

УДК 159.9.072.42

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2024.21.1>

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СУЇЦИДАЛЬНИЙ РИЗИК

Ольга Балагурак

*Львівський національний університет імені Івана Франка,
вул. Університетська, 1, м. Львів, Україна, 79000
e-mail: olha.balahurak@lnu.edu.ua*

Дана стаття розглядає важливу та актуальну тему взаємозв'язку між розладами харчової поведінки (РХП) та суїцидальним ризиком. В ній наведена тривожна статистика про те, що нервова анорексія є другою основною причиною смерті серед людей з психічними розладами. Дослідження показують, що суїцидальна поведінка, зокрема думки про самогубство та спроби самогубства, підвищені при нервовій булімії і компульсивному розладі переїдання порівняно із загальною популяцією.

Згідно з наявними даними, від однієї чверті до однієї третини осіб, які страждають на нервову анорексію, нервову булімію або компульсивний розлад переїдання, повідомляли про думки про самогубство, а від однієї чверті до однієї третини навіть робили спроби самогубства. Такі високі показники суїцидальності серед людей із РХП є вкрай тривожними та потребують детального вивчення.

В даній статті зазначається, що РХП тісно пов'язані з іншими психічними розладами, зокрема депресією та тривогою. Крім того, перфекціонізм і негативні патерни мислення також можуть бути факторами ризику, які посилюють як симптоми РХП, так і суїцидальні тенденції. У статті також обговорюються фізіологічні та поведінкові аспекти, що можуть впливати на суїцидальність, наприклад вплив недостатнього харчування на функціонування мозку та коливання рівня цукру в крові.

Також наголошено на необхідності подальших поглиблених досліджень у цій галузі, оскільки більшість наявних наукових праць мають ретроспективний або перехресний характер, що залишає невизначеними точні терміни ризику смертності. Стаття акцентує увагу на важливості підвищення обізнаності суспільства та розробки ефективних стратегій для профілактики та лікування суїцидальної поведінки серед осіб із розладами харчової поведінки.

Загалом, ця стаття є вагомим внеском у розуміння складних взаємозв'язків між РХП та суїцидальною поведінкою. Вона привертає увагу до нагальної потреби поглиблення наукових досліджень та вдосконалення підходів до надання комплексної допомоги особам, які страждають на розлади харчової поведінки.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, нервова анорексія, нервова булімія, суїцидальний ризик, компульсивний розлад переїдання, емоційна регуляція.

Виклад основного матеріалу. Розлади харчової поведінки тісно пов'язані із проблемами із настроєм, в DSM 5 серед критеріїв є постійне переживання страху (при нервовій анорексії є страх набору ваги), також відомо, що часто разом з РХП виникає депресія, що може підсилювати симптоми РХП, і також тривога та тривожні розлади. Людям із Розладами харчової поведінки притаманні також перфекціонізм та негативні патерни мислення, і одне, і друге значно підсилює і саме РХП, і можливі супутні розлади настрою. Логічним буде подумати про те, наскільки сильним є суїцидальний ризик у людей із Розладами харчової поведінки. У 2018 році Ейпріл Сміт, Келлі Зуромські та Доріан Дод у своїй статті «Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research» повідомили, що:

– Суїцид є другою основною причиною смерті серед людей з нервовою анорексією.
– Суїцидальна поведінка підвищена при нервовій булімії і розладі переїдання порівняно із загальною популяцією.

– Від однієї чверті до однієї третини людей з нервовою анорексією, нервовою булімією або компульсивним розладом переїдання думали про самогубство.

– Від однієї чверті до однієї третини людей з нервовою анорексією та нервовою булімією робили спроби самогубства [1].

Це свідчить по-перше про те, що у людей із розладами харчової поведінки є суїцидальний ризик, і ми можемо лише припускати наскільки він великий, адже більшість досліджень у цій галузі є ретроспективними або перехресними і це залишає неясним терміни ризику смертності. Важливо, на мій погляд, враховувати також поведінкові фактори. Розлади харчової поведінки (РХП) часто спричиняють соціальну ізоляцію, що значно ускладнює перебіг захворювання та процес одужання. Причин цього може бути дуже багато: від несприйняття свого тіла до страху споживання їжі при комусь.

Однією з основних причин соціальної ізоляції є спотворене сприйняття власного тіла, характерне для багатьох людей з РХП. Вони можуть уникати соціальних ситуацій, де можливе оголення частин тіла (наприклад, пляжі, басейни), або де вони можуть бути сфотографовані, що викликає у них сильне занепокоєння та дискомфорт. Такі ситуації можуть також викликати сором за власне тіло, посилюючи негативну самооцінку.

Ще однією важливою причиною є страх споживання їжі в присутності інших людей. Для багатьох людей з РХП їжа стає джерелом тривоги та страху. Вони можуть боятися бути осудженими за свій вибір їжі, кількість з'їденого, або навіть за сам процес їжі. Це може призвести до відмови від участі в соціальних заходах, таких як сімейні обіди, зустрічі з друзями чи корпоративні вечірки. Відмова від таких заходів через страх їжі або негативну самооцінку підсилює відчуття самотності та ізоляції.

Ця ізоляція у свою чергу може посилювати депресивні стани та відчуття безнадійності, що значно збільшує ризик суїцидальних думок та поведінки. Люди, що страждають на РХП, можуть відчувати, що ніхто не розуміє їхніх проблем, або що вони не заслуговують на допомогу, що ще більше погіршує їхній емоційний стан. Важливо також враховувати, що соціальна ізоляція може стати замкненим колом: уникання соціальних контактів посилює самотність і депресію, а це у свою чергу збільшує потребу уникати соціальних ситуацій [6].

Серед інших поведінкових факторів, значимих для контексту суїцидальності, слід зауважити контроль над харчуванням. Цей контроль часто виступає не лише способом схуднення чи контролю над набором ваги, а також способом контролю емоцій. Для багатьох людей з РХП харчова поведінка стає засобом справляння з емоційним напруженням та стресом.

Наприклад, переїдання може слугувати способом зняти стрес, знизити тривожність або відволіктися від негативних думок. Коли людина відчуває надмірний тиск або перебуває у стресовій ситуації, споживання великої кількості їжі може дати тимчасове відчуття полегшення. Це явище, відоме як емоційне або стресове переїдання, часто призводить до подальшого почуття провини та сорому, що посилює емоційне пригнічення.

З іншого боку, обмеження їжі може слугувати способом відчути контроль над життям, особливо коли інші аспекти здаються неконтрольованими. Це може бути особливо виражено в ситуаціях, коли людина відчуває безсилля або безвихідь. Обмеження харчування може створювати ілюзію контролю та порядку, що тимчасово полегшує відчуття тривожності або хаосу. Проте, такі обмеження можуть призводити до фізичного та психічного виснаження, що погіршує загальний стан здоров'я і збільшує ризик суїцидальних думок.

Коли люди з РХП втрачають контроль над харчуванням, це може стати критичним моментом. Втрата контролю може бути спричинена різними факторами, такими як зовнішні обставини, емоційні зриви, або фізичне виснаження. У такі моменти наростають почуття безвиході та безсилля, що значно підвищує емоційне пригнічення. Відчуття, що вони більше не здатні контролювати свої дії, може стати нестерпним, і призвести до різкого збільшення суїцидального ризику [7].

Людам із розладами харчової поведінки (РХП) складно регулювати емоційний фон і користуватись адаптивними копінг-стратегіями для відновлення не лише через наявність психологічних переживань, але і через фізіологічні фактори. Недостатнє харчування, яке характерне для анорексії, може погіршувати функціонування мозку і спричиняти або підсилювати депресію та тривогу.

Коли організм недоотримує необхідні поживні речовини, це впливає на всі системи, включаючи нервову систему. Недостатнє споживання калорій, вітамінів і мінералів може призводити до порушень у роботі мозку. Зокрема, знижений рівень глюкози в крові, яка є основним джерелом енергії для мозку, може викликати когнітивні порушення, знижувати концентрацію уваги, пам'ять і загальний рівень функціонування мозку. Це створює додаткові труднощі у регулюванні емоцій і управлінні стресом.

Окрім того, дефіцит таких поживних речовин, як вітаміни групи В, залізо, магній і омега-3 жирні кислоти, може впливати на вироблення нейротрансмітерів, таких як серотонін і дофамін, які відіграють ключову роль у регуляції настрою. Низькі рівні цих хімічних речовин можуть сприяти розвитку депресії, тривоги і інших психічних розладів.

Також важливо враховувати, що фізичні наслідки недоїдання, такі як слабкість, втома, порушення сну, можуть знижувати здатність людини ефективно користуватись адаптивними копінг-стратегіями. Коли організм постійно знаходиться в стані стресу через нестачу поживних речовин, це погіршує здатність людини протистояти емоційним і психологічним викликам. У таких умовах навіть прості завдання можуть здаватися непосильними, що додатково посилює почуття безпорадності та безнадійності [2].

Люди з анорексією втрачають вагу скрізь, у тому числі в мозку. Їхній загальний об'єм мозку падає, а частини мозку стоншуються. Ці скорочення є дуже проблематичними, кажуть дослідники, оскільки вони припускають, що наслідки нервової анорексії руйнують клітини свого мозку або порушують зв'язки між областями мозку.

Недостатнє харчування призводить до втрати об'єму мозку, включаючи стоншення сірої та білої речовини, що є критично важливими для нормального функціонування нервової системи. Зменшення об'єму цих речовин може серйозно вплинути на когнітивні функції, зокрема на пам'ять, увагу, здатність до вирішення проблем і емоційну регуляцію.

Зменшення об'єму мозку також може впливати на області, відповідальні за емоційну регуляцію та стрес-реакції, такі як гіпокамп і префронтальна кора. Пошкодження або стоншення цих областей може ускладнити здатність людини керувати своїми емоціями, що підвищує ризик розвитку депресії та тривожних розладів. Крім того, зниження функціональності префронтальної кори, яка відповідає за прийняття рішень і контроль імпульсів, може збільшити ймовірність імпульсивної поведінки, включаючи суїцидальні дії.

Порушення зв'язків між різними областями мозку також є критичним фактором. Ці зв'язки забезпечують координацію та інтеграцію різних функцій мозку, а їхнє порушення може призвести до дезорганізації мислення та поведінки. Втрата цих зв'язків може знизити здатність до адекватного реагування на стресові ситуації, збільшуючи емоційне навантаження та почуття безвиході.

Усі ці нейрофізіологічні зміни можуть значно впливати на суїцидальний ризик серед людей з анорексією. Втрата об'єму мозку та порушення нейронних зв'язків підсилюють

психологічні та емоційні труднощі, які часто супроводжують цей розлад. Люди з анорексією можуть відчувати себе ізольованими, неадекватними, і безнадійними. Почуття власної неповноцінності та безвиході, разом із погіршенням когнітивних функцій, можуть призвести до зростання суїцидальних думок і поведінки [3].

Неконтрольоване харчування може призводити до коливань рівня цукру в крові, що своєю чергою впливає на настрій і рівень енергії. Коливання рівня глюкози в крові є важливим фактором, який може мати значний вплив на емоційний стан людини. Хоча цей фактор не можна вважати основним у контексті суїцидальності, він все ж має певний вплив на настрій, а отже, і на суїцидальний ризик.

Рівень цукру в крові безпосередньо впливає на функціонування мозку, оскільки глюкоза є основним джерелом енергії для нервових клітин. Коли рівень глюкози стабільний, мозок отримує достатню кількість енергії для нормального функціонування, що сприяє стабільному настрою і високому рівню енергії. Однак, неконтрольоване харчування, зокрема регулярні переїдання або обмеження їжі, може призводити до різких коливань рівня цукру в крові.

Коли людина споживає велику кількість цукру або вуглеводів, рівень глюкози в крові швидко підвищується. Це може викликати короточасний підйом енергії та покращення настрою, проте після цього рівень цукру може різко знизитися, що призводить до відчуття втоми, дратівливості і депресії. Такі коливання можуть викликати емоційні гойдалки, коли на зміну піднесенню швидко приходить пригнічення.

Ці емоційні коливання можуть ускладнювати здатність людини справлятися зі стресом і негативними емоціями. Люди, які переживають часті зміни настрою через коливання рівня цукру в крові, можуть відчувати себе більш вразливими до емоційних зривів. Це, в свою чергу, може посилювати почуття безвиході та безнадійності, що є факторами ризику суїцидальних думок і поведінки.

Зниження рівня енергії, спричинене коливаннями рівня глюкози, також може впливати на мотивацію і здатність до виконання повсякденних завдань. Відчуття постійної втоми може знижувати якість життя і сприяти розвитку депресивних симптомів. Коли людина постійно відчуває себе виснаженою, це може посилювати негативні емоції і знижувати здатність до адаптивного реагування на стресові ситуації.

Таким чином, хоча коливання рівня цукру в крові не є головним фактором суїцидальності, вони можуть мати непрямий вплив на настрій і емоційний стан людини, що, в свою чергу, може впливати на суїцидальний ризик [4].

У метаналізі Дебри Франко і Памели Кіл зібрано понад 40 досліджень, які стосуються розладів харчової поведінки та суїцидального ризику. Згідно огляду даних досліджень авторки дослідили, що спроби суїциду трапляються приблизно у 3–20% пацієнтів із нервовою анорексією та у 25–35% пацієнтів із нервовою булімією. Внаслідок такої невтішної статистики авторки дійшли висновку, що пацієнти з розладами харчової поведінки, особливо з супутніми захворюваннями, повинні проходити регулярне обстеження щодо суїцидальних думок, незалежно від тяжкості розладу харчової поведінки чи симптомів депресії, адже самогубство було визначено як друга найпоширеніша причина смерті в мета-аналізі 42 опублікованих досліджень смертності від нервової анорексії [5].

Ейпріл Сміт з колегами у 2018 році провели нарративний огляд наукової літератури про зв'язок розладів харчової поведінки та суїцидальності. Дослідження виявили, що особи з нервовою анорексією, нервовою булімією та розладом переїдання мають значно вищий рівень суїцидальності порівняно із загальною популяцією. Це підвищення ризику суїциду вказує на серйозні психологічні та фізіологічні наслідки цих розладів.

Зокрема, ризик суїциду стає ще вищим, якщо розлади харчової поведінки супроводжуються іншими психологічними станами, такими як депресія, тривожні розлади або

посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Коморбідність з цими розладами погіршує емоційний стан пацієнтів, посилюючи почуття безнадійності та безвиході, що можуть призвести до суїцидальних думок і спроб.

Крім того, генетичні фактори також відіграють важливу роль у схильності до розладів харчової поведінки та суїцидальності. Дослідження показують, що певні генетичні варіації можуть збільшувати вразливість до розвитку цих розладів, впливаючи на нейробіологічні шляхи, пов'язані з регуляцією настрою, емоцій та поведінки.

Порушення регуляції емоцій є ще одним ключовим фактором, який пов'язує розлади харчової поведінки та суїцидальність. Люди з цими розладами часто мають труднощі в управлінні своїми емоціями, що призводить до частих емоційних зривів та погіршення психічного здоров'я. Ці емоційні труднощі можуть сприяти розвитку суїцидальних думок, особливо коли людина відчуває себе безсилою в контролюванні своїх емоцій.

Травми та стресові життєві події, такі як фізичне або сексуальне насильство, втра-ти близьких або інші серйозні потрясіння, можуть значно підвищувати ризик розвитку як розладів харчової поведінки, так і суїцидальності. Пережиті травми можуть залишати глибокі психологічні наслідки, що призводить до розвитку нездорових копінг-стратегій, таких як розлади харчової поведінки, для справляння зі стресом та болем.

Відсутність прийнятливого ставлення до свого тіла також відіграє важливу роль у розвитку цих розладів. Негативне сприйняття власного тіла та незадоволеність своєю зовнішністю можуть призводити до погіршення психічного стану та підвищення ризику суїцидальності. Люди, які постійно відчувають незадоволення своїм тілом, можуть бути більш схильними до суїцидальних думок через постійний внутрішній конфлікт та негативні емоції.

Таким чином, значна частина ризику суїцидальності при розладах харчової поведінки зумовлена супутньою психопатологією та генетичними факторами. Проте, відсутність лонгітюдних досліджень ускладнює висновки про спрямованість чи тимчасовість цих відносин. Лонгітюдні дослідження, які відстежують зміни в стані пацієнтів протягом тривалого часу, є необхідними для точнішого розуміння причинно-наслідкових зв'язків між розладами харчової поведінки та суїцидальністю.

Враховуючи складність і багатофакторність цього зв'язку, потрібні нові методи досліджень, які могли б більш точно визначити механізми, що лежать в основі цих явищ. Це включає мультидисциплінарні підходи, що об'єднують генетичні, нейробіологічні, психологічні та соціальні аспекти, для кращого розуміння і попередження суїцидальності у людей з розладами харчової поведінки [8].

Висновки. Пацієнти з розладами харчової поведінки мають високий суїцидальний ризик. Суїцид є другою основною причиною смерті серед людей з нервовою анорексією, і значний відсоток пацієнтів із нервовою булімією та компульсивним розладом переїдання також наражаються на ризик суїцидальної поведінки.

Перфекціонізм, негативні патерни мислення, соціальна ізоляція та проблеми з емоційною регуляцією є важливими факторами, які підсилюють як розлади харчової поведінки, так і супутні психічні розлади, збільшуючи ризик суїцидальної поведінки.

Недостатнє харчування та коливання рівня цукру в крові можуть погіршувати функціонування мозку, спричиняти депресію, тривогу та негативно впливати на настрій, що також може підвищувати суїцидальний ризик.

Пацієнти з РХП, особливо ті, які мають супутні захворювання, повинні регулярно проходити обстеження на наявність суїцидальних думок. Це важливо для своєчасного виявлення та запобігання можливим суїцидальним спробам, незалежно від тяжкості розладу харчової поведінки чи симптомів депресії.

Необхідність подальших досліджень: Більшість досліджень у цій галузі є ретроспективними або перехресними, що залишає невизначеними терміни ризику смертності. Необхідні додаткові дослідження, щоб краще зрозуміти суїцидальний ризик та розробити ефективні стратегії профілактики.

Список використаної літератури

1. Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. (2018). "Eating disorders and suicidality: What we know, what we don't know, and suggestions for future research." *Current Opinion in Psychology*. Retrieved from Elsevier. doi:10.1016/j.copsyc.2018.06.011
2. Frank, G. K. W., Shott, M. E., Stoddard, J., Swindle, S., & Pryor, T. (2021). "Reward processing across the eating disorders spectrum implicates body mass index and ventral striatal-hypothalamic circuitry." *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1580
3. Sheehan, S. T. (2022, June 14). "Groundbreaking study shows substantial differences in brain structure in people with anorexia." Keck School of Medicine Media Relations. Retrieved from [insert URL if available]
4. Dziewa, M., Bańka, B., Herbet, M., Piątkowska-Chmiel, I., & Fernandez-Aranda, F. (2023). "Eating Disorders and Diabetes: Facing the Dual Challenge." *Nutrients*, 15(18), 3955. doi:10.3390/nu15183955
5. Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). "Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications." *Clinical Psychology Review*. Retrieved from Elsevier. doi:10.1016/j.cpr.2006.03.001
6. Ray, Justine (2012). "Implicit and Explicit Social Isolation in Eating Disordered Individuals." Master of Arts (MA) thesis, Bowling Green State University, Psychology/Clinical.
7. Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). "Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review." *Nutrients*, 9(11), 1274. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
8. Smith, A.R., Ortiz, S.N., Forrest, L.N., et al. (2018). "Which Comes First? An Examination of Associations and Shared Risk Factors for Eating Disorders and Suicidality." *Current Psychiatry Reports*, 20, 77. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0931-x>

EATING DISORDERS AND SUICIDAL RISK

Olha Balagurak

*Ivan Franko National University of Lviv,
1, Universytetska str., Lviv, Ukraine, 79000
e-mail: olha.balahurak@lnu.edu.ua*

This article examines the important and timely topic of the relationship between eating disorders (EDs) and suicidal risk. It presents alarming statistics that show that anorexia nervosa is the second leading cause of death among people with mental disorders. Studies show that suicidal behavior, including suicidal ideation and attempts, is elevated in bulimia nervosa and binge-eating disorder compared to the general population.

According to available data, between one-quarter and one-third of individuals with anorexia nervosa, bulimia nervosa, or binge-eating disorder reported suicidal thoughts, and between one-quarter and one-third had even made suicide attempts. These high rates of suicidality among those with EDs are extremely concerning and require detailed investigation.

The article notes that EDs are closely linked to other mental health conditions, such as depression and anxiety. Additionally, perfectionism and negative thought patterns may also be risk factors that exacerbate both ED symptoms and suicidal tendencies. The article also discusses physiological and behavioral

aspects that may influence suicidality, such as the impact of malnutrition on brain function and blood sugar fluctuations.

The need for further in-depth research in this field is emphasized, as most existing studies are retrospective or cross-sectional, leaving the exact timeline of mortality risk uncertain. The article emphasizes the importance of increasing public awareness and developing effective strategies for the prevention and treatment of suicidal behavior among individuals with eating disorders.

Overall, this article is a significant contribution to the understanding of the complex interrelationships between EDs and suicidal behavior. It draws attention to the urgent need for deeper scientific investigation and the improvement of comprehensive support approaches for individuals suffering from eating disorders.

Key words: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, suicidal risk, binge eating disorder, emotional regulation.