

В. В. Огоренко, В. О. Кокашинський

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

V. V. Ogorenko, V. O. Kokashynskyi

CLINICAL FEATURES OF EATING DISORDERS IN ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS

Ключові слова: тривога, депресія, тривожно-депресивні розлади, харчова поведінка, розлади харчової поведінки

Keywords: anxiety, depression, anxiety-depressive disorders, eating behavior, eating disorders

У сучасному світі неухильно збільшується кількість хворих із розладами харчової поведінки (РХП), серед яких близько 90 % — жінки. Труднощі для своєчасної діагностики та адекватної терапії РХП становлять різноманітність симптоматики, частота коморбідності патології з іншими розладами, труднощі кваліфікації виявлених симптомів і синдромів. Відомо, що в структурі тривожно-депресивних розладів можуть бути симптоми, пов'язані з харчовою поведінкою (ХП). Метою дослідження було оцінювання симптомів РХП у пацієнтів із тривожно-депресивними розладами. Обстежено 147 пацієнтів із тривожно-депресивними розладами, які були поділені на основну (82 особи) та групу порівняння (65 осіб). Проведене клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне дослідження доповнене психометричними шкалами. У обстежених виявлені клінічно значущі симптоми порушень ХП, серед яких домінувала екстернальна спрямованість ХП. Значна частина вибірки (40,2 % осіб основної групи та 36,9 % осіб групи порівняння) демонструвала незадоволеність образом власного тіла.

In the modern world, the number of patients with eating disorders (ED) is steadily increasing, among which about 90 % are women. The variety of symptoms, the frequency of comorbidity of the pathology with other disorders, the difficulty of qualifying the detected symptoms and syndromes are difficulties for timely diagnosis and adequate therapy of ED. It is known that symptoms related to eating behavior may be present in the structure of anxiety-depressive disorders. The aim of the study was to assess the symptoms of ED among patients with anxiety-depressive disorders. 147 patients with anxiety-depressive disorders were examined. The examined were divided into the main group of 82 men and a comparison group of 65 men. A clinical anamnestic, clinical psychopathological, psychodiagnostic study supplemented with psychometric scales was conducted. Among the examined, clinically significant symptoms of ED were found, among which the external orientation of eating behavior dominated. A significant part of the sample (40.2 % of the main group and 36.9 % of the comparison group) showed dissatisfaction with their own body image.

Останніми роками у сучасному світі неухильно збільшується кількість хворих із розладами харчової поведінки (РХП), з них близько 90 % — жінки. РХП зазвичай виникають у підлітковому віці, але часто не діагностуються, допоки не виникнуть ускладнення.

Відомо, що РХП — це стійкі порушення харчування або пов'язаної з ним поведінки, які призводять до змін споживання або поглинання їжі і суттєво погіршують фізичне здоров'я і психосоціальне функціонування людини. Люди, що страждають на РХП, мають супутні психічні та поведінкові розлади, психологічні проблеми.

Ризик ранньої смерті в цій групі населення є один із найвищих серед пацієнтів із психічними розладами. Він зумовлений як соматичними ускладненнями, так і проблемами з психічним здоров'ям [1; 2].

Труднощі для своєчасної діагностики та адекватної терапії РХП становлять різноманітність симптоматики, частота коморбідності патології з іншими розладами, труднощі кваліфікації виявлених симптомів і синдромів.

Відомо, що в структурі тривожно-депресивних розладів можуть бути симптоми, пов'язані з харчовою поведінкою (ХП) [3; 4].

Наявність клінічно і субклінічно виражених тривоги і депресії не тільки свідчить про ступінь вираження психічних розладів при патології ХП, а й частково зумовлює подальший перебіг захворювання [5].

Сучасні мультидисциплінарні командні підходи до лікування та реабілітації хворих на РХП визначають потребу у взаєморозумінні різних фахівців щодо інтерпретації симптоматики, визначення лікувальної та реабілітаційної тактик, вирішення терапевтичних і соціальних питань під час надання допомоги таким хворим.

Метою дослідження було оцінювання симптомів РХП у пацієнтів із тривожно-депресивними розладами.

Обстежено 147 пацієнтів із тривожно-депресивними розладами у відділенні № 7 (відділення неврозів) КП «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР. Пацієнти були поділені на основну (82 особи) та групу порівняння (65 осіб). Гендерний склад

основної групи: 21 (26 %) чоловік, середній вік — 38,19 (*SD* 11,25) років та 61 (74 %) жінка, середній вік — 42,93 (*SD* 11,09) років. Група порівняння — 19 (29 %) чоловіків, середній вік — 37,53 (*SD* 9,75) років та 46 (71 %) жінок, середній вік — 44,21 (*SD* 10,57) років. Між двома групами не виявлено статистично значущої різниці за статтю.

На момент первинного огляду в основній групі 35 (43 %) пацієнтів госпіталізовані в стаціонар первинно, 47 (57 %) — повторно; в групі порівняння первинно — 23 (35 %) пацієнти, повторно — 42 (65 %). З порівняння груп не виявлено статистично значущої різниці за цим показником.

Потрапляння в основну групу та групу порівняння було випадковим, завдяки чому забезпечувалася рандомізація. Діагностику розладів проводили відповідно до критеріїв МКХ-10.

Дослідження проведено із суворим дотриманням принципів біоетики, згідно з Гельсінською декларацією «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей», розробленою Всесвітньою медичною асоціацією, «Загальною декларацією про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)» [6; 7] і ухвалено комісією з питань біомедичної етики Дніпровського державного медичного університету (протокол № 10 від 21.06.2023 р.).

Критеріями включення в дослідження були:

- чоловіки та жінки віком 18—60 років з встановленим клінічним діагнозом: F4 — невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади;
- пацієнти, що перебували на стаціонарному лікуванні;
- наявність симптомів порушення харчової поведінки;
- усвідомлена згода особи на проведення психіатричного огляду.

Критерії виключення з дослідження:

- наявність психотичного, афективного або органічного психічного розладу;
- вік менше ніж 18 і більше ніж 60 років;
- наявність соматичної і/або неврологічної симптоматики в стадії загострення на момент дослідження;
- наявність важкої хронічної соматичної і/або неврологічної симптоматики;
- дані про наявність залежності від психоактивних речовин;
- суїцидальний ризик на момент дослідження;
- вагітність і годування груддю;
- відмова пацієнта від участі в дослідженні.

Проводили клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне дослідження, доповнене психометричними шкалами:

- анкета про стан здоров'я PHQ-9;
- опитувальник образу тіла (О. О. Скугаревський, С. В. Сивуха);
- голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ);
- тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера — Ханіна).

— методика оцінки інтегративного показника якості життя (Х. Е. Меззіч);

Статистичний аналіз проводили з використанням статистичного пакета Statistica 6.1 (StatSoftInc., Серійний № AGAR909E415822FA) та MedCalc Statistical Software trial version 22.009 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2023). Перевірку на нормальність розподілу показників проводили за допомогою критерію Шапіро — Уїлка. Для показників з нормальним типом розподілу використовували параметричні статистичні методи (середнє арифметичне та стандартне відхилення — $(M \pm SD)$ та критерій Ст'юдента для порівняння показників між групами). Для показників з типом розподілу, відмінним від нормального, використовували непараметричні статистичні методи (медіана та 1 і 3 квартилі ($Me [Q_1; Q_3]$) та критерій Манна — Уїтні для порівняння показників між групами). З огляду на наявність кількісних параметрів з типом розподілу, відмінним від нормального, кореляційний аналіз показників проводили з використанням непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена. Однорідність груп за якісними характеристиками перевіряли за критерієм хи-квадрат. Значущими вважали відмінності при статистичній значущості результату $p < 0,05$ [8].

Отримані дані після первинного огляду пацієнтів обох груп наведені в таблиці.

Дані пацієнтів при первинному огляді

Показник	Основна група (n = 82)	Група порівняння (n = 65)	p	
Вік, роки	42,5 [33,0; 51,0]	42,3 (10,5)	0,67	
ІМТ	23,6 [21,0; 29,1]	23,8 [20,8; 28,8]	0,76	
Оцінка симптомів депресії за PHQ-9, бали	17,5 [12,0; 23,0]	16,7 (5,4)	0,36	
Оцінка за опитувальником образу тіла, бали	9,5 [5,0; 18,0]	9,0 [6,0; 16,0]	0,69	
Харчова поведінка за DEBQ, бали	обмежувальна	1,7 [1,2; 2,5]	1,7 [1,3; 2,6]	0,90
	емоціогенна	1,6 [1,1; 2,2]	1,5 [1,1; 2,1]	0,79
	екстернальна	2,9 [2,1; 3,6]	2,8 [2,0; 3,4]	0,20
ІЯЖ за оцінкою пацієнта	5,7 (1,9)	6,1 (1,4)	0,41	
ІЯЖ за оцінкою лікаря	5,9 (1,7)	6,4 (1,3)	0,30	
Ситуативна тривожність, бали	60,5 [53,0; 69,5]	59,5 [52,0; 68,0]	0,53	
Особистісна тривожність, бали	58,5 [50,0; 67,0]	61,0 [48,0; 67,0]	0,98	

Примітка: ІМТ — індекс маси тіла; ІЯЖ — інтегративний показник якості життя. Дані наведено у вигляді: $Me [Q_1; Q_3]$, де Me — медіана; $Q_1; Q_3$ — верхній та нижній квартилі; та $M (SD)$, де M — середнє арифметичне, SD — середнє квадратичне (стандартне) відхилення

В результаті обстеження пацієнтів встановлено, що між пацієнтами обох груп немає статистично значущих відмінностей за показниками.

Середній вік пацієнтів всієї вибірки відповідав молодому віку за критеріями ВООЗ. Показник ІМТ відповідав нормальній масі тіла. Важкість депресивних симптомів за опитувальником PHQ-9 відповідала депресії помірної тяжкості. За опитувальником образа тіла середній бал показника демонстрував відсутність незадоволеності образом власного тіла. Показники за Голландським опитувальником харчової поведінки свідчили про відсутність обмежувальної та емоціогенної й наявність екстернальної спрямованості харчової поведінки. Рівень ситуативної та особистісної тривожності за опитувальником Спілбергера — Ханіна був високий в обох групах.

Щодо розподілу за віком, в обох групах переважали пацієнти молодого віку — 57,3 % та 58,5 % відповідно, частка пацієнтів середнього віку становила 42,7 % й 41,5 % (рис. 1).

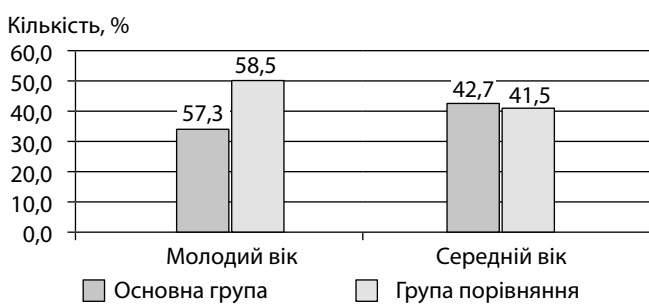


Рис. 1. Розподіл пацієнтів за віком в обох групах

Під час оцінювання пацієнтів за ІМТ встановлено, що в обох групах більшість пацієнтів (52,4 % основної групи та 50,8 % групи порівняння) мали нормальну масу тіла, у 24,4 % обстежуваних основної групи та 27,7 % групи порівняння спостерігалася надмірна маса тіла та 13,4 % та 12,3 % мали ожиріння 1 ступеня (рис. 2).

Під час оцінювання рівня депресії у пацієнтів виявлено, що 45,1 % обстежених в основній групі та 38,5 % в групі порівняння мали тяжку депресію, 20,7 % та 30,8 % — депресію помірної тяжкості, середньої тяжкості депресія спостерігалася у 19,5 % учасників основної і 21,5 % групи порівняння, легка — у 14,6 % та 9,2 % пацієнтів відповідних груп (рис. 3).

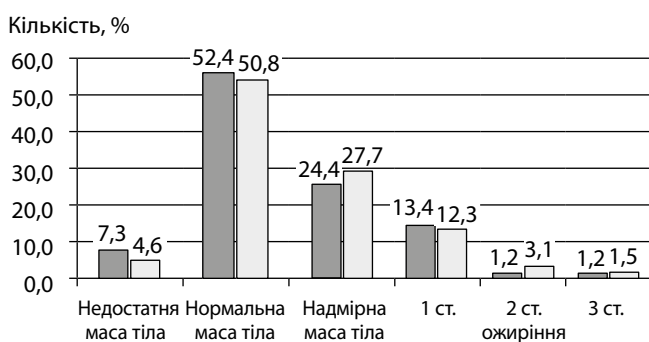


Рис. 2. Розподіл пацієнтів в групах за масою тіла

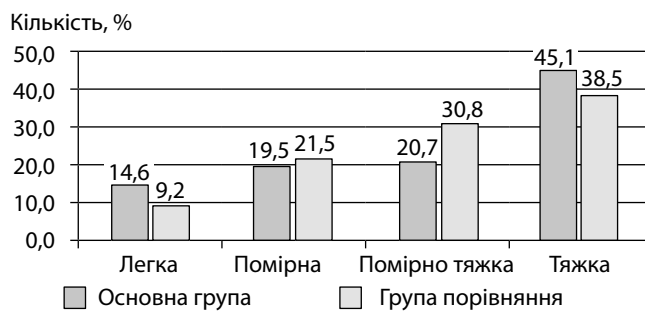


Рис. 3. Розподіл пацієнтів у групах за тяжкістю депресії

Під час оцінювання незадоволеності образом власного тіла отримані такі результати: в основній групі 40,2 % пацієнтів були незадоволені образом власного тіла, серед чоловіків — 38,1 % та 41,0 % жінок; в групі порівняння — 36,9 % обстежуваних демонстрували незадоволеність образом власного тіла — 31,6 % чоловіків та 39,1 % жінок (рис. 4).

Під час оцінювання спрямованості ХП отримані такі дані: 56,1 % пацієнтів основної групи та 50,8 % групи порівняння мали екстернальну спрямованість ХП, емоціогенна ХП спостерігалася у 34,1 % основної та 33,8 % осіб групи порівняння, обмежувальна — у 24,4 % і 27,7 % відповідно (рис. 5).



Рис. 4. Розподіл пацієнтів у групах за порушенням сприйняття образу тіла



Рис. 5. Розподіл пацієнтів за спрямованістю харчової поведінки в групах

Переважає більшість пацієнтів обох груп мали високий рівень особистісної тривожності — 90,2 % в основній та 83,1 % в групі порівняння, помірний рівень спостерігався в 9,8 % й 15,4 % відповідно і лише 1,5 % пацієнтів групи порівняння мали низький рівень тривожності. Високий рівень ситуативної тривожності переважав у всій вибірці — 92,7 %

основної та 90,8 % групи порівняння, помірний рівень визначався у 6,1 % та 9,2 % пацієнтів відповідних груп, 1,2 % пацієнтів основної групи мали низький рівень тривожності (рис. 6).

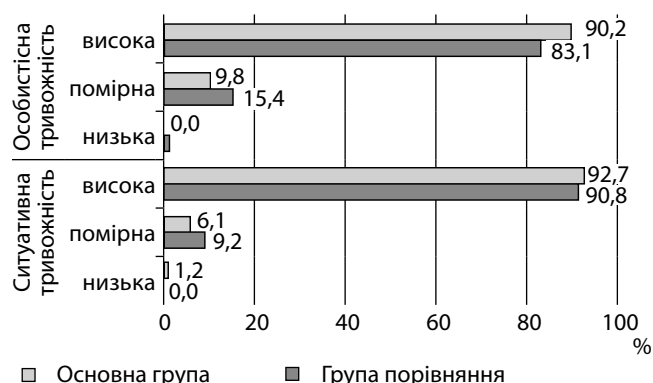


Рис. 6. Розподіл пацієнтів в групах за рівнем тривожності

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Серед обстежених були виявлені клінічно значущі симптоми порушень ХП, серед яких домінувала екстернальна спрямованість.

Значна частина вибірки (40,2 % основної групи та 36,9 % групи порівняння) демонструвала незадоволеність образом власного тіла.

Отримані результати щодо клінічних особливостей обох груп пацієнтів з огляду на вік, ІМТ, симптоми порушення ХП, невдоволеність образом власного тіла, симптоми тривоги та депресії можуть бути основою для диференційованого вибору психотерапевтичної та психотерапевтичної стратегії лікування.

Список літератури

1. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) (Version : 01/2023). URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
2. Obesity and overweight / World Health Organization. 9 June 2021. URL: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/.
3. An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders / Drieberg H., McEvoy P. M., Hoiles K. J. [et al.] // *Eating behaviors*. 2019. Vol. 32. P. 53—59. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2018.12.002.
4. Юрьева Л. Н., Шустерман Т. Й., Кокашинский В. О. Связь тревожно-депрессивных симптомов с удовлетворенностью собственным телом среди студентов-медиков // *Розлади харчової поведінки: сучасний досвід*. 2019. № 1. С. 39—41.
5. Ожиріння та розлади харчової поведінки: діагностика, профілактика і терапія : навчально-методичний посібник / Абатуров О. Є. та ін.; за ред. О. Є. Абатурова та Л. М. Юр'євої. Львів : Марченко Т. В., 2021. 268 с.
6. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. URL: <https://www.unesco.org/en/ethics-science-technology/bioethics-and-human-rights>.
7. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human sub-

jects // *JAMA*. 2013. Vol. 310, no. 20. P. 2191-4. DOI: 10.1001/jama.2013.281053. PMID: 24141714.

8. Cataldo R., Arancibia M., Stojanova J., Papuzinski C. Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: estudios observacionales con diseños transversal y ecológico // *Medwave*. 2019. Vol. 19, no.8. e7698. DOI: <https://doi.org/10.5867/medwave.2019.08.7698>.

References

1. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) (Version : 01/2023). URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
2. WHO. World Health Organization. Obesity and overweight 9 June 2021. URL: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/.
3. Drieberg H, McEvoy PM, Hoiles KJ, Shu CY, Egan SJ. An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eat Behav*. 2019 Jan;32:53-59. doi: 10.1016/j.eatbeh.2018.12.002. Epub 2018 Dec 19. PMID: 30594108.
4. Yureva L. N., Shusterman T. J., Kokashinskij V. O. Svyaz trevozhno-depressivnyh simptomov s udovletvorennostyu sobstvennym telom sredi studentov-medikov. *Rozladi harchovoyi povedinky: suchasnyj dosvid*. 2019. № 1. S. 39—41. [In Russian].
5. *Ozhirinnia ta rozlady kharchovoyi povedinky: diagnostyka, profilaktyka i terapiia: navchalno-metodychnyi posibnyk* / Abaturov O. Ye. ta in.; za red. O. Ye. Abaturova ta L. M. Yurievoyi. Lviv: Marchenko T. V., 2021. 268 s. [In Ukrainian].
6. *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. <https://www.unesco.org/en/ethics-science-technology/bioethics-and-human-rights>.
7. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013 Nov 27;310(20):2191-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053. PMID: 24141714.
8. Cataldo, Ricardo & Arancibia, Marcelo & Stojanova, Jana & Papuzinski, Cristian. (2019). Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: estudios observacionales con diseños transversal y ecológico. *Medwave*. 19. e7698. 10.5867/medwave.2019.08.7698.

Надійшла до редакції 10.01.2024

Відомості про авторів:

ОГОРЕНКО Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри*; e-mail: ogorenkov@gmail.com
КОКАШИНСЬКИЙ Віктор Олександрович, асистент кафедри*; e-mail: viltord.koka16@gmail.com

* — кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро, Україна

Information about authors:

OGORENKO Viktoriia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department**; e-mail: ogorenkov@gmail.com
KOKASHYNSKYI Viktor, Assistant of Department**; e-mail: viltord.koka16@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine