будущее (Б), позитивное прошлое (ПП) и фаталистическое настоящее (ФН).



По результатам проведения данной методики были выявлены статистически значимые различия по шкалам «негативное прошлое» и «фаталистическое настоящее» (рис.3). Средние значения по шкале «негативное прошлое» для 1 и 2 групп составили соответственно 34,4 и 24,5 баллов ($p<0,01$). Полученные данные говорят о том, что испытуемые с диагнозом нервная анорексия более негативно относятся к событиям, которые произошли в прошлом, чем испытуемые контрольной группы. При этом не следует забывать, что подобное отношение может быть связано как с реальным негативным опытом, так и с более поздней негативной реконструкцией изначально благоприятных событий. По шкале «фаталистическое настоящее» средние значения для 1 и 2 групп составили соответственно 27,5 и 20,5 баллов ($p<0,01$). Полученные данные свидетельствуют о том, что девушки с нервной анорексией более склонны считать, что какие-либо их действия не могут в действительности повлиять на то, что случится в будущем, чем испытуемые контрольной группы.

С помощью методики «Семантический дифференциал времени» исследовалось субъективное представление испытуемых о трех составляющих времени — о прошлом, настоящем и будущем по таким критериям, как: (1) активность времени (AB)—отражает динамические характеристики психологического времени; (2) эмоциональная окраска времени (ЭОВ)—отражает аффективные характеристики психологического времени; (3) величина времени (ВВ)—отражает сложные характеристики психологического времени, например «большое-маленькое», «глубокое-мелкое»; (4) структура времени (СВ)—определяется характеристиками «неделимое-делимое», «непрерывное-прерывное», «обратимое-необратимое»; ощущаемость времени (ОВ)—определяется характеристиками «реальное-кажущееся», «открытое-замкнутое».

По результатам проведения данной методики были выявлены статистически значимые различия по следующим параметрам: величина времени (настоящее)—средние значения для испытуемых 1 и 2 группы соответственно 1,6 и 7,2 ($p<0,05$); величина времени (прошлое)—средние значения для испытуемых 1 и 2 группы соответственно 5,9



и 9,5 ($p < 0,05$). Данные различия говорят о том, что у больных нервной анорексией наблюдается более низкий мотивационный потенциал и в целом их эмоциональное состояние носит более негативную выраженность, чем у испытуемых контрольной группы. Также можно отметить, что пациенткам с нервной анорексией свойственно чувство внутренней скованности, приводящее к блокированию позитивных побуждений личности, а так же склонность усматривать во внешних и внутренних условиях труднопреодолимые препятствия для удовлетворения актуальных потребностей, что соотносится с полученными по методике «Биографический опросник» данными, а так же с выводами по результатам методики «Многомерная шкала перфекционизма».

Обсуждение результатов

В результате анализа полученных сведений можно судить о том, что для девушек, больных нервной анорексией, в большей степени, чем для девушек без расстройств пищевого поведения, характерно стремление быть совершенными, безупречными во всем, предъявлять высокие требования к окружающим и расценивать требования, предъявляемые к ним обществом, как завышенные и нереалистичные, а также избегать признания собственного несовершенства перед другими.

Полученные результаты также свидетельствуют о специфической психической организации у пациенток, страдающих нервной анорексией. Высокие требования, предъявляемые окружающим, обусловлены системой ценностей и идеалов, которые нередко являются продуктом инфантильных родительских проекций, а также высоким уровнем их перфекционизма, что находит отражение в восприятии ими своей собственной жизни. Особенность в данном случае заключается в том, что такие инфантильные идеализированные проекции устроены по принципу расщепления на «хороший» — «плохой» и не дают возможности паци-

ентке принимать и терпимо относиться к недостаткам, как к своим, так и к чужим. В результате, пациентки с нервной анорексией либо воспринимает образ себя как идеал и стремятся к бескомпромиссному ему соответствию (в учёбе, в отношении своего тела), либо как ничтожество, неудачницу. Переживание несоответствия идеалу крайне болезненно, что заставляет пациентку бросать все силы на его воплощение, загоняя девушку в психологический тупик, результатом которого является болезнь.

В отношении требований, которые предъявляются окружающими и воспринимаются как завышенные и нереалистичные, можно предположить, что здесь имеет место процесс проективной идентификации, при котором пациентка проецирует на окружающих (учителей, врачей и др.) свои инфантильные и бескомпромиссные представления о родительских требованиях. Важно отметить, что одной из самых важных составляющих успеха психотерапии с такими пациентками является способность врача помочь пациентке найти выход из этой системы, основанной на дуальном представлении «идеальный — никчёмный» и начать терпимо относиться к своим недостаткам.

Также следует отметить, что терапевту необходимо с пониманием относиться к невозможности (на ранних стадиях лечения) пациентки отказать от погони за идеалом, так как требуемый отказ ведёт к угрызениям совести, самоуничтожению и болезненным формам самонаказания. Тот же психический феномен может быть объяснен результатами, полученными в ходе исследования по методике «Шкала перфекционистской самопрезентации». Эти данные свидетельствуют о том, что девушки с нервной анорексией в большей степени стремятся избежать признания собственного несовершенства перед другими, что, как мы указали выше, является крайне болезненным для них. Постоянное напряжение, связанное с высоким уровнем перфекционистских установок, может способствовать формированию по-

вышенного уровня нейротизма и эмоциональной лабильности, что подтверждается данными нашего исследования. В свою очередь, это способствует более высокой предрасположенности к соматическим нарушениям, и, как следствие, более высокому риску соматических реакций на стрессовые ситуации у пациенток с нервной анорексией.

Полученные данные в рамках исследования субъективного восприятия времени жизни и временной перспективы личности могут свидетельствовать о более низком самоуважении, высоком уровне застенчивости и раздражительности, меньшей эмоциональной стабильности, большей выраженности беспокойства и агрессивности, а также повышенной склонности не учитывать влияние своих действий на последующее будущее у девушек, страдающих нервной анорексией. По результатам исследований, описанных выше, ориентация временной перспективы на настоящее связана с «саморазрушающим поведением», которое включает, в частности, интенсивное употребление алкоголя. В ходе сбора анамнестических данных было выявлено, что 40% лиц старше 15 лет группы больных нервной анорексией употребляют алкоголь чаще, чем два раза в неделю.

Также у девушек с нервной анорексией наблюдается более низкий мотивационный потенциал,

их эмоциональное состояние носит более негативную выраженность, а точность о представлениях и событиях в прошлом у них выражена в меньшей степени, чем у испытуемых контрольной группы. Можно заключить, что девушки с нервной анорексией, по сравнению с девушками без нарушений пищевого поведения, в большей степени склонны считать, что какие-либо их действия не могут действительно повлиять на то, что случится в будущем, а также более негативно относятся к событиям, которые произошли в прошлом.

Заключение

Можно предположить, что более дифференцированное понимание психологических особенностей больных нервной анорексией (оценка уровня перфекционизма, раскрытие понимания девушкой своих дальнейших перспектив и то, как она сама оценивает свое тело) позволит выстроить наиболее эффективный план терапии и психокоррекционной работы, а также поможет существенно изменить и улучшить процесс реабилитации, что, в свою очередь, обеспечит создание более эффективных алгоритмов лечения данной категории пациентов с направленностью на достижение положительных результатов.

Литература

1. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. — 2015. — № 1. — С. 13-23.
2. Малкина-Пых И.Г. Перфекционизм и удовлетворенность образом тела в структуре личности пациентов с нарушениями пищевого поведения и ожирением // Экология человека. — 2010. — №1. — С. 21-27.
3. Bachner-Melman R., Lerer E., Zohar A.H. et al. Anorexia nervosa, perfectionism and dopamine D4 receptor (DRD4) // American Journal Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet. — 2007. — V.144. — P.748-756.
4. Bulik C.M., Tozzi F., Anderson C. et al. The relation between eating disorders and components of perfectionism // American Journal of Psychiatry. — 2003. — V.160. — P.366-368.
5. Fairburn C.G., Shafran R., Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa // Behaviour Research and Therapy. — 1999. — V.37. — P.1-13.
6. Halmi K.A., Sunday S.R., Strober M. et al. Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior // American Journal of Psychiatry. — 2000. — V.157. — P.1799-1805.
7. Kaye W.H., Bailer U.F., Klumb M. Neurobiology explanations for puzzling behaviors // In J. Alexander & J. Treasure (Eds.). — A collaborative approach to eating disorders. — 2012. — P. 35-51.
8. Schmidt U., Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice // British Journal of Clinical Psychology. — 2006. — V.45. — P.343-366.
9. Waller G., Kennerley H., Ohanian V. Schema-focused cognitive behaviour therapy with the eating disorders // In P. Du Toit (Ed.) Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist practitioner guide. — Washington: American Psychiatric Association. — 2004. — P.139-175.
10. Wolff G., Serpell L. A cognitive model and treatment strategies for anorexia nervosa // In H.W. Hoek, J.L. Treasure, M.A. Katzman (Eds.). — Neurobiology in the treatment of eating disorders Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. — 1998. — P.407-429.

Transliteration

1. Bobrov A.E. Psychopathologic aspects of anorexia nervosa. Almanakh klinicheskoy meditsiny, — 2015. — №2. — P.13-23 (in Russian)
2. Malkina-Pykh I.G. Perfectionism and satisfaction with body image in the personality structure of patients with eating disorders and obesity. EHKologiya cheloveka. — 2010. — №1. — P. 21-27 (in Russian)

Сведения об авторах

Попов Юрий Васильевич — д.м.н., профессор, заместитель директора института по научной работе ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ России. E-mail: popov62@yandex.ru

Пичиков Алексей Александрович — к.м.н., научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ России. E-mail: sigurros@mail.ru

Скрипченко Петр Алексеевич — клинический психолог, младший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ России. E-mail: piotrskrip@hotmail.fr

Трусова Анна Владимировна — кандидат психологических наук, научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ России, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ. E-mail: anna.v.trusova@gmail.com

Тявокина Елена Юрьевна — заведующая соматопсихиатрическим отделением ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе». E-mail: Hedibej1@yahoo.fr

Васюк Александра Сергеевна — клинический психолог ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе». E-mail: a.vasyuk2013@gmail.com

Пуховец Юлия Анатольевна — клинический психолог ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе». E-mail: Pukhovetsj@mail.ru