

УДК 616.89-008.441.42

О.Є. Смашна
**ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ НЕРВОВІЙ АНОРЕКСІЇ:
СИСТЕМНИЙ ПОГЛЯД**

Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського

Ключові слова: нервова анорексія, порушення харчової поведінки, системна сімейна психотерапія

Вступ

Розлади харчової поведінки відносяться до важкокурабельних психопатологічних станів. Нервова анорексія серед всіх психічних патологій характеризується найвищими показниками смертності (до 20%), яка залишається високою навіть при проведенні адекватних терапевтичних заходів [3;13]. Сучасні дослідження вказують, що нервова анорексія зустрічається і як самостійна нозологічна одиниця, ґрунтом для виникнення якої є різні варіанти акцентуації особистості (найчастіше істеричні, ананкастні, шизоїдні) [4], а також як синдром в рамках ендогенного психопатологічного процесу. Ряд дослідників відносять нервову анорексію до нехімічних адикцій [1;2]. У МКХ-10 даний розлад входить до рубрики порушень харчової поведінки. Саме девіації поведінки у сфері, що стосується харчування, є ключовими при нервовій анорексії.

Харчова поведінка розглядається як цілісне ставлення до їжі та її, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, пов'язана з уявленнями про власне тіло і діяльністю з формування цих уявлень [2]. Вона включає в себе форми поведінки, установки, звички і, що стосуються харчування і є індивідуальними для кожної людини. Ряд дослідників первинним у формуванні даного феномену вважають біологічні фактори, а саме особливості відчуттів нюху і смаку, нейроендокринні характеристики регуляції голоду, тощо [1]. Інші автори підкреслюють рушійну роль генетичних факторів, що детермінують психопатологічні порушення, психодинамічних, культуральних, соціальних. Особливості сімейної взаємодії у пацієнтів з нервовою анорексією розглядається у багатьох роботах вітчизняних та закордонних авторів [6;8;11;12;14]. Таким чином, нервова анорексія - мультифакторна патологія, лікування якої передбачає застосування як психо- та соматотропних фармакологічних засобів, так і проведення психотерапевтичних інтервенцій [13]. Дослідження, що стосуються вивчення сімейних відносин, типів сімейної систем, а також тактики та аналізу ефективності сімейної терапії при нервовій анорексії, недостатньо систематизовано відображають взаємозв'язок між особливостями традицій харчування сім'ї, порушень харчової поведінки у ранньому віці та психотерапевтичним веденням даного контингенту пацієнтів [5; 15], що робить актуальним дане дослідження.

Мета дослідження. За допомогою клініко-анамnestичного, клініко-психопатологічного, клініко-динамічного та експериментально-психологічного методів дослідити особливості харчової поведінки у пацієнок,

що страждають на нервову анорексію; проаналізувати роль сімейних традицій харчування, порушень харчування у ранньому віці у формуванні патологічної харчової поведінки; з врахування досліджених даних удосконалити тактику сімейної психотерапії при нервовій анорексії та проаналізувати її ефективність.

Результати дослідження та їх обговорення. Для досягнення поставленої мети дослідження за період 2009 -2012 років на базі ТОККПНЛ нами було обстежено 22 пацієнтки з діагнозом «Нервова анорексія». Психопатологічний та соматоневрологічний стани 18 пацієнок (81,82%) відповідали анорексичній стадії нервової анорексії, 3 (13,64%) - дисморфоманічній та 1 пацієнтка (4,55%) - кахектичній. Віковий діапазон досліджуваних пацієнок - від 14 до 26 років (середній вік – 18,95±0,88), середня тривалість захворювання – 13,77±0,95 місяців. Також відповідно до мети дослідження було обстежено 22 матері пацієнок. Групу контролю склали 20 здорових дівчат віком від 16 до 26 років (середній вік – 19,91±0,84) та 20 їхніх матерів.

При проведенні клініко-анамnestичного дослідження із детальним акцентом на особливостях виховування у ранньому немовлячому віці, харчової культури та традицій харчування в сім'ї, формуванні харчових смаків та переваг, порушеннях харчової поведінки в членів сім'ї, тощо, виявлено, що в анамнезі пацієнок, що страждали на нервову анорексію, мали місце наступні особливості. У 6 (27,27%) пацієнок відмічалась спадкова обтяженість з приводу порушень харчової поведінки (нервова анорексія, булімія), у 7 пацієнок (31,82%) відмічався сімейний анамнез алкогольної залежності (у 5 пацієнок у батька, у 2 – у матері). У 4 пацієнок (18,18%) спостерігався сімейний анамнез нехімічних адикцій (гемблінг). Отже, вказані дані співзвучні гіпотезі деяких дослідників щодо феноменологічної спорідненості порушень харчової поведінки з адиктивними розладами. Також звертає на себе увагу дані щодо сімейного анамнезу нервової анорексії, що в літературних джерелах розглядається як генетично детермінована патологія, а також як поведінковий патерн, що формується при порушеннях взаємодії у системі батьки-дитина.

У таблиці 1 зображено порівняння анамnestичних відомостей щодо особливостей формування харчової поведінки у немовлячому віці у пацієнок з нервовою анорексією та здорових обстежуваних.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика поведінкових патернів, пов'язаних з харчуванням у немовлячому віці, у пацієнтів з нервовою анорексією та у здорових обстежуваних

Характеристика особливостей харчової поведінки	Пацієнтки з нервовою анорексією, n - 22		Здорові обстежувані, n - 20	
	Абс. к-ть	Відносна кількість	Абс. к-ть	Відносна кількість
Рання відмова від харчування грудним молоком	8	36,36±10,26	4	20±8,94
Раннє відлучення від грудного вигодовування з ініціативи матері	11	50±10,66	4	20±8,94*
Ознаки оральної агресії	6	27,27±9,49	3	15±7,98
Надмірна занепокоєність матері харчуванням дитини	16	72,72±9,50	5	22,73±9,37****
Насильницьке нагодовування дитини	10	45,45±10,62	4	20±8,94*
Установка матері «відмова дитини від їжі як особиста образа»	8	36,36±10,26	3	15±7,98
Регургітаційні розлади	7	31,31 ±9,89	1	4,55±4,66**
Відмова від прикормів	10	45,45±10,62	2	10±6,71***
Недостатній приріст маси тіла	12	54,55±10,62	3	15±7,98***
Надмірна вага	8	36,36±10,26	4	20±8,94
Систематичне поїдання неїстівних речовин (папір, крейда, земля, тощо)	6	27,27±9,49	1	4,55±4,66**

Примітки: коефіцієнти достовірності в порівнянні з групою пацієнтів з нервовою анорексією – 1.* коефіцієнт достовірності <0,1; 2.** коефіцієнт достовірності <0,05; 3.*** коефіцієнт достовірності <0,01; 4.**** коефіцієнт достовірності <0,001. Теж і для наступної таблиці.

Як видно з таблиці 1, у немовлячому віці у пацієнтів з нервовою анорексією достовірно частіше, ніж у здорових обстежуваних, спостерігались раннє відлучення від грудного вигодовування з ініціативи матері, надмірна занепокоєність матері харчуванням дитини, насильницьке нагодовування дитини, регургітаційні розлади, відмова від прикормів, недостатній приріст маси тіла, систематичне поїдання неїстівних речовин. Дані особливості є ознаками порушень харчової поведінки ще задовго до маніфестації нервової анорексії.

У таблиці 2 у наглядній формі показано порівняльну характеристику традицій харчування у сім'ях пацієнтів з нервовою анорексією та здорових обстежуваних.

Отже, дослідження сімейних традицій харчування (табл.2) показало, що у сім'ях пацієнтів з нервовою анорексією, в порівнянні з здоровими обстежуваними, достовірно частіше спостерігались феномен «культу їжі», байдуже і знецінююче відношення до харчування, критикуюча позиція щодо надмірної ваги батьком, систематичне дотримання дієт та обмежень у харчуванні одним чи декількома членами сім'ї, систематична декларація критики споживання чи відрази до певного виду продуктів чи страв. Дані особливості є як обмежу-

вального характеру (дотримання дієт, критика надмірної ваги, відраза до їжі), так і надмірного споживання (надмірне витрачання коштів на їжу, «культ їжі»).

Психометричне дослідження порушень харчової поведінки у обстежуваних пацієнтів здійснювалось за допомогою шкали EAT-26 (Eating Attitudes Test – 26), яка складається з 26 тверджень, що торкаються харчових звичок, харчової поведінки та емоцій, пов'язаних з харчуванням. Шкала містить три підшкали: дієта (обмеження в прийомі їжі), булімія та оральний контроль. Для мінімізації дисимілятивних тенденцій, які часто спостерігаються при описі особливостей відношення до їжі пацієнтками, що страждають на нервову анорексію, опитування за шкалою проводилось також і з членами їх сімей (матерями). Діагностичним для виявлення порушень харчової поведінки вважається загальний бал по шкалі більше 20. Перед початком лікування у пацієнтів з нервовою анорексією середня оцінка по підшкالی «Дієта» становила 29,45 бали, «Булімія» - 11,78 бали, «Оральний контроль» - 16,34 бали, загальна оцінка по шкалі EAT-26 - 57,13 бали. Отже, окрім високих оцінок по підшкалам «Дієта» та «Оральний контроль», виявлено високі оцінки по підшкالی «Булімія», що вказує на складний характер пору-

Таблиця 2

Порівняльна характеристика сімейних традицій харчування у пацієнтів з нервовою анорексією та у здорових обстежуваних

Характеристика особливостей харчової поведінки	Пацієнтки з нервовою анорексією, n - 22		Здорові обстежувані, n - 20	
	Абс. к-ть	Відносна кількість	Абс. к-ть	Відносна кількість
Феномен «культу їжі»	9	40,91±10,48	3	15±7,98*
Байдуже і знецінююче відношення до харчування	10	45,45±10,62	4	20±8,94*
Критикуюча позиція щодо надмірної ваги батьком	9	40,91±10,48	2	10±6,71**
матір'ю	4	18,18±8,22	3	15±7,98
Систематичне дотримання дієт та обмежень у харчуванні одним чи декількома членами сім'ї	13	59,09±10,48	5	22,73±9,37**
Сироїдіння	1	4,55±4,44	0	
Вегетаріанство	7	31,31 ±9,89	3	15±7,98
Систематична декларація критики споживання чи відрази до певного виду продуктів чи страв	9	40,91±10,48	2	10±6,71**
Суб'єктивна оцінка надмірного витрачання витрачання коштів на придбання продуктів харчування	12	54,55±10,62	6	30±10,25
Позиція про те, що витрачання часу на приготування їжі марне	7	31,31 ±9,89	5	22,73±9,37
Ригідні ритуали під час прийому їжі	8	36,36±10,26	4	20±8,94

шень харчової поведінки при нервовій анорексії. Після 18 місяців терапії з застосування психо- та соматотропного фармакологічного лікування та сімейної психотерапії, середня оцінка по підшкалі «Дієта» у досліджуваних пацієнтів становила 7,35 бали, «Булімія» - 3,12 бали, «Оральний контроль» - 7,56 бали, загальна оцінка по шкалі EAT-26 - 18,63 бали. Отримані дані вказують на кращу редукцію поведінкових, когнітивних та афективних компонентів, пов'язаних з обмежувальною (анорексичною) та булімічною направленістю, ознаки орального контролю були більш резистентними, що може вказувати на певні стійкі особистісні характеристики пацієнтів з нервовою анорексією.

Досліджені особливостей сімейних традицій харчування враховувались при проведенні психотерапевтичних інтервенцій за принципами системної сімейної терапії. Ефективність лікування оцінювалась за класифікацією, запропонованою Morgan and Russell (1975) - Morgan Russell Outcome Assessment Schedule: 1) задовільний результат характеризувався масою тіла не нижче, ніж на 15% від ідеальної, відновленням менструації та відсутністю ознак аноректичної патології; 2) проміжний результат – такий же як і задовільний, але без відновлення менструацій, будь-які симптоми анорексії спостерігались менше 1 разу на тиждень; 3) незадовільний результат характеризувався масою тіла нижче 85% належної та ознаками анорексії частіше 1 разу на тиждень.

Терапія проводилась у вигляді сесій, у які залучались пацієнтка та її батьки. Лікування проходило у декілька етапів. На першому етапі, метою якого було формування терапевтичного альянсу та взяття під контроль розладу харчової поведінки, використовувались принципи підходів Minuchin та Russell (клініка Модслі), коли батькам пропонувалось активно втручатись у організацію та забезпечення харчування дитини, поки пацієнтами не буде досягнута нормальна маса тіла (приріст у амбулаторних умовах - 0,5 кг на тиждень); частота сесій 1 раз на тиждень у перший місяць, 1 раз на два тижні наступних два місяці, надалі - 1 раз 4 тижні. На другому етапі, який починався в середньому через 18-24 тижні після початку лікування, важливу роль приділялось корекції культури харчування у сім'ї та підвищенню ефективності сімейної взаємодії.

Аналіз ефективності терапії через 18 місяців після її закінчення, показав, що більшість пацієнтів (73,14%) і досягнули задовільного та проміжного результату по класифікації Morgan and Russell. Стаціонарного лікування потребували 28,86% пацієнтів, у яких спостерігались важкі obsesивно-компульсивні порушення харчової поведінки, оскільки при проведенні терапії не вдалося досягнути приросту маси тіла. Також для цих сімей характерним був високий рівень ворожості та критичності до пацієнта та виражені порушення сімейного функціонування.

Висновки

1. Дослідження порушень харчової поведінки у пацієнтів з нервовою анорексією з позицій системного сімейного психотерапевтичного підходу розглядає пацієнта як елемент сімейної системи з порушеними взаємодіями між її членами, які символічно реалізуються у розладах поведінкових патернів, пов'язаних з харчуванням.

2. Виявлено, що у пацієнтів з нервовою анорексією спостерігаються достовірні відмінності, в порівнянні з здоровими обстежуваними, у частоті спостереження різноманітних характеристик харчової поведінки у ранньому віці, таких як раннє відлучення від грудного вигодовування з ініціативи матері, надмірна занепокоєність матері харчуванням дитини, насильницьке нагодовування дитини, регургітаційні розлади, відмова від прикормів, недостатній приріст маси тіла, систематичне поїдання неїстівних речовин. Досліджені дані вказують про порушення харчової поведінки до маніфестації симптоматики нервової анорексії.

3. Для діагностики та контролю ефективності терапії нервової анорексії доцільним є використання стандартизованої психометричної шкали для дослідження відношення до харчування EAT-26 (Eating Attitudes Test – 26).

4. Вивчення особливостей сімейних традицій харчування є перспективними для профілактики та корекції розладів харчової поведінки і потребує подальшого дослідження та систематизації.

5. Сімейна психотерапія у комплексному лікуванні нервової анорексії дозволяє ефективно досягнути контролю над патологічною харчовою поведінкою з формуванням більш адаптивних поведінкових патернів, а також покращити функціонування сімейної системи в цілому.

Література:

1. Ромацкий В. В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть II) [Электронный ресурс] / В. В. Ромацкий, И. Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. №4. Режим доступа: <http://rudocs.exdat.com/docs/index-247225>

2. Руководство по аддиктологии [Текст] / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. – 768 с.

3. Birmingham C. L. The mortality rate from anorexia nervosa [Электронный ресурс] / C. L. et al. // –2005. – №38(2). – P.143-146. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16134111>

4. Cumella E. MMPI-2 in the inpatient assessment of women with eating disorders [Text] / E. Cumella et al. // J. Pers. Assess. – 2000. – № 3. – P. 387–403.

5. Family therapy for anorexia nervosa / C.A. Fisher et al. // The International journal of eating disorders. – 2010. Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004780.pub2/full>

6. Grilo C. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology [Text] / C. Grilo, R. Masheb // Obes. Res. – 2001. – № 5. – P.320–325.

7. Jozefik B. Family model and mental anorexia. Part II. Intergenerational pattern of relationships [Text] / B. Jozefik // Psychiatr. Pol. – 1999. – № 6. – P. 877–886.

8. Martinez-Gonzalez M. et al. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort [Text] / M. Martinez- Gonzalez et al. // Pediatrics. – 2003. – №2. – P. 315–320.

9. Minuchin S. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context [Text] / S. Minuchin, B. L. Rosman, L. Baker // Cambridge: Harvard University Press, – 1978.

10. Morgan H. G. Clinical assessment of anorexia nervosa: the Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule [Text] / H. G. Morgan, A. E. Hayward // Br J Psychiatry. – 1988. – №152. – P. 567–571.

11. Parental disorders, childhood abuse, and binge eating in a large community sample [Электронный ресурс] / N.Sachs- Ericsson at all. // The International journal of eating disorders. – 2012. – Vol. 45(3). – P.316–325. Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004780.pub2/full>

12. Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa—results from the Stockholm birth cohort study Parental disorders, childhood abuse, and binge eating in a large community sample [Электронный ресурс] / J. Ahr n et all. // The International journal of eating disorders. – 2012. –Vol. 45(3). –P.362–369. Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004780.pub2/full>

13. The need for complex ideas in anorexia nervosa: Why biology, environment, and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why clinical benchmarks are needed for managing weight correction [Электронный ресурс] / M.Strober, C.Johnson // The International journal of eating disorders. – 2012. – Vol. 45(2). – P.155–178. Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004780.pub2/full>

14. Ward A. Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective [Text] / A. Ward et al. // Br. J. Med. Psychol. –2001. –№4. – P.497–505.

15. Whelan E. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study [Text] / E. Whelan, P. Cooper // Psychol. Med. – 2000. – №30(1)–P. 69–77.

НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ: СИСТЕМНЫЙ ВЗГЛЯД

О.Е. Смашна

В статье проанализирована роль семейных традиций питания, поведенческих патернов, связанных с питанием, в младенческом возрасте в формировании патологического пищевого поведения на основе клинико-anamnestического, клинико-психопатологического, клинико-динамического и экспериментально-психологического исследования 22 пациенток с нервной анорексией и их матерей, а также 20 здоровых девушек. Нарушения пищевого поведения у девушек с нервной анорексией рассматривались с позиции семейного системного психотерапевтического подхода, когда пациент выступает в качестве элемента семейной системы, в которой наблюдается особые взаимодействия между членами семейства, что символично выражено в семейной культуре питания.

Ключевые слова: нервная анорексия, нарушение пищевого поведения, системная семейная психотерапия

VIOLATION OF FOOD BEHAVIOR AT ANOREXIA NERVOSA: SYSTEM VIEW

O. Smashna

In the article the role of family traditions of feed, behavioral patterns of feeding in early age in forming of pathological food behavior are analysed on the basis of clinical-anamnestical, clinical-psychopathological, clinical-dinamical and experimentally-psychological research of 22 patients with anorexia nervosa and their mothers, and also 20 healthy girls. Violations of food behavior of girls with anorexia nervosa were examined from position of system family psychotherapeutic approach, when a patient comes forward as an element of the family system in which it is observed special co-operations between the members of family, that symbolically shown in the family culture of feed.

Keywords: anorexia nervosa, violation of food behavior, system family psychotherapy