

Тетяна Ільницька: «Розлади харчової дієти чи стиль життя, а хвороба,



Розлади харчової поведінки є психічним захворюванням, що характеризується хворобливим ставленням до їжі, форми тіла та власної ваги. Людина зі згаданими розладами має патологічне прагнення бути стрункою, заради чого вдається до заходів, які часто загрожують її життю. У світі 2 червня відзначають Міжнародний день боротьби з розладами харчової поведінки. Цього дня організації та активісти світу об'єднуються задля того, щоб розвінчати існуючі міфи про розлади харчової поведінки, підвищити суспільну обізнаність стосовно згаданої проблеми та стати на підтримку проведення відповідних реформ і налагодження допомоги особам, які потерпають від цього захворювання.

На нагальні запитання, що стосуються розладів харчової поведінки, відповідає шеф-редактор журналу «НейроNEWS: психоневрологія і нейропсихіатрія», старший науковий співробітник Державної установи «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», кандидат медичних наук, лікар-психіатр **Тетяна Ільницька**.

— *Наразі поширеною є думка, що стани, пов'язані із занепокоєнням стосовно власної ваги та зовнішнього вигляду, притаманні саме жінкам. Чи дійсно це так?*

— Досить часто відповідаючи на запитання щодо популяції, у якій поширені розлади харчової поведінки (РХП), ми чуємо, що це переважно особи жіночої статі підліткового чи молодого віку. Зареєстровані випадки здебільшого відповідають зазначеним критеріям, але сьогодні вже достовірно відомо, що РХП можуть бути притаманні особам будь-якої статі, віку, раси, національності, ваги, сексуальної орієнтації та соціально-економічного статусу. Є цікаві наукові дані, які свідчать про те, що 25 % чоловіків відповідають критеріям розладів харчової поведінки. Так, 50 % осіб із компульсивним переїданням належать саме до чоловічої статі, а 28 % хлопців і чоловіків молодого віку негативно сприймають свій зовнішній вигляд. При цьому чоловіки значно рідше звертаються за допомогою, а РХП у них залишаються недиагностованими через високий рівень стигматизації. Нині соціум диктує вимоги не лише щодо «ідеальної» зовнішності жінки, а й чоловіка. Від них теж вимагають і стрункості, і м'язів, і доглянутої зовнішності. І здавалось, що тут поганого? Але справа в тому, що соціум «диктує і насаджує» ідеали з такою швидкістю та безапеляційністю, що ми вже не встигаємо себе підганяти під ті мінливі «ідеальні параметри», а небажання грати за новими правилами жорстко засуджується. Поняття «худий» ототожнено з успіхом та здатністю «тримати режим», а «товстий» — із лінню, неорганізованістю та слабкістю. Фетфобія (нелюбов до огрядних людей) наразі сягає абсурдних форм і рівнів поширеності.

— *Сьогодні дієти, детокс-програми та різні марафони стрункості досить популярні. Вони теж можуть сприяти появі розладів харчової поведінки?*

— Дійсно, сьогодні весь світ кудись біжить, пливе, підганяє себе чи до Нового року, чи до літнього сезону. Напевно, вже важко зустріти людину, яка хоч раз у своєму житті «не сиділа на дієті». При цьому всі ми мали змогу переконатися, що дієти не працюють у довгостроковій перспективі. Кажуть, що десь по землі ходить близько 5 % людей, яким це вдалося. Але при цьому виникають питання: як довго вони змогли втримати знижену за допомогою певних обмежень вагу, чи повноцінно функціонує організм у такому стані, а головне, чи здобули вони нарешті те відчуття щастя та внутрішньої гармонії... Звісно, не у всіх людей, які дотримуються дієти чи займаються спортом, розвивається розлад харчової поведінки. Це мультифакторіальне захворювання. І от коли збігаються декілька факторів (культурні, сімейні, генетичні, психологічні), розвиток захворювань зазначеного спектра досягає високого рівня ймовірності.

— *Які ж причини виникнення розладів харчової поведінки?*

— Розлади харчової поведінки є результатом сукупного впливу декількох чинників. Серед яких — генетична схильність, особистісні характеристики та чинники навколишнього середовища. Нині є дані наукових досліджень, які підтверджують наявність генів, асоційованих зі схильністю до виникнення РХП. До того ж підвищує ймовірність їх розвитку наявність такого захворювання зазначеного спектра

поведінки – це не вибір особи, що потребує кваліфікованої допомоги»

у близьких родичів. Відомо, що нервова анорексія розвивається у 12 разів частіше, якщо цей діагноз був установлений у матері чи сестри пацієнта. Зокрема, особистісні характеристики, такі як підвищена тривожність, низька самооцінка, перфекціонізм, притаманні людям із РХП. Щодо середовищних чинників, то підтримувати розвиток захворювань зазначеного спектра можуть ситуації, коли батьки надмірно контролюють своїх дітей, надають великого значення їхньому зовнішньому вигляду і критикують його; мають завищені вимоги та очікування; часто «сидять на дієтах», постійно згадують про харчування, вагу, фігуру.

Поштовхом до розвитку згаданої патології можуть стати напружені життєві події — смерть у родині, невдале кохання, переїзд. Наприклад, коли людина змінює місце проживання, переїжджає до іншої країни, де для неї все нове та незрозуміле, поряд немає ні рідних, ні друзів, може з'явитися відчуття, що вона живе в хаосі та не контролює ситуацію. Зазвичай за таких умов виникає бажання хоч щось контролювати і найлегше, що можна тримати під контролем — це цифра на вагах. Вразливою також є категорія дітей, які займаються танцями, гімнастикою, балетом, спортом, актори, моделі тощо, де наявний акцент саме на зовнішності. Так, коли відбувається збіг більшості зазначених чинників, ризик розвитку РХП стає досить високим.

– Які найпоширеніші форми розладів харчової поведінки та які їхні симптоми?

– До найпоширеніших форм РХП належать: анорексія, булімія і компульсивне переїдання. Зокрема, для нервової анорексії характерне обмеження споживання їжі, що призводить до суттєвого зниження індексу маси тіла в контексті віку, статі, стадії розвитку і фізичного здоров'я. Усе це супроводжується сильним страхом набрати вагу або розтовстіти, або ж стійкою поведінкою, яка перешкоджає збільшенню маси тіла, навіть у разі її значного зниження. Пацієнти з нервовою анорексією відчувають постійне хвилювання через вагу або форми тіла, надмірний вплив цих чинників на самооцінку, або стійку відсутність розуміння серйозності наявного у них низького індексу маси тіла.

Особливістю нервової анорексії є те, що попри досягнення ваги, яка відповідає віковим нормам, відчувається суттєва потреба у подальшому зниженні маси тіла, виражене незадоволення своїм виглядом та формою. Заходи, спрямовані на зниження ваги, не припиняються навіть при критичних показниках лабораторних аналізів та ознаках поліорганної недостатності.

Як при нервовій булімії, так і при компульсивному переїданні притаманні рекурентні епізоди переїдання, які характеризуються такими двома ознаками:

1) споживання їжі протягом певного інтервалу часу (наприклад, упродовж двох годин) у такій кількості, яка буде зазвичай надмірною для більшості людей за таких самих умов і протягом такого ж проміжку часу;

2) відчуття відсутності контролю над процесом споживання їжі під час епізоду переїдання.

Крім того, для нервової булімії характерна рекурентна неприйнятна компенсаторна поведінка уникнення збільшення ваги (самоіндуковане блювання, зловживання проносними засобами, діуретиками або іншими медикаментами, голодування, надмірні фізичні навантаження). Як правило, переїдання і неприйнятну компенсаторну поведінку спостерігають щонайменше раз на тиждень протягом трьох місяців. Основна відмінність між компульсивним переїданням і нервовою булімією полягає в тому, що ті, хто бореться з нервовою булімією, застосовують компенсаторну поведінку, щоб позбутися з'їденого чи «відпрацювати» калорії. У разі нервової булімії тривалість епізодів переїдань зазвичай коротша, але інтенсивніша, ніж при компульсивному переїданні.

Для компульсивного переїдання характерне споживання їжі в швидкому темпі, аж до дискомфорту внаслідок переповнення у шлунку. Такі епізоди найчастіше відбуваються на самоті через відчуття сорому, після яких виникає стан огиди по відношенню до себе, знижений настрій чи відчуження провини внаслідок переїдання. До того ж пацієнтам із компульсивним переїданням притаманний виражений дистрес через переїдання, але такі епізоди не асоційовані з неприйнятною компенсаторною поведінкою.

Спільними рисами для осіб із вищеописаними РХП є саме незадоволення масою та формою власного тіла, цілеспрямований контроль калорійності та кількості їжі, спрямованість дій на досягнення бажаної ваги. Зазвичай при анорексії маса тіла є нижчою за норму, тоді як при нервовій булімії та компульсивному переїданні відповідає може бути в нормі чи підвищеною. У пацієнтів із РХП самооцінка прямо залежить від форми тіла та власної ваги.

– У чому полягає складність діагностики цих розладів?

– Висока поширеність РХП, низький рівень їх ранньої діагностики, несвоєчасне і неадекватне лікування пов'язані з багатьма чинниками. Наприклад, низька обізнаність суміжних фахівців щодо відповідних ознак і наслідків цих розладів. За даними Alan E. Kazdin, від моменту виникнення захворювання до звернення за кваліфікованою допомогою проходить у середньому вісім років. При цьому 80 % пацієнтів не отримують належного лікування, а досить велика їх частка одержує неадекватну допомогу. Як свідчить практика, саме до профільних фахівців особи з РХП на ранніх стадіях звертаються вкрай рідко. Хоча час при цих розладах діє не на їх користь, оскільки зміни в організмі можуть бути вже незворотними. Батьки, викладачі та навіть лікарі нерідко ігнорують очевидні проблеми з вагою, які мають підлітки, не вважаючи їх ознаками хвороби.

Доволі часто рідні таких пацієнтів вдаються до нетрадиційних методів лікування, не розуміючи, що ця патологія потребує саме кваліфікованої медичної допомоги. Ускладнює

Скринінг за допомогою SCOFF

- Чи викликали Ви у себе блювання, якщо відчували, що переїли?
- Чи відчуваєте Ви стурбованість, щодо можливості втратити контроль над кількістю спожитої їжі?
- За останній час Ви схудли більш ніж на 6 кг за три місяці?
- Чи вважаєте, що Ви маєте надмірну вагу, хоча оточуючі заперечують це?
- Чи можете Ви стверджувати, що їжа домінує у вашому житті?

ефективність лікування низький рівень комплаєнсу і знижена критика стосовно власного стану. Як правило, особи з булімією висловлюють занепокоєння щодо стану свого здоров'я. Натомість особи з анорексією зазвичай заперечують такі проблеми, адже вони впевнені, що допомога їм не потрібна. Часто страх набрати вагу при такому розладі харчової поведінки сильніший, аніж страх померти. Вкрай важко переконати молоду струнку дівчину, яка щодня відвідує спортзал і дотримується принципів так званого правильного харчування, що їй нагально потрібна допомога психіатра.

До вузькопрофільних фахівців вони зазвичай потрапляють уже в стані, коли потребують стаціонарного лікування, а часто навіть реанімаційного. Попри це, сьогодні в Україні немає жодного державного медичного спеціалізованого центру для стаціонарного лікування таких пацієнтів.

— Що може допомогти підвищити рівень діагностики за таких розладів?

— Насамперед, це обізнаність фахівців щодо ознак РХП. Такі пацієнти здебільшого звертаються до гастроентерологів, дієтологів, гінекологів. Зазвичай не всі, хто хоче схуднути чи дотримуватися правил здорового харчування, страждають на РХП. Але фахівці мають знати ознаки, щоб вчасно запідозрити перші прояви чи наявність хвороби і не підтримувати її прогресування. Сьогодні розроблено і скринінговий інструментарій, і відповідні опитувальники, що можуть допомогти виявити ознаки згаданого захворювання. У Лондоні 1999 року для діагностики розладів харчової поведінки було розроблено анкету SCOFF, яку рекомендовано застосовувати як інструмент скринінгу для медичних працівників первинної ланки Американською академією сімейних лікарів (2003) та Американською медичною асоціацією (2012). Дві або більше позитивних відповідей на поставлені запитання мають стати приводом для подальшого оцінювання стану пацієнта, проте результати скринінгу не є підставою для встановлення діагнозу. Це короткотривала процедура, яку застосовують для визначення наявності чи відсутності проблеми. Зокрема, можливо виявити осіб, які мають ознаки РХП, хоча не відповідають критеріям хвороби. Рання діагностика збільшує шанс на успішне відновлення.

Також фахівцям треба пам'ятати, що спілкування з такими пацієнтами має певні особливості. Слід уникати коментарів, пов'язаних із їжею, вагою та зовнішнім виглядом, краще акцентувати розмову на перевагах. І пам'ятати, що фраза «Ти просто почни їсти» рівнозначна «Ти просто встань і йди», яку сказано парализованій людині. Особи з РХП коментарі такого змісту сприймають через призму хвороби. Причина

цієї патології не в тому, що людина не знає принципів так званого правильного харчування. Люди з РХП не гірше за кваліфікованого дієтолога можуть проконсультувати вас стосовно корисних продуктів.

Якби ж усе було на стільки просто, то проблему можливо було вирішити простим коригуванням раціону, і ми не мали б тоді таких катастрофічних показників летальності у світовому масштабі.

— На що має бути спрямоване лікування?

— РХП — це не вибір особи, це не дієта чи стиль життя. Це захворювання з високим рівнем летальності, яке потребує спеціалізованої кваліфікованої допомоги. Лікування має бути комплексним і тривалим із застосуванням мультидисциплінарного підходу та залученням до терапевтичного процесу як пацієнта, так і його батьків.

Сьогодні, на жаль, немає єдиного уніфікованого методу лікування РХП. Дані достатньо великої кількості наукових досліджень підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії. Є дані навіть щодо результативності короткотривалих її форм, щоправда за умови виконання певних критеріїв, як-от індекс маси тіла > 18 і відсутність коморбідних станів. Хоча таким критеріям відповідає вкрай невеликий відсоток осіб із РХП, які звернулися за допомогою. Також наявні дані щодо ефективності діалектико-біхевіоральної, інтерперсональної та психодинамічної терапії. Але щоб психотерапія була результативною, спочатку необхідно відновити вагу пацієнта.

Нині не існує препарату, спрямованого саме на лікування РХП. Зважаючи на високий рівень коморбідності, можливо підключати антидепресанти при супутніх симптомах депресії. А за потреби короткими курсами призначати антипсихотичні засоби. Лікування РХП — це тривалий процес, який може продовжуватись декілька років, поєднуючи періоди загострення та ремісії. Втім, попри всі складнощі, відновлення можливе. І чим раніше виявити хворобу та розпочати лікування, тим вищий шанс матиме пацієнт на одужання.

— Що варто порадити батькам і рідним пацієнтів із розладами харчової поведінки?

— По-перше, їх потрібно заспокоїти та поінформувати про перебіг захворювання, особливості харчування і лікування. У жодному разі ми не маємо звинувачувати їх у розвитку хвороби. Навпаки, маємо схилити їх на свій бік та об'єднатися для досягнення поставленої мети на цьому непростому і тривалому шляху лікування та відновлення. Варто набратися терпіння, наполегливості та рухатися разом із дитиною і лікарем до одужання.

По-друге, не зволікати з консультацією лікаря-психіатра, не чекати на критичну межу. Оскільки нині є можливість отримати спеціалізовану допомогу в досить комфортних умовах. Вас не поставлять силоміць на облік і не закриють примусово в лікарні. Це стигми, які не мають нічого спільного із сучасною цивілізованою психіатрією.

Розмовляйте зі своїми дітьми про цінність людини, яка НЕ визначається її зовнішнім виглядом, розміром одягу чи цифрою на вагах. Ми в цьому світі не для того, щоб підганяти себе під чийсь стандарт. Усі ми різні, але цим і прекрасні!

Підготувала *Лариса Мартинюва*