

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

О.И. Салмина-Хвостова, канд. мед. наук, И.С. Салмина
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

Изучены типы отношения к болезни у 304 пациентов с пищевой аддикцией (зависимостью), ассоциированной с экзогенно-конституциональным ожирением. Выявлено, что психотравмирующие ситуации играли ведущую роль в развитии расстройств пищевого поведения, избыточной массы тела и ожирения; ведущее значение имели неудовлетворенность семейными отношениями.

Ключевые слова: пищевая аддикция, ожирение, типы отношения к болезни, физиологические (базовые) потребности по А. Маслоу, психотравмирующие ситуации.

Профессиональная деятельность медсестры предъявляет повышенные требования к ее психической устойчивости, коммуникативным навыкам, знаниям психологии личности. Анализ причин обращения граждан с жалобами на качество медицинской помощи свидетельствует о том, что в большинстве случаев они инициируются несоблюдением деятельности медицинскими работниками деонтологических принципов или информационными ятрогениями. Под ятрогениями понимают патогенное влияние действий или бездействия, слов или умолчания окружающих пациента людей. Информационные ятрогении связаны со словами или с умолчанием; ятрогении в узком смысле слова – патогенное влияние врача; сорогении – патогенное влияние медсестры (7).

Умение определить психологический статус пациента открывает возможность эффективного взаимодействия медицинского персонала и пациента, что повышает приверженность лечению, улучшает качество жизни.

Варианты отношения пациента к своему заболеванию систематизированы психиатрами и психологами Санкт-Петербургской школы (Личко А.Е., 1980); ими выделены следующие варианты (типы) реагирования на недуг: гармонический, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический.



А.Б. Смулевич (1992) выделяет 3 варианта реакций на болезнь: нормозогнозии (с адекватной оценкой тяжести состояния) – гармоничная реакция на болезнь, гипернозогнозии (с переоценкой тяжести состояния) – сенситивная, тревожная, неврастеническая, паранойяльная, ипохондрическая; гипонозогнозии (с недооценкой тяжести состояния) – эргопатическая реакция.

Нами изучены психологические особенности и типы отношения к болезни пациентов с расстройствами пищевого поведения (РПП), ассоциированными с экзогенно-конституциональным ожирением.

В структуру клинических проявлений РПП входят психические нарушения, обусловленные реакцией на заболевание. Они значительно ухудшают приверженность лечению, снижают степень социально-трудовой адаптации (3).

Различают эмоциогенное, ограничительное и экстернальное пищевое поведение, свойственное пищевым аддиктам (2).

Обследованы 304 женщины с экзогенно-конституциональным ожирением, ассоциированным с РПП, в возрасте 20–60 лет (в среднем – 38,2±10,1 года). Среди обследованных преобладали женщины 40–50 лет (46,0%).

¹ Деонтология – не только наука о должном, не только медицинская этика в узком смысле слова. Предмет деонтологии – совокупность всех воздействий, прямо или косвенно адресующихся к психике больного человека. В круг деонтологических вопросов следует также включить особенности отношения к больному всего коллектива медработников, их отношения между собой, вопросы психологического оформления лечебных процедур и вмешательств, оптимальную организацию лечебного процесса, в частности правила ведения и хранения медицинской документации, особенности работы с родственниками пациентов, юридический статус больного и многое другое, из чего складывается атмосфера, психологический климат лечебного учреждения (6).

Рассмотреть тенденцию поведения и социальную адаптацию к болезни
 60% если бы у женщины не было эмоциональных и психических нарушений
 пациентки поведения.
 40% если бы у женщины не было эмоциональных и психических нарушений
 не подвергался, она бы не была
 11.11.2009 г. в 10.00 ч. в 10.00 ч. в 10.00 ч.



Индекс массы тела в среднем соответствовал $34,55 \pm 2,75$ кг/м² (от 25,25 до 37,35 кг/м²). На момент обследования 168 (55%) женщин были замужем, 136 (45%) в браке не состояли.

Для психологической диагностики типов отношения к болезни применяли методику ТОБОЛ (1).

По данным исследования, у пациентов преобладали эргопатический – 27% (n=82), тревожный – 22,4% (n=68), ипохондрический – 16,4% (n=50), неврастенический – 11,8% (n=36), гармоничный – 6,3% (n=19), сенситивный – 10,5% (n=32), эгоцентрический – 5,6% (n=17) типы отношения к болезни. Другие типы отношения к болезни не выявлены.

Из других типов, как говорилось выше, существуют:

- меланхолический (пессимистический взгляд на все окружающее, неверие в успех лечения даже при явном улучшении объективных показателей);
- апатический (безразличие к исходу болезни, результатам лечения, утрата интереса к жизни, пассивное подчинение рекомендациям врача при настойчивом побуждении; девиз этих пациентов: «Мое дело болеть, Ваше – лечить»; всю инициативу в лечении должны взять на себя медицинские работники);
- паранойяльный (пациенты считают, что болезнь – это результат чьего-то злого умысла, «сглаза и «порчи»; процедуры, лекарства вызывают подозрения; медицинский персонал зачастую обвиняется в халатности, злом умысле; не всегда нужно разубеждать пациента в ошибочности его трактовки болезни; после посещения экстрасенсов, колдунов, «снятия порчи» они начинают больше доверять специалистам государственных лечебных учреждений);
- анозогнозический (заключается в полном или частичном отсутствии сознания болезни); анозогнозия наблюдается при большинстве психических заболеваний и, как правило, – при токсикоманиях и алкоголизме);
- дисфорический (настроение у пациентов постоянно мрачное, озлобленное, вид угрюмый; характерны ненависть к здоровым людям, вспышки злобы с обвинением окружающих в своей болезни; близкие должны во всем угождать, подчас – мнимому больному).

Гармоничный тип отношения к болезни – реалистичный, взвешенный – наблюдался у 19 пациентов. Отмечавшиеся у обследованных с РПП, нарушения сна, сниженное настроение, тревога, беспокойство об будущем не выходили за рамки психологически понятных реакций на трудную ситуацию. Доверительные отношения с медицинским персоналом способствовали коррекции этих расстройств. Больные признавали перемены, которые были связаны с лишним весом, ухудшали качество жизни, препятствовали реализации определенных жизненных целей. Они выполняли все назначения, сохраняли способность адаптироваться к новым условиям жизни.

Эргопатический тип отношения к болезни (стенический), уход от болезни в работу, установлен у 82 пациенток.

Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное, отношение к работе, которое в ряде случаев было выражено еще в большей степени, чем до болезни. Отмечалось избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу, сохранить профессиональный статус.

Неврастенический тип отношения к болезни определялся у 36 пациенток. Для обследуемых этой группы характерными проявлениями на соматическое заболевание были раздражительность, эмоциональная лабильность, ранимость и обидчивость, мрачные мысли с готовностью к вербальной агрессии по ничтожному поводу с последующими слезами и поисками лиц, которые выразили бы им сочувствие. Отмечались снижение активности, постоянное чувство усталости, упадок сил. Характерно поведение по типу «раздражительной слабости». Раздражение нередко изливалось на первого попавшегося и завершалось раскаянием и угрызениями совести.

Тревожный тип отношения к болезни – тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический вариант – установлен у 50 человек.

Этот тип характеризовался выраженной тревогой в отношении прогноза основного заболевания. Отмечались внутреннее напряжение и как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности. Прослеживался поиск дополнительной информации о болезни, потребность в утешении, в успокаивающих высказываниях окружающих. Обращали на себя внимание тревожная суетливость, навязчивые вопросы к врачу, касающиеся самочувствия и прогноза заболевания.

Защитой от тревоги у некоторых пациентов были приметы и ритуалы. К таким пациентам рекомендовался подход по типу «материнского». Эти больные готовы к участию в комплексных программах лечения и реабилитации. Их надо периодически подбадривать, поощрять. Однако сотрудникам лечебных учреждений нужно быть готовыми к тому, что тревога «будет тлеть», такой пациент найдет, из-за чего тревожиться.

Обсессивно-фобический вариант (связанный с опасениями, страхами, навязчивыми мыслями) диагностирован у 18 больных. При формировании обсессивной реакции тревожная мнительность была обращена на маловероятные осложнения болезни, неудачив жизни, экстремальные ситуации. Воображаемые опасности волновали больше, чем реальные. Приходя домой, больные несколько раз проверяли, закрыли ли

они дверь на ключ, и это повторялось при выходе из квартиры; постоянно проверялись наличие кошелька, сладкой еды, которую они носили с собой, и т.д. Ритуалы всегда сохраняли психологическую понятность, не сопровождались навязчивым счетом.

Ипохондрический тип отношения к болезни – «уход в болезнь» – установлен у 50 пациенток, которые стремились постоянно рассказывать о своих ощущениях медицинскому персоналу, окружающим, преувеличивали неприятные ощущения в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Отмечались сочетание желаний лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур. Пациентки и члены их семей получали рациональную информацию о заболевании и адекватные рекомендации. Ипохондрик надоедает семье непрерывными жалобами, и родственники стремятся отправить его к медицинским работникам: «раз болеешь, так и лечись...». Пациент с ипохондрическим типом отношения к болезни и медицинские работники обречены на взаимное многолетнее сотрудничество. «Хорошо» такому пациенту не бывает никогда, на его благодарность рассчитывать не приходится. Программы лечения, реабилитации такие больные выполняют, нередко придавая им причудливый облик («это я прочитал ...», «это мне подсказали ...»).

Сенситивный тип отношения к болезни диагностирован у 32 женщин, которых отличали чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые они могут произвести на окружающих, опасения, что окружающие станут жалеть их, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться к ним, распускать неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с ними. Характерны: боязнь стать обузой для близких людей; страх неблагоприятного отношения с их стороны; колебания настроения, связанные главным образом с межличностными контактами. К таким пациентам необходимо проявлять «материнское» отношение, помогая приобрести им уверенность в выздоровлении.

Эгоцентрический тип отношения к болезни – «болезнь напоказ», поиски выгод в связи с болезнью – чаще отмечались у лиц с истерическими чертами характера. Наблюдали выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием, требования исключительной заботы о себе в ущерб другим делам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводились на себя. Для таких пациентов характерна эмоциональная нестабильность. Работу с ними рекомендуется строить официально, по типу «взрослый – взрослый».

Известный психолог А. Маслоу (1968) писал: «На горизонте брезжит новое представление о человеческой болезни и человеческом здоровье – психология, которая вызывает такое волнение и обещает столько прекрасных возможностей, что я уступаю искушению представить ее публично до того, как она проверена и подтвердилась, до того, как она может быть названа основательным

научным знанием». Он выделял следующие фундаментальные потребности: 1) физиологические (органические) потребности в пище, воде, сне, отдыхе, сексе – их называют базовыми, первичными; 2) потребность в безопасности, самозащите: гарантированная работа с оптимальной заработной платой; социальное страхование; пенсионное обеспечение; стабильное положение в обществе; 3) потребность в принадлежности и любви, стремление находиться рядом с людьми, быть признанным и принятым ими; человек нуждается в общении с себе подобными, в эмоциональной поддержке, привязанности; 4) потребность в уважении, самоуважении, стремление к реализации своих способностей, достижению высокого уровня личностного развития (саморазвитие – творческое отношение индивида к самому себе, создание им самого себя в процессе активного воздействия на внешний и свой внутренний мир с целью их преобразования); 5) потребности самоактуализации (развитие способностей): «Я представляю себе самоактуализировавшегося человека не как обычного человека, которому что-то добавлено, а как обычного человека, у которого ничто не отнято».

В группе обследованных был проведен опрос о степени реализации физиологических потребностей с оценкой от 0 до 100%. Установлено, что физиологические (базовые) потребности по А. Маслоу – в пище, воде, сне, отдыхе, сексе – были реализованы на 90, 100, 80, 60 и 40% соответственно; потребность в безопасности, самозащите – на 50%; потребность в принадлежности и любви – на 48%; потребность в уважении, самоуважении, в реализации своих способностей, достижении высокого уровня личностного развития – на 55%; потребность в самоактуализации – на 56%. Желание вкусно поесть возникает не в связи с чувством голода, а провоцируется влечением к удовольствию, и появление аппетита связано с сексуальной неудовлетворенностью, усталостью, недомоганием собой (5).

У большинства пациентов, страдающих избыточной массой тела и ожирением, наблюдаются психологические нарушения пищевого поведения, способствующие усилению влечения к пище.

Пищевое поведение человека психологически полифункционально. Самая простая форма пищевого поведения – прием пищи для удовлетворения потребности организма в питательных веществах и энергии. При других формах пищевого поведения еду рассматривают как средство:

- поощрения и награды (особенно часто – в детском возрасте);
- компенсации, замещения неудовлетворенных потребностей (в общении, сексе);
- релаксации, разрядки нервно-психического напряжения при сильном нервно-психическом напряжении (организм уменьшает состояние напряжения, увеличивая энергетические ресурсы путем избыточного потребления пищи);
- познания (процесс принятия пищи всегда включает в себя познавательный компонент, в результате которого анализаторы – зрительный, вкусовой, обонятельный – оценивают внешний вид пищи, ее пищевую ценность и вкусовые качества);

- поддержания определенного стереотипа питания или пищевой привычки, национальных, семейных традиций, ритуалов и привычек (например, привычка утром пить кофе, чрезмерно солить пищу, читать во время еды);
- удовлетворения определенной эстетической потребности (например, употребление кондитерских изделий, пользование красивыми столовой посудой и приборами);
- коммуникации – еда вместе с родственниками, коллегами;
- самоутверждения: пищевое поведение в этом случае направлено на повышение самооценки личности; выбирают экзотические, наиболее изысканные и дорогие блюда, активно посещают рестораны; это тесно связано с неадекватным представлением о престижности пищи и соответствующей «солидной» внешности;
- защиты: избыточное потребление пищи, а вслед за этим – изменение внешности могут служить средствами избавления от нежелательного супружества, защитой от спортивного соперничества или средствами алиби при неудачах в социальных отношениях и жизни (8).

Таким образом, пищевое поведение человека не только направлено на обеспечение организма полезными и энергетическими веществами, но и выполняет самые разнообразные функции, причем у каждого отдельного индивидуума эти функции всегда интегрируются. К изменению пищевого поведения и его нарушению могут приводить психотравмирующие ситуации, которые в большинстве случаев воздействуют

не по отдельности, а комплексно. Это такие психические травмы, как неудовлетворенность семейными отношениями, сексуальное, психологическое и физическое насилие. По некоторым национальным и семейным пищевым традициям, избыточная масса тела и ожирение свидетельствуют не только о хорошем аппетите, но и о здоровье, являются признаком солидности, социального благополучия. Наконец, РПП могут возникать при неправильном воспитании как по типу гиперопеки, т.е. преувеличенной заботы о здоровье ребенка, так и по типу неприятия. Как видим, на пищевое поведение человека влияет множество психосоциальных факторов.

У 69,5% пациентов ведущую роль в развитии РПП, избыточной массы тела и ожирения играли психотравмирующие ситуации, среди которых преобладали неудовлетворенность семейными отношениями (в 25,7% случаев), неустроенность личной жизни (у 19% обследованных), смерть близких (у 4,1%), развод (у 7,4%), ревность (у 4,1%), конфликты на производстве (у 16,5%), неудовлетворенность работой (у 6,7%) и недовольство собой, сниженная самооценка (у 16,5%). Согласно полученным данным, наибольший процент психотравмирующих ситуаций приходится на сферу семейно-бытовых отношений, причем ведущее значение имеет неудовлетворенность семейными отношениями (у 25,7% респондентов).

Сестринская диагностика в отличие от врачебной во многом является психологической. Установив контакт с женщинами с РПП, оценив их психологические особенности и вариант их личностного реагирования на болезнь, медсестра окажет неоценимую помощь врачу.

Литература

1. Вассерман Л.И., Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова и др. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие. – СПб., 2005. – 32 с.
2. Вознесенская Т.Г. Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция // Ожирение /Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – С. 234–271.
3. Егорова А.Ю. К вопросу о феноменологии пищевых аддикций // Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции (соматические и наркопсихиатрические аспекты). Материалы 2-го междисциплинарного конгресса с международным участием. – СПб., 2008. – 203 с.
4. Личко А.Е., Иванов И.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова. – 1980; 8: – С. 1195–1198.
5. Лобин К.В. Структура личности женщин, страдающих алиментарным ожирением (в связи с задачами психотерапии). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006. – 16 с.
6. Сидоров П.И., Парняк А.В. Клиническая психология. Учебник. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2008. – 880 с.
7. Симаненков В.И. Актювая речь на III конгрессе терапевтов Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа «Психосоматические проблемы заболеваний внутренних органов. Взаимоотношения между больным и врачом». Ч. 2 // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2004; 2: 8–12.
8. Фролова Е.В. Проблемы питания семьи с позиций общественного здравоохранения // Росс. семейный врач. – 2001; 2: 27–32.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH EATING DISORDERS

O.I. Salmina-Khvoostova, MD; I.S. Salmina

Novokuznetsk State Institute for Postgraduate Training of Physicians, Russian Agency for Health Care

The attitudes towards the disease were studied in 304 patients with food addiction associated with exogenously

constitutional obesity. Stressful situations were found to play the leading role in the development of eating disorders, overweight, and obesity; dissatisfaction of family relations was of great importance.

Key words: food addiction, obesity, attitudes towards disease, maintenance (essential) needs after A. Maslow, stressful situations.