

УДК 159.972

Х. Г. Рахубовська

аспірант кафедри психодіагностики та клінічної психології
Факультет психології
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ОСНОВНІ ДІАГНОСТИЧНІ МОДЕЛІ РОЗЛАДІВ ПРИЙОМУ ЇЖІ

У статті розглядаються основні діагностичні моделі розладів прийому їжі. Надано порівняльний аналіз основних діагностичних моделей розладів прийому їжі та проаналізовано їх відмінності.

Ключові слова: розлади прийому їжі, анорексія, булімія, МКБ-10, DSM-IV-TR, тривимірна модель, трансдіагностична модель.

Вступ. Розлади прийому їжі на даний момент є досить популярною темою для дослідження. Особливо важливою для розгляду даної проблеми є діагностика розладів прийому їжі. Це обумовлює актуальність даного огляду, присвяченого дослідженню основних діагностичних моделей розладів прийому їжі.

Метою статті є огляд та аналіз основних підходів до класифікації та діагностики розладів прийому їжі, серед яких діагностичні моделі, викладені у МКБ-10 та DSM-IV-TR, а також деякі альтернативні діагностичні моделі, серед яких Тривимірна модель та Трансдіагностична модель.

Матеріали і методи дослідження. У статті розглядаються та аналізуються основні діагностичні моделі розладів прийому їжі. Методами, що застосовуються в огляді, є порівняльний аналіз, систематизація та узагальнення даних, наявних у літературі з цієї теми.

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

На даний момент існує два основних джерела, на які спираються психологи та психіатри у всьому світі, які містять визначення та класифікацію розладів прийому їжі: МКБ-10 (Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду, Всесвітня організація охорони здоров'я, 2007) та DSM-IV-TR (Довідник з діагностики та статистики психічних розладів, четверта редакція, переглянута, 2000).

В першу чергу буде розглянуто визначення та класифікацію розладів прийому їжі, яка міститься в МКБ-10.

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. Неуточнений розлад прийому їжі (F50.9) [16].

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, що наближаються до статевого дозрівання та зрілі жінки до менопаузи [16].

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 [16].

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 [16].

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 [16].

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 [16].

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 [16].

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 [16].

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 [16].

Крім того, варто розглянути класифікацію розладів прийому їжі, яка описана у DSM-IV-TR [7].

У DSM-IV-TR виділяють три різновиди розладів прийому їжі, які зустрічаються у дорослих:

1. Нервова анорексія (307.1).
2. Нервова булімія (307.51).
3. Розлади прийому їжі неуточнені (у дорослих зустрічається «binge eating» — переїдання) [7].

Нервова анорексія

Особи, що страждають цим розладом, прагнуть до того, щоб стати якомога більш худими, вони одержимі страхом стати товстими, незважаючи на те, що важать менше норми. Як орієнтир для визначення нормальної або зниженої ваги часто використовують так званий «індекс маси тіла» (Body Mass Index; BMI), відповідно до якого маса тіла ділиться на зріст в квадраті. Зазвичай нестача ваги констатується в тому випадку, якщо $BMI < 17,5$. Втрата ваги і недостатнє харчування призводять до ряду біологічних змін і надалі — до проблем зі здоров'ям. Незважаючи на критичний стан здоров'я, багато пацієнок, які страждають на нервову анорексію, довго не визнають наявності у себе розладу і не хочуть проходити курс лікування [3].

Критерії діагнозу нервова анорексія DSM-IV-TR:

А. Відмова підтримувати масу тіла на мінімальному для свого віку і зросту рівні.

В. Явно виражений страх перед збільшенням маси чи об'єму тіла, незважаючи на худорлявість.

С. Порухення у сприйнятті власної фігури та маси тіла, надмірний вплив цих зовнішніх характеристик на самооцінку або заперечення того очевидного факту, що теперішня вага ненормально мала.

Д. Наявність у жінок аменореї, тобто відсутність принаймні трьох послідовних менструальних циклів [7].

Типи нервової анорексії:

«Обмежувальний» тип. При нервовій анорексії хворі не відчувають регулярних «нападів ненажерливості» або не вдаються до методів примусового «очищення» (наприклад, у вигляді самостійно спровокованого блювання або зловживань проносними засобами та клізмами).

«Очищувальний» тип. При нервовій анорексії хворі відчувають регулярні «напади ненажерливості» і вдаються до методів примусового «очищення» (наприклад, у вигляді самостійно спровокованого блювання або зловживань проносними засобами та клізмами) [7].

Рекомендації з діагностики, наведені в Міжнародній класифікації хвороб ВООЗ (МКБ-10), в цілому відповідають критеріям DSM-IV. На відміну від DSM-IV в МКБ-10 в якості додаткового критерію для діагностування враховується, що якщо ці порушення відбуваються до пубертатного періоду, то вони призводять до затримок у розвитку (призупинення росту; недостатній розвиток грудей). Інша відмінність полягає в тому, що в МКБ-10 не розрізняються дві різні підгрупи нервової анорексії («обмежувальний» та «очищувальний» типи) [3].

Однак, лікарська практика свідчить, що має сенс розрізняти ці дві підгрупи в діагностичних цілях, оскільки поведінка з недостатнім контролем потягів, як, наприклад, клептоманія, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами при «булімічному» («очищувальному») типі анорексії, має місце частіше, ніж при «обмежувальному» типі [3].

При диференціальній діагностиці нервову анорексію відрізняють від втрати ваги з соматичних причин (наприклад, внаслідок пухлини головного мозку, захворювань травної системи, цукрового діабету) та від значного зменшення маси тіла у зв'язку з іншими психічними розладами (наприклад, депресією). При інших захворюваннях відсутні властиві анорексії розлади «схеми тіла» і страх перед збільшенням ваги [3].

Нервова булімія

Для того щоб поставити діагноз «нервова булімія», відповідно до рекомендацій DSM-IV-TR повинні бути виконані п'ять умов:

А. Неодноразово повторювані «напади ненажерливості», які характеризуються двома ознаками:

1) Споживання їжі за певний проміжок часу (наприклад, протягом двох годин) у кількості, що набагато перевищує кількість, що з'їдається більшістю людей за інших рівних умов за той же проміжок часу.

2) Відчуття, що втрачено контроль над харчовою поведінкою (наприклад, відчуття нездатності перестати їсти, нездатності проконтролювати різновид та кількість їжі, що з'їдається).

В. Регулярне прийняття неадекватних заходів боротьби зі збільшенням маси тіла, наприклад викликання блювання, зловживання клізмами, проносними, сечогінними чи іншими лікарськими засобами, а також обмеження себе в їжі або фізичними вправами.

С. «Напади ненажерливості» та неадекватні методи їх компенсації трапляються в середньому двічі на тиждень протягом трьох місяців.

Д. Фігура та маса тіла надмірно впливають на самооцінку.

Е. Відсутні ознаки нервової анорексії [7].

Типи нервової булімії:

«Очищувальний» тип. Хворий під час загострення нервової булімії практикує регулярне блювання чи зловживає проносними та сечогінними засобами, а також клізмами.

«Не очищувальний» тип. Хворий під час загострення нервової булімії використовує інші неадекватні заходи, спрямовані проти збільшення маси тіла, наприклад, голодування або надмірні фізичні навантаження, але при цьому не користується регулярним блюванням, не зловживає проносними, сечогінними засобами та клізмами [7].

Критерії класифікації нервової булімії за МКБ-10 багато в чому відповідають критеріям DSM-IV-TR. Щоправда, за МКБ-10 втрата контролю над харчовою поведінкою не входить до критеріїв діагностики нервової булімії, також в МКБ-10 не вказані критерії «нападів ненажерливості» (наприклад, їх частота, тривалість), тому не йдеться також і про те, як часто повинні відбуватися «напади ненажерливості» і компенсаторні контрзаходи, щоб мож-

на було говорити про наявність нервової булімії. Відсутній також поділ на підгрупи людей, які страждають булімією, як це зроблено в DSM-IV-TR [3].

У той же час, на відміну від DSM-IV-TR в МКБ-10 звертається увага на те, що жінки, які страждають на нервову булімію, часто раніше хворіли на нервову анорексію [3].

Емпіричні дані свідчать, що жінки, які страждають нервовою булімією «очищувального» типу (відповідно до DSM-IV-TR), більш молоді, мають меншу масу тіла і відрізняються великими психопатологічними відхиленнями (наприклад, схильністю до самоушкодження, суїцидів), ніж ті, які страждають булімією іншого типу [3].

Нервову булімію необхідно відрізнити від інших психічних хвороб (наприклад, від депресії та шизофренії), а також від деяких неврологічних захворювань (наприклад, пухлин ЦНС, синдрому Клейне-Левіна), за яких також може виникнути незвичайна харчова поведінка, аж до «нападів ненажерливості», проте без специфічних дисфункціональних установок щодо фігури і маси тіла [3].

Переїдання («Binge-Eating»)

Для розладів цього типу характерно те, що пацієнтки страждають від постійно повторюваних «нападів ненажерливості» без наявності інших критеріїв нервової булімії. До прийняття та публікації діагностичних критеріїв DSM-IV ці порушення були описані в англійській літературі як «non-purging bulimia» («неочищувальна» булімія) або «compulsive overeating» (компульсивне переїдання). Оскільки ще немає достатньої кількості емпіричних даних про це захворювання, розлад «Binge-Eating» в DSM-IV віднесено до категорії розладів прийому їжі неуточнених (Eating disorders not otherwise specified) [3].

У DSM-IV-TR запропоновані критерії для діагностування цього типу розладу:

1. Неодноразово повторювані «напади ненажерливості» при втраті контролю над харчовою поведінкою.

2. Ці напади відповідають принаймні трьом з наступних критеріїв:

- значно швидше прийняття їжі, ніж звичайно;
- прийняття їжі продовжується доти, доки не з'явиться неприємне почуття перенасичення;
- поглинання великої кількості їжі без почуття голоду;
- прийняття їжі на самоті через почуття збентеження чи сорому;
- після «нападу ненажерливості» пацієнтки відчувають почуття огиди до себе, докори сумління чи депресію.

3. Яскраво виражене страждання через напади ненажерливості.

4. Напади трапляються в середньому мінімум два рази на тиждень впродовж шести місяців.

5. Після таких епізодів патологічного переїдання компенсаторні заходи по встановленню контролю над масою тіла (наприклад, за рахунок викликання блювання) відбуваються нерегулярно. Відсутні ознаки нервової анорексії та нервової булімії [7].

У пацієнтів з переїданням найчастіше зустрічаються й інші психічні порушення, наприклад депресії, тривожні розлади та особистісні розлади [3].

Окрім основних діагностичних моделей (МКБ-10 та DSM-IV-TR), деякими дослідниками були запропоновані альтернативні класифікації розладів прийому їжі. Найбільш відомими та розповсюдженими серед них є Тривимірна модель Вільямсона, Глівза та Стюарта (Gleaves, Stewart and Williamson, 2005) та Трансдіагностична модель Фейрбьорна (Fairburn et al, 2003), які будуть розглянуті нижче [14].

Тривимірна модель розладів прийому їжі (Three-Dimensional Model, TDM) базується на емпіричних дослідженнях і припускає існування трьох основних факторів, які визначають усі різновиди розладів прийому їжі:

1. Переїдання.
2. Прагнення стрункості.
3. Страх повноти/недоречна компенсаторна поведінка.

Ці три виміри формують куб, у різних точках якого знаходяться найбільш розповсюджені розлади прийому їжі [14].

Трансдіагностична модель (Transdiagnostic Model), на відміну від тривимірної моделі, припускає існування єдиного фактора, який має назву «розлад прийому їжі». Згідно з цією моделлю, головна психопатологія, яка лежить в основі усіх розладів прийому їжі, — це занадто сильне прагнення контролювати форму тіла, вагу та процес прийому їжі. Таким чином, автори даного класифікаційного підходу вважають, що більшість клінічних ознак різних розладів прийому їжі зустрічаються при всіх розладах цього кола. Для підтвердження своєї точки зору автори підходу наводять той факт, що велика кількість пацієнтів, у яких спочатку був діагностований один розлад прийому їжі (наприклад, булімія), пізніше починали демонструвати ознаки іншого розладу (наприклад, анорексія). Отже, такий підхід стосується також терапії розладів прийому їжі — неважливо, який саме розлад прийому їжі зафіксовано у пацієнта, автори даної моделі рекомендують когнітивно-поведінкову терапію для лікування будь-яких розладів прийому їжі [14].

Висновки. У статті було наведено визначення розладів прийому їжі та розглянуто основні їх класифікації, зокрема, класифікацію розладів прийому їжі, наведену в МКБ-10, класифікацію розладів прийому їжі, наведену в DSM-IV-TR, а також інші класифікації розладів прийому їжі, серед яких Тривимірна модель та Трансдіагностична модель.

Список літератури

1. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Соколова. — М. : Издательство МГУ, 1989. — 215 с.
2. Кэхеле Х. Современный психоанализ / Х. Кэхеле, Х. Томэ. — М. : Прогресс, 1996. — 576 с.
3. Тушен-Каффье В. Расстройства приема пищи / В. Тушен-Каффье, И. Флорин // Клиническая психология / [под ред. М. Перре, У. Бауманна]. — СПб. : Питер, 2002. — 1312 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).
4. Фрейд З. Очерки о психологии сексуальности / З. Фрейд — Минск : Поппури, 2003. — 480 с.

5. Abraham S. F. How patients describe bulimia or binge eating / S. F. Abraham // Psychol Med. — 1982. — № 12(3). — P. 625–635.
6. Anorexia – a lonely starvation. – American Anorexia Nervosa Association, 1999.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV (DSM-IV) / American Psychiatric Association — Washington, DC, 1994. — 992 p.
8. Dozier M. Attachment and Psychopathology in adulthood / M. Dozier, K. C. Stoval, E. K. Albus – 1998.
9. Eating disorders. APA practice guidelines // American Journal of Psychiatry. — 1993.
10. Fairburn C. G. Eating disorders, cognitive behaviour therapy / C. G. Fairburn – 1995. — 324 p.
11. Kreipe R. E. Eating disorders in adolescents and young adults / R. E. Kreipe, S. M. Mou // Obstetrics and Gynecology Clinics. — Т. 27. — 2000. — № 1.
12. 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.
13. Somatic approaches for treating eating disorders: towards filling the empty space. – NY: Basic books, 1997.
14. The Oxford handbook of eating disorders / [edited by W. Stewart Agras]. — NY: Oxford library of psychology, 2010. — 499 p.
15. 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.
16. МКБ-10, «F50. Расстройства приёма пищи»: [Электронный документ]. — <http://10mkb.ru/articles.php?path=base/block5/block6/block1>.

К. Г. Рахубовская

аспирант кафедры психодиагностики и клинической психологии
Факультет психологии
Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко

ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ РАССТРОЙСТВ ПРИЕМА ПИЩИ

Резюме

В статье рассматриваются основные диагностические модели расстройств приема пищи. Предоставлен сравнительный анализ основных диагностических моделей расстройств приема пищи и проанализированы их отличия.

Ключевые слова: расстройства приема пищи, анорексия, булимия, МКБ-10, DSM-IV-TR, трехмерная модель, трансдиагностическая модель.

K. Rakhubovska

Postgraduate student of Psychodiagnostics and Clinical psychology chair

Psychology faculty

Taras Shevchenko National University of Kyiv

MAIN DIAGNOSTIC MODELS OF EATING DISORDERS

Summary

The main diagnostic models of eating disorders are analyzed in the article. Comparative analysis of the main diagnostic models of eating disorders is performed and the differences between them are analyzed.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, ICD-10, DSM-IV-TR, three-dimensional model, transdiagnostic model.