

Порушення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією

Леся Сак

Кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Олена Хаустова

Кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії національного медичного університету імені О.О.Богомольця

Актуальність. Розлади харчової поведінки, до яких належить нервова анорексія, є поширеними, важкими та часто хронічними психічними розладами. Дебати з приводу патогенезу та підтримуючих факторів нервової анорексії, тривають, оскільки терапевтичні втручання не призводять до задовільних та тривалих показників ремісії та все частіше зустрічаються стійкі (резистентні) форми хвороби. Існує низка англійських досліджень із фундаментальним аналізом, які вказують на прямий вплив психоемоційного стану та/або наявних психопатологічних проявів у батьків на розвиток розладів харчової поведінки, зокрема нервової анорексії. Історично негативна сімейна динаміка вказується як ключовий елемент розвитку нервової анорексії, разом із вразливістю особистості. Емоційне дисфункціонування всередині сім'ї та взаємодія з індивідуальними особливостями особистості, сприяють розвитку та підтримці нервової анорексії. Що стосується індивідуальних особливостей особистості, дослідження показали, що нервова анорексія у підлітків жіночої статі пов'язана з труднощами емоційної регуляції, які співвідносяться з нав'язливо-компульсивними / перфекціоністськими та імпульсивними рисами особистості. Проте аналізу накопиченого за останні роки масиву україномовної наукової літератури щодо цієї проблематики ще не було зроблено. Розуміння причинно-наслідкових зв'язків виникнення нервової анорексії та стійких до терапії форм хвороби постає необхідною передумовою подальших досліджень й розробки нових ефективних підходів до терапії.

Мета. Визначення сучасного стану аналізу проблеми порушення емоційної регуляції у пацієнтів з нервовою анорексією в Україні у порівнянні зі світовими науковими напрацюваннями. Описати клінічний випадок, що демонструє порушення емоційної регуляції у хворої на нервову анорексію.

Матеріали. Було проведено якісний та кількісний контент-аналіз та концепт-аналіз з використанням мета-аналізів та систематичних оглядів наукової україномовної та англійської літератури, опублікованої за період з січня 2015 року по грудень 2019 року.

Результати. Дисфункціональна емоційна обробка та регуляція відіграють важливу роль у розвитку та підтримці нервової анорексії. Систематичні огляди вказують, що люди з нервовою анорексією відчувають труднощі в емоційній обізнаності (включаючи алекситимію та слабку емоційну ясність), поряд із високим рівнем огиди та сорому. Обмеження сучасних теорій нервової анорексії та контекст феноменологічної та міжособистісної природи розладу обумовив появу теорії організуючої функції розуму «Я» в нервовій анорексії. За цією теорією нервова анорексія виникає на тлі розпливчастого емоційного досвіду як засіб регуляції емоцій та відновлення почуття тілесного «Я», який визначається судженнями та зовнішнім виглядом інших осіб. Також дослідження свідчать, що пацієнти з нервовою анорексією, мають особливо низькі показники рефлексивного функціонування. Низьке рефлексивне функціонування разом з низькою

узгодженістю думок є наслідком непевності у прихильності та проявляється підвищеною тривожністю прихильності або уникненням прихильності. Клінічна значимість динаміки прихильності для хворих нервовою анорексією підкреслюється асоціацією між більшою тривожністю прихильності і уникненням та симптомами розладу харчування.

Наведений клінічний випадок демонструє порушення емоційної регуляції у хворої на нервову анорексію. Поєднання психотерапевтичних методів (індивідуальної та сімейної психотерапії), які були спрямовані на корекцію «Я» та адаптивні зміни рефлексивного функціонування, разом з медикаментозним втручанням, дозволили отримати позитивні результати лікування, про що свідчить річний катамнез.

Висновки. В основі нервової анорексії відзначається дисфункціональна емоційна обробка та регуляція. Пацієнти з нервовою анорексією мають низькі показники рефлексивного функціонування. Практичну значущість моделі нервової анорексії як розладу, який підкріплений труднощами з емоційним досвідом, доводить застосування їх положень у психотерапевтичному процесі в реальній клінічній практиці. Розробка втручань для вдосконалення навичок регулювання емоцій під час лікування пацієнтів з нервовою анорексією у поєднанні з сімейною психотерапією, може бути важливою складовою для поліпшення результатів лікування, зменшення рецидивів та появи резистентних форм хвороби.

Актуальність

Розлади харчової поведінки (РХП), до яких належить нервова анорексія (НА), є поширеними, важкими та часто хронічними психічними розладами з вираженими негативними медико-соціальними наслідками. НА характеризується хворобливими харчовими звичками та серйозним суб'єктивним занепокоєнням щодо ваги та/або форми власного тіла, які у більшості випадків зустрічаються на початку статевої зрілості або у пізньому підлітковому віці. [1] За даними статистики в Європі на НА страждає 1-4% жіночого населення [2]. За останнє десятиріччя у світі спостерігається зростання кількості захворювань на НА. Основне зростання захворюваності відзначається в Шотландії, Швейцарії, США, але і в Україні також відзначається збільшення цих показників. [1]

НА має найвищий рівень смертності серед усіх психічних захворювань у світі [3]. Високий рівень смертності обумовлений суїцидальними ризиками (у хворих на РХП ризик спроб самогубства в 5-6 разів вищий ніж серед усіх інших психічних розладів) та низкою соматичних ускладнень, які є прямим наслідком схуднення та голодування [3].

В результаті схуднення виникає катаболізм білку та жиру, що призводить до втрати клітинного об'єму та несприятливого впливу на внутрішні органи (серце, мозок, печінку, кишківник, нирки) та м'язову тканину, призводячи до її атрофії [4].

Питання розвитку нервової анорексії у підлітковому віці було досліджено кількома теоретичними підходами, серед яких психодинамічні моделі, моделі дослідження немовлят, когнітивні моделі та нейробіологічні моделі [5]. Факторами ризику виникнення НА є генетична схильність, особистісні особливості та чинники середовища. Дебати з приводу патогенезу та підтримуючих факторів порушень харчування, зокрема нервової анорексії, тривають, тим більше, що терапевтичні втручання не призводять до задовільних та тривалих показників ремісії [6].

Вітчизняні дослідження вказують на систематичне дотримання дієт чи обмежень у харчуванні членами сімей хворих на НА. [15] Існує низка англомовних досліджень із фундаментальним аналізом, які вказують на прямий вплив психоемоційного стану та/або наявних психопатологічних проявів у батьків на розвиток РХП та коморбідних з ними психопатологічних станів у дітей [7, 8]. Історично негативна сімейна динаміка була вказана як ключовий елемент розвитку НА, разом із вразливістю особистості. Емоційне дисфункціонування всередині сім'ї та взаємодія з індивідуальними особливостями особистості, сприяють розвитку та підтримці НА, однак механізми, що лежать в основі цього процесу досі недостатньо вивчені.

Зокрема, що стосується індивідуальних особливостей особистості, дослідження показали, що НА у підлітків жіночої статі пов'язана з труднощами емоційної регуляції, які, у свою чергу, співвідносяться з нав'язливо-компульсивними / перфекціоністськими та імпульсивними рисами особистості [5]. Проте аналізу накопиченого за останні роки масиву україномовної наукової літератури, яка стосується цієї проблематики, ще не було зроблено. Чітке розуміння причинно-наслідкових зв'язків виникнення НА та стійких до терапії форм хвороби постає необхідною передумовою подальших досліджень й розробки нових ефективних підходів до терапії.

Методи та матеріали

З метою визначення сучасного стану аналіз проблеми порушення емоційної регуляції у пацієнтів з НА в Україні в порівнянні зі світовими науковими напрацюваннями в цій темі нами було проведено якісний та кількісний контент-аналіз та концепт-аналіз з використанням мета-аналізів та систематичних оглядів. Пошук англомовних статей відбувався по ключовим словам: "anorexia nervosa", "emotional dysregulation", "family members psychopathology", and "family dysfunction", опублікованих з січня 2015 року по грудень 2019 року. Початковий пошук показав 240 статей (40 у Pubmed та 200 у Google Scholar). Після застосування фільтрів «Meta-Analysis, Review, Systematic Reviews, Humans, English» для аналізу залишилось 62 статті, з яких 14 відповідали критеріям включення та увійшли в даний огляд.

Пошук україномовних статей відбувався по ключовим словам «нервова анорексія», «сімейне дисфункціонування», «психопатологія матері», «психопатологія батька», «емоційна дисрегуляція». Початковий пошук українською мовою станом на 15.12.2019 показав 32 україномовних статей (32 у Google Scholar), що містять одне або декілька з ключових слів. Після аналізу вмісту було відхилено статті, що не відповідають критеріям включення, після чого у дане дослідження було включено 2 статті для аналізу.

Результати та обговорення

Проведений аналіз наукової літератури дозволяє стверджувати що гостре недоїдання під час НА пов'язане з активацією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової залози, що відображається у підвищених концентраціях кортизолу, який разом з нестачею вітамінів та мікроелементів (цинк, вітамінів А, В9 та В12) впливають на структурні зміни головного мозку та відповідальні за появу аномальних нейронів у 45% пацієнтів з НА [9]. Під час МРТ досліджень найпоширенішим виявленням є зменшення маси мозку за рахунок скорочення сірої та білої речовини, що корелює зі ступенем недоїдання і, переважно, оборотне із відновленням та нормалізацією маси тіла [9]. Гормональні зміни впливають на медіатори, що беруть участь у регуляції прийому їжі, а також на інші гомеостатичні функції [9].

Підлітковий вік є періодом найвищого ризику маніфестації симптомів НА, хоча хвороба може виникати у людей різного віку. Рання юність та період статевого дозрівання (11-14 років) є перехідними фазами життя, які характеризуються фізичними, психологічними та соціальними модифікаціями. Протягом цього часу в організмі підлітків відбуваються швидкі зміни; статеве

дозрівання постає періодом занепокоєння розмірами та формою власного тіла. Через усвідомлення суспільного тиску відносно схуднення та його неадаптивну когнітивну оцінку посилюється занепокоєння щодо сприйняття себе однолітками. Одночасно підвищується важливість незалежності від батьків та членів сім'ї, що характеризує фазу підліткового віку та неодмінно вимагає реорганізацію функціонування сім'ї.

Лікування пацієнтів з НА є складним та часомістким процесом, оскільки все частіше зустрічаються стійкі (резистентні) форми. Також розлад має низькі показники ремісії та високий рівень рецидивів. Час, витрачений на догляд за особою з тяжким перебігом хвороби, майже вдвічі перевищує той, що приділяється хворому, який страждає фізичним розладом здоров'я (наприклад, раком) або іншими розладами психічного здоров'я. Біля 19.6 % хворих на НА мають хронічний перебіг захворювання [5]. Стійкі форми НА зазвичай виникають через коморбідність з іншими психічними розладами. Так, у 94 % випадків спостерігаються супутні розлади настрою (переважно депресія), у 56 % — діагностуються тривожні розлади, у 36,8 % — саморуйнівна поведінка, у 20 % — obsesивно-компульсивні розлади, у 22 % — посттравматичний стресовий розлад, у 22 % — розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин [10].

Дисфункціональна емоційна обробка у пацієнтів з нервовою анорексією

Дисфункціональна емоційна обробка та регуляція відзначаються в основі багатьох психічних розладів та грають важливу роль у розвитку та підтримці НА. Ще 1871 році повідомлялося, що жінки з НА «страждають від якихось емоцій, яких вони уникають або приховують» [5]. Така ж думка збереглась і через століття: жінки з НА описувались з браком прояву емоційних реакцій [5].

Зв'язок між емоційним досвідом та поведінкою при НА очевидний: потенційні емоції уникаються та заміщуються передбачуваними та керованими поведінковими патернами (зосередженість на їжі, харчуванні, вазі та формі тіла) [5]. Занепокоєння та румінація зазвичай забезпечують відволікання від потенційних думок/емоцій. Успішно придушений голод та виснаження стають фізичним досвідом, який блокує емоції та починає цінуватися, дозволяючи дезадаптивно виражати страждання і постійно зменшувати соціальну взаємодію, що сприяє ще більшій залежності від НА [10].

Систематичні огляди емоційного досвіду при НА розширюють це розуміння, надаючи резюме експериментальних даних та даних самостережень, інтегруючи попередні теорії регулювання емоцій. Огляди вказують, що люди з НА відчують труднощі в емоційній обізнаності (включаючи алекситимію та слабку емоційну ясність), поряд із високим рівнем огиди та сорому (Рис. 1) [5, 6, 11].

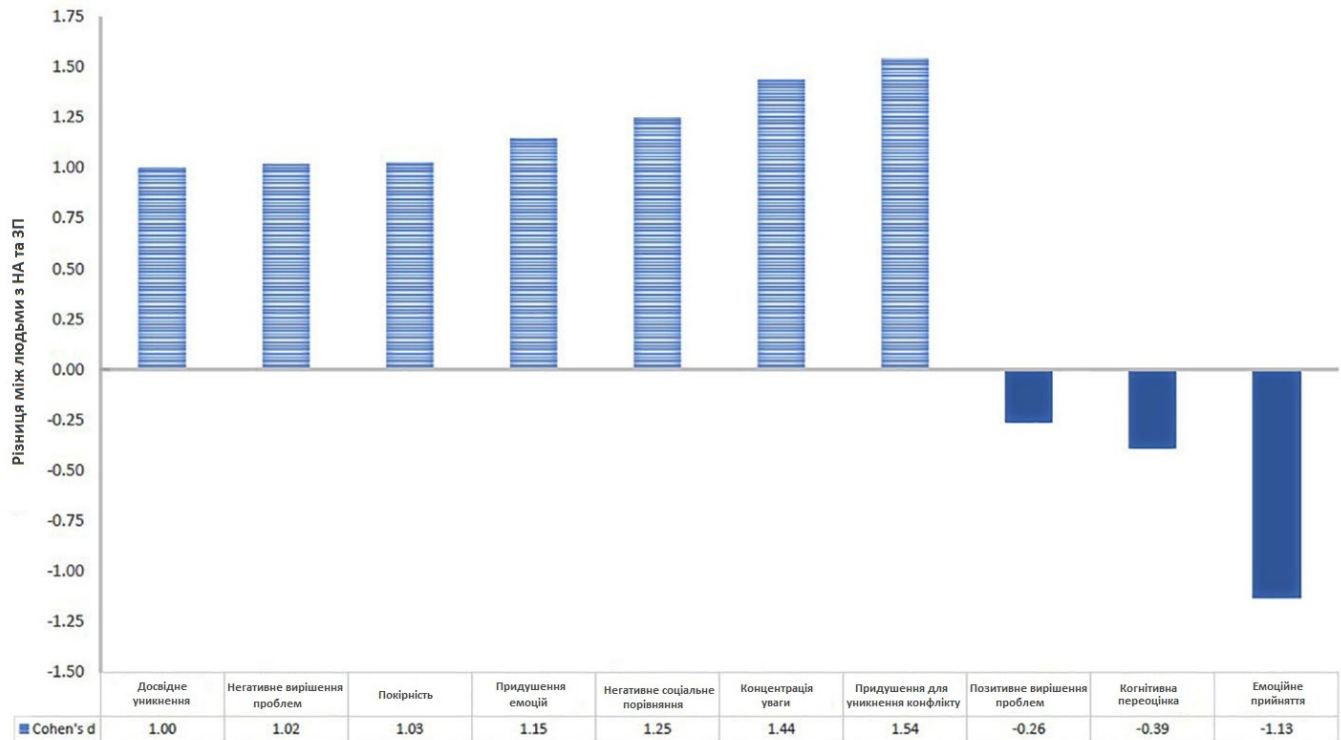


Рисунок 1. Різниця між людьми з нервовою анорексією та здоровими порівнянням у застосуванні дезадаптивної та адаптивної стратегії регулювання емоцій [модиф. Oldershaw et al. (2015)].

Отже, дані досліджень вказують на те що НА є розладом, підкріпленим труднощами емоційної обробки, які сприяють уникненню емоцій та/або надмірній їх регуляції [5, 12]. Демонструється що фактори раннього життя створюють схеми та переконання, які примушують переживати емоції як непосильні та заплутані. Існуючі стратегії регулювання емоцій, з долученням анорексичної поведінки, використовуються для запобігання виникнення потенційних емоцій. Вони сприймаються як корисні, тому закріплюються і в подальшому стають дезадапційними методами контролю емоцій та служать щоб викликати та посилювати анорексичні переконання, тим самим збільшуючи залежність від дисфункціонального регулювання емоцій

Нервова анорексія як розлад «Я»

Більшість теорій патогенезу РХП, включаючи НА, базувались на когнітивно-поведінкових моделях, які зосереджені на факторах підтримки хвороби, таких як високий рівень контролю та обмежень у харчуванні, у результаті чого власна цінність формується лише на основі форми та ваги тіла. Однак такі моделі не давали пояснення патогенезу, включаючи експериментальні, феноменологічні та міжособистісні аспекти розладу. Пацієнти з НА часто повідомляють про відчуження від власних емоцій та відчуття тіла; труднощі розуміння власних переживань; проблеми у побудові орієнтованої у часі розповіді, особливо пов'язаної з виникненням та розвитком НА [5]. Крім того, лікарі повідомляють про власні тривожні емоційні реакції, що виникають під час консультування та/або лікування, включаючи почуття безпорадності та гніву [5].

Обмеження сучасних теорій НА та контекст феноменологічної та міжособистісної природи розладу обумовив появу теорії організуючої функції розуму «Я» в НА. Основний принцип такого підходу: симптоми НА є засобом управління хворобливими внутрішніми

переживаннями, пов'язаними з дефіцитом самості [6].

Відомо, що первинний емоційний досвід виникає внаслідок фізичного збудження, включаючи інтероцептивне усвідомлення, на додаток до складних процесів, таких як нейронна активація та активація мереж емоційної пам'яті. Саме інтероцептивні емоційні сигнали дозволяють створити уявлення про власну істоту - «матеріальне Я». Завдяки цим процесам емоція стає визначною у побудові та організації "Я", що значною мірою взаємодіє з інтрорецептивними ієрархіями емоційного досвіду, впливаючи на мотивацію та власне поведінку. Таким чином, «Я» відіграє невід'ємну роль у мотивації людини, пізнанні, впливі та соціальній ідентичності.

За цією теорією, особи з НА мають спотворене інтероцептивне сприйняття власного тіла та внутрішніх тілесних відчуттів, що породжують основну форму самосвідомості та сприйняття емоцій. Отже, НА виникає на тлі розпливчастого емоційного досвіду як засіб регуляції емоцій та відновлення почуття тілесного «Я», який визначається судженнями та зовнішнім виглядом інших осіб [6]. Дійсно, проблеми, пов'язані з формою та вагою тіла, спричиняються порушенням сприйняття власного тіла та впливають на визначення особистої ідентичності. Особи з НА описують розлад як засіб утворення нової ідентичності, яка якимсь чином пов'язана з "справжнім" Я або підміняє його.

Автори теорії [6] називають НА «помилковим Я», що виникає через інше нестабільне та тендітне «Я», не здатне інтегрувати тіло. Вони наголошують, що НА виникає саме з втраченого емоційного почуття себе. Тобто особа з НА, яка намагається орієнтуватися у світі, собі та інших, не маючи власного керуючого емоційного провідника, все більше покладається на судження інших осіб.

Насправді саме організуюча функція «Я» дозволяє зрозуміти, що є власним, а що належить іншим. За Е. Еріксоном, «Я» відіграє реляційну функцію, визначаючи та диференціюючи учасників відносин, тому що жодне справжнє «відношення» не існує без диференціації між собою та іншими [6]. Алан Шор розглядав самість як таку, що розвивається в контексті оточення (тобто батьківське піклування та прихильність) та залежить від досвіду [6]. Реляційне «Я» починається в грудному віці в процесі диференціації [6].

Сидні Блатт та Рейчел Бласс переформулювали модель розвитку

Е. Еріксона, щоб описати корисну модель розвитку, в якій спорідненість та схеми самовизначення працюють в діалектичному процесі на етапах розвитку [6]. Наприклад: сформоване почуття довіри до вихователя в дитинстві (функція спорідненості) дозволяє досягти адекватної самостійності «Я» малюка, яке, у свою чергу, створює умови для становлення диференційованого автономного «Я» на етапі самовизначення, що пізніше поступається місцем спорідненості у ранньому юнацькому віці. В ідеалі ці процеси розвитку інтегруються в чітко окреслену ідентичність під час пізнього юнацтва чи ранньої дорослості.

Отже, безпечно прив'язання до доглядачів в грудному віці забезпечує лінії розвитку та процеси, які сприяють появі реляційного та автономного «Я». Навпаки, труднощі із забезпеченням прихильності можуть бути пов'язані з травмою в дитячому та юнацькому віці в анамнезі, можуть призвести до виникнення та посилення симптомів РХП, алекситимії та сорому [6].

Рефлексивне функціонування у пацієнтів з нервовою анорексією

Джон Боулбі описав поведінкову систему прихильності (наприклад, плач, дотягування, повзання та погляд очима) як вроджений процес, який збільшує близькість між немовлям та вихователем, особливо під час небезпеки та/або стресу [6]. Доглядачі можуть реагувати різними способами: бути оптимально доступними, недоступними, непослідовними або лякаючими. Неодноразові взаємодії між немовлятами та вихователями кодуються в системі

неявної пам'яті дитини як внутрішні робочі моделі прихильності, що діють як схеми майбутніх стосунків. Моделі прихильності часто є незмінними від немовляти до дорослого віку, хоча деякі адаптивні/дезадаптивні зміни можливі через життєві події або зміни взаємодії з фігурами прихильності у підлітковому та дорослому віці. Розвиток дезадаптивної залежності або відстороненості можливий у будь-якому віці та проявляється вторинними оборонними стратегіями (тривожність прихильності або уникнення прихильності), коли уразлива особа стикається із загрозою чи стресом.

Рефлексивне функціонування, яке можна оцінити в шкалі Adult Attachment Interview (AAI) [14], є відображенням добре розвинутого автономного "Я" (здатності оцінювати юнікальність власного психічного стану), є необхідним для емпатії та відповідного реагування (розуміння психічних станів інших людей). Дослідження РХП свідчать, що пацієнти з НА, мають особливо низькі показники рефлексивного функціонування у порівнянні навіть з особами, які страждають на інші психічні розлади [6].

Непевність у прихильності, пов'язана з низькою узгодженістю думок та низьким рефлексивним функціонуванням, проявляється тривожністю або уникненням [15]. Тривожність прихильності пов'язана з дезадапційним регулюванням емоційної системи. Уникнення прихильності пов'язане з дезадаптивною регуляцією емоцій та тенденцією відхиляти важливість стосунків. Як тривога, так і уникнення прихильності пов'язані із посиленням психопатології та гіршими результатами лікування [15]. Клінічна значимість динаміки прихильності для осіб з РХП підкреслюється асоціацією між більшою тривожністю прихильності і уникненням та симптомами розладу харчування. Більше того, незважаючи на актуальність деяких рис особистості для вираження симптомів РХП, незахищеність прихильності пов'язана з РХП незалежно від особливостей особистості [13]. Тим не менш, істотних доказів специфічного взаємозв'язку між стилем прихильності та НА все ще бракує, і в цій галузі потрібні додаткові дослідження.

Практичну значущість вищеописаних теоретичних конструктів доводить застосування їх положень в психотерапевтичному процесі в реальній клінічній практиці.

Клінічний випадок

Пацієнтка Н., 19 років, поступила у психоневрологічне відділення дорожньої клінічної лікарні №1 в зв'язку з погіршенням психічного стану, значним зниженням маси тіла, відсутністю ефекту від амбулаторного лікування. До теперішнього моменту не лікувалася і не обстежувалася.

Скарги

Скарги при надходженні: порушення сну у вигляді частих нічних пробуджень з болем в нижній частині живота протягом останніх трьох тижнів, зниження пам'яті, уваги, настрою, втомленість, зниження працездатності. Відмічає схуднення (не достатнє на її погляд «хотілося б більше»), сухість у роті, розлади травлення (здуття живота, колючий біль в різних ділянках живота після прийому їжі, періодичний дискомфорт в лівому підребер'ї, закрепи, надмірний апетит), відсутність менструації протягом останніх 3-х років, набряки на ногах та обличчі.

Анамнез життя

Народилася в місті, від здорової вагітності у фізіологічних неускладнених пологах, одна дитина в родині. Ранній розвиток без ускладнень, відвідувала дитсадок, але часто хворіла на гострі респіраторні захворювання. За рівнем фізичного і розумового розвитку від однолітків не відставала. Пішла до школи у 6 років, закінчила 10 класів на відмінно. Захоплювалась читанням художньої літератури, багато часу проводила наодинці. Зі слів пацієнтки, з

однокласниками спілкувалася рідко, її часто ображали однолітки, називаючи товстою та незграбною. Починали дружити з нею перед контрольними, оскільки тоді вона давала їм списувати. В 14 років із вагою 65 кг, почала бігати по 5 разів на тиждень, щоденно займатися зарядкою вдома по 3-4 години та дотримуватися дієтичних обмежень у харчуванні (з раціону були вилучені вуглеводи та жири). За перший рік харчових обмежень схудла на 15 кг, тому надалі відмовилася від вживання м'яса, риби та яєць. Через рік вилучила з харчування всі молочні продукти, перейшовши на повний веганський раціон.

Сімейний анамнез

Мешкає з батьками та бабусею. Мати - юрист, батько - військовий. Матір описує як сувору, критикуючу, вимогливу жінку, яка завжди не задоволена успіхами доньки та постійно вимагає більшого в усьому. Стосунки з матір'ю характеризує як холодні, позбавлені любові та турботи. Батько пиячить, часто провокує конфлікти з матір'ю та пацієнткою, застосовуючи фізичне насильство до обох. Стосунки між батьками завжди напружені. Пацієнтка наголошує, що батьки постійно сваряться, іноді можуть місяцями не розмовляти. В дитинстві під час сварок батьків пацієнтка ховалася у шафі з ліхтариком, вдягала навушники та читала художню літературу. До 11 років майже весь час проводила з бабусею; батьки часто були відсутні, пояснюючи це роботою. Бабуся сварилася, лупцювала, ставила у куток за найменшу провину. Часто звинувачувала пацієнтку у невдячності та могла демонструвати образу, не розмовляючи з пацієнткою декілька днів. Коли пацієнтка відчувала фізичний біль, ніколи про нього не розповідала та не демонструвала (не плакала), оскільки її ніхто не жалів, натомість навпаки сварили.

Соматичний анамнез

Дитячих захворювань не пам'ятає. Спадковість обтяжена великим депресивним епізодом у матері, алкоголізацією батька. ЧМТ, судомні/безсудомні напади не спостерігались. Гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання, шкідливі звички заперечує. Аменорея протягом 3-х років.

Анамнез захворювання

Вважає себе хворою близько 5 років, коли вперше почала худнути, обмежуючи свій раціон та фізично навантажуватися. Худнула досить швидко, дуже пишалася своїми досягненнями, оскільки почала отримувати багато компліментів від оточуючих та навіть від однокласників, які раніше часто ображали та критикували її фігуру та зовнішній вигляд. Зі слів пацієнтки, на неї нарешті звернули увагу не тому що вона викликала огиду, а тому що була худішою (гарнішою) за однокласниць. Батьки підтримували пацієнтку в її дієтичних обмеженнях та фізичній активності та заохочували до подальшого схуднення, підкріплюючи результат обіцянками купівлі нового одягу та прикрас. За два роки суворих обмежень у харчуванні схуднула на 20 кг., в 16 років почалися порушення менструального циклу до подальшої повної аменореї. В цей час з'явилося безсоння, депресивна румінація (думки - «жахлива жирна звірюка», «після їжі все треба відпрацювати», «не хочу бути товстою»), зниження пам'яті, уваги, відмова від контактів з оточуючими. Найулюбленишим заняттям став перегляд фото з їжею та готування їжі для батьків. Коли вага складала 43 кг, почала блювати після вечері та приймати діуретичні й проносні препарати. Батьки змусили звернутись до лікаря, який виставив діагноз «Гастроудоденіт» та призначив медикаментозне лікування разом з дієтичним харчуванням. В 17 років перед закінченням школи та напередодні вступу в університет самостійно зменшила фізичні навантаження та збільшила кількість їжі, погладшавши на 4 кг, за що «страшенно себе ненавиділа». Вступивши до університету, знову почала бігати та зменшувати раціон: схудла на 6 кг. В подальшому вага коливалася в діапазоні 38-47 кг в залежності від жорсткості дієтичних обмежень та інтенсивності фізичної активності. Дотримується суворої веганської дієти останні 3 років. Перед госпіталізацією до лікарні вага була 32 кг.



Об'єктивний огляд

Загальний стан середнього ступеня тяжкості. Зріст 165 см, вага 32 кг, ІМТ 12,95. Шкірні покриви бліді, сухі, з пушковим волоссям, тургор і еластичність знижені. З боку серцево-судинної системи і легенів - без значних змін. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт роздутий, болючий помірно у всіх ділянках. Печінка і селезінка збільшені. Стілець 1 раз в 3-4 дні, з утрудненням, кал без патологічних домішок. ЕКГ: синусова тахікардія.

УЗД щитоподібної залози: ознаки гіпоплазії. Езофагогастроуденоскопія: недостатність кардії, дуоденогастральний рефлюкс, вогнищевий поверхневий гастрит. УЗД органів черевної порожнини: ознаки деформації жовчного міхура, дискінезії жовчовивідних шляхів, МКД, коліту.

Психічний статус

Свідомість ясна, контакт продуктивний, орієнтована всебічно нормально. Скарги висловлює самостійно; відзначає негативні думки щодо власного тіла та зовнішності у цілому, що постійно повторюються. Фіксована на власних відчуттях, плаксива, тривожна. Сприйняття нормальне, але посилені окремі інтероцептивні відчуття. Пам'ять та інтелект без значних змін; знижена концентрація уваги. Мислення та мова прискорені, судження песимістичні з надцінними дисморфофобічними ідеями без маячення. Загальний фон настрою знижений з виразним тривожним компонентом, усвідомлені суїцидальні тенденції відсутні. Вищі почуття розвинуті достатньо, нижчі - харчове, орієнтовне, статеве - значно ослаблені. Пацієнтка астеноїзована, активна увага легко виснажується. Когнітивно критична, емоційно некритична (при одній тільки згадці про їжу та необхідність збільшувати вагу, на очах з'являються сльози, опускає голову, замовкає).

Психодіагностичне обстеження

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS): тривога - 12 балів, депресія - 12 балів (клінічно значущий рівень).

За шкалою для оцінки тривоги Гамільтона (HAM-A) - 17 балів. Результати опитувальника якості життя SF-36: психологічне здоров'я (MH=17,00); біль (P=20,00); життєздатність (VT=24,00); соціальне функціонування (SF=30,00). Фізичний компонент здоров'я (PH) склав 23, психологічний (MH) - 29.

ММРІ: важкий невроз (шкали: іпохондрія - 87 бали, депресія - 88 балів, параноїдальність - 99 балів, психастенія - 98 балів).

По шкалі труднощів регулювання емоцій (DERS) :

- 1) Неприйняття емоційних реакцій: тенденція до негативної вторинної реакція на власні негативні емоції.
- 2) Труднощі в виконанні поставленої задачі: труднощі концентрації та виконання завдань під час переживання негативних емоцій
- 3) Труднощі управління імпульсивністю: складнощі в управлінні поведінкою при переживанні негативних емоцій
- 4) Відсутність емоційної обізнаності: труднощі, пов'язані з визнанням емоцій
- 5) Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій: віра, в те що якщо засмутився, то

подальше регулювання емоцій неможливе.

б) Відсутність емоційної ясності: відсутність розуміння емоцій, які вона переживає.

Опитувальник сімейного функціонування (FACES-III) застосовувався до всіх членів сім'ї та продемонстрував низький рівень сімейної згуртованості, низький рівень емоційного зв'язку між членами сім'ї, низький рівень автономності. Знижений рівень сімейної адаптації. Тенденція до ригідності сімейної системи, знижена готовність пристосовуватися, змінюватися при впливі стресорів.

Торонтська шкала алекситимії (TAS-20) була застосована до матері- 74 бали.

Діагноз та його обґрунтування

Діагноз був встановлений за критеріями МКХ-10 на основі скарг пацієнтки, анамнезу життя та захворювання, результатів дослідження соматичного, та психічного стану, психометрії: нервова анорексія та змішаний тривожно-депресивний розлад (F50.0+F41.2).

Дефіцит ваги понад 15% від нормального для даного віку і розміру тіла (критерій А); ініціювання зниження ваги самою пацієнткою, за рахунок запобігання прийому харчових продуктів, «які викликають повноту» (критерій Б); відчуття пацієнтки себе «занадто гладкою» із постійним страхом надмірної повноти та визначенням для себе занадто низької припустимої ваги тіла (критерій В; наявність системних ендокринних порушень за віссю «гіпоталамус – гіпофіз – статеві залози» - аменорея (критерій Г) та невідповідність критеріям А, Б нервової булімії (критерій Г) обумовили діагноз нервової анорексії (F50.0).

Перший (дисморфофобічний) етап розвитку НА з появою надцінних дисморфофобічних ідей, що призвели до обмеження прийому їжі, з нетривким неглибоким зниженням настрою, тривав до 1 року (14 років), коли втрата ваги сягнула 15 кг. Другий (дисморфоманічний) етап почався з 15 років та відрізнявся наявністю активного та наполегливого обмеження прийому їжі (веганство), виснажливих фізичних вправ, блювання, що супроводжувалось появою соматоендокринних розладів (аменорея, шлунково-кишкові розлади). Спонтанна часткова ремісія у 17 років (погладшення на 4 кг) дещо затримала настання теперішнього третього (кахектичного) етапу, коли в психічному статусі переважають астено-динамічні порушення, в соматичному – аліментарна кахексія. Поступлення в стаціонар розпочало четвертий етап (редукції нервової анорексії), що настає після лікування та характеризується нормалізацією психічного й соматичного станів.

Скарги на порушення сну у вигляді частих нічних пробуджень, зниження настрою, втомленість, зниження працездатності; схуднення, сухість у роті, розлади травлення; обтяжена спадковість (великий депресивний розлад епізодом у матері, алкогольна залежність у батька); присутність негативних думок румінативного характеру; підвищення показників тривоги та депресії за допомогою психодіагностичних шкал; одночасні ознаки тривоги та депресії клінічного рівня, яких не вистачає для окремого діагнозу тривожного або депресивного розладу обумовили діагноз змішаного тривожно-депресивного розладу (F41.2).

Лікування

Була застосована комплексна лікувальна програма, спрямована на корекцію всієї багатомірності порушень [18,19]. Покроковий план терапії був спрямований на причини розладу та давав можливість безпосередньої дії на порушення схеми тіла.

Першим кроком було покращення соматичного стану: раціональний режим, висококалорійна дієта, 6-разове харчування маленькими порціями. Для подолання відмови від їжі був призначений інсулін 12 од. п/к з подальшим введенням глюкози 0.5% 400.0 в/в №10. Пацієнтка

отримувала вітамінотерапію у вікових дозах, ноотропний гамкергічний засіб фенібут (нообут) 75 мг/добу. Одночасно для редукції тривожно-депресивної румінації були призначені антидепресант сертралін (золіфт) 50 мг/добу та нейролептик рисперидон (риспетріл) 1 мг/добу [16, 17].

Психотерапевтичне втручання у вигляді особистої психотерапії та сімейної психотерапії проводилось весь час перебування в стаціонарі та надалі було продовжено амбулаторно. З огляду на те, що у пацієнтки була амбівалентна мотивація на лікування, першим завданням особистої психотерапії було формулювання тих цінностей, які вона могла прийняти як мету лікування. Надалі щодня проводилась когнітивно-поведінкова психотерапія за індивідуалізованою програмою оперантного кондиціонування з корекцією «Я» та рефлексивного функціонування та закріпленням успіхів у нормалізації харчової поведінки. Сімейна психотерапія 2 рази на тиждень була спрямована на нормалізацію взаємовідносин у родині.

За час стаціонарного лікування відбулась значна редукція психопатологічної симптоматики. Повторне обстеження за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS): тривога - 9 балів, депресія - 8 балів. За шкалою для оцінки тривоги Гамільтона (HAM-A) - 12 балів, часткове відновлення ваги (34 Кг). Наступним етапом був перехід на підтримуючу амбулаторну терапію, загальна тривалість активного лікування склала 6 місяців. Повторне обстеження за опитувальником сімейного функціонування (FACES-III) продемонструвало підвищення рівня сімейної згуртованості та рівня емоційного зв'язку між членами сім'ї.

Індивідуальна психотерапія з частотою 2 сесії на тиждень та сімейна психотерапія з частотою 1 сесія на тиждень триває.

Отже, виникнення НА у пацієнтки Н. відбулося внаслідок тривалої дисфункціональної емоційної обробки подій плінного життя у дисфункціональному середовищі родини та найближчого оточення (однокласники).

Емоційне дисфункціонування всередині родини (надмірна критика, сварки, байдужість, емоційне та фізичне насильство), його взаємодія з індивідуальними особливостями особистості (перфекціоністські риси) у підлітка жіночої статі в період статевого дозрівання (період занепокоєння розмірами та формою власного тіла) призвело до вад емоційної регуляції. Пацієнтка мала труднощі з емоційним досвідом, що сприяло уникненню емоцій та надмірній їх регуляції. Вона мала серйозне суб'єктивне занепокоєння щодо ваги та форми власного тіла, що призвело до появи хворобливих харчових звичок.

Через усвідомлення суспільного тиску відносно схуднення та його неадаптивну когнітивну оцінку батьками та однолітками у Н. посилювалось занепокоєння щодо сприйняття себе оточуючими. Потенційні емоції уникалися шляхом прояву передбачуваних та керованих поведінкових патернів (зосередженості на їжі, харчуванні, вазі та формі тіла), а занепокоєння та румінація зазвичай забезпечували відволікання від негативних думок/емоцій. Анорексична поведінка розвинулася на тлі розпливчастого емоційного досвіду як корисний засіб контролю, регуляції й запобігання виникненню емоцій та відновлення почуття тілесного «Я», яке вже визначалось судженнями та зовнішнім виглядом інших осіб (батьки, однокласники). Непевність у прихильності близького оточення та низьке рефлексивне функціонування все більше проявлялося тривожністю, уникненням, симптомами розладу харчування тощо [18].

Відповідно, психотерапевтичне втручання було спрямовано на корекцію сформованої дисфункціональної емоційної обробки подій плінного життя пацієнтки Н., зміну хворобливих патернів її поведінки нормалізацію взаємовідносин у родині [19]. Річний катамнез дозволяє стверджувати, що корекція «Я» та адаптивні зміни рефлексивного функціонування пацієнтки Н. дійсно сприяли тривалій нормалізації її харчової поведінки та психічного стану.

Висновки

Дисфункціональна емоційна обробка та регуляція відзначаються в основі багатьох психічних розладів, в тому числі НА. Пацієнти з НА мають особливо низькі показники рефлексивного функціонування у порівнянні навіть з особами, які страждають на інші психічні розлади. Практичну значущість моделі НА як розладу, який підкріплений труднощами з емоційним досвідом, що сприяє уникненню емоцій та надмірній їх регуляції, доводить застосування їх положень в психотерапевтичному процесі в реальній клінічній практиці.

Наведений клінічний випадок демонструє порушення емоційної регуляції у хворої на НА, адже поєднує в собі тривалу дисфункціональну емоційну обробку подій плінного життя у дисфункціональному середовищі родини та найближчого оточення (однокласники). Поєднання психотерапевтичних методів (індивідуальної та сімейної психотерапії), які були спрямовані на корекцію сформованої дисфункціональної емоційної обробки подій життя, зміну хворобливих патернів харчової поведінки, нормалізацію взаємовідносин у родині, разом з медикаментозним втручанням, дозволили знизити тривогу, зменшити рівень депресії, частково відновити вагу та покращити стосунки в середині сім'ї.

Таким чином, розробка втручань для вдосконалення навичок регулювання емоцій під час лікування пацієнтів з НА у поєднанні з сімейною психотерапією, може бути важливою складовою для поліпшення результатів лікування, зменшення рецидивів та появи резистентних форм хвороби.

Додаткова інформація

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

Посилання

1. Gavrilenko A. Neurotic anorexia (psychoanalytic view). *Men's health, gender and psychosomatic medicine*. 2016;2:18–23. URL: http://ujmh.org/pdf/2_2016/5.pdf
2. Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord*. 2016;49(4):391-401. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22501> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26767344/>
3. Gorwood P, Blanchet-Collet C, Chartrel N, et al. New Insights in Anorexia Nervosa. *Front Neurosci*. 2016;10:256. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00256> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27445651/>
4. Oldershaw A, Startup H, Lavender T. Anorexia nervosa and a lost emotional self: A psychological formulation of the development, maintenance, and treatment of anorexia nervosa. *Front Psychol*. 2019;10:219. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30886593/>
5. Amianto F, Northoff G, Abbate Daga G, Fassino S, Tasca GA. Is anorexia nervosa a disorder of the self, a psychological approach. *Front Psychol*. 2016;7:849. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00849> PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27378967>
6. Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychol Res Behav Manag*. 2017;10:305-12. DOI: <https://doi.org/10.2147/prbm.s145463> PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29042824>
7. Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, Marzilli E. Family Psychic Transmission and Anorexia Nervosa. *Psico-USF*. 2016;21(3):635–49. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210316>

8. Scharner S, Stengel A. Alterations of brain structure and functions in anorexia nervosa. *Clin Nutr Exp*. 2019;28:22-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.02.001>
9. Ulfvebrand S, Birgegard A, Norring C, Högdahl L, von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res*. 2015;230(2):294-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26416590/>
10. Seidel M, King JA, Ritschel F, et al. The real-life costs of emotion regulation in anorexia nervosa: a combined ecological momentary assessment and fMRI study. *Transl Psychiatry*. 2018;8(1):28. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-017-0004-7> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29362440/>
11. Oldershaw A, Lavender T, Sallis H, Stahl D, Schmidt U. Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clin Psychol Rev*. 2015;39:83-95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26043394/>
12. Kreiter A. Emotional regulation in adolescent anorexia nervosa: a contextual view. California: ProQuest Dissertations Publishing; 2018. URL: <https://search.proquest.com/openview/04143e55c7491bd9d45f32ae136a9f92/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
13. Talia A, Miller-Bottomo M, Wyner R, Lilliengren P, Bate J. Patients' Adult Attachment Interview classification and their experience of the therapeutic relationship: are they associated. *Res Psychother*. 2019;22(2):361. DOI: <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.361> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32913798/>
14. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: a review of current research. *Int J Eat Disord*. 2014;47(7):710-7. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22302> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24862477/>
15. Smashna O. Violation of food behavior at anorexia nervosa: system view. *Archive of Psychiatry*. 2012;18(1):29-32.
16. Khaustova O. The use of atypical neuroleptics in the practice of family physician. 2016;8(82):36-40. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2016/8\(82\)/nn16-8_36-40_decfe5438e37d635ddec7ce5218582ac.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2016/8(82)/nn16-8_36-40_decfe5438e37d635ddec7ce5218582ac.pdf)
17. Chaban O, Khaustova O, Kyrilyk S. Implementation of the new classification of psychotropic drugs in Ukraine: problems and prospects. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2017;8(2):221-8.
18. Dzuba O, Khaustova O, Bezsheiko V. Samoruinivna povedinka y patsientiv iz psyhosomatichnimi rozladami. *Tavrisheskiy zyrnal psyhiatrii*. 2011;15(2):11.
19. Khaustova O. Complex program "SANA" in metabolic syndrome X treatment (psychosomatic approach). *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohi*. 2006;14(1):122-7. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILE=&2_S21STR=Uvp_2006_14_1_35