

ПСИХИЧЕСКАЯ АНОРЕКСИЯ: АНАЛИЗ ПРОЦЕССОВ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

Клинические исследования указали на нарушение мыслительных процессов у женщин с психической анорексией (ПА). Ошибочные принятия решений проявляются в основном в заданиях, относящихся к еде и ее внешнему виду. Поэтому мы провели исследования с участием женщин с ПА и здоровых женщин. Целью исследований было описание процессов принятия решений в ситуации выбора одного из вариантов «каникулы» и «ассистентки». Для осуществления правильного выбора исследуемые должны были учитывать два типа указаний: оценку главных элементов предложений (оценки 1–5) и значение (весомость) указания. В статистическом анализе мы приняли во внимание количество просматриваемых полей (окон), содержащих оценку в двух типах задач, время их выполнения, тип стратегии и правильность выбора.

Ключевые слова: психическая анорексия, стратегии принятия решения, дефициты мышления.

Шепетовська Е. М. Психічна анорексія: аналіз процесів прийняття рішень. Клінічні дослідження вказали на порушення мисленнєвих процесів у жінок із психічною анорексією (ПА). Прийняття помилкових рішень виникають у цієї групи жінок переважно в тих завданнях, які стосуються їжі та її зовнішнього вигляду. Тому ми провели дослідження за участю здорових жінок і жінок з анорексією. Метою досліджень був опис процесів прийняття рішень під час вибору одного із варіантів «канікули» і «асистентки». Для здійснення правильного вибору потрібно було врахувати два типи вказівок: оцінку головних елементів пропозиції (оцінки 1–5) і значення вказівок. У статистичному аналізі ми взяли до уваги кількість відкритих полів (вікон) у двох видах завдань, час їх виконання, вид стратегії і правильність вибору.

Ключові слова: анорексія, стратегії прийняття рішень, дефіцити мислення.

Szepietowska E. M. The Psychic Anorexia: Analysis of Decision-Making Processes. The clinical research of women suffering from anorexia nervosa has shown thinking disorders. These disorders are manifested as the incorrect decisions in the tasks including food and appearance. The research of anorexic and health women was conducted to test this thesis. The aim of analysis was the assessment of strategies of decision making process in two situations: choice of a holiday offer, choice of an assistant offer. Women attending in research had to control 2 types of hints – the value of main elements of each offer (opinion 1–5) and the meaning of hints, to choose an offer as best as it could be. Statistical analysis included the number of open fields in both types of tasks, time of accomplishment the tasks, types of strategies and the accuracy of choices.

Key words: anorexia nervosa, strategies of decision, thinking disorders.

Постановка научной проблемы и ее значение. Клинические исследования, анализирующие объём и специфику проблем познавательных процессов женщин с психической анорексией (ПА), указали, что сущность патологии в психической анорексии составляют неправильные схемы мышления о себе, особенно о своём теле [1; 2]. Исследования подтвердили существование и других проблем: дефицит процесса памяти, нарушение исполнительных функций, игнорирование последовательности, ошибочная оценка ситуации, ошибочные диспозиции. Типичными чертами диспозиций является то, что решения принимаются слишком быстро, но их польза очень маленькая, таким образом женщина больше теряет, чем приобретает. Больные держатся таких способов мышления и не изменяют диспозиций, несмотря на негативные последствия [1; 3; 4; 5].

Теоретическое обоснование механизмов ошибочных диспозиций указало на разные подходы. Из точки зрения одних ученых, у больных на первое место выходит нарушения внимания. Внимание характеризуется реагированием, в первую очередь, на информацию, связанную с едой и ее видом. Вероятно, что нарушение внимания приводит к патологии мышления и исполнительных функций (диспозиционных процессов) [6]. Только часть исследований показала психическое замедление, а другие – ускорение темпа выполнения задач и высокий уровень неправильного, ошибочного восприятия и отношения к собственному телу [5]. Следующая гипотеза предполагает, что дефицит процесса памяти затрудняет переработку информации и поэтому женщины с ПА проявляют ошибочные диспозиции [7; 8]. Еще один механизм ошибочных диспозиций – это дефицит автобиографической памяти (эмоционального аспекта), то есть повышение внимания к негативным или позитивным автобиографическим раздражителям [9].

На основе нейроанатомических и нейропсихологических данных можно сформулировать две гипотезы [10; 11]: а) мозговые и познавательные дефициты – это причины ПА; б) мозговые и когнитивные дефициты – это последствия ПА. Характерными чертами мозговой патологии являются:

- нарушение функций лобных и теменных долей (гипометаболизм) [12];
- нарушение функций затылочных долей [13; 14; 15];
- нарушение структуры мозга – расширение мозговых борозд и желудочков, уменьшение величины мозга [16].

Нормализация веса тела ведёт к уменьшению мозговой патологии, но отдельные проблемы в сфере внимания и памяти удерживаются [15; 17].

Целью наших исследований является описание диспозиционных стратегий у женщин с психической анорексией и здоровых женщин [18; 19; 20].

Изложение основного материала и обоснование полученных результатов исследования. В наших исследованиях мы пользовались двумя типами заданий – «каникулы» и «ассистентка».

Женщинам надо было выбрать один (самый лучший) из пяти вариантов предложений, которые относятся к сфере каникул, а затем к ассистентке. На экране компьютера представлены пять вариантов предложений каникул и ассистентки. В инструкции обозначено, что надо выбрать то предложение, которое больше всего подходит или нравится. Балы выражения силы понравившегося предложения варьировали от 1 бала к 5 (табл. 1 и 2). Вверху экрана были помещены значения (усиление) элементов, которые мы получили в пилотажных исследованиях.

Таблица 1

Значение «каникулы»

Предложения	4,28	2,24	4,16	2,72	1,6
	Цена	Время пребывания	Туристический интерес	Условия	Транспорт
1 ⁴	2	5	1	4	3
2 ¹	5	2	4	3	1
3 ³	3	1	2	5	4
4 ⁵	1	4	3	2	5
5 ²	4	3	5	1	2

Таблица 2

Значение «ассистентка»

Предложения	2,01	4,08	1,32	4,4	3,2
	Внешний вид	Интеллигентность	Привычки	Профессионализм	Характер
1 ²	3	5	2	4	1
2 ⁴	4	3	5	1	2
3 ³	1	2	4	3	5
4 ¹	2	4	1	5	3
5 ⁵	5	1	3	2	4

Примечание: ^{1,2,3,4,5} – цифры обозначают характер предложения: 1 – самое лучшее, 5 – самое худшее.

Женщины могли просматривать поля (окна), чтобы увидеть, какие оценки получили разные элементы (черты) предложений (оценки 1–5). Во время просмотра одного (какого-нибудь) поля, другие закрывались. Участники могли просматривать окна без лимита времени и в любом порядке. И так, в задаче «каникулы» главными элементами предложений были: низкая цена, время пребывания, туристические достопримечательности, квартира, условия, удобство проезда. В задаче «ассистентка» главными элементами являлись: хороший внешний вид, интеллигентность, отсутствие плохих привычек, хорошие черты характера, профессионализм. Вообще можно сказать, что женщинам надо было контролировать два типа рекомендаций – оценку в каждом предложении и значение элементов, чтобы подбор был удачным. В заключение задачи они нажимали кнопку выбора.

В статистическом анализе мы принимали во внимание: количество открытых полей в задаче «каникулы», количество открытых полей в задаче «ассистентка», время выполнения первой задачи, время выполнения второй задачи, типы стратегий, качество выбора.

В наших исследованиях участвовали 24 женщины: 12 – с психической анорексией и 12 здоровых женщин контрольной группы (КГ). Женщины с ПА также принимали участие в психотерапевтическом процессе. 58,8 % больных проявляли симптомы анорексии с ограничением питания, 41,7 % – симптомы булимии. Из них 33,3 % – студентки, 50 % – ученицы гимназии, 16,7 % – ученицы средней школы. Больные респонденты перебивали в больнице из-за соматических симптомов. Основные данные об участницах представлены в таблице 3.

Таблица 3

Характеристика женщин с психической анорексией (ПА) и здоровых (КГ)

Характеристика	ПА (М, СО)	КГ (М, СО)
Возраст	18,6 (4,29)	19,8 (2,58)
БМИ (кг/м ²)	16,7 (3,00)	24,1 (5,00)
Длительность болезни (м-ц)	40,5 (41,44)	
Госпитализация (количество)	2,4 (1,44)	

Примечание: М – среднее значение, СО – стандартное отклонение.

Результаты исследования. Время выполнения задач и количество открытых полей (способ выполнения задач) представлены в таблице 4.

Таблиця 4

Способ выполнения задач

Данные	ПА (М, СО)	КГ (М, СО)	T-Студент или U-коэффициент Манна-Уитни
Количество открытых окон в задаче «каникулы»	28,75 (19,91)	27,50 (19,46)	0,88
Количество открытых окон в задаче «ассистентка»	16,25 (11,42)	29,33 (33,06)	0,39
Время выполнения первой задачи («каникулы»)	69,42 (18,83)	58,99 (38,77)	0,09
Время выполнения второй задачи («ассистентка»)	33,65 (17,40)	55,79 (68,13)	0,25

Примечание: М – среднее значение, СО – стандартное отклонение.

Статистический анализ указал на отсутствие значимых различий между респондентами двух выборок. Наблюдались некоторые различия в ситуации «каникулы», когда женщины с анорексией открывали большее количество окон, чем здоровые, но потратили на выполнение задачи больше времени. И наоборот, в ситуации «ассистентка» быстрее, чем здоровые, обследуемые открывали окна и потратили меньше времени на выполнение задач.

Сравнения внутри групп показали, что женщины с ПА открыли большее количество окон в «каникулах», чем в «ассистентке» ($n = 0,05$); время выполнения «ассистентки» короче, чем «каникул» ($n = 0,0001$). В сравнительной группе количество открытых окон не различалось ($n = 0,82$), также как и время реакции ($n = 0,43$).

Таким образом, мы выделили два типа стратегий:

– компенсирующие (большое количество открытых полей, анализ всех указаний, длительность времени анализа);

– некомпенсирующие (небольшое количество открытых окон, просматривание некоторых указаний), а среди них – рациональные (пользование важными указаниями) или иррациональное (пользование неважными указаниями).

В задаче «каникулы» 25 % женщин с ПА использовали компенсирующие стратегии (16,7 % контрольной группы) и 75 % – некомпенсирующие.

пенсирующие (83,3 % контрольной группы). В задаче «ассистентка» 25 % группы с ПА использовали компенсирующие стратегии (33,3 % КГ) и 75 % – другие (66,7 % КГ). Эти данные указывают на то, что представительницы двух групп целенаправленно просматривали поля. Дальше оказалось, что среди женщин с ПА в «каникулах» половина использовали рациональные указания и половина – нерациональные (в контрольной группе все выбрали рациональные). В «ассистентке» все здоровые респондентки и почти все с ПА выбирали рациональные стратегии. Это означает, что они внимательно просматривали важные указания, несмотря на то, что задачи касались физических особенностей человека.

И последняя проблема – это правильность (удачность) подбора предложений. Данные представлены в таблице 5.

Таблица 5

Подбор предложений

Задача	ПА		КГ	
	Неудачный	Удачный	Неудачный	Удачный
«Каникулы»	58,3 %	41,7 %	8,3 %	91,7 %
«Ассистентка»	16,7 %	83,3 %	–	100 %

Примечание: группа ПА – группа женщин с психической анорексией, КГ – контрольная группа

Выводы. Проведенное исследование процессов принятия решений позволило нам сделать такие **выводы:**

1. Клиническая и контрольная группы в основном одинаково выбирали некомпенсирующие стратегии. Это указывает на то, что их деятельность была целенаправленная.

2. Несмотря на то, что не выявлены статистически значимые различия между респондентками, женщины с ПА открыли больше полей в «каникулах» и потеряли больше времени на выполнение задачи, а в «ассистентке» открыли меньше полей и быстрее справились с заданием.

3. Женщины с ПА чаще, чем здоровые, делали неудачный выбор, но прежде всего в «каникулах». Полученный нами результат отличается от проведенных раньше исследований. Мы предполагали, что ситуация, которая требует оценки физических качеств «ассистентки», возбуждает эмоциональные реакции и вызывает большее количество ошибок, чем нейтральная задача. Возможно, что таких эмоциональных особенностей было слишком мало. Задачу «каникулы» женщины

делали в первую очередь, и для больных это была особенно трудная ситуация, они чувствовали и переживали, что их оценивают.

4. Женщины с ПА быстрее просматривали поля, оценка указаний была более поверхностной, чем в контрольной группе, и таким образом приводила к неудачным подборам. Это в большой степени подтверждает существующие проблемы в исследованиях, которые указывают на наличие диспозиционных проблем.

Список использованной литературы

1. Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa / P. Cavedini et al. – 2004. – Vol. 127. – P. 259–266.
2. Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa / M. W. Green, N. Elliman, A. Wakeling, P. Rogers // Journal of Psychiatry Research. – 1996. – Vol. 30. – P. 401–410.
3. Decision making functioning as predictor of treatment outcome in anorexia nervosa / P. Cavedini et al. // Psychiatry Research. – 2006. – Vol. 145. – P. 179–187.
4. Organization of narrative components in autobiographical speech of anorectic adolescents: a statistical and non-linear dynamical analysis / K. Doba et al. // New Ideas of Psychology. – 2008. – Vol. 26. – P. 295–308.
5. Fast psychomotor functioning in underweight anorexia nervosa patients / G. Pieters et al. // Journal of Psychiatry Research. – 2003. – Vol. 37. – P. 501–508.
6. Neuropsychology of eating disorders : a systemic review of the literature / M. Duchesne et al. // Rev Bras Psych. – 2004. – № 26 (2). – P. 107–117.
7. Bechara A. Impaired decision making related to working memory deficits in individuals with substance abuse / A. Bechara, P. M. Martin // Neuropsychology. – 2004. – Vol. 18 (1). – P. 152–162.
8. Impulsive decision making and working memory / I. Hinson, T. Jameson, P. Whitney // Journal of Experimental Psychology: learning, memory and cognition. – 2003. – № 29 (2). – P. 298–306.
9. Autobiographical memory deficit in anorexia nervosa: emotion regulation and effect of duration of illness / J. I. Nandrino et al. // Journal of Psychosomatic Research. – 2006. – Vol. 61. – P. 537–543.
10. Relationship between neuropsychological performance and regional cerebral blood flow in anorexia nervosa / F. Naruo et al. // International Congress Series. – 2006. – № 1287. – P. 285–287.
11. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa / F. Connan et al. // Physiology & Behavior. – 2003. – Vol. 79. – P. 13–24.
12. Haptic perception in anorexia nervosa before and after weight gain / M. Grunwald et al. // Journal of Clinical Experimental Neuropsychology. – 2001. – № 23 (4). – P. 520–529.
13. Hippocampal volume and cognitive function in anorexia nervosa / F. Connan et al. // Psychiatry Research: neuroimaging. – 2006. – № 146. – P. 117–125.
14. Brain hypometabolism of glucose in anorexia nervosa: a PET scan study / V. Delvenne et al. // Biology of Psychiatry. – 1995. – Vol. 37. – P. 161–169.

15. Abnormal neuronal network in anorexia nervosa studies with 1-123-IMP SPHCT / A. Takano et al. // *Psychiatry Research*. – 2001. – Vol. 107. – P. 45–50.
16. Adolescent anorexia nervosa: cross-sectional and follow-up frontal gray matter disturbances detected with proton magnetic resonance spectroscopy / J. Castro-Fornieles et al. // *Journal of Psychiatry Research*. – 2007. – Vol. 41. – P. 952–958.
17. Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa / O. Pollatos et al. // *Eating Behaviors*. – 2008. – Vol. 9. – P. 381–388.
18. Koziński J. Podejmowanie decyzji / J. Koziński // *Psychologia ogólna. Percepcja, myślenie. Podejmowanie decyzji* / red. T. Tomaszewski. – Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN, 1995. – P. 155–187.
19. Koziński J. Psychologiczna teoria decyzji / J. Koziński. – Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN, 1977. – 292 p.
20. *Psychologia poznawcza* / E. Necka, J. Orzechowski, B. Szymura. – Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007. – P. 40–45.