

## **Прогноз состояния пациентов при нарушениях пищевого поведения на основании катамнестического наблюдения**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Нарушения пищевого поведения (НПП) представляют собой феноменологически родственную группу состояний, объединенных сверхценным отношением к собственной внешности (определяющим самооценку индивида), болезненным опасением избыточной массы тела, искажением образа собственного тела и экстремальными методами контроля массы и/или формы тела (самовызывание рвоты, прием мочегонных, слабительных средств, либо препаратов, обладающих катаболическим действием, чрезмерные диетические ограничения вплоть до полного отказа от еды, изнуряющие физические нагрузки). К этой группе расстройств относят нервную анорексию (НА), нервную булимию (НБ) и компульсивное переедание (КП). Для НПП характерны выраженные биологические (полиорганная недостаточность, атрофия мозга и внутренних органов, бесплодие и пр.) и психосоциальные последствия: высокая психиатрическая коморбидность, отстраненность от активной социальной жизни, высокая вероятность смертельных исходов (до 20% при наблюдении до 20 лет), обусловленная как суицидальным риском, так и соматическими осложнениями и пр., наблюдаемые на протяжении многих лет с момента постановки диагноза. Проведенные нами ранее исследования по оценке особенностей пищевого поведения в белорусской популяции [4-5], разработка и оценка эффективности новых диагностических технологий при НПП (психометрические шкалы, оценка эндотоксемии, оксидантного статуса) [6-7, 16], позволили организовать комплексную этапную структурированную систему лечебных мероприятий для таких пациентов. Она включает нормализацию метаболических нарушений и коррекцию статуса питания (пищевая реабилитация), психотерапевтические вмешательства, имеющие цель прекращения дезадаптивного пищевого поведения для контроля внешности; восстановление личностной и поведенческой автономии пациентов (индивидуальная, групповая, семейная формы психотерапевтической работы), а также действия, направленные на предотвращение рецидивов состояния.

Современные эпидемиологические данные [15] свидетельствуют лишь об относительно благоприятном прогнозе при НПП, причем при нервной булимии он существенно лучше. Принято считать, что критериев выздоровления при НА достигает порядка 50% пациентов, у 30% отмечается улучшение, но они продолжают избегать нормализации собственного веса, а у оставшихся 20% прогноз неблагоприятный. Даже при благополучном исходе нервной анорексии у значительного количества пациентов сохраняются на протяжении длительного времени остаточные клинические признаки расстройства, касающиеся избыточного беспокойства в отношении

фигуры, массы тела, пищевых предпочтений, сопутствующие психиатрические проблемы такие как дистимия, социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, зависимость от психоактивных веществ. Имеются указания на то, что в качестве благоприятных прогностических факторов при нервной анорексии следует учитывать раннее начало расстройства и короткую его продолжительность, а среди неблагоприятных – длительный анамнез болезни, более поздний возраст манифестации, тяжелую потерю массы тела, наличие в структуре симптоматики феноменов переедания и самовызывания рвоты, а также трудности в социальном взаимодействии. Нервная булимия, несмотря на более благоприятный прогноз, имеет отчетливую тенденцию к затяжному течению. Даже в катамнестическом наблюдении продолжительностью 5-10 лет у 30-50% пациентов отмечаются отчетливые признаки расстройства. К настоящему времени нет основания говорить о надежных прогностических предикторах при нервной булимии. В то же время худший прогноз отмечался при наличии в детстве ожирения, пониженной самооценке и сопутствующих расстройствах личности, а также депрессии.

Принимая во внимание тот факт, что реализация терапевтических стратегий в отношении таких больных занимает в среднем от полугода до нескольких лет, оценку эффективности комплекса диагностических и лечебных вмешательств целесообразно производить на основании длительного наблюдения. Этот факт, с одной стороны, существенно усложняет проведение обширных исследований в отношении оценки факторов риска и эффективности лечебных мероприятий, с другой,-делает их чрезвычайно ценными в практическом плане. Разнообразие взглядов исследователей в отношении прогноза состояния пациентов с НПП объясняет актуальность таких исследований, особенно в случае их лонгитудинального характера. Целью настоящего исследования было: (1) оценить динамику значимых клинико-психологических маркеров НПП в процессе катамнестического наблюдения пациентов, страдающих НПП; (2) выделить факторы, влияющие на характер прогноза состояния пациентов, страдающих НА и НБ.

#### Материал и методы

В лонгитудинальном исследовании (продолжительностью от 9 до 131 месяца) приняло участие 33 пациентки, страдающих НПП (нервная анорексия, n=22; нервная булимия, n=11). К моменту катамнестического наблюдения средний возраст обследованных составил 21,64 (d=5,46) года с диапазоном от 13 до 41 года. Все включенные в исследование больные имели равную возможность получать комплексную специфическую терапию в стационарных и амбулаторных условиях, причем эту помощь оказывала постоянная команда специалистов (психиатр, клинический психолог, психотерапевт) и подтвердили свое согласие на участие в исследовании. Процедуры обследования всего контингента были унифицированными и включали следующие пункты:

- оценка антропометрических показателей с вычислением величины индекса массы тела (ИМТ= вес(кг)/рост(м<sup>2</sup>));

- объективная оценка специфической психопатологической симптоматики, свойственной нарушениям пищевого поведения (выполнялась лично автором статьи) на основании Полуструктурированного клинического интервью для оценки нарушений пищевого поведения (EDE, Eating Disorders Examination) (шкалы: «Ограничения в еде», «Беспокойство о еде», «Беспокойство о фигуре», «Булимия») [11];
- пакет психометрических тестов для субъективной оценки респондентами особенностей пищевого поведения и сопутствующих факторов. Он включал: скрининговый Опросник пищевых предпочтений (ОПП-26) (шкалы: «Нарушение пищевого поведения», «Самоконтроль пищевого поведения», «Озабоченность образом тела» и «Социальное давление в отношении пищевого поведения») [6]; Опросник «голодного поведения» (шкалы: «Манеры поведения», «Запасание пищи» и «Манипуляция с продуктами питания») [2]; Опросник Образа собственного тела-ООСТ [7]; шкала оценки уровня удовлетворенности/неудовлетворенности собственным телом (ШУСТ) и отдельными его частями-(шкала Лайкерта от «0»-полностью удовлетворена до «6»-полностью не удовлетворена); Опросник психосоциальных факторов (PRFQ), способствующих развитию ННН (субшкалы: «беспокойство о внешности», «влияние средств массовой информации в отношении похудения», «социальное давление в отношении похудения», «восприятие физического облика» [19], опросник самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М.Прихожан [1]; вопросы, ориентированные на оценку аффективных, когнитивных и поведенческих спутников пищевого поведения. Эти вопросы отражают уровень субъективной значимости веса и формы тела (шкала Лайкерта от «0»-абсолютно безразлично до «6»-крайне важно); частоту взвешивания («1»-1 раз в неделю и чаще, «2»-несколько раз в месяц, «3»-1 раз в месяц и реже, «4»-несколько раз в год, «5»-крайне редко); необходимость следовать диетам, для того, чтобы контролировать свой вес («1»-да, «2»-нет); а также частоту использования диет («1»-никогда, «2»-1 раз в год, «3»-несколько раз в год, «4»-1 раз в месяц, «5»-практически постоянно).
- оценка качества жизни пациентов производилась на основании опросника SF-36 [18]. 36 пунктов опросника SF-36 сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (Physical Functioning-PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning-RP), интенсивность боли (Bodily pain-BP), общее состояние здоровья (General Health-GH), жизненная активность (Vitality-VT), социальное функционирование (Social Functioning-SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional-RE) и эмоциональное благополучие (Emotional well-being, Mental Health-MH). Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100 баллов таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ, а балльная оценка «100» соответствует «полному здоровью». Указанные выше шкалы формируют два интегративных показателя: «физический

компонент здоровья» (PhPH) и «психологический компонент здоровья» (MhMH).

· Оценка выраженности психопатологической симптоматики производилась на основании Опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) [8]. Шкала SCL-90-R позволяет оценивать паттерны психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Методика содержит 90 вопросов, на которые обследуемые дают ответы по пятибалльной шкале, где 0 соответствует «совсем нет», а 4 – «очень сильно». Ответы на пункты шкалы интерпретируются с учетом принадлежности к одной из шкал симптомов: соматизации – (SOM), обсессивности-компульсивности (O-C), межличностной сензитивности (INT), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), паранояльных тенденций (PAR), психотизма (PSY), и дополнительных симптомов (Add), имеющих важное клиническое значение и не относящихся ни к одному из вышеуказанных пунктов. В частности, последний пункт включает вопросы, «чувствительные» к симптоматике нарушений пищевого поведения, например, плохой аппетит, переедание, мысли о смерти, чувство вины. Указанные шкалы формируют обобщенные индексы дистресса: общий индекс тяжести (GSI) – эффективный индикатор тяжести настоящего состояния и глубины расстройства; индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI).;

Статистические процедуры учитывали характер распределения данных, связанный характер исследованных групп. Обработка производилась с использованием статистического пакета SPSS 11.0.

Результаты и обсуждение

За время катамнестического наблюдения отмечено статистически значимое ( $p=0,0012$ ) увеличение величины ИМТ, причем преимущественно за счет возрастания нижнего квартиля распределений значений признака. Так, значения 25-го перцентиля ИМТ увеличились от 15,79 до 17,86 кг/м<sup>2</sup>. Это свидетельствует о том, что доля «опасных» в клиническом отношении градаций значений относительного роста-весового коэффициента существенно уменьшилась.

Проводимые нами терапевтические вмешательства по: 1) коррекции искаженного характера восприятия собственной внешности, 2) уменьшению его влияния на самооценку и 3) поиску альтернативных источников, определяющих собственную значимость индивида, позволили в процессе катамнестического наблюдения констатировать достоверное ослабление выраженности сверхценного отношения к массе и форме тела. В частности, субъективная оценка значимости массы тела перестала иметь характер сверхценного довлеющего влияния (критерий Вилкоксона для зависимых выборок:  $p=0,0057$ ; первичное обследование: медиана 4 балла, интерквартильный размах 3-5 баллов; катамнестическое наблюдение: медиана 3 балла, интерквартильный размах 2-4 балла). Аналогично, субъективная значимость формы тела стала более гармоничной (критерий

Вилкоксона для зависимых выборок:  $p=0,0079$ ; первичное обследование: медиана 5 балла, интерквартильный размах 4-5 баллов; катамнестическое наблюдение: медиана 4 балла, интерквартильный размах 3-5 балла). Комплексный характер вмешательств позволил скорректировать принципиально значимый психосоциальный конструкт – искажения образа собственного тела (критерий Вилкоксона для зависимых выборок:  $p=0,0013$ ; первичное обследование: медиана 19,5 балла, интерквартильный размах 13-27 баллов; катамнестическое наблюдение: медиана 10 баллов, интерквартильный размах 5-24 балла). Проводимая система терапевтических и реабилитационных мероприятий позволила добиться увеличения степени удовлетворенности (ШУСТ) туловищем в целом (критерий Вилкоксона:  $p=0,037$ ) и верхней частью тела у пациенток в частности (критерий Вилкоксона:  $p=0,053$ ). Как известно, степень неудовлетворенности собственной внешностью имеет тенденцию длительно сохраняться после начального этапа лечения на протяжении длительного периода наблюдения. Этот оценочный компонент образа собственного тела может служить одним из факторов, ответственных за обострения расстройства.

Нарушения пищевого поведения имеют выраженную социальную опосредованность. В структуре одного из завершающих этапов психотерапевтической работы с НПП важное место принадлежит формированию устойчивости в отношении социальных влияний, которые могут вызвать обострение симптоматики (например, замечаниям в отношении внешности, влиянию образов, предоставляемых СМИ и пр.). Для оценки подверженности индивидов прессингу психосоциальных влияний был использован Опросник психосоциальных факторов. В процессе катамнестического наблюдения было отмечено достоверное уменьшение влияния СМИ в отношении внешности ( $p=0,044$ ).

Значимым психологическим феноменом, вовлеченным в развитие и поддержание нарушений пищевого поведения, является дефицитарная самооценка наряду с неадекватно завышенным уровнем притязаний. В процессе нашего наблюдения у пациентов не отмечалось достоверных изолированных изменений этих конструктов (методика Дембо-Рубинштейн в модификации А.М.Прихожан). Однако важно отметить, что разрыв между уровнями притязаний и самооценки, свидетельствующий в пользу актуальных невротических механизмов, в процессе работы с такими пациентами достоверно уменьшился (критерий Вилкоксона:  $p=0,0099$ ) за счет уменьшения верхнего и нижнего квартиля распределения значений. Это свидетельствует о том, что проводимые лечебные мероприятия прямым и косвенным путями способствовали формированию адекватного уровня самооценки, соразмерной системе притязаний индивида.

Когнитивно-бихевиоральный подход к пониманию НПП требует восстановления регулярного стиля питания, ликвидации диетических ограничений и коррекции поведенческих стереотипов, поддерживающих дезадаптивное пищевое поведение. Последние носят, как правило, характер компульсивных проявлений. Проводимые нами вмешательства позволили

уменьшить приверженность пациенток с НПП диетическим ограничениям (критерий Вилкоксона:  $p=0,00044$ ; первичное обследование: медиана 5 баллов, интерквартильный размах 4-5 баллов; катамнестическое наблюдение: медиана 1,5 балла, интерквартильный размах 1-3,5 балла). Выявлена тенденция ослабления выраженности компульсивного стремления к перепроверке массы тела (критерий Вилкоксона:  $p=0,053$ ).

Оценка выраженности общей и специфической психопатологической симптоматики при нарушениях пищевого поведения. Динамика выраженности феноменологических проявлений отклоняющегося пищевого поведения на основании субъективных оценок пациенток (ОПП-26) в процессе катамнестического наблюдения представлена в таблице 1.

Таблица 1

Величина общего балла ОПП-26 и его факторов в процессе катамнестического наблюдения пациенток, страдающих нарушениями пищевого поведения

	Параметры оценки	Медиана	Интерквартильный отрезок
Первичные оценки	ОПП-26 (общий балл)	31	19-37
	«Нарушение пищевого поведения»	14	7-20
	«Самоконтроль пищевого поведения»	8	4-11
	«Озабоченность образом тела»	8	2-12
	«Социальное давление в отношении пищевого поведения»	4	0-6
Катамнестическое наблюдение	ОПП-26 (общий балл)	8	3-15
	«Нарушение пищевого поведения»	2	0-7
	«Самоконтроль пищевого поведения»	3	2-6
	«Озабоченность образом тела»	1	0-5
	«Социальное давление в отношении пищевого поведения»	0	0-2

Оценка достоверности различий показателей отдельных шкал и суммарного балла ОПП-26 в процессе катамнестического наблюдения производилась по критерию Вилкоксона для зависимых выборок (таблица 2). Отмечена достоверная редукция дезадаптивных проявлений пищевого поведения по всем анализируемым факторам и всей шкале в целом.

Таблица 2

Достоверность различий выраженности симптоматики отклоняющегося пищевого поведения по ОПП-26 в процессе катамнестического наблюдения (критерий Вилкоксона)

Параметры оценки	p
ОПП-26 (общий балл)	0,00023
«Нарушение пищевого поведения»	0,00052
«Самоконтроль пищевого поведения»	0,00038
«Озабоченность образом тела»	0,0049
«Социальное давление в отношении пищевого поведения»	0,0031

«Встречный» (объективный) характер оценки симптоматики производился на основании Полуструктурированного клинического интервью для оценки нарушений пищевого поведения (EDE) (таблица 3).

Таблица 3

Величина суммарного балла EDE и его факторов в процессе катamnестического наблюдения пациенток, страдающих нарушениями пищевого поведения

	Параметры оценки	Медиана	Интерквартильный отрезок
Первичные оценки	EDE (общий балл)	3,58	2,58-4,05
	«Ограничения в еде»	3,0	2,6-4,2
	«Беспокойство о еде»	2,8	2,0-3,2
	«Беспокойство о фигуре»	3,75	2,63-4,5
	«Беспокойство о весе»	3,8	3,4-5,0
	«Булимия»	3,17	1,83-4,0
Катamnестическое наблюдение	EDE (общий балл)	2,26	0,65-3,01
	«Ограничения в еде»	2,0	0,6-3,2
	«Беспокойство о еде»	1,0	0-2,8
	«Беспокойство о фигуре»	1,88	0,88-3,0
	«Беспокойство о весе»	2,2	0,9-3,6
	«Булимия»	1,17	0,33-2,67

Достоверность различий по критерию Вилкоксона для всей шкалы и ее отдельных факторов приведена в таблице 4. Таким образом, имеет место облегчение выраженности специфической симптоматики нарушений пищевого поведения. Важно отметить увеличение степени корреляционной связи между субъективной оценкой самого пациента и оценкой симптоматики со стороны врача на протяжении катamnестического наблюдения. Величина коэффициента корреляции Спирмена между суммарными баллами ОПП-26 и EDE в момент первичной оценки состояния составил +0,53,  $p=0,0062$ , а на этапе катamnестического наблюдения +0,88,  $p<0,0001$ . Это свидетельствует об увеличении степени приверженности пациентов плану и процессу лечения (комплаентность) и является абсолютно необходимым для организации адекватного терапевтического альянса.

Таблица 4

Достоверность различий выраженности симптоматики нарушений пищевого поведения (EDE) в процессе катamnестического наблюдения (критерий Вилкоксона)

Параметры оценки	p
EDE (общий балл)	0,0045
«Ограничения в еде»	0,017
«Беспокойство о еде»	0,010
«Беспокойство о фигуре»	0,0076
«Беспокойство о весе»	0,0048
«Буллимия»	0,0077

Нами ранее был изучен феномен «голодного поведения», под которым понимается своеобразие пищевых предпочтений и стиля питания, наблюдаемое у людей как следствие предшествовавших ограничений в питании. Эмпирически нами был составлен опросник голодного поведения, факторная структура которого позволила оценить следующие феномены: «Манеры поведения», «Запасание пищи» и «Манипуляция с продуктами питания». Указанные характеристики, как правило, сохраняются на протяжении длительного времени по окончании периода выраженных ограничений в питании. Мы оценили различия в выраженности феноменов «голодного поведения» в длиннике катamnестического наблюдения (табл. 5).

Таблица 5

Выраженность феноменологии «голодного поведения» в процессе катamnестического наблюдения за пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения

	Параметры оценки	Медиана	Интерквартильный отрезок
Первичные оценки	Общий балл	32,0	19,0-39,0
	«Манеры поведения»	5,5	2,0-9,0
	«Запасание пищи»	12,0	8,0-16,0
	«Манипуляция с продуктами питания»	11,0	5,0-17,0
Катamnестическое наблюдение	Общий балл	19,0	16,0-33,0
	«Манеры поведения»	3,0	1,0-5,0
	«Запасание пищи»	11,0	6,0-14,0
	«Манипуляция с продуктами питания»	10,0	5,5-14,0

Как видно из таблицы 5, отдельные феномены «голодного поведения» претерпевают разную степень изменчивости, но в целом они достаточно ригидны (табл. 6). Это подтверждает высказанное нами ранее предположение о том, что проявления «голодного поведения» могут являться косвенными маркерами дезадаптивного стиля питания при ретроспективной оценке.

Таблица 6

Достоверность различий выраженности феноменов «голодного поведения» в процессе катamnестического наблюдения (критерий Вилкоксона)



Параметры оценки	p
Общий балл	0,046
«Манеры поведения»	0,033
«Запасание пищи»	0,040
«Манипуляция с продуктами питания»	0,22

Оценка выраженности психопатологической симптоматики в процессе катamnестического наблюдения. Известная психиатрическая коморбидность при НПП (зачастую маскирующая сами первичные проявления расстройства) анализировалась на основании Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R. Динамика профилей симптоматики по основным шкалам (соматизация (SOM), обсессивно-компульсивные расстройства (O-C), межличностная сензитивность (INT), депрессия (DEP), тревожность (ANX), враждебность (HOS), фобическая тревожность (PHOB), паранояльные симптомы (PAR), психотизм (PSY), дополнительные симптомы (ADD)) представлена на рисунке 1. Данные контрольной группы представлены на основании выборки стандартизации (студенты, n=500). Различия по отдельным кластерам психопатологической симптоматики у больных НПП в начале наблюдения и в момент катamnестического наблюдения на основании критерия Вилкоксона представлены в таблице 7 (приведены только достоверные различия).

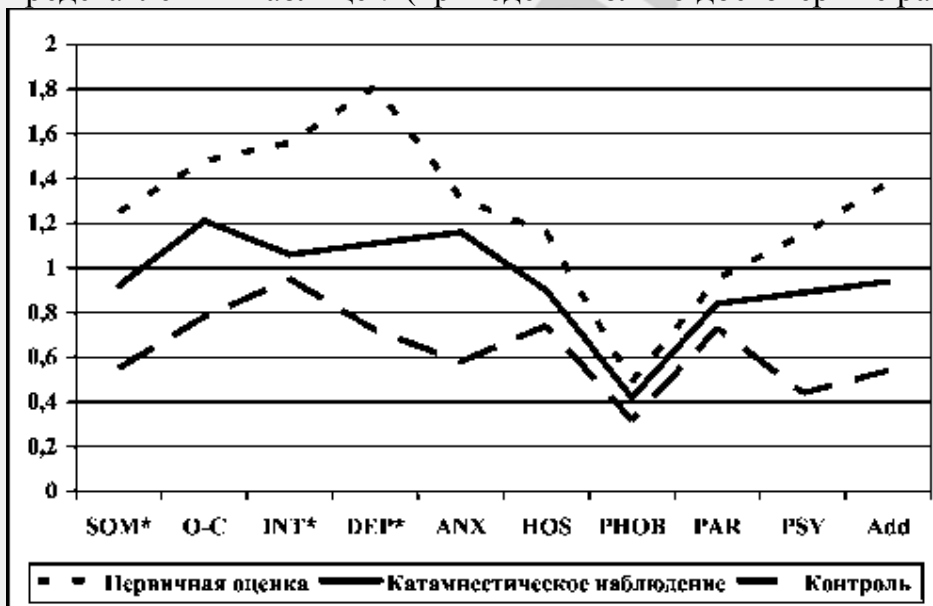


Рис.1. Профили психопатологической симптоматики в динамике катamnестического наблюдения у больных с нарушениями пищевого поведения (\*- $p < 0,05$ )  
 Рис.2. Анализ времени до наступления стабильной отчетливой положительной динамики в состоянии больных НПП (анализ Каплана-Мейера)  
 Рис.3. Различия характеристик качества жизни пациентов с нарушениями пищевого поведения в процессе катamnестического наблюдения (шкала SF-36): при отчетливом улучшении состояния (слева) и в случае отсутствия выраженной клинической динамики или существенном ухудшении состояния (справа). \*- $p < 0,05$

Таблица 7

Достоверность различий выраженности психопатологической симптоматики в процессе катамнестического наблюдения за пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения (SCL-90-R, критерий Вилкоксона)

Параметры оценки	p
Соматизация	0,0051
Межличностная сензитивность	0,011
Депрессия	0,0068
Дополнительные симптомы	0,0090
Общий балл	0,021
Общий индекс тяжести	0,021
Индекс наличного симптоматического дистресса	0,034

Как следует из рисунка 1 и таблицы 7, использованные нами технологии позволили добиться уменьшения тяжести психопатологической симптоматики у пациентов с НПП, что подтвердилось в катамнестическом наблюдении. Наиболее значимые изменения у пациентов достигнуты в отношении симптоматики (соматизация, межличностная сензитивность, депрессия), во многом предопределяющей суицидальный риск и психосоциальную дезадаптацию.

Оценка прогноза состояния пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения. Для оценки клинического прогноза состояния пациентов мы использовали шкалу Общего клинического впечатления (шкала Лайкерта от «1»-очень сильное улучшение до «7»-очень сильное ухудшение). Эти 7 пунктов были приведены к дихотомической шкале, где «1» означает улучшение или выраженное улучшение состояния, а «2»-без изменений или существенное ухудшение состояния. На момент катамнестического наблюдения 63,6% включенных в исследование пациентов имели отчетливое улучшение состояния, а у 36,4% состояние оставалось прежним, либо отмечалось ухудшение. Далее с использованием метода множительных оценок Каплана-Мейера была произведена оценка времени до наступления улучшения состояния пациентов (завершенные наблюдения) на протяжении периода катамнестического наблюдения. В качестве отправной точки временного интервала было принято время выставления диагноза при первичном обращении пациентов к специалисту в области диагностики и лечения НПП. Медиана времени выживания составила 27,15 месяца (интерквартильный размах: 24-36,46 мес.). Это означает, что за период 27,15 месяцев ожидаемый (благополучный) исход наступил у 50% участников исследования. Это соответствует указанным в литературе данным о средней продолжительности периода лечения больных с НПП. В частности, оценка пациентов, страдающих нервной анорексией, по меньшей мере через 4 года после начала расстройства показала, что хороший результат лечения отмечен у 44% больных (достигнута ожидаемая прибавка в весе – до 15% в рамках

соответствующих росто-весовых характеристик, установление регулярности менструального цикла), плохой результат (примерно у 24%) характеризовался отсутствием прибавки в весе, менструации отсутствовали или, в лучшем случае, отмечались спорадически. Около 28% исходов занимали промежуточное положение между «плохим» и «хорошим». Смертельные исходы были отмечены примерно в 5% случаев [13; 15]. Долгосрочное наблюдение за стационарированными в специализированный центр пациентами, страдающими тяжелой нервной анорексией, констатировало полное выздоровление у 76% больных, достигнутое в среднем за 79 месяцев, частичное выздоровление – у 10% (в среднем за 57 месяцев). Хронический характер течения расстройства отмечен был у 14% больных [17].

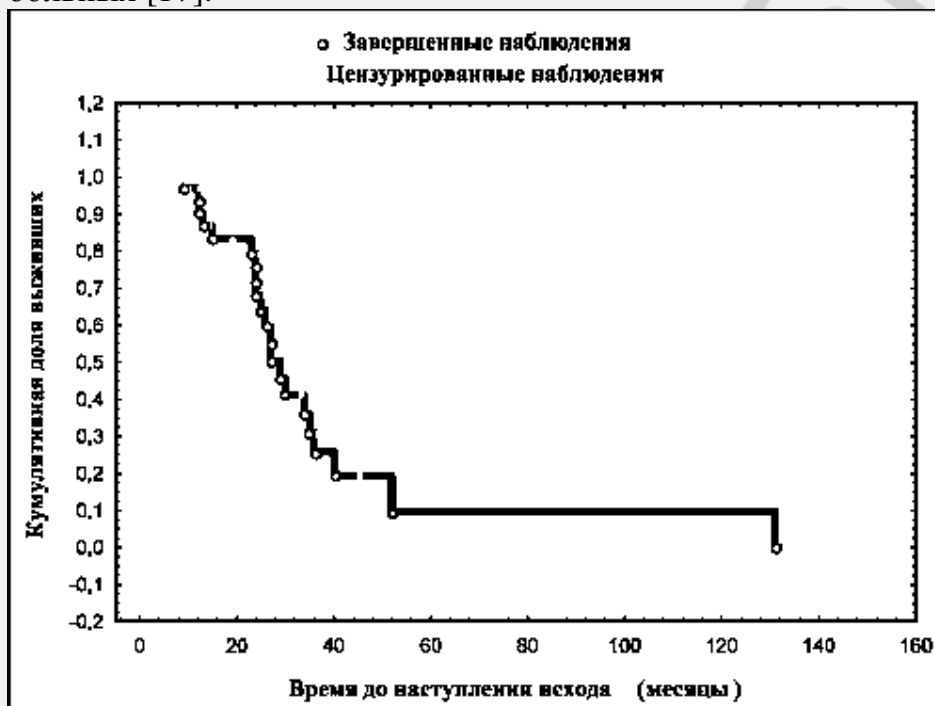


Рис.2. Анализ времени до наступления стабильной отчетливой положительной динамики в состоянии больных НПП (анализ Каплана-Мейера)

Разделение больных в процессе катамнестического наблюдения на основании общего клинического впечатления позволило оценить различия в качестве их функционирования на основании характеристик качества жизни, связанных со здоровьем (рис. 3). Оценка динамики характеристик качества жизни в процессе катамнестического наблюдения может служить, с одной стороны, интегративным показателем, отражающим различный характер прогноза состояния пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения. С другой, динамика показателей качества жизни подтверждает высказанное нами ранее [3] предположение о низком качестве жизни и глубокой степени повреждений функционирования, что отчетливо выявляется в клинической работе с таким контингентом. Следует отметить, что проводимый комплекс терапевтических вмешательств способствует практически «симметричному»

улучшению общих и интегративных характеристик качества жизни в случае положительной динамики состояния. В противном случае (рис.3 справа) происходит усугубляющееся сужение диапазона характеристик качества жизни. Достоверность различий общих и интегративных показателей качества жизни (критерий Вилкоксона) приведена в таблице 8. Чувствительной к динамике клинических проявлений характеристикой качества жизни оказалось ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP). В изученных нами противоположных вариантах клинических исходов ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, существенно улучшается при благополучной клинической динамике и имеет обратную закономерность при неблагоприятном профиле изменения состояния пациенток с НПП.

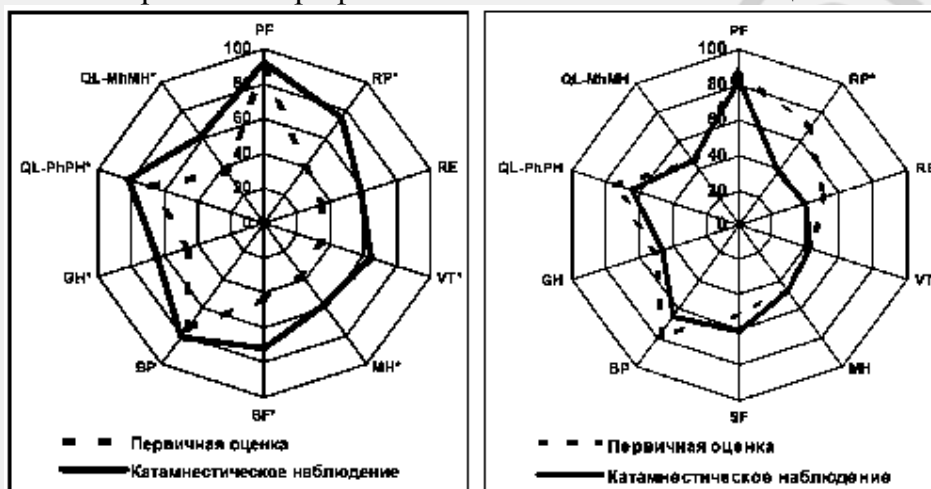


Рис.3. Различия характеристик качества жизни пациентов с нарушениями пищевого поведения в процессе катamnестического наблюдения (шкала SF-36): при отчетливом улучшении состояния (слева) и в случае отсутствия выраженной клинической динамики или существенном ухудшении состояния (справа). \*- $p < 0,05$

Таблица 8

Достоверность различий выраженности психопатологической симптоматики в процессе катamnестического наблюдения за пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения (SCL-90-R, критерий Вилкоксона)

Параметры оценки	Шкала общего клинического впечатления	
	«Отчетливое улучшение состояния»	«Без изменений или существенное ухудшение»
	p	p
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	0,0067	0,043
Жизненная активность (V1)	0,0022	>0,05
Эмоциональное благополучие (MN)	0,023	>0,05
Социальное функционирование (SF)	0,019	>0,05
Общее состояние здоровья (GH)	0,0079	>0,05
Физический компонент здоровья (PhPH)	0,0019	>0,05
Психологический компонент здоровья (MhMH)	0,0019	>0,05

Изученные в процессе исследования характеристики были включены в качестве переменных-предикторов в дискриминантный анализ (метод Уилкса) для оценки вероятности наступления указанных исходов состояний. Наилучшими предикторами прогноза состояния пациентов на основании данных первичного обследования оказались: суммарный балл ОПП-26, шкала «Беспокойство о внешности» опросника PRFQ, феномен «голодного поведения»-манипуляция продуктами питания, шкала выраженности соматизации (SCL-90-R), и степень выраженности ограничительных тенденций в пищевом поведении на основании оценки Полуструктурированного клинического интервью (EDE). На момент включения пациенток в исследование значение указанных предикторов у респонденток, относящихся к подгруппам, сравниваемым по характеру прогноза, не имело статистически значимых различий. Собственное значение канонической дискриминантной функции составило 1,96;  $1 \text{ Уилкса} = 0,34$ ;  $s^2=17,89$ ,  $p=0,003$ . Величина коэффициентов канонической дискриминантной функции для соответствующих предикторов представлена в таблице 9. Точность классификации вариантов прогноза состояния пациентов на основании указанных критериев (при обследовании на момент постановки диагноза) составила 90,5%. Это удовлетворяет высоким требованиям качества распознавания при использовании дискриминантного анализа (не менее 90% корректного распознавания), поскольку эта величина должна быть заведомо выше таковой при прогнозировании без применения статистического моделирования.

Таблица 9

Величина коэффициентов канонической дискриминантной функции для зависимой переменной исходов при нарушениях пищевого поведения

	Коэффициенты (нестандартизованные)
Соматизация	-2,56
«Ограничения в еде»	0,48
«Манипуляция продуктами питания»	0,24
Беспокойство о внешности	-0,23
ОПП-26 (суммарный балл)	0,15
{Константа}	-0,52

Наши данные о значимости, прежде всего, клинических (а не биологических) факторов (переменных) в прогнозировании характера исхода у больных с нарушениями пищевого поведения созвучны с результатами исследований, посвященных прогнозированию вероятности повторных госпитализаций у больных нервной анорексией после полного восстановления массы тела [9]. Существует точка зрения, что погоня за чрезмерно быстрыми темпами восстановления массы тела, особенно если это реализуется в отсутствие комплаентных отношений пациента и терапевтической команды, может приводить к ухудшению состояния и необходимости повторных стационаризований [14]. Увеличение же частоты госпитализаций и их продолжительности увеличивает период времени до наступления благополучного исхода расстройства.

Исследования скорости наступления ремиссии в отношении соматических, поведенческих и психологических симптомов при нарушениях пищевого поведения показали, что последние дезактуализируются намного позднее. Психологические симптомы также сохраняются дольше по сравнению с соматическими симптомами, связанными с дефицитом массы тела. В структуре психологических переживаний страх набора веса и искаженное восприятие формы тела разрешаются прежде, чем наступит облегчение навязчивых переживаний по поводу массы и формы тела. Среди поведенческих симптомов в катamnестическом наблюдении длительно сохраняются неочистительные формы компенсаторного поведения [10]. В отличие от очистительного поведения, ограничительные тенденции в питании и чрезмерные физические нагрузки с целью контроля внешности остаются актуальными на протяжении 3-7 лет [12]. Поэтому выделенные нами прогностические факторы, ориентированные, прежде всего, на клинические характеристики (ограничительные тенденции в питании, специфическая симптоматика, свойственная НПП, характеристики «голодного поведения» и пр.), могут оцениваться как валидные в отношении прогнозирования течения НПП на момент первичного обследования.

#### Выводы

1. Комплекс проводимых специализированных лечебных мероприятий для пациентов с нарушениями пищевого поведения позволил в процессе катamnестического наблюдения достигнуть следующих статистически значимых изменений: нормализация массы тела ( $p=0,0012$ ), дезактуализация сверхценного характера отношений к массе ( $p=0,0057$ ) и форме собственного тела ( $p=0,0079$ ), коррекция искажений образа собственного тела ( $p=0,0013$ );
2. Катamnестическое наблюдение позволило констатировать уменьшение выраженности следующей специфической (ОПП-26, EDE) симптоматики, характерной для нарушений пищевого поведения: приверженность диетическим ограничениям ( $p=0,00044$ ); общий балл Опросника пищевых предпочтений ( $p=0,00023$ ) (субшкалы: «Нарушение пищевого поведения»,  $p=0,00052$ ; «Самоконтроль пищевого поведения»,  $p=0,00038$ ; «Озабоченность образом тела»,  $p=0,0049$ ; «Социальное давление в отношении пищевого поведения»,  $p=0,0031$ ); общий балл EDE ( $p=0,0045$ ) (субшкалы: «Ограничения в еде»,  $p=0,017$ ; «Беспокойство о еде»,  $p=0,010$ ; «Беспокойство о фигуре»,  $p=0,0076$ ; «Беспокойство о весе»,  $p=0,0048$ ; «Булимия»,  $p=0,0077$ );
3. Характеристики феноменов «голодного поведения» в структуре отклоняющегося пищевого поведения, несмотря на достаточную ригидность, претерпевают положительную динамику в процессе оказания специализированной помощи пациентам с нарушениями пищевого поведения (опросник «голодного поведения», общий балл:  $p=0,046$ ; «Манеры поведения»,  $p=0,033$ ; «Запасание пищи»,  $p=0,040$ );
4. Катamnестическое наблюдение позволило констатировать уменьшение выраженности общей психопатологической симптоматики (SCL-90-R) при нарушениях пищевого поведения с наибольшим эффектом в отношении

соматизации ( $p=0,0051$ ), межличностной сензитивности ( $p=0,011$ ), депрессивной симптоматики ( $p=0,0068$ );

5. Эффективность использования лечебных технологий при нарушениях пищевого поведения определяется тем, что стабильный характер улучшения состояния у половины обследованных больных удалось достигнуть за период 27,15 месяцев наблюдения;

6. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием как характеристика качества жизни, связанного со здоровьем, надежно различает пациентов, страдающих НПП, с учетом характера прогноза их состояния;

7. Наилучшими предикторами (дискриминантный анализ, точность прогноза 90,5%) состояния пациентов на момент первичного обследования и постановки диагноза явились: суммарный балл ОПП-26, выраженность «Беспокойства о внешности» (опросник психосоциальных факторов), феномен «голодного поведения»-«Манипуляция продуктами питания», выраженность соматизации (SCL-90-R), и ограничительных тенденций в пищевом поведении (EDE).

Литература

1. Практикум по возрастной психологии: / Под ред. Л.А.Головей, Е.Ф.Рыбалко.-СПб.: Речь, 2001.-688 с.

2. Скугаревский, О.А. «Голодное поведение»: от доклинической феноменологии к характеристикам нарушений пищевого поведения // Медицинская панорама.-2006, №6(63).-С. 3-5.

3. Скугаревский, О.А. Качество жизни, связанное со здоровьем при нарушениях пищевого поведения // Медицинская панорама.-№11(57), 2005.-С. 7-10.

4. Скугаревский, О.А. К вопросу о здоровой телесности у белорусских девушек-подростков. Здоров ли дух в «здоровом» теле? / Охрана психического здоровья: перспективы развития в XXI веке (19 октября 2007 г., г. Гродно): материалы международной научно-практической конференции.-Гродно: ГрГМУ, 2007.-С. 137-139.

5. Скугаревский, О.А. Озабоченность формой и массой своего тела: может ли изменение стиля питания повлиять на самооценку? // Медицинская панорама.-2007.-№8(76).-С. 3-7.

6. Скугаревский, О.А., Сивуха, С.В. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.-2003.-№3.-С.41-44.

7. Скугаревский, О.А., Сивуха, С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки // Психологический журнал.-№2 (10), 2006.-С. 40-48.

8. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса.-ССб: Питер, 2001.-272 с.

9. Castro, J., Gila, A., Puig, J., et al. Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa // International Journal of eating disorders.-2004.-Vol. 36.-P. 22-30.

10. Clausen, L. Time course of symptom remission in eating disorders // International Journal of Eating Disorders.-2004.-Vol. 36.-P. 296-306.

11. Cooper, Z., Cooper, P.J., & Fairburn, C.G. The validity of the Eating Disorder Examination and its subscales // *British Journal of Psychiatry*.-1989.-Vol. 154.-P. 807-812.
12. Herpertz-Dahlmann, B.M., Wewetzer, C., Schultz, E., Remschmidt, H. Course and outcome in adolescent anorexia nervosa // *International Journal of Eating Disorders*.-1996.-Vol. 19.-P. 335-345.
13. Herzog, D.B., Nussbaum, K.M., Marmor, A.K. Comorbidity and outcome in eating disorders // *Psychiatr. Clin. North. Am.*-1996.-Vol.19.-843-859.
14. Lay, B., Jennen-Steinmetz, C., Reinghard, I., et al. Characteristics of inpatient weight gain in adolescent anorexia nervosa: relation to speed of relapse and re-admission // *European Eating Disorders Review*.-2002.-Vol. 10.-P. 22-40.
15. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision). American Psychiatric Association // *Am J Psychiatry*.-2000.-Vol.157 (1), Supplement.-39 p.
16. Skuhareuski, A. Eating disorders: oxidative stress and cytotoxicity index // *Materials of XIII World congress of psychiatry, Cairo, September 10-15, 2005, Egypt*.-P. 539.
17. Strober, M., Freeman, R., Morrell, W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study // *International Journal of Eating Disorders*.-1997.-Vol.22.-P. 339-360.
18. Ware, J.E., Jr., Sherbourne, C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36); I. Conceptual framework and item selection // *Medical Care*.-1992.-Vol.30 (6).-P.473-483.
19. Whisenhunt, B.L., Williamson, D.A., Netemeyer, R.G., et al. Reliability and validity of the psychosocial risk factors questionnaire // *Eating and Weight Disorders*.-2000.-Vol. 5.-P.1-6.