

Модерирующий эффект метапознания на взаимосвязь перфекционизма, нарушения образа тела и индекса массы тела при нервной анорексии: поперечное исследование

Moderating Effect of Metacognition on the Relationship between Perfectionism, Body Image Disturbance, and Body Mass Index in Anorexia Nervosa: A Cross-Sectional Study
doi: 10.17816/CP15736

Оригинальное исследование

Nikita Chernov¹, Andrey Kibitov¹, Maya Kulygina^{1,2},
Tatyana Moiseeva¹, Alexandra Grishanina¹,
Ekaterina Fedorova¹, Elizaveta Ryuzova¹,
Olga Karpenko¹

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

² Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Никита Чернов¹, Андрей Кибитов¹,
Майя Кулыгина^{1,2}, Татьяна Моисеева¹,
Александра Гришанина¹, Екатерина Федорова¹,
Елизавета Рязова¹, Ольга Карпенко¹

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

² ФГБОУ ВО «Московский государственный университет
имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия

ABSTRACT

BACKGROUND: Despite theoretical concepts about the key role of perfectionism in the formation of the symptoms of anorexia nervosa (AN), the aspects of the mutual influence between body mass index (BMI), perfectionism, and body image in patients with AN remain insufficiently studied or contradictory. Studying integrative cognitive processes, such as metacognition, may reveal new mechanisms of perfectionism's influence on the clinical manifestations of AN.

AIM: The assessment of the moderating effect of metacognition on perfectionism associated with BMI and body image in patients with AN.

METHODS: A cross-sectional study was conducted involving patients with AN who were undergoing inpatient treatment. Perception of one's own body was assessed using the Body Image Questionnaire. Perfectionism was assessed using the Multidimensional Perfectionism Scale. The level of metacognition of patients was assessed using the Metacognition Assessment Scale-Abbreviated, which evaluates Self-reflectivity, Understanding the other's mind, Decentration, and Mastery (the ability to develop adaptive strategies for coping and behaviour regulation). BMI was also recorded.

RESULTS: A total of 130 patients were examined. At a Mastery score of ≥ 4 higher perfectionism scores were associated with an increase in BMI, and at a Mastery level of ≤ 1 a higher level of perfectionism was associated with decreasing of BMI. Even with minimal Self-reflectivity scores (≥ 2), the negative effect of perfectionism on body image was evident.

Body image disturbance was positively correlated with perfectionism. No correlations were found between BMI and perfectionism and between BMI and body image disturbance.

CONCLUSION: The effect of perfectionism on body image disturbance and BMI in patients with AN depends on the magnitude of Self-reflectivity and Mastery. The obtained data indicate the necessity of incorporating psychotherapy aimed at the development of metacognition in patients with AN.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Несмотря на теоретические концепции о ключевой роли перфекционизма в формировании симптомов нервной анорексии (НА), вопросы взаимного влияния индекса массы тела (ИМТ), перфекционизма и образа тела при НА остаются недостаточно изученными или противоречивыми. Анализ интегративных когнитивных процессов, таких как метапознание, может выявить новые механизмы влияния перфекционизма на клинические проявления НА.

ЦЕЛЬ: Оценка модулирующего влияния метапознания на ассоциацию перфекционизма с ИМТ и образом собственного тела у пациентов с НА.

МЕТОДЫ: Проведено поперечное исследование с участием пациентов с НА, находившихся на стационарном лечении. Восприятие собственного тела оценивалось с помощью «Опросника образа собственного тела», перфекционизм — с помощью «Многомерной шкалы перфекционизма» (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS). Уровень метапознания пациентов определяли по «Сокращенной шкале метапознания» (Metacognition Assessment Scale-Abbreviated, MAS-A), измеряющей саморефлексию, понимание других, децентрацию и мастерство (способность к выработке адаптивных стратегий совладания и регуляции поведения). Дополнительно регистрировался ИМТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Обследовано 130 пациентов. При уровне мастерства ≥ 4 баллов более высокие показатели перфекционизма были ассоциированы с увеличением ИМТ, тогда как при уровне мастерства ≤ 1 балла более высокая выраженность перфекционизма была связана со снижением ИМТ. Даже при минимально выраженной саморефлексии (≥ 2 баллов) выявлено негативное влияние перфекционизма на образ тела. Нарушение восприятия своего тела положительно коррелировало с перфекционизмом. При этом значимых корреляций между ИМТ и перфекционизмом, а также между ИМТ и нарушением образа тела обнаружено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Влияние перфекционизма на нарушение образа тела и на динамику ИМТ у пациентов с НА опосредовано выраженностью саморефлексии и мастерства. Полученные данные указывают на необходимость подключения психотерапии, направленной на развитие метапознания у данной категории пациентов.

Keywords: *anorexia nervosa; perfectionism; metacognition; body image disturbance; body image disturbance*

Ключевые слова: *нервная анорексия; перфекционизм; метапознание; нарушение образа тела; индекс массы тела*

ВВЕДЕНИЕ

Нервная анорексия (НА) — психическое расстройство, которое, согласно определению Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), характеризуется значительным снижением массы тела (индекс массы тела (ИМТ) $< 18,5$ кг/м²), не связанным с недостатком еды или другими расстройствами; стойким ограничением приема пищи, как правило ассоциированным с выраженным страхом набора веса;

чрезмерной озабоченностью весом и фигурой, проявляющейся в переоценке значимости низкой массы тела или некорректным восприятием низкой массы тела как нормальной или даже избыточной [1]. Таким образом, в соответствии с современным определением НА, ключевыми признаками расстройства являются низкий ИМТ и нарушения образа тела. При этом ИМТ служит интегральным индикатором клинической тяжести НА [1], в то время как нарушения образа тела

представляют собой нейропсихологический компонент, лежащий в основе развития заболевания [2].

Хотя расстройства пищевого поведения (РПП), и в частности НА, ассоциированы со множеством психологических факторов (например, низкой самооценкой и эмоциональной дизрегуляцией) [3], одним из важнейших факторов является перфекционизм [4–6]. Исходя из классической трансдиагностической когнитивно-поведенческой модели РПП Fairburn и соавт. [4], перфекционизм входит в число 4 основных когнитивно-поведенческих механизмов, лежащих в основе данных расстройств, включая НА, и проявляется в жестком следовании нереалистичным стандартам в сферах питания, веса, внешнего вида и физической активности.

Более поздние исследования подтверждают эту концепцию [5, 6]. Так, метаанализ Dahlenburg и соавт. показал, что у пациентов с НА уровень перфекционизма достоверно выше, чем у лиц с другими психическими расстройствами и здоровых участников [7]. Важно отметить, что при выделении двух форм перфекционизма — адаптивной (нормальной, «здоровой») и дезадаптивной («патологической») — была обнаружена значимая связь НА с более высокими показателями не только дезадаптивного, но и адаптивного перфекционизма по сравнению с группой контроля.

В то время как связь перфекционизма с неудовлетворенностью образом тела в общей популяции [8–10] подтверждена рядом исследований, целенаправленный анализ его ассоциации с нарушениями образа тела в клинической выборке пациентов с НА в доступной литературе представлен недостаточно.

Исследования, проведенные с участием взрослых без диагностированных психических расстройств, демонстрируют наличие связи между ИМТ и уровнем перфекционизма, однако ее направленность остается противоречивой. В частности, в работе Ekici и соавт. (2024) [11] ИМТ выступал значимым фактором, ассоциированным с уровнем перфекционизма, в линейной регрессионной модели, построенной на основе «Многомерной шкалы перфекционизма Р. Фроста» (Frost Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS), хотя и не коррелировал с ним напрямую. Вместе с тем в более раннем исследовании Bernabéu-Brotóns и Marchena-Giráldez (2022) [12] уровень перфекционизма при оценке по «Многомерной шкале перфекционизма» (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS) отрицательно

коррелировал с ИМТ. Разнонаправленные результаты получены также в клинических выборках. В исследовании Halmi и соавт. (2000) у женщин с НА была выявлена сопоставимая отрицательная корреляция [13]. А в исследовании Morgan-Lowes и соавт. (2019) [14], изучающем детей и подростков с РПП (в основном с НА), ИМТ, наоборот, положительно коррелировал с уровнем перфекционизма, оцениваемого с помощью субшкалы «Перфекционизм» «Шкалы оценки пищевого поведения» (Perfectionism subscale Eating Disorders Inventory — Perfectionism subscale, EDI-P). Таким образом, существующие литературные данные позволяют предположить наличие ассоциации ИМТ и перфекционизма, в том числе и при НА, однако ее направленность неоднозначна и может зависеть от особенностей психометрического инструментария для оценки перфекционизма и диагностического состава выборки.

Влияние перфекционизма на клинические показатели (в случае НА — ИМТ и нарушения образа тела) может опосредоваться рядом психологических конструкторов более высокого порядка. В частности, в некоторых исследованиях был продемонстрирован модулирующий эффект таких факторов, как самоэффективность [15] и настойчивость (на ассоциацию перфекционизма и выраженности депрессивной симптоматики) [16], самооценка (на ассоциацию перфекционизма и расстройства избирательного питания) [17], самосострадание (на ассоциацию перфекционизма и гнева, агрессии, враждебности) [18]. Вышеупомянутые факторы ассоциированы с метапознанием [19–22].

Метапознание, или метакогниция, — это процесс осмысления, контроля и регуляции собственных мыслей. Он включает отношение к привычным мыслительным процессам, отслеживание ошибок, а также формирование ощущения целостности личности, как собственной, так и других людей [23]. Исследования указывают на связь метакогнитивных особенностей с НА: у пациентов выявлены, в частности, негативные убеждения относительно беспокойства и убеждения о необходимости контроля собственных мыслей [24]. В нашей предыдущей работе был показан модулирующий эффект некоторых компонентов метапознания, а именно саморефлексии и мастерства (способности осмысливать психосоциальные трудности и применять полученные в ходе метакогнитивных процессов знания о себе и других для выбора наиболее эффективной реакции на них), на ассоциацию

депрессивной симптоматики и оценки качества жизни у пациентов с РПП [25]. Кроме того, в более позднем исследовании Palmieri и соавт. у пациентов с РПП была выявлена ассоциация уровня перфекционизма и ряда метакогнитивных особенностей, таких как позитивные убеждения по отношению к беспокойству и убеждения о необходимости контроля собственных мыслей [26].

Таким образом, особенности метапознания ассоциированы, с одной стороны, с РПП, в том числе с НА, с другой стороны, с различиями в уровнях перфекционизма. Помимо этого, можно предположить, что метакогнитивные особенности могут являться факторами, модулирующими ассоциацию перфекционизма с клиническими аспектами НА — ИМТ и образом собственного тела. Тем не менее нами не было обнаружено опубликованных работ, посвященных модулирующему влиянию метапознания на ассоциацию перфекционизма и клинических характеристик НА.

В связи с этим цель данного исследования — оценка модулирующего влияния метапознания на ассоциацию перфекционизма с ИМТ и образом собственного тела у пациентов с НА.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Было проведено одномоментное исследование.

Условия проведения

Выборку настоящего исследования составили пациенты, госпитализированные в «Клинику расстройств пищевого поведения» ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (Москва) в период с апреля 2023 г. по декабрь 2024 г.

Участники

В исследование включались все пациенты с установленным диагнозом «нервная анорексия» (F50.0 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)), поступающие на лечение в круглосуточный стационар «Клиники расстройств пищевого поведения», давшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями невключения были продолжительность госпитализации менее 7 дней, отказ от участия в исследовании.

Критерий исключения — длительность госпитализации менее 7 дней.

Переменные

ИМТ и нарушения образа тела служили маркерами тяжести состояния при НА.

Перфекционизм рассматривался в качестве этиологического фактора НА — устойчивой базовой личностной характеристики пациентов, которая способствует развитию и поддержанию НА.

Уровень метапознания оценивался для определения в качестве показателя когнитивной способности пациента к интегративной оценке окружающего мира и себя в нем, то есть восприятия себя и других, выработке адаптивных поведенческих стратегий, способности к изменению поведения в зависимости от меняющихся обстоятельств и внешних условий.

Измерения

Обследование проводилось в течение первых 7 дней стационарного лечения.

Диагноз «нервная анорексия» устанавливался пациентам клинико-психопатологическим методом в соответствии с критериями МКБ-10. ИМТ высчитывался по формуле $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост}^2 \text{ (м)}$.

Восприятие собственного тела анализировалось с помощью «Опросника образа собственного тела» (ООСТ) [27]. Это самоопросник, разработанный специально для оценки нарушений восприятия своего тела у пациентов с РПП. Он включает 16 утверждений, характеризующих удовлетворенность телом, эмоциональную оценку внешности, поведенческие стратегии, связанные с телом, сравнение себя с другими людьми. По каждому утверждению пациенты выставляли баллы: 0 — «никогда», 1 — «иногда», 2 — «часто», 3 — «всегда». Более высокие значения отражают негативное восприятие тела, склонность к избеганию социальных контактов из-за внешности и интенсивное сравнение себя с другими. Сумма баллов по шкале 13 и больше свидетельствует о выраженной неудовлетворенности собственным телом (чувствительность — 0,75, специфичность — 0,74). Максимально возможный балл по шкале — 48.

Для оценки перфекционизма использовали «Многомерную шкалу перфекционизма» (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS) П. Хьюитта и Г. Флетта [28] в адаптации И.И. Грачевой [29]. Данная шкала включает

45 утверждений, распределенных по трем субшкалам: 1) «Перфекционизм, ориентированный на себя» — стремление к идеальным личным стандартам (максимальный балл 81); 2) «Перфекционизм, ориентированный на других» — завышенные требования к окружающим (максимальный балл 51); 3) «Социально предписанный перфекционизм» — восприятие давления общества на соответствие идеалам (максимальный балл 75). MPS является самоопросником, ответы на вопросы регистрировались по 7-балльной шкале Лайкерта (от «категорически не согласен» до «полностью согласен»). Общий балл по каждой субшкале рассчитывается суммированием ответов на соответствующие пункты, где более высокие значения указывают на выраженность каждого из трех типов перфекционизма. Также учитывается интегральный показатель перфекционизма — общий балл по всем пунктам шкалы (максимум — 221 балл). Нормативные значения интегрального показателя перфекционизма для российской популяции лежат в диапазоне от 160 до 204 баллов.

Для оценки уровня метапознания пациентов применялась «Сокращенная шкала метапознания» (Metacognition Assessment Scale-Abbreviated, MAS-A) [30], которая состоит из 4 субшкал — «Саморефлексия», «Понимание других», «Децентрация», «Мастерство». Для оценки метапознания пациентам проводилось полуструктурированное интервью Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII) [31], в ходе которого пациенты описывали свою жизнь и понимание психического заболевания. На основе полученной информации исследователь выставлял баллы по каждой субшкале согласно инструкции MAS-A. Диапазон баллов по субшкалам «Саморефлексия» и «Мастерство» составляет от 0 до 9 баллов, по субшкале «Понимание других» — от 0 до 7 баллов и субшкале «Децентрация» — от 0 до 3 баллов, где более высокие значения отражают большую выраженность оцениваемых способностей. В исследовании использовались русскоязычные версии IPII и MAS-A, ранее применявшиеся для оценки уровня метакогнитивных способностей у пациентов российской выборки [25].

Обследование метапознания проводилось медицинскими психологами ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», которые прошли

обучение по применению шкалы и интерпретации результатов обследования.

Размер выборки

Предварительный расчет размера выборки не проводился, однако при планировании исследования в него предполагалось включить не менее 100 пациентов.

Преодоление искажения результатов

Планирование исследования, формулирование гипотез, а также концептуализация данной статьи были выполнены исследователями, не задействованными в клиническом обследовании. В свою очередь, исследователи, проводившие обследование пациентов, не были осведомлены о гипотезах исследования. Такой подход исключил возможность искажения результатов шкалирования под гипотезу и построение исследовательских гипотез на основе результатов обследования пациентов. Кроме того, статистическая обработка данных осуществлялась исследователем, который не участвовал в наборе материала, планировании исследования и построении гипотез, что исключало вероятность искажения результатов обработки данных под гипотезы исследования.

Статистический анализ

Статистическая обработка данных осуществлялась в IBM SPSS Statistics v. 27.0 (IBM Corp., США) с макросом PROCESS для проведения процедуры Джонсона-Неймана [32]. В ходе проверки распределения количественных переменных на нормальность с помощью критерия Шапиро-Уилка было обнаружено, что распределение большей части переменных (за исключением ИМТ, баллов по MPS) не соответствовало нормальному распределению, в связи с чем в ходе дальнейшего анализа применялись непараметрические статистические критерии. Корреляции между исследуемыми переменными были оценены с использованием критерия корреляции Спирмена. Для оценки модулирующего влияния метапознания на ассоциацию перфекционизма с ИМТ и баллами по ООСТ были построены множественные линейные регрессионные модели с включением баллов по каждой из субшкал MAS-A и MPS, а также баллов взаимодействия этих факторов. Для дальнейшей интерпретации были отобраны модели с общей значимостью (значение p для F-теста) $<0,01$. Влияние факторов и их взаимодействия считалось значимым

при $p < 0,01$. Пороговое значение модерирующего фактора (субшкалы MAS-A), при котором изменялась значимость ассоциации, было оценено посредством процедуры Джонсона–Неймана ($p < 0,05$). Для визуализации взаимодействия факторов были построены графики зависимости ИМТ или баллов по ООСТ от показателей перфекционизма при различных уровнях показателей метапознания (3 уровня — 16, 50 и 84-й перцентили).

Этическая экспертиза

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (протокол № 2 от 9 марта 2023 г.). Все пациенты подписывали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Участники

Исследовательскую выборку составили 130 пациентов с диагнозом «нервная анорексия», которые госпитализировались с апреля 2023 г. по декабрь 2024 г. в «Клинику расстройств пищевого поведения» и соответствовали критериям включения в исследование. Большинство участников ($n=125$, 96,2%) были женщинами. Медиана (Q1–Q3) возраста — 22 (19–26) года.

Результаты оценки по использованным в исследовании шкалам и опросникам представлены в табл. 1.

Таблица 1. Показатели нарушения образа тела, перфекционизма и метапознания в выборке

Показатель	Me (Q1; Q3)
Индекс массы тела (кг/м ²)	14,7 (13,15; 16,4)
«Опросник образа собственного тела»	19 (10; 28)
«Сокращенная шкала метапознания» (MAS-A)	
Саморефлексия (0–9)	3 (2; 5)
Понимание других (0–7)	3 (2; 4)
Мастерство (0–9)	2 (1; 3)
Децентрация (0–3)	1 (1; 2)
«Многомерная шкала перфекционизма» (MPS)	
Перфекционизм, ориентированный на себя (макс. 81)	69 (53; 81)
Перфекционизм, ориентированный на других (макс. 51)	45,5 (35,75; 57,25)
Социально предписанный перфекционизм (макс. 75)	52,5 (41,75; 64,0)
Интегральная шкала (норма 160–204)	166 (135,5; 194,0)

Корреляции между перфекционизмом, нарушением образа тела, метапознанием и индексом массы тела

При построении корреляционной матрицы были выявлены значимые положительные корреляции всех субшкал перфекционизма с негативным отношением к собственному телу по шкале ООСТ (табл. 2). Значимые корреляции умеренной силы отмечались

Таблица 2. Корреляции между нарушением образа тела, перфекционизмом, метапознанием и индексом массы тела

Показатель	ИМТ	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ООСТ	0,04	—	—	—	—	—	—	—	—
2. MAS-A-C	0,127	-0,213*	—	—	—	—	—	—	—
3. MAS-A-П	0,178*	-0,197*	0,482**	—	—	—	—	—	—
4. MAS-A-M	0,249**	-0,168	0,515**	0,728**	—	—	—	—	—
5. MAS-A-Д	-0,033	-0,145	0,329**	0,381**	0,397**	—	—	—	—
6. MPS-ПС	-0,069	0,268**	-0,022	-0,029	-0,121	0,125	—	—	—
7. MPS-ПД	-0,045	0,545**	-0,043	-0,125	-0,183*	-0,055	0,510**	—	—
8. MPS-СП	-0,030	0,478**	0,037	-0,023	-0,050	0,081	0,804**	0,762**	—
9. MPS-ИШ	-0,030	0,478**	0,037	-0,023	-0,050	0,081	0,804**	0,762**	0,845**

Примечание: В таблице представлены коэффициенты корреляции Спирмена. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. MAS-A-C — «Сокращенная шкала метапознания» («Саморефлексия»); MAS-A-П — «Сокращенная шкала метапознания» («Понимание других»); MAS-A-M — «Сокращенная шкала метапознания» («Мастерство»); MAS-A-Д — «Сокращенная шкала метапознания» («Децентрация»); MPS-ПС — «Многомерная шкала перфекционизма» («Перфекционизм, ориентированный на себя»); MPS-ПД — «Многомерная шкала перфекционизма» («Перфекционизм, ориентированный на других»); MPS-СП — «Многомерная шкала перфекционизма» («Социально предписанный перфекционизм»); MPS-ИШ — «Многомерная шкала перфекционизма» («Интегральная шкала»); ИМТ — индекс массы тела; ООСТ — «Опросник образа собственного тела».

с перфекционизмом, ориентированным на других, а также социально предписанным перфекционизмом ($p=0,545$ и $p=0,478$ соответственно). Уровень саморефлексии и понимания других по MAS-A слабо отрицательно коррелировал с негативным отношением к собственному телу по шкале ООСТ. Баллы по субшкалам «Мастерство» и «Понимание других» MAS-A положительно коррелировали с ИМТ, однако сила корреляции была слабой ($p=0,249$ и $p=0,178$ соответственно).

Модерирующий эффект метапознания на взаимодействие перфекционизма с нарушением образа тела и индексом массы тела

В ходе построения множественных линейных регрессионных моделей было выявлено значимое влияние уровня перфекционизма на ИМТ при включении в модель «Мастерство» в качестве модерирующего фактора, а также значимое влияние уровня перфекционизма на балл по ООСТ под влиянием саморефлексии и мастерства в качестве модерирующих факторов (табл. 3, рис. 1 и 2).

Результаты построения множественных линейных регрессионных моделей, уровень статистической

значимости которых был от 0,01 до 0,05, представлены в табл. П1 в Приложении.

С помощью техники Джонсона-Неймана было обнаружено, что значимая ассоциация интегральной шкалы перфекционизма и ИМТ отмечалась при значениях фактора «Мастерство» менее 1,076 (30,9% выборки) и более 3,956 (16,2% выборки). Аналогичные результаты получены в ходе построения модели с включением факторов «Мастерство» и «Перфекционизм, ориентированный на других»: значимая ассоциация перфекционизма, ориентированного на других, с ИМТ отмечалась при значении фактора «Мастерство» менее 1,748 (30,9% выборки) и более 3,8312 (16,2% выборки). При низких показателях фактора «Мастерство» (1 и менее) повышение уровня перфекционизма ассоциировано со снижением ИМТ, однако при более высоких (4 и более) — с повышением ИМТ (см. рис. 1; см. табл. П2 и табл. П3 в Приложении).

При построении модели с включением перфекционизма, ориентированного на себя, было обнаружено, что значимая ассоциация перфекционизма, ориентированного на себя, с баллом по ООСТ отмечалась при значениях саморефлексии более 2,2316

Таблица 3. Влияние показателей перфекционизма и метапознания и их взаимодействия на индекс массы тела и образ тела

Переменная	Коэффициент В [ДИ 95%]	Стандартная ошибка	t	p
Индекс массы тела ($R^2=0,12$, $F=5,259$, $p=0,002$)				
Константа	17,52 [14,403; 20,638]	1,5746	11,1271	<0,0001
MPS («Интегральная шкала»)	-0,023 [-0,042; -0,004]	0,0094	-2,4492	0,0158
MAS-A («Мастерство»)	-1,0195 [-2,013; -0,026]	0,5017	-2,0322	0,0444
Взаимодействие (изменение $R^2=0,062$)	0,009 [0,003; 0,015]	0,0031	2,8978	0,0045
Индекс массы тела ($R^2=0,135$, $F=6,183$, $p=0,0006$)				
Константа	17,594 [14,982; 20,206]	1,3192	13,3369	<0,0001
MPS («Перфекционизм, ориентированный на других»)	-0,086 [-0,142; -0,03]	0,0283	-3,0273	0,003
MAS-A («Мастерство»)	-0,929 [-1,753; -0,105]	0,4161	-2,2328	0,0274
Взаимодействие (изменение $R^2=0,08$)	0,0312 [0,013; 0,05]	0,0094	3,3145	0,0012
«Опросник образа собственного тела» ($R^2=0,21$, $F=10,778$, $p<0,0001$)				
Константа	26,762 [11,839; 41,685]	7,537	3,5508	0,0005
MPS («Перфекционизм, ориентированный на себя»)	-0,052 [-0,274; 0,171]	0,1123	-0,4602	0,6462
MAS-A («Саморефлексия»)	-6,372 [-10,219; -2,525]	1,9429	-3,2796	0,0014
Взаимодействие (изменение $R^2=0,049$)	0,078 [0,021; 0,135]	0,0285	2,7311	0,0073

Примечание: MAS-A (Metacognition Assessment Scale-Abbreviated) — «Сокращенная шкала метапознания»; MPS (Multidimensional Perfectionism Scale) — «Многомерная шкала перфекционизма»; ДИ — доверительный интервал.

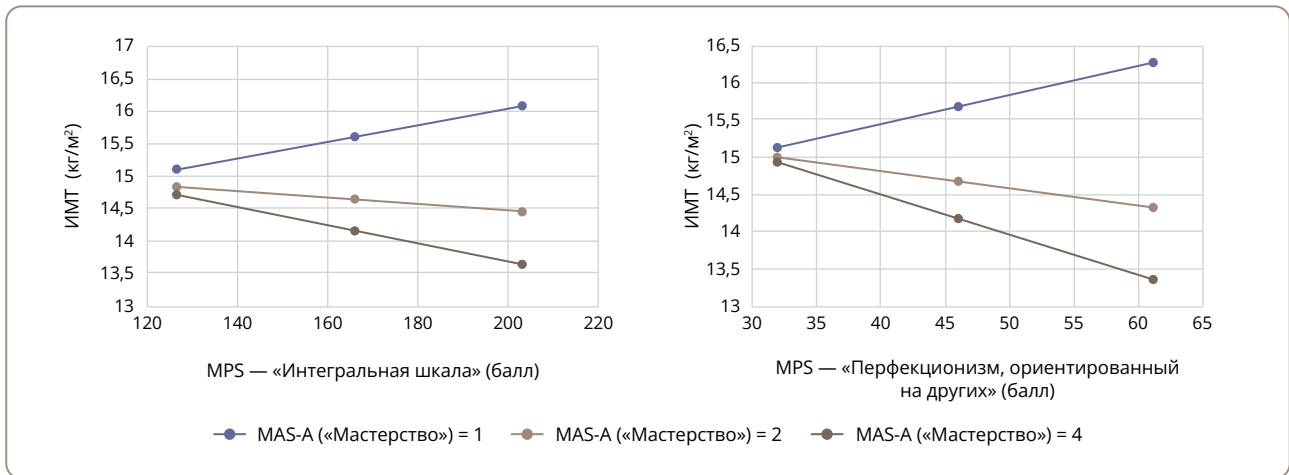


Рисунок 1. Модерирующий эффект показателей «Сокращенной шкалы метапознания» (MAS-A) («Мастерство») на ассоциацию «Многомерной шкалы перфекционизма» (MPS) и индекса массы тела.

Примечание: ИМТ — индекс массы тела.

Источник: Чернов и соавт., 2025.

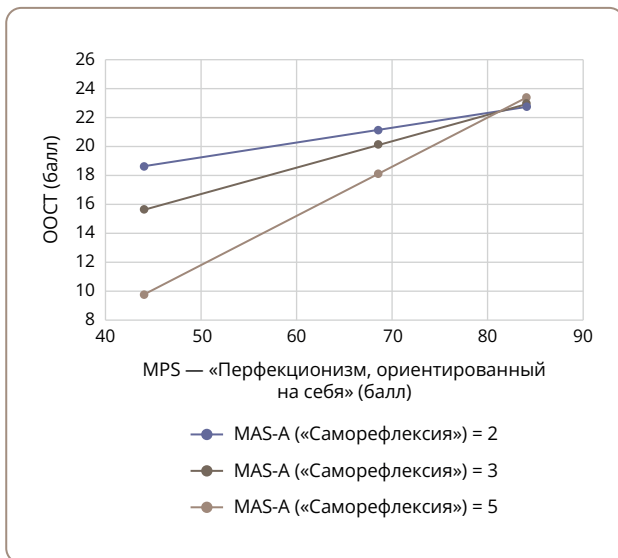


Рисунок 2. Модерирующий эффект показателей «Сокращенной шкалы метапознания» (MAS-A) («Саморефлексия») на ассоциацию «Многомерной шкалы перфекционизма» (MPS) и «Опросника образа собственного тела».

Примечание: ООСТ — «Опросник образа собственного тела».

Источник: Чернов и соавт., 2025.

(65,3% выборки) (см. рис. 2; см. табл. П4 в Приложении). Эта модель демонстрирует, что при высоком уровне саморефлексии и низком уровне перфекционизма отмечается более низкая выраженность нарушения образа тела, но с повышением уровня перфекционизма по указанным субшкалам растет и степень неудовлетворенности собственным телом при уровне саморефлексии 2 балла и выше.

ОБСУЖДЕНИЕ

Метапознание оказывало модерирующее воздействие на связь перфекционизма с ИМТ и с нарушением образа тела, при этом направленность этой связи зависела от выраженности отдельных компонентов метапознания. При значении фактора «Мастерство» ≥ 4 баллов более высокие показатели перфекционизма, ориентированного на других, были ассоциированы с повышением ИМТ, а при значении фактора «Мастерство» ≤ 1 балла более высокий уровень перфекционизма, ориентированного на других, был связан с более низким ИМТ. Даже при минимально выраженной саморефлексии (≥ 2 баллов) выявлялось негативное влияние перфекционизма, ориентированного на себя, на образ тела.

При этом не было обнаружено значимых корреляций между ИМТ и перфекционизмом, что контрастирует с некоторыми исследованиями, где были выявлены значимые ассоциации [11–14]. Нарушение восприятия своего тела положительно коррелировало со всеми проявлениями перфекционизма, что соотносится с данными предыдущих исследований на неклинических выборках [8–10].

Было выявлено, что перфекционизм, ориентированный на других, может оказывать противоположное влияние на ИМТ в зависимости от способности пациента эффективно реагировать на ситуацию (мастерство). Он может становиться «злокачественным» и способствовать понижению уровня ИМТ при низких адаптационных навыках, а при хороших

адаптационных навыках, наоборот, способствовать повышению ИМТ. Это наблюдение можно объяснить способностью пациента переводить внимание с собственных несовершенств на несовершенства окружающих людей, что, в свою очередь, приводит к меньшей фиксации на собственном весе.

Мы можем выдвинуть несколько гипотез, объясняющих эту взаимосвязь. Во-первых, несоответствие окружающих перфекционистским стандартам, связанным с внешностью или поведением, вызывает у пациентов с низким мастерством чувство разочарования и тревогу, поскольку они воспринимают отсутствие поддержки своих строгих убеждений, что усиливает самокритику и ограничительное пищевое поведение, снижая ИМТ. Например, пациент может испытывать стресс, если значимые другие не поддерживают его диетические практики, что приводит к усилению контроля над телом как способа компенсации. Во-вторых, восприятие несовершенства других может отражать собственные перфекционистские убеждения о себе, усиливая тревогу за счет того, что пациенты воспринимают других как слабых, не способных контролировать свой вес и питание, и другие являются демонстрацией того, что надо держать себя в форме. Данный процесс может усиливать фиксацию на контроле внешности, что также способствует снижению ИМТ. Напротив, при высоком мастерстве ментализация позволяет пациентам более гибко относиться к ожиданиям от окружающих, переоценивая их как нереалистичные, что синхронизируется с трансформацией их собственных перфекционистских стандартов. Высокие адаптационные навыки смягчают роль перфекционизма как ключевой стратегии управления жизнью, позволяя пациентам применять альтернативные способы совладания, такие как постановка реалистичных целей или управление эмоциями, что снижает потребность в контроле веса и способствует более здоровому пищевому поведению, повышая ИМТ [32, 33]. Эти выводы согласуются с исследованиями, подчеркивающими роль метакогнитивных процессов в улучшении эмоциональной регуляции и психосоциального функционирования, и подтверждают потенциально адаптивную роль перфекционизма при наличии эффективных регуляторных механизмов [34].

В то же время перфекционизм, ориентированный на себя, под воздействием минимального уровня саморефлексии приводит к нарушениям образа тела.

Мы предполагаем, что данный перфекционизм побуждает пациентов с НА устанавливать нереалистичные стандарты для своей внешности, что усиливает самокритику и неудовлетворенность телом. При минимальном уровне саморефлексии пациенты способны осознавать свои недостатки, но не обладают достаточными навыками метапознания, чтобы критически переоценить эти убеждения или снизить их эмоциональное воздействие. Это приводит к фиксации на негативных аспектах образа тела, что подтверждается высокими баллами по ООСТ. Наши данные согласуются с современными исследованиями. Работы, изучающие метакогнитивные процессы, подтверждают, что ограниченная саморефлексия, особенно в форме руминации, способствует фиксации на негативных аспектах образа тела и усиливает симптомы анорексии [35, 36]. Кроме того, исследования подчеркивают, что перфекционизм, ориентированный на себя, усиливает самокритику и неудовлетворенность телом, что проявляется в выраженной озабоченности формой тела [37].

В целом пациенты, участвовавшие в исследовании, демонстрировали низкие уровни метапознания по всем субшкалам MAS-A. Это ограничивает их способность справляться с задачами восстановления от НА. Низкая способность к саморефлексии, пониманию других, децентрации и низкое мастерство могут препятствовать эффективной переоценке перфекционистских идей, социальных ожиданий и управлению эмоциями, что усиливает симптомы анорексии, такие как нарушения образа тела и ограничительное поведение в отношении питания. Кроме того, показатели перфекционизма в нашей выборке находились в диапазоне средних значений, что отличается от исследований, где выявлена более сильная связь перфекционизма с симптомами анорексии, ИМТ и восприятием тела, когда показатели перфекционизма в выборке были высокие [38].

Основным ограничением настоящего исследования было использование самоопросников для оценки уровня перфекционизма и нарушения образа тела. Несмотря на то что оба опросника были апробированы на русскоязычной популяции, применение самоопросников у пациентов с НА, особенно при острых проявлениях расстройства, может не показывать достоверных результатов в связи со склонностью пациентов преуменьшать выраженность

своих симптомов. Так, более низкие показатели перфекционизма в нашем исследовании по сравнению с другими исследованиями НА могут быть связаны с дополнительными факторами, влияющими на качество заполнения самоопросников, — с физическим и психологическим истощением пациентов, низкой мотивацией к участию в исследовании и склонностью скрывать клиническую картину [39].

Наши результаты, демонстрирующие связи между перфекционизмом, метапознанием, нарушением образа тела и ИМТ у пациентов с НА, открывают ряд вопросов, требующих дальнейшего изучения.

Одним из ключевых вопросов является причинно-следственная связь между перфекционизмом, нарушениями образа тела и ИМТ. Неясно, является ли перфекционизм причиной нарушений образа тела, которые приводят к ограничительному пищевому поведению и снижению ИМТ, или, напротив, низкий ИМТ, связанный с недоеданием, усиливает перфекционистские тенденции и искажения образа тела через нейробиологические и психологические механизмы. Например, перфекционизм может мотивировать строгие диетические практики, снижая таким образом ИМТ, но недоедание, как показано в исследованиях, усиливает когнитивные искажения, включая озабоченность телом, что, в свою очередь, поддерживает перфекционизм [40]. Перфекционизм тесно связан с тревожностью, депрессией и низкой самооценкой, которые являются коморбидными симптомами НА и могут модулировать взаимодействие между ИМТ, перфекционизмом и образом тела [25]. Остается открытым вопрос, служит ли перфекционизм независимым предиктором нарушений образа тела и ИМТ или его эффект опосредован эмоциональными факторами. Например, тревожность может усиливать восприятие социального давления, связанного с социально-предписанным перфекционизмом, что увеличивает озабоченность телом, тогда как депрессия может усугублять руминацию, связанную с саморефлексией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Связь перфекционизма и нарушения образа тела и ИМТ у пациентов с НА зависит от выраженности саморефлексии и способности к выработке адаптивных стратегий совладания и регуляции поведения (мастерство). Полученные данные указывают на

необходимость подключения психотерапии, направленной на развитие метапознания у пациентов с НА. Мишенью этой психотерапии может являться перфекционизм, ориентированный на себя и на других, как фактор, который оказывает влияние на ключевые клинические показатели при НА — нарушение образа тела и ИМТ — в зависимости от выраженности саморефлексии и мастерства.

История публикации

Рукопись поступила: 19.08.2025

Рукопись принята: 24.11.2025

Опубликована онлайн: 12.12.2025

Вклад авторов: Ольга Карпенко, Никита Чернов, Майя Кулыгина — разработка концепции, подготовка и редактирование рукописи. Андрей Кибитов — статистическая обработка данных, подготовка и редактирование рукописи. Татьяна Моисеева, Александра Гришанина, Екатерина Федорова, Елизавета Рязова — сбор данных исследования, подготовка черновика статьи. Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Работа выполнена по государственному заданию на тему «Комплексное лечение больных с тяжелыми формами анорексии у взрослых» (ЕГИСУ НИОКТР регистрационный № 123031600073-0).

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Использование генеративного ИИ: Отсутствует.

Дополнительная информация

Дополнительный материал к этой статье можно найти в онлайн-версии:

Таблица П1: 10.17816/CP15736-145854

Таблица П2: 10.17816/CP15736-145855

Таблица П3: 10.17816/CP15736-145856

Таблица П4: 10.17816/CP15736-145857

Цитировать:

Чернов Н.В., Кибитов А.А., Кулыгина М.А., Моисеева Т.В., Гришанина А.М., Федорова Е.В., Рязова Е.С., Карпенко О.А. Модерирующий эффект метапознания

на взаимосвязь перфекционизма, нарушения образа тела и индекса массы тела при нервной анорексии: поперечное исследование // *Consortium PSYCHIATRICUM*. 2025. Т. 6, № 4. СР15736. doi: 10.17816/CP15736

Сведения об авторах

***Никита Владимирович Чернов**, заведующий отделением психотерапевтической помощи и социальной реабилитации ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; eLibrary SPIN-код: 9649-8443, Scopus Author ID: 57217293125, ORCID: 0000-0001-5347-0231 E-mail: n.chernov.psy@bk.ru

Андрей Александрович Кибитов, младший научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейропсихиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; eLibrary SPIN-код: 5502-2307, ResearcherID: ACG-0527-2022, Scopus Author ID: 57216579973, ORCID: 0000-0001-7766-9675

Майя Александровна Кулыгина, канд. психол. наук, ведущий научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейропсихиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; доцент кафедры психического здоровья и клинической психиатрии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»; eLibrary SPIN-код: 9513-0968, Scopus Author ID: 6506434525, ORCID: 0000-0003-4255-8240

Татьяна Валентиновна Моисеева, канд. психол. наук, медицинский психолог ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; eLibrary SPIN-код: 2573-2755, Scopus Author ID: 57217297734, ORCID: 0000-0002-0279-5180

Александра Максимовна Гришанина, медицинский психолог ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; ORCID: 0000-0003-0867-9364

Екатерина Викторовна Федорова, медицинский психолог ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; Scopus Author ID: 59013159400, ORCID: 0000-0003-3994-3148

Елизавета Сергеевна Рязова, медицинский психолог ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; ORCID: 0009-0003-6448-1501

Ольга Анатольевна Карпенко, к.м.н., главный научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейропсихиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; eLibrary SPIN-код: 9600-0688, Scopus Author ID: 56654984500, ORCID: 0000-0002-0958-0596

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. 6B80 Anorexia Nervosa [Internet]. In: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Geneva: World Health Organization; c2025 [cited 2025 September 28]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#263852475>
2. Cornelissen PL, Tovée MJ. Targeting body image in eating disorders. *Curr Opin Psychol*. 2021;41:71–77. doi: 10.1016/j.copsyc.2021.03.013
3. Zanella E, Lee E. Integrative review on psychological and social risk and prevention factors of eating disorders including anorexia nervosa and bulimia nervosa: seven major theories. *Heliyon*. 2022;8(11):e11422. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e11422 4.
4. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):509–528. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8
5. Vervaeet M, Puttevils L, Hoekstra RHA, et al. Transdiagnostic vulnerability factors in eating disorders: A network analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2021;29(1):86–100. doi: 10.1002/erv.2805
6. Delaquis CP, Godart N, Barry C, et al. Perfectionism, self-esteem, and affective symptoms in anorexia nervosa subtypes: A network analysis of French inpatients. *J Clin Psychol*. 2024;80(8):1852–1875. doi: 10.1002/jclp.23698
7. Dahlenburg SC, Gleaves DH, Hutchinson AD. Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2019;52(3):219–229. doi: 10.1002/eat.23009
8. Welch E, Miller JL, Ghaderi A, Vaillancourt T. Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eat Behav*. 2009;10(3):168–175. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.05.002
9. Hicks RE, Kenny B, Stevenson S, Vanstone DM. Risk factors in body image dissatisfaction: gender, maladaptive perfectionism, and psychological wellbeing. *Heliyon*. 2022;8(6):e09745. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e09745
10. Wade TD, Tiggemann M. The role of perfectionism in body dissatisfaction. *J Eat Disord*. 2013;1:2. doi: 10.1186/2050-2974-1-2
11. Ekici EM, Yildirim Z, Erdem S. Understanding the role of perfectionism in adult expectations of dietary restriction and thinness. *Gulhane Med J*. 2024;66(4):203–210. doi: 10.4274/gulhane.galenos.2024.16046
12. Bernabéu-Brotóns E, Marchena-Giráldez C. Emotional Eating and Perfectionism as Predictors of Symptoms of Binge Eating Disorder: The Role of Perfectionism as a Mediator between Emotional Eating and Body Mass Index. *Nutrients*. 2022;14(16):3361. doi: 10.3390/nu14163361
13. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, et al. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry*. 2000;157(11):1799–1805. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1799
14. Morgan-Lowes KL, Clarke PJF, Hoiles KJ, et al. 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
15. Zhang B, Cai T. Moderating effects of self-efficacy in the relations of perfectionism and depression. *Studia Psychologica*. 2012;54(1):15–21.

16. Zhang J, Liu L, Wang W. The Moderating Role of Grit in the Relationship Between Perfectionism and Depression Among Chinese College Students. *Front Psychol.* 2021;12:729089. doi: 10.3389/fpsyg.2021.729089
17. Chaaya R, Hallit R, Malaeb D, et al. Moderating effect of self-esteem between perfectionism and avoidant restrictive food intake disorder among Lebanese adults. *BMC Psychiatry.* 2024;24(1):325. doi: 10.1186/s12888-024-05762-8
18. Abdollahi A, Gardanova ZR, Ramaiah P, et al. Moderating Role of Self-Compassion in the Relationships Between the Three Forms of Perfectionism with Anger, Aggression, and Hostility. *Psychol Rep.* 2023;126(5):2383–2402. doi: 10.1177/00332941221087911
19. Kleka P, Brycz H, Zięba M, Fanslau A. Longitudinal study of metacognition's role in self-efficacy and hope development. *Sci Rep.* 2024;14(1):29379. doi: 10.1038/s41598-024-80180-0
20. Sun PP, Wang C, Teng LS. The Role of Well-Being and Grit in Metacognitive Self-Regulation Among Language Teachers: Partial Least Squares Structural Equation Modeling. *Int J Appl Linguist.* 2025;35(4):1883–1896. doi: 10.1111/ijal.12711
21. Rader L, Forster SD, Gauggel S, et al. Take a step back to see your own value: on the role of metacognition in self-esteem regulation. *Front Psychol.* 2025;16:1530008. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1530008
22. Hochheiser J, Lundin NB, Lysaker PH. The Independent Relationships of Metacognition, Mindfulness, and Cognitive Insight to Self-Compassion in Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 2020;208(1):1–6. doi: 10.1097/NMD.0000000000001065
23. Moritz S, Lysaker PH. Metacognition — What did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophr Res.* 2018;201:20–26. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.001
24. Palmieri S, Mansueto G, Ruggiero GM, et al. Metacognitive beliefs across eating disorders and eating behaviours: A systematic review. *Clin Psychol Psychother.* 2021;28(5):1254–1265. doi: 10.1002/cpp.2573
25. Springfield CR, Bonfils KA, Chernov NV, et al. The paradoxical moderating effects of metacognition in the relationships between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life in anorexia and bulimia. *Consort Psychiatr.* 2023;4(2):6–20. doi: 10.17816/CP6139
26. Palmieri S, Sassaroli S, Ruggiero GM, et al. Perfectionism in patients with eating disorders: The role of metacognitive beliefs and repetitive negative thinking. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2024;31(1):e2954. doi: 10.1002/cpp.2954
27. Skugarevskii OA, Sivukha SV. [Body image: developing an assessment tool]. *Psikhologicheskii zhurnal.* 2006;(2):40–48. Belarus.
28. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60(3):456–470. doi: 10.1037//0022-3514.60.3.456
29. Gracheva II. [Adaptation of “multidimensional perfectionism scale” technique by P. Hewitt and G. Flett]. *Psikhologicheskii zhurnal.* 2006;27(6):73–81. Russian.
30. Lysaker PH, Chernov N, Moiseeva T, et al. Metacognition Assessment Scale — Abbreviated; Russian Version (MAS-A) [Database record] [Internet]. APA PsycTests. c2020 [cited 2025 November 12]. doi: 10.1037/t79885-000. Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft79885-000>
31. Lysaker PH, Clements CA, Plascak-Hallberg CD, et al. Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII) [Database record]. APA PsycTests. c2002 [cited 2025 November 12]. doi: 10.1037/t79888-000. Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft79888-000>
32. Hayes, A. F., & Rockwood, N. J. (2017). Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour research and therapy*, 98, 39–57. doi: 10.1016/j.brat.2016.11.001
33. Rothschild-Yakar L, Stein D, Goshen D, et al. Mentalizing Self and Other and Affect Regulation Patterns in Anorexia and Depression. *Front Psychol.* 2019;10:2223. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02223
34. Esben S, Sorensen P. The role of metacognitive beliefs versus meta-emotion beliefs in disordered eating. *Australian Psychologist.* 2023;58(24):1–11. doi: 10.1080/00050067.2023.2181685
35. Quattropani MC, Lenzo V, Faraone C, et al. The role of Metacognition in eating behavior: an exploratory study. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology.* 2016;4(3). doi: 10.6092/2282-1619/2016.4.1213
36. Smith KE, Mason TB, Lavender JM. Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018;61:9–23. doi: 10.1016/j.cpr.2018.03.004
37. Stackpole R, Greene D, Bills E, Egan SJ. The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eat Behav.* 2023;50:101769. doi: 10.1016/j.eatbeh.2023.101769
38. Howard LM, Olson AK, Pitz BN, Heron KE. The Role of Denial in Eating Disorder Development, Assessment, and Treatment. In: Patel VB, Preedy VR, editors. *Eating Disorders.* Cham: Springer; 2023. p. 367–383.
39. Davenport E, Rushford N, Soon S, McDermott C. Dysfunctional metacognition and drive for thinness in typical and atypical anorexia nervosa. *J Eat Disord.* 2015;3:24. doi: 10.1186/s40337-015-0060-4