

## РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Jane Morris

В данной главе внимание будет сосредоточено, главным образом, на нервной анорексии и, в меньшей степени, на нервной булимии. Эти расстройства относятся к числу наиболее распространенных и тяжелых в подростковом возрасте и характеризуются навязчивым стремлением к потере веса. Другие расстройства приема пищи – часто описываемые как «нарушения питания» и наблюдающиеся наиболее часто в раннем детском возрасте, рассматриваются здесь, главным образом, в контексте дифференциальной диагностики. У некоторых из этих расстройств общим психологическим осложнением является потеря веса, и если к ней присоединяется озабоченность тем, чтобы иметь худое тело, то они могут переходить во вторичную анорексию или булимию. Наиболее часто это наблюдается в прозападных культурах. В этой главе не уделено особое внимание детскому ожирению, хотя с его началом и последствиями может ассоциироваться целый ряд психологических проблем.

В дальнейшем термин «родитель» используется в значении родители, опекуны и лица, осуществляющие уход, тогда как «ребенок» – в значении дети и подростки, если нет иных указаний. Иногда при описании ребенка используется местоимение «она», так как чаще всего страдают девочки, однако имеются в виду оба пола. Мы преднамеренно используем понятие «родители», а не «матери», так как существенное влияние на выздоровление оказывает каждый из родителей независимо от пола. Иногда используется термин «взрослые», указывающий на то, что в комментарии включены профессионалы – доктора, медицинские сестры или терапевты.

### **Историческая справка**

Нервная анорексия представляет собой синдром навязчивого страха набрать вес, проявляющийся целым рядом компульсивных действий, направленных на похудение. Эта проблема известна и признается на протяжении многих веков всеми обществами, даже теми, в которых культурные предпочтения отдаются упитанному внешнему виду. Полагают, что некоторые христианские женщины – святые периода средневековья, такие как святая Екатерина Сиенская, страдали нервной анорексией, два случая которой хорошо описал Richard Morton в 1689 г. К концу XIX ст. спор велся между английским врачом Уильямом Галлом (William Gull (1874)) и

французским Ласегом (Lasègue), каждый из которых утверждал, что именно он первым описал это состояние. Несмотря на то, что у экспертов нет единого мнения по этому вопросу, по всей видимости, именно Ласег (Lasègue (1873)) впервые использовал, ставший долговечным, термин – «анорексия» в своей публикации *De l'anorexie hysterique*.

### **Проблемы с питанием/пищевым поведением у детей и их ключевые характеристики**

- Плохое прибавление в весе: физические и социальные причины
- Избирательность в еде: чрезмерная прихотливость
- Ограниченное питание: у ребенка плохой аппетит и при нормальной частоте приема пищи ребенок ест небольшое количество еды
- Функциональная дисфагия: патологическая боязнь удушья или рвоты – избегается употребление определенных продуктов
- Отказ от еды: отказ от приема пищи, а не стремление к худобе
- Первазивный синдром отказа: отказ от приема не только пищи, но и отказ от употребления жидкостей, общения, прогулок и любых форм самопомощи. Может быть последствием тяжелой травмы
- Эмоциональное расстройство с избеганием пищи: эмоциональное нарушение с потерей веса
- Обсессивно-компульсивное расстройство: ритуалы приема пищи и другие ритуалы
- Потеря веса, связанная с приемом психостимуляторов (например, при СДВГ)
- Увеличение массы тела, связанное с психотропными лекарственными средствами, повышающими аппетит
- Нервная анорексия и булимия.

До конца XX ст., когда в 1978 году американский психоаналитик немецкого происхождения Хильда Брух (Hilde Bruch) опубликовала свою популярную книгу «Золотая клетка: загадка нервной анорексии» (*The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*), суть этого заболевания была понятна, в основном, только медицинским специалистам. В это же время клиницисты узнали о новом «грозном варианте нервной анорексии» или «нервной булимии» после того, как Russell (1979) описал это состояние. В действительности, в его классической статье описан булимический подтип анорексии – состояния, при котором потеря веса поддерживается перееданием и очищением желудка и кишечника, равно как и ограничением приема пищи. Однако термин нервная булимия использовался для обозначения новой эпидемии, характеризующейся разрегулированным питанием, при котором все более и более частые приступы переедания препятствуют попыткам индивида похудеть.

Так называемые расстройства *питания* не точное определение, не отражающее полностью суть заболевания, при котором нарушение питания – только один из симптомов. Более полезно рассматривать их как расстройства обсессивного страха увеличения массы тела, сочетающиеся с целым рядом компульсивных действий, направленных на то, чтобы избежать пугающих последствий. Особенно не соответствует заболеванию, при котором пациенты постоянно испытывают навязчивые мысли (и даже сны) о еде и одержимы расчётами, как избежать увеличения массы тела и не поддаться непомерному чувству голода, термин *анорексия*, дословно означающий «отсутствие чувства голода».

Вне всякого сомнения, выраженным признаком будет ограничение питания, однако наблюдаются и многие другие *компенсаторные* формы поведения, такие, как чрезмерные занятия спортом, разнообразные формы очищения организма, а также частые взвешивания или поиски других способов подтверждения веса, например, путем измерения тела или рассматривание себя в зеркале. Точное определение является, до некоторой степени, спорной темой, так как психиатрические диагнозы постоянно эволюционируют. DSM (American Psychiatric Association, 2000) и МКБ (World Health Organization, 1992) постепенно сближаются в описании синдромов, которые воплощают в себе статистически обособленные кластеры симптомов, отражают растущее генетическое и неврологическое понимание, и прогнозируют реакцию на лечение.

Из этих соображений вполне целесообразным, даже среди детей и подростков, будет разделение расстройств на нервную анорексию и нервную булимию, признавая тот факт, что они частично наслаиваются друг на друга, а также и то, что использование веса или индекса массы тела (ИМТ) в качестве переменной для разграничения этих двух состояний не соответствует природе основного психологического расстройства. Молодые люди с нервной булимией, имеющие по определению нормальный вес, имеют общий признак – стремление к худобе. Однако люди, которые поддерживают низкую массу тела только с помощью ограничений в еде или с физическими упражнениями, могут отличаться генетически от тех, кто после приступов переедания прибегает к очищению (Kiezebrink et al, 2009).

Расстройства, проявляющиеся обеспокоенностью образом собственного тела, все чаще и чаще встречаются среди детей препубертатного возраста. Терминология вводит в заблуждение не специалистов. С одной стороны, существуют так называемые расстройства «питания», при которых употребления пищи избегают не из-за того, что она может привести к ожирению, и возникающие в контексте других физических и психологических расстройств. С другой стороны, так называемые, «расстройства пищевого поведения» характеризуются сознательным стремлением к худобе. Иногда навязчивое избегание пищи без озабоченности образом собственного тела имеет близкое сходство с нервной анорексией.

#### ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ИМТ)

- Индекс массы тела (ИМТ, индекс массы тела человека) – широко используемый индекс ожирения, позволяющий оценить степень соответствия массы человека и его роста
- ИМТ вычисляется путем деления массы тела в кг на квадрат его длины в метрах
- ИМТ используется в актуарных таблицах, т.к. ИМТ в пределах от 20 до 25 ассоциируется с более низкой заболеваемостью и смертностью
- Дети и подростки постоянно и неравномерно растут, таким образом, с помощью ИМТ не всегда удается оценить несоответствие роста и массы тела ожидаемому.

Таблица Н.1.1 Симптомы, используемые  
в диагностике нервной анорексии и булимии

Нервная анорексия	Нервная булимия
<i>Нарушение питания</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ограничение приема пищи и потеря веса ниже уровня, ожидаемого для данного возраста, пола и стадии развития (например, &lt;85% от ожидаемого, ИМТ &lt;17,5 у полностью созревших взрослых)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Повторяющиеся приступы переедания</li> <li>Чувство потери контроля над приемом пищи во время таких приступов</li> </ul>
<i>Страх набрать избыточный вес</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Постоянное поведение, направленное на то, чтобы не растолстеть (например, соблюдение диеты, занятия спортом – ограничивающий тип; вызывание рвоты, очищение, использование слабительных – тип с перееданием/очищением)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Компенсаторное поведение, направленное на то, чтобы предупредить увеличения массы тела после переедания (например, рвота после переедания, очищение – очистительный тип; частые периоды постов, чрезмерные занятия спортом – неочистительный тип)</li> <li>Обычно средний вес или выше среднего</li> </ul>
<i>Искажение образа собственного тела</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Чрезмерное влияние массы тела или его формы на самооценку индивида</li> <li>Отсутствие понимания серьезности проблемы</li> </ul>	
В DSM-5 предлагается исключить аменорею, как диагностический симптом; ИМТ – индекс массы тела.	

Таблица Н.1.2 Сравнительная таблица симптомов  
расстройств пищевого поведения и питания

Расстройство	Вес	Озабоченность образом своего тела	Наличие переедания	Очищение	Комментарии
Недоедание, связанное с недостатком продуктов питания	Низкий	Нет	Когда доступна еда	Нет	Голодание само по себе приводит к психологическим последствиям
Потеря веса при физическом заболевании	Низкий	Нет	Обычно нет	Нет, хотя может наблюдаться рвота и диарея, как симптом заболевания	
Нервная анорексия, ограничивающий тип (НА-О)	Низкий, и обычно стабильный	Да, отчетливо выраженная, хотя изредка худоба и голодание ценятся из религиозных соображений	Нет	Нет, по определению, тем не менее, компульсивные физические тренировки нередко являются частью общей картины	Преднамеренные самоповреждения могут использоваться для самонаказания или при назначении обязательного кормления

Расстройство	Вес	Озабоченность образом своего тела	Наличие переедания	Очищение	Комментарии
Нервная анорексия, тип с перееданием/очищением (НА – ПО)	Низкий и колеблющийся	Да, как при НА - О	Да, но обычно меньшего объема, чем при НА-ПО с нормальным весом	Да, с помощью самостоятельно вызываемой рвоты, компульсивных физических упражнений или чрезмерной активности	См. выше
Нервная булимия	Нормальный	Да	Да, часто массивное	Да	
Расстройство пищевого поведения при психозе	Низкий или нормальный	Иногда. Объяснения могут быть странными или бредовыми	Время от времени	Редко	
Расстройства аутистического спектра	Низкий, нормальный или избыточный	Иногда и может быть эксцентричным	Время от времени	Иногда	Занятия спортом также могут быть компульсивными
Эмоциональное расстройство с избеганием пищи	Обычно низкий или понижающийся	Нет	Обычно нет	Обычно нет	Пациент может быть слишком ослабленным и демонстрировать хроническую утомляемость
Обсессивно-компульсивное расстройство	Низкий, нормальный или избыточный	Часто (дисморфофобия)	Непостоянное	Непостоянное	Все привычки могут обуславливаться обсессивностью

НА-О: нервная анорексия, ограничивающий тип; НА – ПО: нервная анорексия, тип с перееданием/очищением

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПОЛ И КУЛЬТУРА

### Нервная анорексия

Средний возраст начала нервной анорексии – около 15 лет. Это наиболее распространённая причина потери веса среди подростков девочек и поступления на стационарное лечение в детские и подростковые учреждения. Eric Stice (2009) обнаружил, что в США 12 % учениц средних школ был установлен диагноз расстройства пищевого поведения до 20 лет, но более 90% выздоровели в течение года как с лечением, так и без него. Значительное меньшинство (0.6%) удовлетворяло

критериям диагностики анорексии, при этом у других 0,6% развилась частичная или атипичная анорексия. Эти данные очень близки к показателям распространенности, о которых сообщалось в целом ряде эпидемиологических исследований.

### РАСТЕТ ЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ?

Нервную анорексию можно обнаружить во все исторические периоды и во всех географических зонах. Сообщения об увеличении распространенности часто отражают растущее понимание сути расстройства и доступность лечения.

Нервная булимия, главным образом, болезнь изобилия, отражающая как растущую доступность еды, так и ценность стройности.

На острове Фиджи многие годы не было телевидения. Этот остров пережил увеличение распространенности расстройств пищевого поведения после включения на нем телевизионного вещания, но, главным образом, за счет булимии. Несмотря на повышение распространенности соблюдения диеты, средний ИМТ популяции увеличился.

Несмотря на то, что более 90% лиц, страдающих анорексией, представительницы женского пола, если распространенность оценивается на протяжении всей жизни, в подростковом возрасте значительно больший процент мальчиков, чем можно было предполагать, исходя из этой цифры, подпадает под диагностику анорексии. Кроме того, нарастает понимание того, что озабоченность образом собственного тела у мальчиков может принимать другие формы. Некоторые пациенты мужского пола описывают у себя стремление иметь мускулистое, а не худое тело. В этом случае ранним признаком расстройства может быть не ограничение в еде, а навязчивое занятие физическими тренировками. Некоторые мальчики поначалу становятся зависимыми от физических тренировок без озабоченности собственным внешним видом, хотя часто эта особенность возникает со временем.

Обоснование избегания пищи варьирует в зависимости от культуры, при этом в некоторых из них преобладают религиозные объяснения необходимости соблюдения поста и самоограничения, в то время как Blake Woodside (2003) описал индийских пациентов, которые причиной своего отказа от еды считали симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта. Интересно то, что если такие индивиды лечатся в группе с пациентами, страдающими «западной» анорексией, то у них часто развивается страх располнеть и беспокойство по поводу образа собственного тела, замещающие их прежнее беспокойство из-за соматических симптомов. Даже в западных условиях некоторые пациенты начинают с «соматических» или «аскетических» озабоченностей, однако в дальнейшем приписывают свое поведение ценности худобы, навязанной средствами массовой информации.

### Нервная булимия

Появление нервной булимии во второй половине XX ст. согласуется с восхвалением в средствах массовой информации худого тела с растущей доступностью аппетитных высококалорийных закусочных пищевых продуктов и отказом от церемониального общинного времени приема пищи. В течение многих лет, после выявления нервной булимии, считалось, что этому расстройству свойственно более позднее начало, чем анорексии, при этом оно обычно впервые проявляется в начале взрослой жизни, в частности, у студентов, т.е. в позднем подростковом возрасте или в первые годы после достижения 20-летнего возраста. Затем, позже, Stice and colleagues (2009) подтвердили предположение, что в действительности возраст начала нервной булимии в большинстве случаев совпадает с таковым при анорексии – от раннего до среднего подросткового возраста. Однако булимию

легче скрыть, чем анорексию, и, в среднем, проходит около шести лет, пока страдающий этим расстройством и осознающий свою проблему человек обращается за медицинской помощью.

До 12% девочек подростков страдают, по меньшей мере, кратковременной формой нервной булимии (Stice et al, 2009). Пока неизвестно, сколько мальчиков поражены этим расстройством, но нарастающее внимание к их внешнему виду может способствовать повышению его распространенности, и есть предположение, что мальчики из среды гомосексуалистов более уязвимы к возникновению нервной булимии.

## ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

### Генетика

Существуют весомые доказательства, что сложные генетические факторы предрасполагают к развитию разнообразных расстройств пищевого поведения – необязательно соответствующих принятым диагностическим категориям. Семейные исследования продемонстрировали накопление случаев внутри семей, тогда как близнецовые исследования как анорексии, так и булимии указывают на более выраженную конкордантность среди монозиготных, чем среди дизиготных близнецов. Скандинавские исследования (Gillberg & Råstam, 1992) установили связь между анорексией и расстройствами аутистического спектра, такими как синдром Аспергера, более выраженную у пациентов мужского пола.

В тех случаях, когда кто-то в семье страдает анорексией, нередко оказывается, что другие родственники часто проявляют такие черты личности, как перфекционизм и склонность к навязчивостям. Дело не в том, что эти расстройства прямо передаются по наследству. Скорее, похоже, что индивиды наследуют черты личности в виде перфекционизма и повышенной тревожности, и когнитивную тенденцию воспринимать мелкие детали, а не «общую картину». В тех случаях, когда имеет место булимия, другие родственники, по всей видимости, более склонны к депрессии и злоупотреблению психоактивными веществами. Согласно наблюдениям, расстройства пищевого поведения часто сочетаются с пограничным расстройством личности или осложняют его течение.

### Факторы внешней среды

В тех семьях, где, как минимум, один человек страдает расстройством пищевого поведения, его возникновению способствуют не только генетические факторы, сама семья может также выступать в роли фактора среды. Поскольку расстройства пищевого поведения возникают в семейной среде с повышенным генетическим риском, сложно отделить генетическое влияние на развитие заболевания от влияния среды.

В работе, выявившей высокую частоту перинатальных потерь в семьях подростков, страдающих анорексией (Shoebriidge & Gowers, 2000), было высказано предположение о роли патологической скорби, как причины, однако в этом исследовании не была принята в расчет возможность, что в этих семьях у матерей была низкая масса тела, и за счет этого большую вероятность выкидышей. В этом же

исследовании было установлено, что девочки, страдающие анорексией чаще, чем в контрольной группе, оставались на ночь вне дома в возрасте до 12 лет. Это может указывать скорее на эмпатическую реакцию на особенности характера таких детей, а не на причину расстройства.

В другом исследовании было обнаружено, что рождение весной в странах с сезонными различиями в климате повышает риск возникновения нервной анорексии (Eagles et al, 2001). Все еще неизвестно, связано ли это с влиянием факторов внешней среды, или данное наблюдение отражает более высокую активность в летний период родителей, имеющих пониженную массу тела, которые менее фертильны, когда холодная погода предъявляет повышенные требования к их энергетическому уровню.

### **Пусковые механизмы (триггеры)**

Несомненно, главными пусковыми механизмами являются половое созревание и подростковый возраст. Молодые люди одновременно сталкиваются с жизненными проблемами и переживают изменение и рост тела; новые, обусловленные гормональными изменениями, побуждения; новые культуральные ожидания, сексуальные, интеллектуальные и социальные требования, и все эти процессы обрабатываются головным мозгом, который сам по себе анатомически и химически находится в состоянии постоянных изменений. Однако, вполне очевидно, что эти пусковые механизмы неспецифичны. У молодых людей с разной предрасположенной чувствительностью эти механизмы могут запускать разные расстройства, такие как депрессивные состояния, обсессивно-компульсивное расстройство или злоупотребление психоактивными веществами. В частности, возникновение как нервной анорексии, так и булимии может быть спровоцировано идентичными факторами, и на протяжении некоторого времени эти расстройства могут даже выглядеть одинаково. Страдающие булимией подростки могут вначале немного терять в весе до того, как он будет восстановлен приступами переедания, и у некоторых из них может наблюдаться переменное течение, и в разные периоды времени они могут удовлетворять разным диагностическим критериям и часто получают диагноз «расстройства пищевого поведения без дополнительных уточнений». Такое неудовлетворительное положение дел затрудняет использование текущих определений и классификаций для разграничения расстройств, которые вполне возможно имеют разные генетические корни и, по всей вероятности, реагируют на разные методы лечения.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И ДИАГНОЗ**

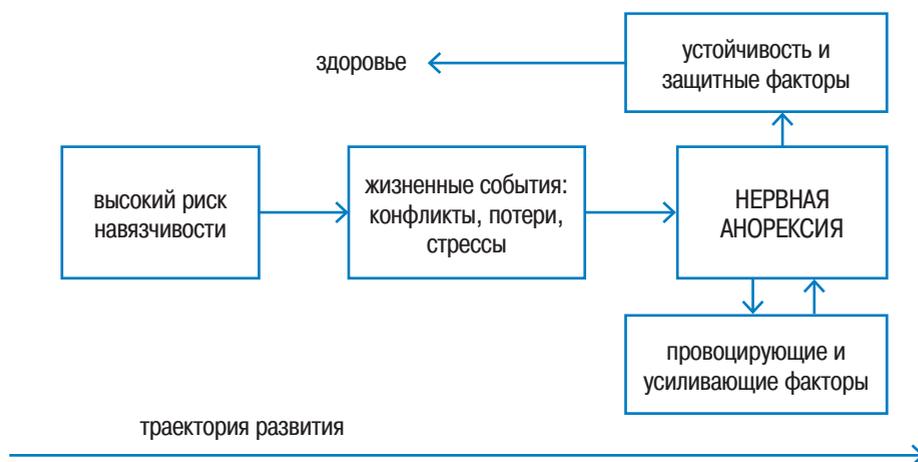
### **Нервная анорексия**

Психиатрические классификации, такие как МКБ-10 и DSM-IV определяют нервную анорексию как:

- Ограничения в еде, которые приводят к значительному снижению веса, или задержке развития и неспособности набрать необходимый рост и вес, соответствующий ожидаемому для данного возраста и пола
- Страх располнеть

- Нарушение восприятия схемы тела, при котором любой дистресс трансформируется в ощущение, что тело слишком полное.

Рисунок Н.1.1 Модель развития нервной анорексии



В соответствии с МКБ-10 для того, чтобы соответствовать диагностическим критериям, потеря веса у пациента должна составлять как минимум 15% от нормального, или ИМТ у полностью созревшего взрослого должен быть ниже 17,5. Менструальный цикл, как правило, отсутствует (хотя у женщин, принимающих противозачаточные таблетки, могут наблюдаться кровотечения отмены). У мужчин низкий уровень тестостерона приводит к атрофии гениталий и исчезновению утренних эрекций. При ограничительном типе низкий вес достигается только с помощью голодания или повышенной активности. Тип с перееданием/очищением подразумевает очищение желудка и кишечника с помощью рвоты, употребления слабительных медикаментов, диуретиков или таблеток для похудения, для того, чтобы избавиться от калорий. Общеизвестно, что эти критерии исключают тех, кто может соответствовать сути диагноза. Например, у молодой женщины с ИМТ 18 могут исчезнуть менструации при диспропорциональном развитии мышц в результате навязчивых физических тренировок. С другой стороны, у некоторых восточных женщин с хрупким телосложением при низком ИМТ наблюдаются менструации и они могут забеременеть. Даже у взрослых пациентов, строгое следование формальным критериям приводит к тому, что большинство клинических пациентов относят к «атипичной» или «без дополнительных уточнений» категориям.

У детей и подростков еще более важно не ограничиваться этими диагностическими критериями. В частности, вес и рост в растущем теле являются непостоянными. У здорового 12-летнего мальчика с соотношением роста и веса, соответствующим 50-й перцентили, ИМТ будет 17,5 – что могло бы быть основанием для диагностики анорексии у взрослой женщины. С другой стороны, девочка – подросток – дочь родителей с высоким ростом, может иметь ИМТ в пределах нормы, но сильно ограничивает себя в употреблении пищи, что приводит к замедлению скорости обмена веществ; она, в итоге, отстает в развитии и испытывает тяжелые симптомы навязчивостей.

Целесообразно наносить рост и вес молодых пациентов на стандартную карту физического развития для того, чтобы сравнивать изменения и тенденции с ожидаемыми. Информация о росте родителей способствует более точной оценке развития. Наглядная кривая соотношения роста и веса ребенка – наилучший косвенный показатель здорового питания развивающегося головного мозга.

### ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ПРИСТУПООБРАЗНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ»?

Приступообразное переедание определяется как:

- Количество еды, потребляемой в один присест, которое
- Значительно больше по объему, чем было бы разумным употребить в один прием пищи
- Присутствует чувство потери контроля над употреблением пищи.

Люди, страдающие приступообразным перееданием, могут со временем отказаться от попыток их контролировать и могут даже планировать их. Некоторые пациенты с анорексией описывают любые незапланированные приемы пищи, как приступы переедания. Обычно за приступообразными перееданиями следуют процедуры очищения, и можно использовать термин приступы переедания для описания самих по себе действий по очищению.

Как уже упоминалось выше, современные определения и классификации не дифференцируют вероятные различия в генетической чувствительности, но подросткам, у которых расстройство пищевого поведения приводит к голоданию, необходимо возобновлять питание, чтобы предупредить задержку физического и неврологического развития, независимо от точной этиологии.

Пациенты, страдающие нервной анорексией, обычно защищают свои привычки или настолько сконцентрированы на снижении веса, что больше не замечают или не принимают физические и социальные последствия голодания, поэтому целесообразно выслушать также родителей, братьев и сестер, а также других информантов. Полезно задокументировать историю потери веса, самую высокую и самую низкую массу тела пациента, предпочитаемый вес и особенности протекания менструальных циклов. Клиницистам необходимо знать о текущем суточном потреблении пищи, жидких продуктов, включая низкокалорийные и содержащие кофеин напитки, алкоголь, наркотики и медикаменты. Имеет ли место самостоятельно вызываемая рвота, компульсивные действия и занятия спортом, употребление слабительных, таблеток для похудения, препаратов, приготовленных на основе трав, и преднамеренное

### Сита

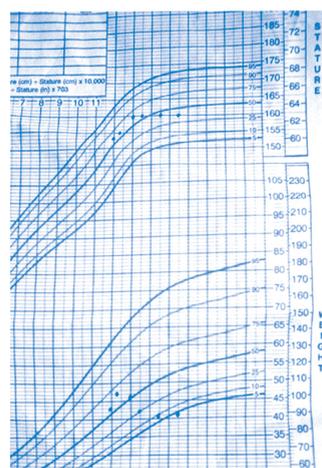
14-летняя Сита поступила в подростковую психиатрическую клинику после того, как многочисленные исследования желудочно-кишечного тракта не смогли установить причину ее потери веса, запоров и болей в животе. Она была осмотрена психологом, который высказал предположение о возможном сексуальном насилии – что сильно оскорбило ее родителей. Сита постепенно перестала употреблять все продукты, которые ассоциировались у нее с болью в желудке и на момент поступления ее рацион состоял из очень ограниченного диапазона не острых продуктов, употребляемых в небольших количествах.

Сита была госпитализирована в педиатрическую палату, где она отказалась практически от всего, что было в меню, и, в конечном итоге, было применено кормление через назогастральный зонд (с согласия ее самой и ее родителей), как прагматичная мера восстановления ее питания. Сита была также включена в дневную программу для молодых людей с психологическими расстройствами, в которой участвовали преимущественно девочки с анорексией и депрессивными расстройствами.

В последующем Сита стала заметно гордиться своим исхудалым телом и беспокоиться по поводу того, что она может разостлеть. Она начала читать этикетки на пищевых продуктах с указанием калорий и постоянно говорила о размере своей одежды. Ее расстроенные родители теперь жаловались, что в клинике их ребенок «заразился анорексией».

переохлаждение? Такие действия вредят здоровью и препятствуют социальному функционированию, равно как и увеличению массы тела. Действия пациентов, как правило, сочетают в себе оценку параметров собственного тела (непрерывные взвешивания, измерения, рассматривание себя в зеркале, касания, ощупывания, примерки определенной одежды и сравнение себя с другими) и избегание (не появляются перед другими людьми в купальных костюмах или без макияжа или не способны принять ванну, потому что презирают собственное тело). Часто наблюдаются как социальная изоляция, так и конфликты, при этом застенчивые, послушные девочки могут становиться жестокими, сквернословить или наносить себе самоповреждения, если оспариваются их правила, сформировавшиеся под влиянием расстройства пищевого поведения. Лица, страдающие булимией, могут испытывать настолько сильное чувство голода, что воруют продукты или запасают и припрятывают их.

Удивителен тот факт, что слишком низкий вес можно не заметить, если молодая пациентка умело подберет одежду и макияж. Члены семьи, которые видят ребенка каждый день, могут не заметить постепенно развивающиеся изменения. Очень полезно создавать в школах и в учреждениях первичной медицинской помощи атмосферу понимания. Мы можем сделать это заведенным порядком – регулярно спрашивать молодых пациентов об их привычках в питании. Вопросник SCOFF (Morgan et al, 1999) представляет собой научно обоснованный, краткий инструмент скрининга на наличие расстройств пищевого поведения, концептуально сходный с вопросником CAGE для алкогольных проблем (см. вкладку). Важно скорее активно искать психологические симптомы расстройств пищевого поведения, а не идти путем исключения физических заболеваний.



#### ПРИМЕР ГРАФИКА ВЕСА

К моменту окончания начальной школы эта девочка была почти самой высокой среди своих сверстников, хотя имела соотношение роста и веса в пределах нормы. Однако у нее развилась нервная анорексия, и она потеряла в весе в считанные месяцы. С начала заболевания она перестала также прибавлять в росте, и в итоге одноклассники обогнали ее.

#### Опросник SCOFF\* (Morgan et al, 1999)

- Доводили ли Вы себя до Тошноты, переполняя желудок большим количеством пищи?
- Беспокоитесь ли Вы по поводу потери Контроля над количеством съедаемой пищи?
- Теряли ли вы в последнее время больше Одного стоуна\* (6 кг) массы тела в течение 3-х месяцев?
- Считали ли Вы себя Толстым, тогда как другие говорили, что вы худой
- Можете ли Вы сказать, что Еда доминирует в вашей жизни?

\* аббревиатура от первых букв слов: Sick- тошнота, Control – контроль, One – один стоун (мера веса; равен 14 фунтам, или 6,34 кг), Fat – толстый, Food – еда; scoff – дословно переводится как «жадно есть, лопать, уплетать».

Перед нами стоит задача не диагностировать ошибочно сахарный диабет, тиреотоксикоз, муковисцидоз, заболевания пищеварительного тракта, злокачественные новообразования или другую причину потери веса, молодые люди часто подвергаются излишним обследованиям, тогда как нервная анорексия остается без внимания.

### **Нервная булимия**

Основанием для диагностики этого расстройства, как правило, является переедание-очищение при нормальном весе. Вопросник ВІТЕ (см. Приложение) – эффективный инструмент для оценки диапазона и степени выраженности симптомов. Нарушение менструального цикла, проблемы с фертильностью, необъяснимые судороги, «странные головокружения» и хроническая усталость должны настораживать нас в плане возможного расстройства пищевого поведения. Жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта могут быть как последствиями, так и оправданиями расстройства (как в описанном во вкладке случае с Ситой). В большинстве случаев к психологическим проявлениям относятся: депрессия, тревога, симптомы навязчивостей и проблемы с взаимоотношениями. Девочки, естественно, подвержены более высокому риску, однако мальчиков с необъяснимой потерей веса также необходимо расспросить об их диете, занятиях спортом и отношении к собственному телосложению. Наблюдение в условиях стационара или дневного стационара может выявить симптомы, о которых пациент не говорит врачу.

### **Обследование физического состояния и психологических симптомов**

Расстройства и нарушения питания требуют мульти-дисциплинарной оценки, включая обследование физического состояния, дневники приема пищи, графики роста и психиатрический осмотр. Важное значение имеет исследование семейного анамнеза и вовлечение семьи; многое может разъяснить изучение предпочтений, касающихся приема пищи дома. В качестве альтернативы можно попросить семью принести еду для пикника, чтобы съесть ее в клинике.

Необходимо измерять параметры тела и взвешивать пациентов. Если пациент крайне неохотно взвешивается, то это, по всей вероятности, может быть признаком выраженной озабоченности схемой тела. Этим можно объяснить, почему пациентов, которые содействуют мониторингу физических параметров более безопасно лечить в амбулаторных условиях, чем тех, которые уклоняются от такого наблюдения, и единственное, что можно у них оценить – это отсутствие или наличие кахексии. Терапевты иногда отказываются принимать пациентов, у которых только психиатрический диагноз, и могут нуждаться в помощи специализированных психиатрических медсестер с тем, чтобы психопатологические проблемы пациента не наносили ущерб лечению физических последствий голодания.

Стандартные анализы крови дают возможность исключить большинство наиболее распространенных дифференциальных диагнозов потери веса. При анорексии отмечается низкий уровень сахара в крови (исключая коморбидный, плохо контролируемый сахарный диабет). При нервной анорексии наблюдается

обратимое адаптационное снижение функции щитовидной железы, при этом отмечается нормальный или незначительно сниженный уровень ТТГ, тогда как в случае снижения веса, связанного с тиреотоксикозом, уровень Т4 будет высоким при одновременном снижении уровня ТТГ. Определение содержания электролитов может выявить низкий уровень мочевины (из-за низкого потребления белка с пищей) и снижение уровня калия (за счет рвоты). Тестирование функции печени может выявить коморбидные алкогольные или наркотические проблемы, хотя экстремальное голодание само по себе может приводить к повреждению печени. Анорексия нередко вызывает анемию, и если нет снижения количества лейкоцитов крови, то это может свидетельствовать об инфекции. У голодающих пациентов обычно наблюдается нейтропения и при значительном снижении числа нейтрофилов в крови необходимо предохранять от возможного воздействия инфекций. ЭКГ помогает оценить кардиологический статус и обмен электролитов. Ежегодное сканирование плотности костной ткани, если доступно, позволяет оценить риск возникновения остеопороза, но не контролировать изменения.

Молодые девушки могут забеременеть при нездоровом снижении веса, а из-за рвоты пероральные контрацептивы могут оказаться неэффективными. Целесообразно всегда рассматривать вероятность беременности у молодых девушек с изменением массы тела, рвотой и аменореей. В случае сочетания беременности и расстройства пищевого поведения пациентки должны быть подвержены тщательно соматическому, психологическому наблюдению и контролю веса и питания на протяжении всей беременности и в первые месяцы после родов с тем, чтобы между матерью и ребенком возникли здоровые взаимоотношения, и они вместе смогли пережить расстройство пищевого поведения. Расстройства пищевого поведения, даже в субклинической форме, могут влиять на фертильность и повышать риск повреждения еще неродившегося ребенка. Как сама беременность, так и роды могут протекать с осложнениями. При принятии решений нужно руководствоваться самой современной информацией, так в период беременности и грудного вскармливания приходится делать выбор между относительным риском от приема медикаментов и возможных последствиях не пролеченного заболевания. Сами матери, страдающие расстройством пищевого поведения, могут нуждаться в поддержке и обучении навыкам здорового игрового кормления ребенка ясельного возраста.

### ПОЛЕЗНЫЕ ВОПРОСНИКИ И ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ

- Обследование на наличие расстройств пищевого поведения, версия для самостоятельного заполнения – англ. The Eating Disorders Examination, self-report version (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994). Этот инструмент свободно доступен и является одним из наиболее широко используемых самостоятельно заполняемых вопросников; подходит для использования у подростков, но не подходит для детей.
- Опросник по расстройствам пищевого поведения 3 – англ. Eating Disorders Inventory-3 (Garner, 2004). Самостоятельно заполняемый опросник, охватывающий 12 сфер, связанных с приемом пищи понятий, норм поведения и социальных функций; одобрен для использования у детей и подростков и чувствительный к изменениям.
- Тест отношения к приему пищи у детей – англ. The Children's Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney et al, 1988). Детская версия взрослого теста EAT, также представляет собой самостоятельно заполняемый вопросник.
- Шкала Моргана-Рассела для оценки результата – англ. Morgan-Russell Average Outcome Scale (MRAOS; Morgan & Hayward, 1988). Заполняемая интервьюером шкала исхода при нервной анорексии (не защищена авторскими правами).
- Исследовательский тест на булимию – англ. Bulimic Investigatory Test (BITE; Freeman & Henderson, 1997). Заполняемый испытуемым вопросник, одобренный для использования у взрослых пациентов, но подходит также и для подростков; высокочувствительный к изменениям симптомов булимии, поэтому эффективен в оценке прогресса в лечении (не защищен авторскими правами).

Следовательно, необходимо всегда в спокойной и доверительной обстановке обсуждать с пациентками проблемы, касающиеся зачатия.

Необходимо оценивать настроение и наличие тревоги – это один из способов достижения взаимопонимания с пациентами, отвергающими соматические проблемы. Кроме того, при нервной анорексии повышается риск самоповреждений и суицида.

### **Коморбидность**

Кроме того, что необходимо проводить дифференциальную диагностику с перечисленными ниже состояниями, следует также рассматривать возможность их сосуществования с расстройствами пищевого поведения.

#### ***Психологическая коморбидность:***

- Депрессия. Может быть вторичной по отношению к голоданию
- Тревога и склонность к навязчивостям. В некоторых случаях расстройство пищевого поведения – это один из многих симптомов выраженной тревоги. Голодание также может вызывать навязчивые симптомы, касающиеся пищи и образа собственного тела (Keys, 1950)
- Расстройства аутистического спектра
- Развитие пограничного расстройства личности
- Злоупотребление психоактивными веществами. Опиаты вызывают тошноту и снижают аппетит, молодые люди могут тратить все имеющиеся у них деньги на наркотики, а не на еду
- Синдром хронической усталости: это состояние может ассоциироваться с расстройствами поведения, и маловероятно, что будет реагировать на лечения до тех пор, пока не будут устранены все симптомы одновременно.

#### ***Соматическая коморбидность:***

- Недостаточная выработка инсулина – обычное явление у людей с инсулинозависимым диабетом, особенно у девочек, которые используют ее как метод снижения веса. В результате, даже если вес остается в диапазоне нормы, и пациентка не прибегает к каким-либо способам очищения организма, тело может быть подвергнуто продолжительному вредному воздействию из-за неудовлетворительного контроля гликемии. Смертность при сочетании сахарного диабета и расстройства пищевого поведения значительно превышает этот показатель при каждом из этих заболеваний, отдельно взятых.
- Муковисцидоз – еще одно состояние, которое в случае недостаточного лечения может приводить к снижению веса, что может приветствоваться молодой особой, но стоит ей собственного здоровья
- Заболевания желудочно-кишечного тракта, эпилепсия и даже злокачественные опухоли могут предрасполагать молодых людей, озабоченных собственным внешним видом, к тому, что они будут пренебрегать любым лечением, которое может способствовать повышению массы тела.

## ТЕЧЕНИЕ И БРЕМЯ

Нервная анорексия – психическое расстройство с высокой летальностью, характеризующееся длительным течением, при этом не все пациенты выздоравливают; среднее время выздоровления (если таковое имеет место) составляет от шести до семи лет (Strober et al, 1997). Таким образом, пациенты с нервной анорексией представляют собой тяжелое бремя для психиатрических служб и для их родственников, при этом заболеваемость среди лиц, осуществляющих уход за такими пациентами на одном уровне заболеваемостью среди тех, кто ухаживает за больными шизофренией (Whitney, 2007). Наряду с тем, что у подростков, страдающих нервной булимией, ремиссия может быть спонтанной, все еще нет единого мнения относительно того, приводит ли ранняя диагностика и вмешательство к лучшим результатам, или они всего лишь отражают естественное течение расстройства в этой возрастной категории.

## ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

### Нервная анорексия

При нервной анорексии клиницисты сталкиваются с необходимостью решать проблемы острого соматического риска, понимая, насколько этот риск может повышаться под влиянием психопатологии, кроме того, что сам по себе представляет серьезную угрозу для пациента. Резкое снижение массы тела (> 1кг/неделю, меньше у маленьких детей) – опасно. Смертность еще больше возрастает при использовании процедур очищения организма и злоупотреблении психоактивными веществами. Такие пациенты в срочном порядке должны быть осмотрены другими специалистами. Некоторые нуждаются в госпитализации, при необходимости сохранить жизнь пациента показано лечение без его согласия. Особо опасны у истощенных пациентов такие симптомы, как слабость (при ходьбе вверх по лестнице, при подъеме из положения на корточках), боли в грудной клетке и замедленное мышление.

Физические индикаторы риска, такие как анализы крови или масса тела, не дают представления о поведенческом риске, который будет отсутствовать у пациентов с такими же физическими параметрами, но страдающими другими заболеваниями, так как в случае последних ожидается, что они будут сотрудничать и следовать рекомендациями по лечению, а не



### НЕТ АНОРЕКСИИ

«Я думала, что, возможно, у меня есть шанс использовать мои страдания для того, чтобы довести до сознания многих людей и, наконец, продемонстрировать это с помощью фотографий, что представляет собой удобство и к какой опасности она может привести – к смерти», говорила Изабель Каро, французская актриса и модель, которая умерла от осложнений нервной анорексии 17 ноября 2010 года в Токио, Япония. Ей было 28 лет.

Многочисленные попытки лечить Каро не дали результата. Она страдала анорексией с 13 лет, и впервые была госпитализирована в 20. Хуже всего ее состояние было в 2006 году, когда она впала в кому, при весе всего 25 кг (ИМТ = 9,2).

В последний год своей жизни Каро посвятила себя компании против индустрии моды, использующей худых моделей. Кульминацией этой компании была фотосессия, в которой Изабель предстала обнаженной для акции против анорексии, организованной фирмой по производству одежды. Фотографии в газетах и на билбордах под заголовком «Нет анорексии» были опубликованы во время недели моды в Милане в 2007 г. На тот момент ИМТ Изабель был меньше 12. Индустрия моды находилась в центре внимания из-за анорексии после того, как в Бразилии от этого заболевания умерла 21-летняя модель.

Каро часто рассказывала об анорексии, о своих попытках справиться с этим заболеванием, а также об угрозе расстройств пищевого поведения в индустрии моды. Она приложила много усилий для того, чтобы парламент Франции принял закон, который запретил бы слишком худым моделям участвовать в показе мод.

### СИНДРОМ ВОЗОБНОВЛЕННОГО КОРМЛЕНИЯ

Синдром возобновленного кормления – это потенциально фатальное нарушение электролитного и водного баланса, которое может возникнуть у пациентов с недостаточностью питания, если они получают слишком быстрое, неправильно сбалансированное искусственное или даже пероральное питание. Он может включать в себя сочетание биохимических, электролитных и метаболических изменений, а также нарушений водного баланса, которые могут проявляться (или приводить к) гипофосфатемией, гипомагниемией, гипокалиемией, острым расширением желудка, левожелудочковой недостаточностью, тяжелыми отеками, спутанностью сознания, комой и смертью. Синдром восстановленного питания был частой причиной смерти при анорексии и других видах голодания на ранних этапах ведения пациентов. Однако высказывались критические замечания, что текущие руководства по восстановлению питания слишком осторожны и приводят к дальнейшей потере веса с повышением риска и удлинением сроков пребывания в стационаре.

Возобновление кормления в домашних условиях может быть более безопасным, если избегать внезапных изменений диеты и использовать в качестве основного компонента продукты с высоким содержанием фосфатов, такие как молоко.

противиться ему и пытаться свести на нет. Таким образом, при проведении лечения детей и подростков с расстройствами пищевого поведения в общемедицинских отделениях, такие пациенты нуждаются в дополнительной медсестринской помощи для того, чтобы сострадательно, но твердо и решительно справляться с их причиняющим вред поведением.

Особо безотлагательно необходимо проводить восстановление питания у детей; чем меньше ребенок, тем быстрее развивается дегидратация и другие нарушения. У детей метаболизм протекает быстрее, чем у взрослых. Дополнительные требования предъявляют быстрое физическое созревание и воздействие инфекций. Голодание в период интенсивного физиологического созревания может причинить долговременный ущерб. Так, например, голодание в возрасте 10 – 14 лет у людей, переживших блокаду Ленинграда, ассоциировалось с более высоким артериальным давлением, уровнем холестерина и общей смертностью. Те, кто пережил голод в Голландии в 1944 г (Stein et al, 1975), демонстрировали похожие последствия, в том числе и у второго поколения голодавших, такие как ожирение у потомков женщин, перенесших голод во время беременности. У тех, кто голодал в период полового созревания может иметь место низкорослость, а также последствия для всё еще развивающегося головного мозга. Головной мозг, особенно лобные доли, продолжает развиваться в подростковом возрасте, происходит как дополнительный рост новых нейронных связей, так и одновременная обрезка старых (Giedd, 2008), что проявляется в приобретении социальных навыков, способности к абстрактному мышлению, поэтому пациенты с тяжелой нервной анорексией продолжают функционировать на конкретном, детском уровне, не смотря на академические успехи и поверхностную зрелость.

Кратковременное голодание и рвота могут влиять на когнитивные функции, при этом наблюдаются значительные индивидуальные колебания. Заметное восстановление этих функций происходит при возобновлении питания, что способствует более активному участию в той или иной психологической терапии. Нарушение социального и психологического функционирования может быть вызвано как самой болезнью, так и госпитализацией. К счастью имеются доказательства того, что семья, получающая регулярную поддержку, может заменить стационарную помощь и способствовать сохранению достигнутого прогресса у тех, кто выписывается из больницы.

Когда дети голодают, это вызывает страх, чувство беспомощности и злость у других членов семьи, а высокий уровень раздражения еще больше усугубляет проблемы, связанные с приемом пищи. Нужны образовательные программы для семьи для того,

чтобы научиться избегать обвинений и брать на себя ответственность, признавать серьезность и сложность ситуации и реагировать со спокойной твердостью. Хорошо, если те, кто опекает ребенка, могут понять его страхи и не цепляются за убеждение, что симптомы неприемлемы и разрушительны. Ничто так не способствует здоровым изменениям (ни запугивание, ни обман), как заботливая твердость.

Целесообразно установить контакт со школой или другими заинтересованными учреждениями. Учителя и лидеры молодежи могут не захотеть контролировать прием пищи, но они могут устанавливать разумные границы для физических тренировок и других занятий, а также создавать условия для конфиденциальности во время приема пищи. Школьные экскурсии могут быть небезопасны для детей с низким весом или с ритуалами, связанными с приемом пищи.

Компетентность в вопросах диетологии имеет важное значение в стационарных палатах, однако нет ни необходимости, ни оснований для того, чтобы строго следить за соблюдением диеты амбулаторным пациентам. Проблема заключается далеко не в том, чтобы знать, что есть, а в том, чтобы научиться позволять себе потреблять необходимое количество калорий. Восстановление питания имеет центральное значение для лечения, и без него не может наступить выздоровление. Восстановление массы тела пациента против его воли может привести к выздоровлению, если терапия (или сама жизнь) сможет убедить его в необходимости поддерживать здоровый вес. Поддерживающая терапия необходима для кормления, не подлежащего обсуждению и сохраняющего жизнь, тогда как мотивационные вмешательства проводятся после улучшения состояния пациента. Семья может извлечь пользу из лечения не только потому, что терапия позволяет предотвратить выгорание и депрессию, но еще и потому, что совместная работа семьи над этой проблемой по модели, разработанной в клинике Модсли (Crisp et al, 1991) является на сегодня, как было доказано, наиболее эффективным долгосрочным лечением данного расстройства. Исполненные благих намерений, усилия, направленные на то, чтобы лечить депрессию у пациентов с крайне низкой массой тела, по всей вероятности, приведут к частичному успеху до тех пор пока проводится восстановление питания.

### ***Мотивационные методы***

К сожалению, не часто ребенок, после того, как ему демонстрируют всю опасность голодания, пугается настолько, что начинает снова есть нормально. В действительности безразличие ребенка в противоположность растущему беспокойству и страхам родителей может увеличивать пропасть между ними. Наилучших результатов можно достичь, если постепенно и систематически помогать детям осознать связь между симптомами, которые им не нравятся (утомляемость, беспокойство, тревога, навязчивость, озабоченность едой и ее избеганием, проблемы со сном, повышенная чувствительность к холоду, потеря друзей, неспособность поддерживать социальные связи, ухудшение успеваемости в школе и невысокие достижения в спорте, «забота» со стороны родителей) и анорексией. По мере того, как состояние детей улучшается, целесообразно помочь им заметить, как увеличение веса приносит соответствующую выгоду: больше энергии, светлая голова, устойчивость к холоду, увеличение роста (обычно быть высокого роста – «круто»),

### ВЫДЕРЖКИ ИЗ ПИСЬМА АНОРЕКСИИ

Я пишу это письмо, потому что решила Вас бросить. Да, в самом деле! Я Вас разлюбила. Дело не в Вас, а во мне.

Я никогда Вас не забуду. Я действительно однажды по-настоящему Вас полюбила, и какое-то короткое время нам было хорошо вместе, но Вы требуете к себе слишком много внимания, и это разрушает мою жизнь.

Моя семья никогда Вас не любила, но из-за этого Вы становились еще круче в моих глазах. Но со временем я поняла, что из-за Вас теряю друзей, и они сказали, что мои родители были правы, а Вы нет. Вы на самом деле не беспокоитесь обо мне, теперь я это понимаю – Вы хотите, чтобы я все время думала только о Вас, вместо того, чтобы по настоящему заботиться обо мне ...

способность развлекаться с друзьями, а также возвращение к нормальному физическому состоянию, позволяющему снова участвовать в спортивных играх.

Нам необходимо признать с сочувствием, без злости и раздражения, что серьезное расстройство пищевого поведения, несомненно, сопровождается определенной выгодой: это право требовать особое внимание и заботу от других людей, освобождение от социальных и сексуальных требований, ощущение, что тело стало контролируемым, а не пугающе непредсказуемым. Молодым людям необходимо овладеть новыми техниками, позволяющими совладать с этими аспектами жизни без того, чтобы голодать.

Для работы с пациентами, страдающими расстройствами пищевого поведения, были адаптированы принципы метода мотивационного интервьюирования, разработанного Miller and Rollnick (2008) для расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Это не терапия сама по себе, такое интервьюирование позволяет установить терапевтические взаимоотношения в обстоятельствах, которые в противном

случае оказываются бесперспективными (Geller, 2005). Клиницист побуждает пациентов проанализировать последствия собственного поведения, связанного с анорексией, настолько открыто и систематично, насколько это возможно с тем, чтобы пациенты как можно больше сами рассказали о вреде, причиненном таким поведением. Если терапевт *говорит* пациентам, что делать, они автоматически занимают защитную позицию (такая ситуация может возникать даже у самых лучших терапевтов, но с ней удастся справиться, если осознавать, что имеет место именно такой паттерн). Опубликован целый ряд руководств, обучающих мотивационным техникам, реализуемым в игровой форме, таким как «любовное послание» или «прощальное письмо» анорексии.



### ПРИНЦИПЫ МОДЕЛИ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ КЛИНИКИ МОДСЛИ

- Семье рекомендуется относиться к заболеванию очень серьезно
- Анорексия – объективное явление; т.е. о ней говорят, как об отдельной самостоятельной единице («анорексия») и рассматривают как угрожающее жизни заболевание, а не как выбор ребенка
- Терапия не фокусируется на причинах заболевания и избегает обвинения родителей в том, что их ребенок страдает этим расстройством
- С другой стороны, ответственность за выздоровление полностью ложится на семью совместно с профессионалами
- Взрослые осуществляют контроль до тех пор, пока ребенок не сможет питаться самостоятельно. Чтобы добиться этого им рекомендуется использовать все имеющиеся у них навыки, и в случае необходимости обучаться новым
- К рассмотрению проблем, связанных с развитием, приступают только после успешного достижения и поддержания нормального питания.

Клиницисты, которые тонко анализируют амбивалентность, пытаются понять как положительные, так и отрицательные стороны расстройства пищевого поведения, имеют больше шансов оказаться на стороне пациента в *противостоянии* расстройству. Пациентов меньше пугает перспектива расстаться с собственным расстройством, если они могут научиться альтернативным навыкам решения проблем.

Для работы с нервной анорексией подходит одна удачная метафора: *пища – это лекарство*. Это означает, что пища должна назначаться и приниматься в определенное время и в определенном количестве. Задача медсестер и родителей отпускать это *лекарство* в правильной дозе и следить за тем, чтобы ребенок его принял. Обязанность ребенка заключается в том, чтобы принять это *лекарство* и не отказываться от него, даже если ему не нравится его вкус или беспокоят побочные эффекты (увеличение массы тела). Это не обсуждается; молодая особа может выбирать только, как принимать свое лекарство – перорально в виде еды, перорально в виде имеющихся в продаже жидких пищевых добавок (если доступны) или через назогастральный зонд.

Опубликовано мало доказательств в поддержку назначения психотропных препаратов при лечении расстройств пищевого поведения, и на самом деле важно избегать применения лекарственных средств, способных удлинять интервал QT и таким образом приводить к опасным нарушениям сердечного ритма (например, антипсихотики первого поколения, трициклические антидепрессанты, некоторые антигистаминные препараты и макролидные антибиотики). Однако при достижении нормального веса или, по меньшей мере, его увеличения и при нормальной ЭКГ, некоторые пациенты могут извлечь выгоду от назначения СИОЗС в высоких, обладающих антиобсессивным эффектом, дозах, таких как 60 мг флуоксетина или 200 мг сертралина, хотя доказательства их эффективности немногочисленны (Fairburn, 2009). Первоначальные результаты, указывающие на то, что флуоксетин может сокращать частоту рецидивов у восстанавливающих вес пациентов с анорексией, к сожалению, не были воспроизведены в дальнейших исследованиях.

Растет количество доказательств в поддержку того, что назначение оланзапина в относительно невысоких дозах (2,5–10 мг) способно привести к ослаблению руминации и к более толерантному отношению к увеличению массы тела как у взрослых, так и у молодых людей с нервной анорексией, и что это безопасно (Couturier & Lock, 2007; Bissada et al, 2008). Если возникает необходимость в том, чтобы снять тревогу и успокоить пациента при введении назогастрального зонда, то предпочтение следует отдавать бензодиазепинам.

### **Нервная булимия**

У молодых людей, страдающих нервной булимией, как и у взрослых, к положительному эффекту приводит назначение антидепрессантов в высоких дозах – обычно флуоксетина

### **МОТИВАЦИОННАЯ БЕСЕДА**

- Предугадывайте амбивалентность
- Выражайте сопереживание
- Уменьшайте сопротивление
- Выявляйте и прорабатывайте противоречия
- Поддерживайте самостоятельность пациента в принятии решений

### **НЕОБСУЖДАЕМЫЕ ИСТИНЫ**

- Пациенты движутся – хотя, возможно, и медленно – к здоровому диапазону веса
- Каждый должен научиться содействовать медицинскому наблюдению и принимать его для собственной безопасности и для развития доверия и уважения
- Врачи и родители несут юридическую и моральную ответственность за сохранение жизни и предотвращение невосполнимого ущерба – это известно, как «обращение к высшей силе».

60 мг/день (Couturier & Lock, 2007). Тем не менее, золотым стандартом в лечении этого расстройства у подростков и взрослых является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), нацеленная на симптомы булимии (Pretorius et al, 2009). В тех случаях, когда нет в наличии подготовленных терапевтов, сообщается о хороших результатах, достигнутых при использовании книг по самопомощи, компакт-дисков или программ в сети Интернет, по возможности, под наблюдением специалистов. Метод межличностной терапии (МТ), разработанный Д. Клерманом и М. Вейсман, также был успешно использован в лечении булимии у юношей и, по всей видимости, может быть разумной альтернативой КПТ у подростков (Fairburn et al, 1995).

Вполне целесообразным может показаться применение КПТ и МТ при расстройствах пищевого поведения как с низким, так и с нормальным весом и, действительно, разработанная Fairburn усовершенствованная версия КПТ – КПТ-У, рекомендована автором для использования при всех расстройствах пищевого поведения у детей в возрасте до 15 лет и ИМТ ниже 15 (Fairburn, 2009); к сожалению, многие молодые пациенты не попадают под эту категорию. Кроме того, исследование, проведенное в Крайстчерче (Mackintosh et al, 2005), показало, что у взрослых с нервной анорексией при применении формальной КПТ и МТ результаты в действительности оказались хуже, чем при неспецифическом поддерживающем лечении в клинических условиях.

### **Модели оказания помощи при расстройствах пищевого поведения**

Ключом к безопасному и эффективному лечению нервной анорексии является гармоничное сочетание согласованных действий. Это намного труднее осуществить, чем может показаться на первый взгляд, учитывая то, что пациенты подсознательно делают все для того, чтобы защитить аноректическое поведение и

максимально внести в терапевтический процесс беспорядок и подорвать его. Особенно сложным местом для осуществления наблюдения за подростками может быть школа. Может оказаться так, что возвращение таких подростков в школу станет не путешествием к здоровью и прогрессу, а уклонением от контроля со стороны взрослых, что способствует к возвращению к аноректическому поведению. Атмосфера соперничества во время школьных экзаменов часто дополнительно провоцирует аноректические и обсессивные реакции на стресс, кроме того взрослые часто не решаются прерывать публичные экзамены, чтобы отдать предпочтение лечению.

Групповая терапия, на первый взгляд, может показаться наиболее экономичным подходом в оказании помощи. Однако пациенты, страдающие нервной анорексией, склонны избегать групп или использовать их для конкуренции с другими больными. Особые проблемы могут возникать в смешанных группах пациентов с анорексией и булимией. Родители, тем не менее, могут получать существенную пользу от поддержки со стороны других, испытывающих подобные

### **ПОМЕЩАТЬ В БОЛЬНИЦУ ИЛИ ВЕСТИ НА ДОМУ?**

Gowers et al (2007) установили, что в тех случаях, когда пациентов можно было безопасно лечить в амбулаторных условиях, результаты были значительно лучше, особенно если помощь оказывалась в амбулаторной клинике, специализирующейся на расстройствах пищевого поведения. Даже детские и подростковые психиатры общего профиля добивались более выраженного психического и соматического улучшения при амбулаторном лечении. Однако в данное исследование не были включены пациенты, лечение которых в домашних условиях казалось небезопасным. Кроме того, не везде доступны амбулаторные клиники, хотя социальные службы по оказанию услуг по месту жительства и телемедицина все больше и больше способны оказывать помощь на дому.

затруднения, родителей, и все больше появляется доказательств в пользу мульти-семейных групп (Eisler, 2005).

Когда пациент с нервной булимией способен поддерживать нормальный вес и нуждается в минимальном медицинском наблюдении, может быть эффективным лечение с использованием методик, базирующихся на Интернет-технологиях или использовании CD-ROM. Schmidt и коллеги (Pretorius et al, 2009) разработали такие программы для подростков, модифицировав материалы из опубликованной ими книги «Getting Better Bit(e) by Bit(e)» (Schmidt & Treasure, 1993).

## ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Ранние исследования, проведенные Sten Theander (1985), дали шокирующие результаты: 20% пациентов с нервной анорексией умирают от причин, связанных с этим расстройством. Даже сейчас смертность при анорексии в десять раз выше, чем в общей популяции, и занимает третье или четвертое место среди причин смерти у подростков. Нынешнее снижение показателей смертности отражает, отчасти, изменение диагностических критериев – с момента публикации DSM-III-R в 1987 году мы требуем потери только 15% массы тела (или ИМТ ниже 17,5) для установления диагноза, тогда как раньше требовалось 25% (ИМТ ниже 15). В результате этого, популяция людей с диагнозом нервной анорексии расширилась, при этом количество людей, у которых расстройство привело к выраженному истощению, остается достаточно стабильным, так что в процентном выражении на первый взгляд может показаться, что показатель смертности снижается.

Лечение нервной анорексии с развернутой клинической картиной протекает медленно и сталкивается с трудностями: среднее время выздоровления составляет от шести до семи лет, хотя лечение в течение этого периода, вероятнее всего, будет эпизодическим, а не непрерывным. У более молодых, интенсивно пролеченных пациентов часто наблюдается более быстрое улучшение состояния, а также есть вероятность, что в некоторых случаях произойдет спонтанное выздоровление без лечения.

Чем лучше организовано лечение, тем более стойкие результаты – в настоящее время общепризнанным считается, что толерантные, уважительные взаимоотношения являются благоприятными условиями для длительного мониторинга и поддержки. В прошлом, когда только начинали лечить анорексию, пациентам в стационаре назначался строгий постельный режим и единственной «привилегией» была возможность воспользоваться туалетом, а не подкладным судном, либо, в случае увеличения массы тела, разрешалось принимать посетителей. Такой режим больше не считается ни эффективным, ни приемлемым, хотя, к сожалению, дух «награждения» или «наказания» пациентов в зависимости от их веса, все еще витает в некоторых центрах. Это может быть обусловлено инстинктивной реакцией на саму природу анорексии, которая дает больному ощущение вознаграждения при снижении веса или наказания при увеличении массы тела.

Подавляющему меньшинству пациентов с нервной анорексией не удастся достигнуть полного выздоровления, но эти пациенты могут, по меньшей мере, жить

вполне удовлетворительной и общественно полезной жизнью. Невозможно заранее определить, какие пациенты попадут в эту категорию, пока они остаются подростками, и молодых людей нельзя считать хроническими больными, пока не пройдет несколько лет лечения.

Голодание и недостаточное питание, независимо от причины, негативно влияют на способность к воспроизведению потомства. Минимальный вес, необходимый для менструации и фертильности, неодинаков у разных индивидов. Молодые люди, страдающие анорексией, и их родители часто боятся, что под влиянием этого заболевания способность производить потомство утрачивается навсегда, тогда как в действительности при восстановлении нормального веса и возвращении к здоровым паттернам питания, фертильность со временем возвращается. Установлено, что у тридцати-, сорокалетних пациенток с длительной первичной аменореей возобновляется овуляция при восстановлении веса.

Тем не менее, к сожалению, смертность при нервной анорексии все еще остается высокой. Повышенная смертность, отчасти, связана с соматическими нарушениями, ассоциированными с этим расстройством, и, отчасти, с суицидами. Некоторые смертельные случаи могут быть результатом передозировок, когда обычная доза становится смертельной за счет низкого веса индивида. То же самое происходит при злоупотреблении психоактивными веществами, когда из-за низкого веса существенно усиливаются негативные эффекты. В странах с холодным климатом большинство смертей приходится на зимние месяцы, из-за гипотермии и инфекционных заболеваний (включая туберкулез). Истощенная голоданием сердечная мышца особенно уязвима при чрезмерных физических нагрузках в условиях низкой температуры. В жарких странах значительный риск представляют собой дегидратация и кишечные инфекции. У пациентов, вызывающих у себя рвоту, могут возникать повреждения желудочно-кишечного тракта, предрасполагающие их к фатальному прободению.

### Действительно ли это «временное явление»?

Специалисты расходятся во мнении относительно выгоды от ранних вмешательств. Возможно, существуют некоторые спонтанные ранние выздоровления, независимо от лечения. Хроническое течение заболевания ассоциируется с плохим прогнозом.

- Stice et al (2009) опубликовали результаты восьмилетнего проспективного исследования 495 девочек-подростков в возрасте от 12 до 20 лет. К 20 годам распространенность некоторых форм расстройства пищевого поведения составляла 12%, но у большинства проблема разрешалась в течение нескольких месяцев, а у 90% в течение одного года.
- Steinhausen et al (1991) обнаружили, что чем дольше длится расстройство пищевого поведения, тем больше времени требует выздоровление.
- Treasure and Russell (2011) утверждали, что раннее лечение имеет важное значение, на что указывает тот факт, что по результатам ретроспективного наблюдения, лучшие результаты были получены среди более молодых пациентов с относительно более короткой историей нервной анорексии
- Мета-анализы ((Schoemaker, 1997; Raes et al, 2001) показали, что раннее выявление и диагностика не гарантируют раннего выздоровления.

## ВЕБ-САЙТЫ

**Катамнестическое наблюдение**

В детском и подростковом возрасте, когда анорексия серьезно угрожает жизни, мы обязаны действовать активно, но, если выздоровления не наступает, несмотря на интенсивные усилия, и нет высокого риска летального исхода, приоритетным становится поддержание полезного контакта; в таком случае необходимо постоянно держать дверь открытой, чтобы пациент мог получить максимально возможную помощь: медицинское наблюдение, внимательное выслушивание и поддержание надежды на выздоровление и сохранения жизни. Результаты недавних исследований показали, что выздоровление возможно даже через двадцать лет с момента начала анорексии. Из-за особенностей возраста и длительности течения заболевания, оказание помощи пациентам может сопровождаться частой сменой обстановки, например, из детско-подростковой службы во взрослую клинику, уходом из относительно защищенной школьной среды, расставанием с родным домом, возможно для того, чтобы начать сложное обучение в университете или работу вне дома, и все это ставит новые задачи перед службами здравоохранения.

Смена обстановки – это час пик для рецидива и декомпенсации. Люди, страдающие анорексией склонны рассматривать свое заболевание, как стратегию решения проблем и даже как заветную цель, поэтому необходимы профессиональные усилия для того, чтобы склонить их или, когда это необходимо, принудить к прохождению лечения. Не удивительно, что многие профессионалы в какой-то момент испытывают злость и чувство неудовлетворенности. Тем не менее, молодые люди и семьи, в которых есть больные нервной анорексией, проявляют себя как интересные, достигающие высоких результатов люди, приносящие большую пользу обществу, а нервная анорексия и булимия – это психические расстройства, при которых возможно полное и стойкое выздоровление.

**ПРОФИЛАКТИКА**

Программы профилактики обычно проводятся в группах детей или подростков в школах или в клинических условиях, или в молодежных группах, таких как атлетические клубы. В целом результаты реализации профилактических программ неоднородны. Целевые программы демонстрируют небольшую или умеренную выраженность эффекта, тогда как универсальные программы оказались в основном неэф-

Большинство сайтов, в основном, это профессиональные или организованные благотворительными обществами, надежны и отвечают современным требованиям. Существует много превосходных сайтов, которыми занимаются непрофессионалы, но есть также и опасные, содержащие неправильную информацию или даже откровенно «про-аноректические», часто недолговечные или устаревшие.

- **The Centre for Eating and Dieting Disorders** (Центр по расстройствам питания и пищевого поведения)
- Основанная в Америке и представленная во всем мире **Academy of Eating Disorders** (Академия расстройств пищевого поведения) предоставляет полезную информацию, в том числе рекомендации по медицинскому менеджменту.
- На сайте **Royal College of Paediatrics and Child Health** (Королевский колледж педиатрии и детского здоровья) есть раздел, который предоставляет доступ к картам физического развития ВОЗ (WHO Growth Charts). (нажмите Child Health/Research Projects/Growth Charts)
- Сайт **Royal College of Psychiatrists** (Королевский колледж психиатров) содержит полезную информацию как для профессионалов и опекунов, так и для самих пациентов всех возрастов.
- **“BEAT”**, в прошлом Ассоциация по расстройствам пищевого поведения СК, предлагает информацию и помощь для непрофессионалов по всем аспектам расстройств пищевого поведения.
- **“Diabetics With Eating Disorders” (DWED)** (Диабетики с расстройствами пищевого поведения) сайт основанный больными диабетом с расстройствами пищевого поведения, и для таких пациентов.
- **“Men get eating disorders too”** (Мужчины также страдают расстройствами пищевого поведения) сайт для мальчиков и мужчин, также разработанный непрофессионалами.
- **“Something Fishy”** Англиязычный веб-сайт, на котором есть ссылки на сайты на других языках.

фективными. Наиболее эффективные вмешательства нацелены на самооценку и реализуются в виде индивидуальных или групповых тренингов (Stice et al, 2007). В некоторых странах законодательно утвердили требования минимального ИМТ для манекенщиц и уже в некоторых танцевальных школах требуются минимальное и максимальное значения ИМТ. Пока еще слишком рано оценивать профилактический эффект таких требований, но они посылают убедительное послание обществу.

Росло беспокойство по поводу того, что компании против ожирения могут иметь побочный эффект в виде провоцирования развития расстройств пищевого поведения у предрасположенных к ним индивидов. Однако было установлено, что продуманно организованная пропаганда здорового образа жизни, сфокусированная на здоровом питании и занятиях спортом (а не на снижении массы тела) может на самом деле защищать не только от ожирения, но и от расстройств пищевого поведения, проявляющихся озабоченностью образом собственного тела (Schwarz & Henderson, 2009).

## БАРЬЕРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ

До недавнего времени, в развивающихся странах традиционные подходы и церемонии, связанные с приемом пищи, а также влияние семьи отчасти защищали от возникновения расстройств пищевого поведения, вместе с идеальными условиями для лечения тех, кто попал под влияние болезни. Структурированные паттерны регулярного питания специализированных учреждений и обычаев, что пациенты едят все, что поставят перед ними на стол без уклонения и с уважением к друзьям и родственникам и совместное с ними употребление пищи, очень близки к традиционному здоровому отношению к питанию, которое способствует сохранению физического, психологического и социального здоровья человека. Идеал худого тела до недавнего времени не находил одобрения в не западных культурах, и даже сейчас в странах, где люди боятся СПИД, исхудалое тело не вызывает восхищения.

Печальная ирония в том, что тогда, как достоинства болезненного и обсессивного образа тела широко распространяются с помощью телевидения, Интернета и других средств массовой информации, службам здравоохранения исключительно трудно справляться с вредом. Для лечения расстройств пищевого поведения не нужны сложные и дорогостоящие медикаменты (хотя, на самом деле, лечение включает в себя обеспечение продуктами питания, которые не обязательно доступны по всему миру). Обучение и проведение тренингов по структурированной психотерапии в равной степени, если ни слишком, дорогостоящее. Нервная булимия может хорошо реагировать на КПТ, проводимую в форме самопомощи или руководимой самопомощи, однако имеются доказательства, что при нервной анорексии исход в большей степени зависит от уровня опыта клинициста, чем от особенностей модели терапии (Dare et al,

2001). Нервная анорексия, несмотря на ее изнуряющий характер, встречается относительно редко и часто скрывается не только самими больными, но и испытывающими чувство стыда родственниками, поэтому маловероятно, что врачи общей практики будут обладать необходимой квалификацией, тогда как специализированные центры очень дороги и слишком далеко географически, чтобы оказывать помощь большей части мирового населения.

В конечном счете, именно семье (или суррогатной семье) нужно придти на помощь ребенку, страдающему нервной анорексией. Требуемый стиль воспитания может показаться трудным для понимания для западной семьи из среднего класса, а также может оказаться трудным для понимания родителям, которые страдают тем же расстройством, что и их ребенок. Однако модель семейной терапии клиники Модсли, изложенная в специальных руководствах, а также описанная в брошюрах для непрофессионалов так, что доступна для понимания для всех англоговорящих грамотных родителей (Lock et al, 2001; Lock & Le Grange, 2005). Minuchin et al (1978) представил метод семейной терапии анорексии, исходя из ошибочного предположения, что поведение семьи является причиной расстройств пищевого поведения. Современные исследования показали, что семья наиболее вероятный источник выздоровления.