

## **РОЛЬ ИНТОЛЕРАНТНОСТИ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ В СТРУКТУРЕ ВЗАИМОСВЯЗИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА**

**Сагалакова О.А.<sup>1</sup>, Подолкина Е.А.<sup>2</sup>, Труевцев Д.В.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Сагалакова Ольга Анатольевна

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный университет», пр. Ленина, 61, Барнаул, 656049, Россия. Тел.: 8 (3852) 36-61-61.

E-mail: olgasagalakova@mail.ru

<sup>2</sup> Подолкина Елизавета Александровна

студент кафедры клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный университет», пр. Ленина, 61, Барнаул, 656049, Россия. Тел.: 8 (3852) 36-61-61.

E-mail: el.podolkina@mail.ru

<sup>3</sup> Труевцев Дмитрий Владимирович

кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный университет», пр. Ленина, 61, Барнаул, 656049, Россия. Тел.: 8 (3852) 36-61-61.

E-mail: truevtsev@gmail.com

**Аннотация.** В статье рассматриваются современные тенденции в исследовании психологических механизмов формирования и поддержания расстройств пищевого поведения. Проанализирована роль интолерантности к неопределенности как общего медиатора связи симптомов тревоги, обсессивно-компульсивного расстройства и нарушений пищевого поведения (ограничение/очищение). Параметры расстройств тревожного спектра часто предшествуют симптомам нарушений пищевого поведения. Вторично дисрегуляция тревоги при нервной анорексии и булимии сопровождается выработкой и закреплением ритуальных действий, связанных с приемом пищи, как фиксированных навязчивых паттернов пищевого поведения. Патологическая ригидная структуризация пищевого поведения связана с трансформацией в мотивационной структуре деятельности личности, при которой постепенно ритуальные действия приобретают самостоятельное целевое содержание. Ряд экспериментальных исследований показал, что при наличии симптомов расстройств пищевого поведения (как на клиническом, так и на субклиническом уровне) отмечается высокий уровень интолерантности к неопределенности. Обнаружены общие механизмы между симптомами расстройств пищевого поведения и обсессивно-компульсивного расстройства (навязчивые идеи и повторяющиеся мысли о худобе, озабоченность телом, стремление к «идеалу», сомнения и склонность к перепроверкам корректности исполнения ритуалов). Физические нагрузки, контроль приема пищи, повторяющееся взвешивание и измерение параметров тела выполняют функцию, аналогичную роли навязчивых действий и ритуалов, наблюдаемых в структуре обсессивно-компульсивного расстройства, при котором эмпирически доказана роль интолерантности к неопределенности в формировании и поддержании симптомов. Наличие взаимосвязи симптомов расстройств указывает на общность психологического механизма возникновения нарушений, к которым может быть отнесена интолерантность к неопределенности. Исследование вклада интолерантности к неопределенности в формирование наиболее деструктивных симптомов расстройств пищевого поведения, а также учет наличия симптомов коморбидных расстройств (в первую очередь тревожного спектра) позволит более эффективно выстраивать научно обоснованные стратегии вмешательства.

**Ключевые слова:** расстройство пищевого поведения; нервная анорексия; нервная булимия; тревога и социальная тревога; обсессивно-компульсивное расстройство; интолерантность к неопределенности.

УДК 159.9:616.89-008.4

**Библиографическая ссылка**

Сагалакова О.А., Подолкина Е.А., Труевцев Д.В. Роль интолерантности к неопределенности в структуре взаимосвязи расстройств пищевого поведения и обсессивно-компульсивного расстройства // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2020-3-5

Поступила в редакцию: 03.06.2020    Прошла рецензирование: 22.06.2020    Опубликована: 28.06.2020

---

*Публикуется при поддержке гранта РФФИ (17-29-02420).*

---

**Введение**

Расстройства пищевого поведения (РПП) являются не только одними из самых сложных по психологической структуре нарушений психической деятельности, но и значительно инвалидизирующих психических заболеваний [5; 23; 34]. РПП характеризуются высоким индексом смертности по сравнению с другими психическими расстройствами [14]. Начало заболевания в большинстве случаев наступает в раннем подростковом возрасте (нервная анорексия) или в более зрелом возрасте (преимущественно нервная булимия), что нарушает развитие и функционирование организма и личности, искажает формирование субъекта как в физическом, так и в психическом аспектах [1; 12].

Началу РПП часто предшествуют симптомы расстройств тревожного спектра, особенно — социальной тревоги, а также опыт негативного оценивания другими в сенситивный возрастной период, когда фрустрация значимых социальных потребностей (в принятии, одобрении, успехе) воспринимается значительно острее, чем фрустрация витальных потребностей [5; 6]. В подростковом возрасте легко происходит инвертирование значимости ценности жизни в целом, отдельных витальных потребностей в частности. РПП часто сопровождается общей антивитальной (суицидальной) направленностью личности в подростковом возрасте [7]. При наличии симптомов РПП значительно увеличивается риск возникновения депрессии, самоповреждающего, аутоагрессивного поведения, нарушений адаптации.

Мотивационная основа деятельности, связанной с контролем над приемом пищи, постепенно перерождается, смысловой доминантой становится то, что ранее было целью и даже средством ее достижения, в результате формирующиеся ригидные паттерны пищевого поведения наполняются самостоятельным целевым содержанием, становятся навязчивыми ритуалами [2; 3]. Однако вопрос о механизмах формирования и поддержания симптомов РПП и в настоящее время остается открытым. Не вполне очевидно, как именно контроль над пищевым поведением становится набором фиксированных действий, актуализация которых постепенно становится компульсивным поведением и складывается в ригидный паттерн, с трудом поддающийся стабильной коррекции даже при длительном вмешательстве.

Действительно, в исследованиях показано, что параметры тревожных расстройств, такие как страх негативного оценивания, руминации, беспокойство являются значимыми компонентами в структуре РПП, что подтверждает связь расстройства и нарушений регуляции тревоги, особенно в ситуациях оценивания [39]. Это явно прослеживается в процессе формирования симптомов нервной булимии и анорексии, когда происходит фиксация мыслей пациентов на вызывающей усилении тревоги перспективе увеличения веса, связанной с возможной критикой/негативным оцениванием значимыми другими

(беспокойство) и формируется руминативный цикл негативных мыслей. Страх и тревога, поглощенность негативным прогнозированием сопровождаются выработкой жестких правил и ритуалов диеты, классификацией продуктов питания на «безопасные» или «запрещенные» с избеганием последних [32]. Стремление к упорядочиванию типов продуктов подчеркивает выраженное переживание угрозы, опасности, вызванное неопределенностью действия «запрещенных» продуктов на организм (например, «как мой организм использует эти калории?», «как мне израсходовать съеденные калории?») [17]. Неадаптивное поведение, направленное на поддержание низкого веса или его снижение, сформированное как реакция на воспринимаемую угрозу, усложняет течение расстройств. Например, фиксированная зависимость от правил приема пищи, ритуалов или «поведения, направленного на поиск безопасности» в виде избегания или «контроля» опасения увеличения веса (подсчет калорий, вызов рвоты, проверка веса и измерение параметров тела), изначально направленная на снижение тревоги и неопределенности, по механизму патологического круга, наоборот, усиливает первоначальные симптомы.

Однако еще не до конца ясно, каким именно образом и до какой степени тревога включена в процесс формирования симптомов РПП. Предыдущие исследования [14; 21; 39] показали, что существует значимая взаимосвязь между тревожными расстройствами и симптомами РПП, но механизм данной связи до сих пор не раскрыт до конца. Также актуальным остается вопрос о том, существуют ли иные психологические феномены, предположительно влияющие на эти процессы или усиливающие симптомы РПП. Какие когнитивные конструкты могут влиять на развитие и поддержание РПП? За последние годы было проведено много различных эмпирических исследований, в которых авторы ставили перед собой задачу поиска этих компонент в структуре РПП. Однако, учитывая различия в планировании исследований и неконстантность условий их реализации, неоднородность критериев формирования выборок и опору на разные подходы в осмыслении результатов, очевидно, что исследовательские выводы сильно различаются и в настоящее время не имеют определенной непротиворечивой структуры.

*В данном теоретическом обзоре целью выступает определение основных современных тенденций в изучении психологической структуры РПП, анализ феномена интолерантности к неопределенности как возможного трансдиагностического механизма, способствующего формированию и поддержанию расстройств пищевого поведения и обсессивно-компульсивного расстройства, а также объясняющего пересекающиеся симптомы нарушений психической деятельности при данных расстройствах.*

### **Феномен интолерантности к неопределенности в структуре расстройств пищевого поведения**

Учитывая схожесть механизмов, свойственных психологической структуре РПП и расстройств тревожного спектра, можно предположить, что изучение взаимосвязи интолерантности к неопределенности и РПП имеет исследовательские перспективы.

В настоящий момент актуальным является анализ и определение трансдиагностической роли в структуре различных расстройств такого когнитивного конструкта, как *интолерантность к неопределенности* (ИТН) [40]. ИТН относится к ряду убеждений и реакций на ситуации или события, которые воспринимаются как неопределенные, с неизвестным исходом [22]. ИТН определяется как предрасположенность к неадаптивным эмоциональным и поведенческим реакциям, обычно проявляющимся при тревожных расстройствах [16]. При высоком уровне ИТН любая неопределенность обычно воспринимается как негативная, неприемлемая и угрожающая [25], что сопровождается стремлением к избеганию ситуаций, сопряженных с неопределенностью. При ИТН характерно сомнение в собственной способности эффективно справляться с неопределенностью или переменами.

В исследовании, проведенном Sternheim, Konstantellou, Startup и Schmidt (2011), изучался механизм, демонстрирующий то, каким образом женщины с нервной анорексией переживают и пытаются «контролировать» неопределенность. Исследование показало, что основным источником неопределенности является страх негативной оценки со стороны других и переживание несовершенства. Пациенты отмечали у себя склонность к избеганию неопределенности и усилению определенности как в процессе лечения, так и в повседневной жизни [41] путем тщательной организации и планирования, соблюдения процедур, неоднократных проверок и перепроверок, избегания спонтанности. Эти результаты соотносятся с данными исследований, демонстрирующих повышение тревоги у пациентов с РПП при невыраженных симптомах планирования и контроля над приемом пищи [15]. Наоборот, тщательное планирование при РПП первоначально может снижать уровень тревоги, однако когда планирование становится навязчивостью, оно превращается в действие, возникающее помимо воли (контроля), и его первоначальная функция (снижение тревоги) перестает выполняться. Далее стремление еще более тщательно планировать и перепроверять план увеличивается, при этом первичные симптомы тревоги и беспокойства усиливаются [5; 10]. Пациенты отмечают, что поведение, связанное с симптомами РПП, временно помогает создать чувство «безопасности» в ответ на ситуации неопределенности, им характерно сомневаться в своей способности справиться с неизбежной неопределенностью без такого поведения.

В ряде исследований эмпирически доказано, что испытуемые с симптомами РПП имеют значительно более высокие показатели ИТН по сравнению с группой нормы (например, Konstantellou, Reynolds, 2010; Frank et al., 2012) [21; 24]. Важно отметить, что в исследовании Frank et al. (2012) не было выявлено различий в выраженности ИТН между юными и взрослыми испытуемыми, что согласуется с предыдущими работами [38]. Возможно, повышение уровня ИТН не связано с длительностью течения расстройства. Sternheim, Startup и Schmidt (2015) воспроизвели некоторые из этих результатов, сравнив амбулаторных больных с диагнозом «нервная анорексия» без коморбидной тревоги или депрессии со здоровой контрольной группой. По сравнению с группой нормы пациенты с нервной анорексией имели значительно более высокий балл по шкале ИТН [36].

Последние данные свидетельствуют о том, что ИТН также связана с ключевыми компонентами *трансдиагностической модели РПП*, в которой основным конструктом в структуре РПП является *переоценка важности контроля питания и веса*, что приводит к возникновению ограничительного и очищающего типа поведения [18]. В рамках модели предполагается, что *перфекционизм, низкая самооценка, ИТН поддерживают расстройство*, выступая психологическими механизмами РПП. При изучении в рамках трансдиагностической модели РПП роли ИТН Renjan et al. (2016) было обнаружено, что уровень ИТН повышен у пациентов с различными типами РПП и косвенно влияет на формирование дисфункциональной диеты при ограничительном типе питания и «очищающем» поведении [37].

Указанные научные работы имеют некоторые ограничения, однако они являются важным шагом в изучении роли ИТН в структуре РПП. Необходимы дальнейшие исследования, включающие анализ роли перфекционизма, физического перфекционизма [9], стремления к контролю, интрузивных мыслей, повторяющегося поведения или ритуальных действий, которые могут уточнить роль ИТН в структуре РПП. Определение вклада параметров в формирование и поддержание симптомов РПП определяет и пути научно обоснованного вмешательства. Важным шагом становится работа с ИТН в психотерапии РПП, в том числе осложненной наличием симптомов других тревожных расстройств и обсессивно-компульсивного расстройства. Изменение ИТН в структуре симптомов РПП связано с работой с когнитивными и метакогнитивными процессами, лежащими в основе социальной тревоги, страха негативного оценивания.



## Расстройства пищевого поведения и обсессивно-компульсивное расстройство: поиск общих симптомов и механизмов

В настоящее время проведено недостаточно рандомизированных контролируемых экспериментальных исследований, посвященных изучению процессов, способствующих разработке и поддержанию правил и ритуальных действий в структуре РПП [30], а имеющиеся результаты часто противоречат друг другу. Наряду с этим эмпирически подтверждено, что самостоятельно установленные правила (например, «я должен есть только 500 калорий в день», «я не должен есть жирную пищу», «я всегда должен выбирать низкокалорийный вариант пищи») часто сопровождаются серией специфических навязчивых ритуалов, включающих соблюдение фиксированных правил. В ряде работ доказана гипотеза о том, что ритуальные действия при РПП представляют собой неадаптивные попытки справиться с тревогой и беспокойством, в частности по поводу приема пищи [15]. Сформированные ритуалы, вращающиеся вокруг условий «что», «когда» и «сколько» есть, могут представлять собой попытки повысить предсказуемость и снизить неопределенность и беспокойство.

Правила питания и ритуалы, по мнению пациентов, помогают изменить негативное настроение и снизить беспокойство, связанные с едой и набором веса, выполняя функцию, подобную роли компульсий, наблюдаемых в структуре обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) [20]. Проверка параметров тела — другой тип поведенческого ритуала, который обычно появляется в структуре РПП. Ритуалы проверки тела включают осмотр частей тела в зеркале, проверку и повторную проверку прилегания одежды, многократное взвешивание и измерение параметров определенных частей тела. Концептуально такое поведение, по-видимому, связано с желанием убедиться в том, что пугающий результат (например, увеличение веса, размеров тела) не наступил.

Стремление к определенности, вероятно, связано с формируемыми правилами и ритуальными действиями при РПП. Тем не менее эмпирической базы для точного утверждения в настоящий момент недостаточно. Роль ИТН в формировании ритуального или компульсивного поведения, однако, получила должное эмпирическое внимание в научной литературе по проблеме ОКР, которое часто является коморбидным по отношению к РПП. Данные расстройства имеют общие симптомы, в частности — навязчивые идеи, которые при РПП связаны с приемом пищи и весом тела (повторяющиеся мысли о худобе, озабоченность формой тела, стремление к «идеалу»). И хотя такие мысли обычно не воспринимаются как навязчивые, можно провести аналогию с симптомами ОКР, так как пациенты с РПП регулярно пытаются игнорировать, подавлять или нейтрализовать такие мысли путем поведения, направленного на поиск безопасности, а также с помощью серии специфических правил и ритуалов. Подобные компульсивному поведению при ОКР чрезмерные физические нагрузки, постоянный подсчет калорий и повторяющееся взвешивание часто наблюдаются среди пациентов с РПП [11]. Ритуалы в структуре пищевого поведения, первоначально направленные на снижение тревоги, становятся ригидными паттернами поведения и закрепляют «порочный круг симптомов», в дальнейшем усиливая первичные проявления.

Исследования, изучающие взаимосвязь между двумя расстройствами, показали, что симптомы тревоги и ОКР обычно предшествуют возникновению РПП. Это позволяет предположить, что связанные с ОКР процессы могут быть фактором риска развития расстройств пищевого поведения [4; 8].

В исследовании Olatunji et al. (2010) изучались изменения в симптоматике РПП и ОКР на выборке, состоящей из 508 женщин, проходивших стационарное лечение по поводу РПП. Авторы продемонстрировали, что уменьшение симптомов ОКР способствует редукции симптомов РПП [26]. Davies et al. (2009), Naylor, Mountford, & Brown (2011) обнаружили, что женщины с нервной анорексией и нервной булимией имеют более высокие показатели уровня выраженности симптомов ОКР, чем группа нормы.

Оказалось, что симптоматика ОКР в структуре РПП проявлялась в форме изнуряющей физической нагрузки и навязчивых мыслях о пище и весе [27; 28]. Была выявлена значимая корреляция между симптомами РПП и тремя измерениями ОКР: нейтрализация, обсессивность и упорядоченность (мыслей, поведения).

В исследовании Levinson et al. (2019) удалось показать, что когнитивные аспекты симптомов ОКР могут быть связаны с когнитивными убеждениями при нервной анорексии. Авторы предполагают, что другие виды поведения при РПП, такие как очищение путем вызова рвоты или приема слабительных, выполняют функцию, аналогичную традиционной компульсивной форме поведения при ОКР. В исследовании выявлен значимый вклад обсессивности (навязчивости) как аспекта ОКР в симптоматику РПП, учитывая, что при нервной анорексии характерно повторяющееся негативное мышление [29]. Кроме того, многие пациенты с нервной анорексией отмечают у себя наличие навязчивых мыслей о пищевом поведении и весе. Обсессивные мысли воспринимаются пациентами как наиболее беспокоящие симптомы расстройства [35].

Наличие общих симптомов при ОКР и РПП предоставляет убедительные доказательства для изучения ИТН как общего механизма развития и поддержания ритуальных действий и поведения при РПП в будущих исследованиях. Гипотеза о том, что ритуальное или повторяющееся поведение при ОКР представляет собой набор неэффективных попыток уменьшить стресс в ситуациях неопределенности, исследуется уже несколько десятилетий. За это время эмпирические исследования доказали, что ИТН включает дезадаптивные убеждения, имеющие ключевое значение для развития и поддержания ОКР наряду с перфекционизмом, переоценкой угрозы, гиперответственностью, избыточным вниманием к мыслям и озабоченностью контролем над мыслями. Пациенты с ОКР следуют ритуалам, пока не почувствуют себя «уверенными» в том, что они правильно их выполняют, чтобы предотвратить прогнозируемый негативный результат [19]. Таким образом, ИТН в контексте отдельных симптомов ОКР (систематические проверки и перепроверки, следование ритуалам ограничения/очищения) представляет особый интерес для изучения структуры РПП.

Обсессивно-компульсивное поведение носит персеверативный навязчивый характер [31]. Ритуальное поведение при РПП обладает схожими персеверативными чертами (например, пациенты взвешивают себя много раз в течение дня, измеряют и систематически проверяют порции пищи перед употреблением, постоянно измеряют параметры тела). Исследования показывают, что ритуал может обеспечить немедленное, но исключительно временное снижение тревоги, в то время как закрепление такого поведения в привычный навязчивый паттерн усиливает чувство неуверенности и беспокойства в долгосрочной перспективе [Там же]. Такое поведение подкрепляет переживание сомнения (например, «я помню, что делал это, но я могу ошибаться»). Этот эффект был назван «диссоциативной неопределенностью»: например, длительное мытье рук вызывает сомнение в отношении их чистоты/загрязнения при ОКР [13]. Сомнение в верности исполнения ритуала поддерживает тревогу, и ритуал повторяется, сопровождаясь детальным анализом действий. Это перегружает систему оценки корректности выполненного действия, сомнения и сопутствующая тревога циклически усиливаются, возникает еще большая тяга выполнить ритуал. Возможно, чрезмерный детальный анализ смещает опыт выполняемых действий с перцептивного/непосредственного на концептуально-аналитический уровень, не позволяя тем самым пациенту исчерпать сомнения (повысить определенность), и приводит к еще большему детальному анализу и к компульсивным ритуалам [33]. Пищевое поведение в ракурсе данных рассуждений перестает быть преимущественно перцептивным опытом, переходя в плоскость детализации отдельных действий и концептуального анализа, при этом чем сильнее склонность к ритуалам в структуре РПП, тем интенсивнее будут и сомнения в верности/точности их применения, и тенденции к циклическому усилению сомнений, тревоги и перепроверкам.

## Выводы

В данном теоретическом обзоре удалось определить следующие основные современные тенденции в изучении структуры и механизмов формирования и поддержания симптомов РПП:

- 1) Социальная тревога, страх негативного оценивания, стремление к «идеалу», поиск субъективно «неидеальных» характеристик являются центральными компонентами в структуре формирования и поддержания РПП, часто предшествующими симптомам расстройства, что поддерживает имеющиеся эмпирические факты о связи РПП и нарушений регуляции тревоги.
- 2) ИТН выступает одним из трансдиагностических психологических механизмов, объясняющих общность симптомов расстройств тревожного спектра, ОКР и РПП. Однако требуются дальнейшие исследования для уточнения роли ИТН в формировании определенных симптомов разных типов РПП. При РПП отмечается склонность к избеганию неопределенности и, одновременно с этим, повышению определенности (в первую очередь в пищевом поведении) путем фиксированного планирования питания, неоднократной проверки и перепроверки действий, связанных с ограничением/очищением. При отсутствии симптомов выраженного контроля над приемом пищи отмечается повышение тревоги, а контроль в виде планирования и ритуалов пищевого поведения временно приносит снижение тревоги.
- 3) РПП и ОКР имеют общие симптомы, в частности — навязчивые идеи и действия, которые в структуре РПП связаны с приемом пищи и озабоченностью весом тела. При РПП наблюдаются подобные компульсивному поведению при ОКР ритуалы и правила — чрезмерные физические нагрузки, постоянный подсчет калорий и повторяющееся взвешивание, измерение параметров тела. Вышеописанные ритуалы в структуре пищевого поведения, подобно ритуалам при ОКР, направлены на снижение тревоги, однако в обоих случаях становятся ригидными и закрепляют «порочный круг» симптомов, в дальнейшем усиливая первичные проявления.

Таким образом, представляется значимым рассмотрение проблемы патологии пищевого поведения в контексте тревоги, симптомов ОКР с учетом ИТН как общего психологического механизма, объясняющего связь симптомов расстройств. В будущем важно определить, значима ли для формирования и поддержания симптомов РПП «диссоциативная неопределенность» и как она может влиять на отдельные проявления расстройства. Было показано, что персеверативные проверки при РПП действительно могут «подрывать» уверенность в результате ритуальных действий, побуждая их повторять (хотя первоначально навязчивое действие может ненадолго снизить тревогу). Например, пациент повторно проверяет вес, пытаясь снизить неопределенность, связанную с воспринимаемой угрозой (например, увеличение веса), однако повторное взвешивание может снизить уверенность в точности первоначального взвешивания, вызвать сомнения в отношении «достоверности» полученной информации, тревогу, побуждающую продолжать ритуальные действия «просто для уверенности». В случае РПП пациенты могут искать подтверждение того, что их вес не будет увеличиваться вследствие употребления определенных продуктов. С этой целью они прибегают к детальному анализу информации и собственных действий в структуре пищевого поведения, не доверяя сенсорно-перцептивному опыту. Полученные в исследованиях выводы важно учитывать при разработке стратегии психотерапии пациентов с симптомами РПП, коморбидными с другими тревожными расстройствами и ОКР. В целях повышения эффективности терапии будущие исследования должны более подробно изучить вопрос о роли перфекционизма, стремлении к контролю, наличии руминаций, беспокойства и ритуальных действий в формировании РПП. Построение качественной модели психотерапии на основании полученных данных поможет повысить эффективность вмешательства, таким образом, вероятно, снижая и антивитальные риски, наиболее характерные в молодом возрасте при симптомах РПП и ОКР.

## Литература

1. Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А. Влияние социокультурных стандартов привлекательности на формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 2. – С. 25–34.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихологический метод в изучении личности // Психологический журнал. – 1982. – № 1. – С. 43–51.
3. Когнитивные факторы нарушений психической деятельности при обсессивно-компульсивном расстройстве / О.А. Сагалакова, О.В. Жирнова, Д.В. Труевцев [и др.] // Сибирский психологический журнал. – 2020. – № 75. – С. 159–181.
4. Нарушения самовосприятия и пищевого поведения у больных с синдромом нервной анорексии (клинико-психологический анализ) / М.В. Коркина, Б.В. Зейгарник, М.А. Цивилько [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1986. – Т. 86, № 12. – С. 1813–1819.
5. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Подолкина Е.А. Страх оценивания как патогенетический механизм социального тревожного расстройства и коморбидных расстройств // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 6. – С. 3. doi: 10.24411/2219-8245-2018-16030
6. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 4. – С. 15–22.
7. Социальная тревога в подростковом и юношеском возрасте в контексте психологической безопасности / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, И.Я. Стоянова [и др.] // Вопросы психологии. – 2016. – № 6. – С. 63–75.
8. Стоянова И.Я. Прагматические образования в норме и патологии: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04. – Томск: Том. гос. университет, 2007. – 303 с.
9. Тарханова П.М., Холмогорова А.Б. Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом // Психологическая наука и образование. – 2011. – № 5. – С. 52–60.
10. Чигринцев А.Н., Сагалакова О.А. Интолерантность к неопределенности и прагматическое образование // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета. – 2019. – № 1. – С. 145–153.
11. A naturalistic examination of negative affect and disorder-related rumination in anorexia nervosa / M. Seidel, J. Petermann, S. Diestel [et al.] // European Child and Adolescent Psychiatry. – 2016. – Vol. 25, № 11. – P. 1207–1216.
12. Cost of disorders of the brain in Europe 2010 / A. Gustavsson, M. Svensson, F. Jacobi [et al.] // European Neuropsychopharmacology. – 2011. – Vol. 21, № 10. – P. 718–779.
13. Deacon B., Maack D.J. The effects of safety behaviors on the fear of contamination: An experimental investigation // Behaviour Research and Therapy. – 2008. – Vol. 46, № 4. – P. 537–547.
14. Eating disorder and quality of life: A review of the literature / P.E. Jenkins, R.R. Hoste, C. Meyer [et al.] // Clinical Psychology Review. – 2011. – Vol. 31, № 1. – P. 113–121.
15. Eating-related anxiety in individuals with eating disorders / C.M. Webb, P. Thuras, C.B. Peterson [et al.] // Eating and Weight Disorders. – 2011. – Vol. 16, № 4. – P. e236–e241.
16. Einstein D.A. Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: a Review of the literature and implications for treatment // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2014. – Vol. 2, № 3. – P. 280–300.
17. Extinction theory and anorexia nervosa: Deepening therapeutic mechanisms / S.B. Murray, M. Treanor, B. Liao [et al.] // Behaviour Research and Therapy. – 2016. – Vol. 87. – P. 1–10.
18. Fairburn C.G., Harrison P.J. Eating disorders // The Lancet. – 2003. – Vol. 361, № 9355. – P. 407–416.



19. Fourtounas A., Thomas S.J. Cognitive factors predicting checking, procrastination and other maladaptive behaviours: Prospective versus inhibitory intolerance of uncertainty // *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. – 2016. – Vol. 9. – P. 30–35.
20. Godier L.R., Park R.J. Compulsivity in anorexia nervosa: A transdiagnostic concept // *Frontiers in Psychology*. – 2014. – Vol. 5. – P. 778.
21. Heightened fear of uncertainty in anorexia and bulimia nervosa / G.K.W. Frank, T. Roblek, M.E. Shott [et al.] // *The International Journal of Eating Disorders*. – 2012. – Vol. 45, № 2. – P. 227–232.
22. Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks / R.N. Carleton, M.G. Fetzner, J.L. Hackl [et al.] // *Cognitive Behaviour Therapy*. – 2013. – Vol. 42, № 4. – P. 328–341.
23. Intolerance of Uncertainty in eating disorders: An update on the field / A. Kesby, S.L. Maguire, R.S. Brownlow [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2017. – Vol. 56. – P. 94–105.
24. Konstantellou A., Reynolds M. Intolerance of uncertainty and metacognitions in a non-clinical sample with problematic and normal eating attitudes // *Eating Behaviors*. – 2010. – Vol. 11, № 3. – P. 193–196.
25. McEvoy P.M., Erceg-Hurn D.M. The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: Evidence for intolerance of uncertainty // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2016. – Vol. 41. – P. 96–107.
26. Mediation of symptom changes during inpatient treatment for eating disorders: The role of obsessive-compulsive features / B.O. Olatunji, C.D. Tart, S. Shewmaker [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 2010. – Vol. 44, № 14. – P. 910–916.
27. Multidimensional self-reports as a measure of characteristics in people with eating disorders / H. Davies, P. Liao, I.C. Campbell [et al.] // *Eating and Weight Disorders*. – 2009. – Vol. 14, № 2-3. – P. e84–e91.
28. Naylor H., Mountford V., Brown G. Beliefs about excessive exercise in eating disorders: The role of obsessions and compulsions // *European Eating Disorders Review*. – 2011. – Vol. 19, № 3. – P. 226–236.
29. Obsessions are strongly related to eating disorder symptoms in anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa / C.A. Levinson, L.C. Brosf, S.S. Ram [et al.] // *Eating Behaviors*. – 2019. – Vol. 34. – P. 101298.
30. Pallister E., Waller G. Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap // *Clinical Psychology Review*. – 2008. – Vol. 28, № 3. – P. 366–386.
31. Perseveration induces dissociative uncertainty in obsessive compulsive disorder / C.L. Giele, M.A. van den Hout, I.M. Engelhard [et al.] // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2016. – Vol. 52. – P. 1–10.
32. Preference for safe over risky options in binge eating / R. Neveu, E. Fouragnan, F. Barsumian [et al.] // *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. – 2016. – Vol. 10. – P. 65.
33. Purdon C. There is a lot more to compulsions than meets the eye // *Clinical Neuropsychiatry*. – 2018. – Vol. 15, № 5. – P. 291–298.
34. Quality of life in eating disorders: A meta-analysis / L. A.-D. Winkler, E. Christiansen, M.B. Lichtenstein [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2014. – Vol. 219, № 1. – P. 1–19.
35. Smith K.E., Mason T.B., Lavender J.M. Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. – 2018. – Vol. 61. – P. 9–23.
36. Sternheim L., Startup H., Schmidt U. Anxiety-related processes in anorexia nervosa and their relation to eating disorder pathology, depression and anxiety // *Advances in Eating Disorder*. – 2015. – Vol. 3, № 1. – P. 13–19.
37. Stomaching uncertainty: Relationships among intolerance of uncertainty, eating disorder pathology, and comorbid emotional symptoms / V. Renjan, P.M. McEvoy, A.K. Handley [et al.] // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2016. – Vol. 41. – P. 88–95.
38. The intolerance of uncertainty scale for children: A psychometric evaluation / J.S. Comer, A.K. Roy, J.M. Furr [et al.] // *Psychological Assessment*. – 2009. – Vol. 21, № 3. – P. 402–411.

39. Treasure J., Stein D., Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence // *Early Intervention in Psychiatry*. – 2015. – Vol. 9, № 3. – P. 173–184.

40. Van der Heiden C., Muris P., van der Molen H.T. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder // *Behaviour Research and Therapy*. – 2012. – Vol. 50, № 2. – P. 100–109.

41. What does uncertainty mean to women with anorexia nervosa? An interpretative phenomenological analysis / L. Sternheim, A. Konstantellou, H. Startup [et al.] // *European Eating Disorders Review*. – 2011. – Vol. 19, № 1. – P. 12–24.

## The role of intolerance to uncertainty in the relationship between eating disorders and obsessive-compulsive disorder

Sagalakova O.A.<sup>1</sup>

E-mail: olgasagalakova@mail.ru

Podolkina E.A.<sup>1</sup>

E-mail: el.podolkina@mail.ru

Truevtsev D.V.<sup>1</sup>

E-mail: truevtsev@gmail.com

<sup>1</sup> Altai State University  
pr. Lenina 61, Barnaul, 656049, Russia  
Phone: +7 (3852) 366-161

**Abstract.** The article discusses current trends in the study of the psychological mechanisms of the formation and maintenance of eating disorders. The role of intolerance to uncertainty as a general mediator of anxiety symptoms, obsessive-compulsive disorder and eating disorders (restriction/purification) relationship is analyzed. The parameters of anxiety spectrum disorders often precede the symptoms of eating disorders. Secondary dysregulation of anxiety in anorexia nervosa and bulimia is accompanied by the development and consolidation of ritual actions as fixed obsessive patterns of eating behavior. The pathological rigid structure of eating behavior is associated with a transformation in the motivational structure of an individual's activity, in which ritual actions gradually acquire an independent target content. A number of experimental studies have shown that in the presence of symptoms of eating disorders (both at the clinical and subclinical levels), a high level of intolerance to uncertainty is noted. Common mechanisms were found between the symptoms of eating disorders and obsessive-compulsive disorder (obsessive ideas and repeated thoughts about thinness, preoccupation with the body, the pursuit of the "ideal", doubts and a tendency to double-check the correct performance of rituals). Physical activity, eating control, repeated weighing and measuring body parameters perform a function similar to the role of obsessive actions and rituals observed in the structure of obsessive-compulsive disorder, in which the role of intolerance to uncertainty in the symptoms formation and maintenance is empirically proven. The presence of a relationship of disorder's symptoms indicates a common psychological mechanism of the disorders occurrence, which can be attributed intolerance to uncertainty. Investigation of the contribution of intolerance to uncertainty in the formation of the eating disorders most destructive symptoms, as well as taking into account the presence of symptoms of comorbid disorders (primarily the anxiety spectrum), will allow more effectively creation evidence-based intervention strategies.

**Key words:** eating disorder; anorexia nervosa; bulimia nervosa; anxiety and social anxiety; obsessive-compulsive disorder; intolerance to uncertainty.

### For citation

Sagalakova O.A., Podolkina E.A., Truevtsev D.V. The role of intolerance to uncertainty in the relationship between eating disorders and obsessive-compulsive disorder. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 3, p. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2020-3-5 [in Russian, abstract in English].