

## ОСОБИСТІСНІ ВЛАСТИВОСТІ ТА РОЗЛАДИ У ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПРИЙОМУ ЇЖІ

У статті розглядаються особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Наданий аналіз основних результатів досліджень, присвячених цій проблемі.

*Ключові слова:* розлади прийому їжі, анорексія, булімія, розлад особистості, перфекціонізм.

### К.Г.Рахубовская ЛИЧНОСТНЫЕ СВОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ПРИЕМА ПИЩИ

В статье рассматриваются личностные свойства и расстройства у лиц с расстройствами приема пищи. Анализируются основные результаты исследований, посвященных этой проблеме.

*Ключевые слова:* расстройства приема пищи, анорексия, булимия, расстройство личности, перфекционизм.

### К.Н.Рахубовська PERSONALITY FEATURES AND DISORDERS OF PEOPLE WITH EATING DISORDERS

Personality features and disorders of people with eating disorders are reviewed in the article. The main results of the studies of this problem are analyzed.

*Key words:* eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, personality disorder, perfectionism.

Розлади прийому їжі довгий час знаходилися поза увагою вітчизняних психологів. В дійсності, як показує статистика, хворих, що страждають на ці розлади, з кожним роком стає все більше і більше [7]. Це обумовлює актуальність даного огляду, присвяченого дослідженням проблеми особистісних особливостей осіб з розладами прийому їжі.

**Метою** статті є огляд та аналіз результатів досліджень особистісних особливостей осіб з розладами прийому їжі, які дозволять отримати уявлення про ці особливості та на цьому підґрунті сформулювати завдання для подальших досліджень цієї теми.

Розлад прийому їжі (порушення харчової поведінки) (F50) – психогенно обумовлений поведінковий синдром, пов'язаний з порушеннями у прийомі їжі.

Згідно з МКБ-10, до розладів прийому їжі відносять такі розлади:

1. Нервова анорексія (F50.0).
2. Атипова нервова анорексія (F50.1).
3. Нервова булімія (F50.2).
4. Атипова нервова булімія (F50.3).
5. Переїдання, пов'язане з іншими психічними розладами (F50.4).
6. Блювання, пов'язане з іншими психічними розладами (F50.5).
7. Інші розлади прийому їжі (F50.8).
8. Не уточнений розлад прийому їжі (F50.9). [15]

**Нервова анорексія (F50.0)** являє собою розлад, що характеризується навмисним зниженням ваги, що викликається та/або підтримується самим пацієнтом. Зустрічається найчастіше у дівчат-підлітків і молодих жінок, але хлопчики-підлітки та молоді чоловіки також можуть мати цей розлад, а також діти, щонаближаються до статевого дозрівання та зрілі жінки до менопаузи. [15]

Розлад пов'язаний зі специфічною психопатологією, за якої страх ожиріння та в'ялості контура тіла, а також бажання схуднути постійно присутнє як нав'язлива та надцінна ідея. Як правило, наявне недостатнє харчування різного ступеня тяжкості з вторинними ендокринними та метаболічними змінами і порушеннями функцій організму. Симптоми включають обмежений вибір продуктів харчування, надмірні фізичні навантаження, штучне викликання блювання та використання проносних препаратів, а також використання препаратів для придушення апетиту та діуретиків. [15]

Виділяють також **атипову нервову анорексію (F50.1)**, коли відсутні одна або більше з ключових ознак нервової анорексії, такі як аменорея або значна втрата ваги, але в іншому клінічна картина є досить типовою. [15]

**Нервова булімія (F50.2)** – це синдром, що характеризується повторюваними нападами переїдання та надмірною заклопотаністю контролем маси тіла, що призводить до переїдання, яке супроводжується блюванням або використанням проносних препаратів. Постійно повторюване блювання може призвести до порушень балансу електролітів у організмі та інших ускладнень. [15]

Виділяють також **атипову нервову булімію**(F50.3), коли відсутні одна або більше з ключових ознак для нервової булімії, але в іншому клінічна картина досить типова. Наприклад, можуть бути повторювані напади переїдання та зловживання проносними без істотної зміни ваги або типової надмірної стурбованості вагою тіла. [15]

**Переїдання, пов'язане з іншими психічними розладами** (F50.4) – це переїдання, що призводить до появи зайвої ваги, і є реакцією на дистрес. Може проявлятися внаслідок втрати близьких, нещасних випадків, хірургічних операцій та емоційного дистресу, особливо в осіб, схильних до повноти. [15]

**Блювання, пов'язане з іншими психічними розладами** (F50.5), може мати місце при диссоціативних розладах (F44.), іпохондричному розладі (F45.2), де воно може бути одним із соматичних симптомів, і при вагітності, коли в походженні нудоти і блювання можуть брати участь емоційні чинники. [15]

До **інших розладів прийому їжі** (F50.8) відносять такі розлади:

- Поїдання неїстівного неорганічного походження у дорослих;
- Поїдання неїстівного(збочений апетит)у дорослих;
- Психогенна втрата апетиту. [15]

Розлади прийому їжі досить часто пов'язуються з численними особистісними змінами. Результати дослідження Klump свідчать про значущі відмінності у особистісних характеристиках здорових досліджуваних та осіб з розладами прийому їжі [13]. У даному дослідженні було використано опитувальник темпераменту та характеру (Temperament and Character Inventory, TCI), який оцінює чотири шкали темпераменту (пошук новизни, уникання шкоди, залежність, наполегливість) та три шкали характеру (кооперативність, самостійність, прозорливість).

Перш ніж перейти безпосередньо до результатів даного дослідження, варто надати коротку інтерпретацію кожної шкали даного опитувальника.

*Пошук новизни* на одному полюсі передбачає дослідницьку, допитливу та імпульсивну поведінку, а на іншому – байдужість, стриманість, впорядкованість та регламентованість. *Уникання шкоди* на одному полюсі свідчить про поведінку, спрямовану на уникнення покарання, лякливість, сором'язливість, песимістич-

ність, тривожність, а на іншому – про невимушеність, оптимізм, сміливість та впевненість. *Залежність* передбачає полярність від чутливості, самовідданості, прихильності та залежності від інших на одному полюсі, до практичності, холодності, відокремленості та незалежності на іншому. *Наполегливість* на одному полюсі свідчить про працьовитість, старанність, амбітність, перфекціонізм, надуспішність, а на іншому – про бездіяльність, байдужість, лінощі та низьку успішність.

*Кооперативність* включає в себе полярність від соціальної терпимості, емпатійності, схильності до співчуття та принциповості на одному полюсі, до критичності, опортунізму, соціальної нетерпимості та мстивості на іншому. *Самостійність* передбачає полярність від зрілості, відповідальності, прийняття самого себе та винахідливості на одному полюсі, до незрілості, слабкості, ненадійності, внутрішньої конфліктності та неефективності на іншому. *Прозорливість* на одному полюсі передбачає розсудливість, терплячість, винахідливість та безтурботність, а на іншому – нетерплячість, відсутність винахідливості та сором'язливість.

Таким чином, згідно з результатами даного дослідження, досліджувані з розладами прийому їжі отримали значущо більш високі результати за шкалою *уникання шкоди* та значущо більш низькі результати за шкалою *самостійності*, ніж досліджувані з контрольної групи.

Отже, жінки з розладами прийому їжі значно більше, ніж здорові досліджувані, прагнуть уникати покарання, є лякливими, сором'язливими, песимістичними та тривожними, а також є більш незрілими, слабкими, ненадійними, внутрішньо конфліктними та неефективними у діяльності. Досліджувані, що знаходилися у гострій стадії розладів прийому їжі, отримали значущо більш високі результати за шкалою *кооперативності*, ніж здорові досліджувані. Досліджувані, що знаходилися у гострій стадії нервової булімії та нервової анорексії «очищувального» типу, отримали значущо більш високі результати за шкалою *пошуку новизни*, ніж здорові досліджувані. Досліджувані, які хворіли на розлади прийому їжі раніше, отримали значущо більш високі результати за шкалою *уникання шкоди*, а також

значущо більш низькі результати за шкалами *самотійності* та *кооперативності*, ніж досліджувані з контрольної групи [13].

Згідно з результатами досліджень Grucza, Przybeck & Cloninger, особи з розладами прийому їжі типу переїдання відрізняються від здорових осіб більш високими показниками за шкалами *пошуку новизни* та *уникання шкоди*, а також більш низькими показниками за шкалою *самотійності* [13].

У осіб, що страждають на розлади прийому їжі, дуже часто зустрічається обсесивно-компульсивний розлад (41% досліджуваних). У більшості таких хворих маніфестація обсесивно-компульсивного розладу відбувалася у дитинстві до появи симптомів розладів прийому їжі (23% досліджуваних порівняно з 2-3% у здоровій вибірці) (Piacentini, Bergman [13]).

Крім того, згідно з даними Braun, часто у осіб з розладами прийому їжі зустрічаються також унікаючий (F60.6), залежний (F60.7) та пасивно-агресивний (F60.8) розлад особистості [13].

За результатами досліджень Steiger, Rowers, Wonderlich, Gartner, Marcus, Halmi, Loranger, Schmidt, Telch, Rossiter від 28% до 77% хворих, що страждають на булімію, переїдання та «очищувальний» (булімічний) тип анорексії, мають хоча б один особистісний розлад, серед яких найбільш часто зустрічаються антисоціальний (F60.2), межовий (F60.3), істеричний (F60.4) та нарцисичний (F60.8) розлад особистості. У той же час пацієнти з анорексією «обмежувального» типу дуже рідко страждають на такі особистісні розлади [13].

Крім того, згідно з даними Hertzog, серед осіб з розладами прийому їжі найбільш часто зустрічається межовий розлад особистості (F60.3). Варто також зазначити, що у осіб, що страждають на булімію, переїдання та «очищувальний» (булімічний) тип анорексії, найчастіше зустрічається межовий розлад особистості, у той час, як у пацієнтів з анорексією «обмежувального» типу найчастіше зустрічається унікаючий розлад особистості (F60.6) [13].

Ще однією характерною рисою хворих, що страждають на розлади прийому їжі (особливо на анорексію), є схильність до перфекціонізму. Більше століття тому Шарль Ласек (Charles Laseque, 1873) описав властиві цим пацієнтам надзви-

чайно високі та жорсткі вимоги до себе. У дослідженні Halmi 322 жінки з діагнозом нервова анорексія були оцінені за допомогою Багатовимірної шкали перфекціонізму Фроста.

У результаті даного дослідження було виявлено, що пацієнти з нервовою анорексією відрізняються від здорових досліджуваних більшою заклопотаністю та зусиллями щодо уникання помилок у повсякденному житті, критичністю з боку батьків у їх вихованні, сумнівами щодо правильності власних вчинків та надмірним дотриманням стандартів досконалості. У результаті даного дослідження було також виявлено, що досліджувані з нервовою анорексією «очищувального» типу мали більш високі показники щодо батьківської критичності, ніж досліджувані з анорексією «обмежувального» типу [13].

Для пацієнтів, які страждають на булімію, також вкрай актуальною є тема залежності від позитивної оцінки оточуючих. Для стабілізації власної самооцінки, пацієнтам з булімією необхідно бути впевненими у схваленні оточуючих. Вони намагаються поводитися так, щоб відповідати очікуванням оточуючих, власні бажання придушуються, відходять на друге місце, а перше займає бажання зробити щасливими оточуючих. У таких пацієнтів переважає думка про те, що для того, щоб бути коханими, їм треба бути досконалими. Один з аспектів досконалості – це стрункість. Їм важко приймати себе не такими, як очікується, і це ускладнює їх адекватне самосприйняття та стосунки. Так як пацієнти з булімією хочуть подобатися оточуючим, вони воліють приховувати свої емоції; висловити злість означає для них образити когось, не сподобатися. Тому вони прагнуть робити те, чого не хотіли б робити, звідки походить низький рівень самовираження. [12]

Недостатньо теплі стосунки з батьками і проблеми з відокремленням від них призводять до нестійкості самооцінки та труднощів при формуванні зрілої особистості. Це у свою чергу призводить до перфекціонізму, залежності від схвалення оточуючих. Часто пацієнти з розладами прийому їжі описують себе як невдахи, які роблять всі «недостатньо добре». Навіть багато працюючи або навчаючись, вони ніколи не бувають задоволені собою достатньою мірою. Бажання бути досконалими походить з недостатньо сформованого та незалежного Я-образу.

Неможливість бути найкращим в усіх сферах життя викликає у пацієнтів з розладами прийому їжі страх та тривогу. На думку таких людей, єдине, у чому можливі реальні зміни – це тіло. Контролюючи свою вагу, пацієнт з розладом прийому їжі підтримує своє відчуття контролю над власним життям, успішності.

У хворих на булімію бажання досконалості розвивається в іншому напрямку – нездатність бути досконалою в підтриманні дієти призводить до прагнення бути «огидною». Саме через перфекціонізм хворих на розлади прийому їжі спосіб корекції ваги через дієту є дуже неефективним у більшості випадків: як правило, довго протриматися на дієті не вдається, і збій в режимі прийому їжі призводить до посилення почуття провини та дискомфорту, які усуваються тільки за допомогою їжі, від чого коло «їжа – провина – їжа» замикається [9].

Їжа знімає стрес у таких пацієнтів лише тимчасово. Чим довше триває переїдання, тим коротшими стають періоди спокою після прийому їжі. Таким чином, їжа стає регулятором настрою.

У дослідженні Dozier M., K. Chase Stoval, Kathleen E. Albus було показано, що у багатьох пацієнтів, які страждають на розлади прийому їжі протягом життя відбувалися важкі втрати, травми, щодо яких у 64% досліджуваних зберігалася невирішеність ситуації [7].

У психоаналітичній концепції розлади прийому їжі (особливо булімія та переїдання) розглядаються як оральний регрес, процес прийому їжі інтерпретується як повернення до стану спокою і тепла біля матері. Більшість пацієнток описують процес прийому їжі як «відчуття первинної гармонії», стан спокою, блаженства – схожий на стан немовляти після насичення молоком матері. Їжа розглядається як оральний спосіб компенсації.

Емоційна нестабільність, імпульсивність зі страхом втрати контролю, низька фрустраційна толерантність визначають психодинаміку розладів прийому їжі. Хворій часто не вдається диференційовано сприйняти свій внутрішній стан і усвідомити його, що призводить до дифузного почуття внутрішньої загрози, що повністю опановує хворим.

Оскільки формулювання конфлікту неможливе, відбувається його зрушення в оральну сферу. Харчування змінює своє значення. Голод спотворено інтерпретується як загроза в результаті втрати контролю. Контроль над тілесними функціями надмірно узагальнено прирівнюється до здатності впоратися з проблемами. Сам по собі напад переїдання має функцію зниження напруги, інтеграції, отримання задоволення, яке, однак, діє короткочасно. Це сприймається хворим як втрата контролю, що піддає радикальному сумніву його автономію та здатність керувати своїм життям. Блювання викликається, щоб підтримувати сталість ваги тіла, що для хворої є мірою та індикатором її здатності до самоконтролю. Почуття сорому і провини у зв'язку з цим часто є причиною соціального та емоційного регресу, а також розщеплення на зовні вдавану благополучну і приховану низьку самооцінку. Розбіжність між сприйняттям та подачею себе може викликати почуття внутрішньої порожнечі та напруги.

При нервовій анорексії оральна агресивність пригнічується. Мова йде навіть про заперечення всіх оральних потреб, і Я намагається ствердитися та підняти свою цінність шляхом заперечення всіх оральних імпульсів.

За спостереженнями клініцистів, більшість пацієнок з розладами прийому їжі або були рано відняті від грудей, або мали інші проблеми грудного вигодовування [9].

**Висновки.** У статті було розглянуто особистісні зміни при розладах прийому їжі.

Зокрема, було наведено результати численних досліджень, згідно з якими особи з розладами прийому їжі відрізняються від представників здорової популяції схильністю до перфекціонізму, obsесивно-компульсивних розладів, шизоїдними, істероїдними, нарцисичними та залежними рисами.

Крім того, зазначається конфлікт між самооцінкою, що демонструється такими особами, та прихованою внутрішньою невпевненістю.

Список літератури



1. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1989. — 215 с.
2. Кэхеле Х. Современный психоанализ / Х. Кэхеле, Х. Томэ. — М.: Прогресс, 1996. — 576 с.
3. Фрейд З. Очерки о психологии сексуальности / З. Фрейд. — Минск: Поппури, 2003. — 480 с.
4. Abraham S.F. How patients describe bulimia or binge eating / S.F. Abraham // Psychol Med. — 1982. — №12(3). — P. 625-635.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV (DSM-IV) / American Psychiatric Association. — Washington, DC, 1994. — 992 p.
6. Anorexia – a lonely starvation. — American Anorexia Nervosa Association, 1999.
7. Dozier M. Attachment and Psychopathology in adulthood / M. Dozier, K.C. Stoval, E.K. Albus. — 1998.
8. Eating disorders. APA practice guidelines // American Journal of Psychiatry. — 1993.
9. Fairburn C.G. Eating disorders, cognitive behaviour therapy / C.G. Fairburn. — 1995. — 324 p.
10. Kreipe R.E. Eating disorders in adolescents and young adults / R.E. Kreipe, S.M. Mou // Obstetrics and Gynecology Clinics. — Т.27. — 2000. — №1.
11. Carlin J.B. Onset of adolescent eating disorders. Population based cohort study over 3 years / J.B. Carlin, C. Coffey, G.C. Patton, R. Selzer, R. Wolfe // BMJ. — Т.318. — 1999. — P.765– 768.
12. Somatic approaches for treating eating disorders: towards filling the empty space. — NY: Basic books, 1997.
13. The Oxford handbook of eating disorders / Edited by W. Stewart Agras. — NY: Oxford library of psychology, 2010. — 499 p.
14. Holbrey A. Ways of coping in women with eating disorders / A. Holbrey, N.A. Troop, R. Trowler, J.L. Treasure // J Nerv Ment Dis. — 1994. — №182. — P. 535-540.
15. МКБ-10, «F50. Расстройства приёма пищи»: [Электронный документ]. — <http://10mkb.ru/articles.php?path=base/block5/block6/block1>.