**Федеральное государственное научное бюджетное учреждение**

**«Научный центр психического здоровья»**

**Алгоритмы ранней диагностики нарушений пищевого поведения**

**Учебно-методическое пособие**

**А.Н. Бархатова**

**А.О. Русанова (Смольникова)**

**Москва 2019**

**СОДЕРЖАНИЕ**

1.Введение -------------------------------------------------------------------------стр.4

**2.**Основная часть-----------------------------------------------------------------стр.5

3. Заключение--------------------------------------------------------------------стр. 12

4. Список использованных источников------------------------------------стр.16

**РЕФЕРАТ**

**Ключевые слова:** Нарушения пищевого поведения. анорексии, булимия, эндогенные расстройства, шизотипическое расстройство, депрессия

**Объект исследования:** больные эндогенными расстройствами аффективного и шизофренического спектра, циклотимоподобными расстройствами, протекающими с проявлениями феномена нарушения пищевого поведения.

**Обозначения и сокращения:**

ЭД- эндогенная депрессия

НПП – нарушения пищевого поведения
НА- нервная анорексия

НБ- нервная булемия

КП- компульсивное переедание

ИМТ- индекс массы тела

БАР – биполярное аффективное расстройство

РДР- рекуррентное депрессивное расстройство

ИМТ- индекс массы тела

**Введение**

 Нарушения пищевого поведения представляют собой феноменологически гетерогенную группу состояний, объединенных сверхценным отношением к собственной, болезненным опасением избыточной массы тела, искажением восприятия образа собственного тела радикальными методами контроля массы и/или формы тела. К этой группе расстройств относят нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание. Для данной группы расстройств характерны выраженные биологические (полиорганная недостаточность, атрофия мозга и внутренних органов, бесплодие и пр.) и психосоциальные последствия: высокая психиатрическая коморбидность, отстраненность от активной социальной жизни, высокая вероятность смертельных исходов, обусловленная как суицидальным риском, так и соматическими осложнениями и пр.. В этой связи разработка алгоритмов ранней диагностики нарушений пищевого поведения у пациентов с эндогенными психическим расстройствами, и в частности с депрессией представляется актуальной и своевременной задачей. С этой целью были выделены параметры позволяющие оценить динамику значимых клинико-психологических маркеров нарушения пищевого поведения и группы факторов, влияющие на характер прогноза состояния пациентов. Были выделены «особые» профили психопатологической симптоматики, устанавливаемые в динамике наблюдения у больных с нарушениями пищевого поведения, в частности для депрессивных больных была характерна высокая частота тревожных расстройств, расстройств влечений, в группе больных с шизотипическим расстройством более частыми оказались фобии и обсессивно-компульсивные расстройства. Кроме того, проведен анализ данных о генетической, семейной патологии и личностных изменений в реализацию манифестации расстройств пищевого поведения.

**Основная часть.**

Данные о распространенности расстройств пищевого поведения разнятся как с учетом анализируемых выборок (по возрасту, полу, культуральным различиям, роду занятий), так и используемых методов оценки. Подлинную распространенность расстройства определить трудно также в связи с тем, что пациенты склонны часто скрывать свои симптомы. На протяжении жизни риск развития у женщины синдрома нервной анорексии составляет около 3%. Распространенность нервной анорексии у женщин на протяжении жизни в целом составляет 0,5–3,7% (с учетом субклинических форм) [ 1,2 ], а нервной булимии – 1,1–4,2% [3]. Данные о распространенности расстройств пищевого поведения (в т.ч. нервной анорексии) в странах СНГ крайне скудны и существенно не отличаются от общемировых тенденций. Современные эпидемиологические данные свидетельствуют, что вероятность полного выздоровления при нарушениях пищевого поведения относительно невелика [4].

Клиническая психиатрическая практика считает целесообразным рассматривать нарушения пищевого поведения как широкий спектр проявлений в рамках континуума между нервной анорексией (НА) и нервной булимией (НБ). В целом, нарушения пищевого поведения характеризуются выраженной озабоченностью массой и формами собственного тела, сопровождающейся чрезмерными попытками их контроля. Поведенческий паттерн при нервной анорексии характеризуется сознательным отказом от пищи, чаще с целью коррекции внешности в связи с убежденностью в чрезмерной полноте. В свою очередь булимические проявления определяются повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролирования веса тела, что приводит больного к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи.

Цель проводимого исследования состояла в изучении структуры и динамики аффективных расстройств у больных с нарушениями пищевого поведения на различных этапах эндогенного заболевания и с разработкой комплексных дифференцированных подходов к диагностике феномена нрушения пищевого поведения (НПП). В течение 2015-2016 г были обследованы 54 больных с нарушениями пищевого поведения, которые обратились за помощью клинику ФГБНЦ НЦПЗ и затем наблюдались амбулаторно. Все пациенты были женщины. При первичном обследовании у 11 пациентов (20,3%) эти расстройства были в структуре аффективных фаз при ведущем диагнозе расстройства личности (по МКБ-10 рубрики F60….). В остальных случаях речь шла о шизотипическом расстройстве – 15 пациентов (27,7%) по МКБ-10 рубрика F21.3 — F21.4, 28 пациентов с диагнозом эндогенной депрессии в рамках БАР, РДР, МДЭ – F31- F33. Длительность болезни к моменту обращения составляла от 1-2 до 8 лет (среднее — 4,3 года). На момент госпитализации дефицит массы тела выявлялся у 44 (81,5%) пациентов.

Помимо клинико-психопатологического обследования для выявления и оценки выраженности аффективных расстройств применялась шкала депрессии Гамильтона (HAM-D), ИМТ.

У большинства пациенток выявлялись нарушения менструального цикла, аменорея была зарегистрирована у 33 (61%) больных. Отмечались также нарушения со стороны сердечнососудистой системы (гипотония, тахикардия, аритмия), желудочно-кишечного тракта (гастриты, гастродуодениты, колиты), анемия и трофические изменения (сухость и шелушение кожных покровов, ломкость ногтей и волос, кариес). У пациенток с булимическими расстройствами выявлялись значительные нарушения водно-электролитного баланса, в двух случаях были отмечены сиалоадениты.

Анализ гетерогенности нарушений пищевого поведения позволяет формально выделять внутри основных диагностических категорий дополнительные категории.

**Для нервной анорексии** на основании наличия/отсутствия булимических симптомов выделены подтипы:

· с ограничениями в режиме питания, при этом в структуре феномена нервной анорексии не наблюдается эпизодов переедания или, так называемого, «компенсаторного поведения» по типу самовызывания рвоты, приема слабительных средств, диуретиков, использования клизм;

· с эпизодами переедания или компенсаторного поведения, либо только компенсаторное поведение без предшествующего переедания.

**Феномен нервной булимии** подразделялся на основании характеристик «компенсаторного поведения» на:

·НБ с компенсаторным (очистительным) поведением, когда в текущем эпизоде нервной булимии пациент регулярно индуцирует рвоту или использует слабительные, диуретики, клизмы;

· НБ без очистительного поведения, когда пациент использует иные неадекватные паттерны компенсаторного поведения (например, изнуряющие физические нагрузки, пост и пр.), но не индуцирует регулярно рвоту, не использует слабительные, диуретики и клизмы.

Отдельно выделена подгруппа расстройств, где при наличии булимических эпизодов практически отсутствует «компенсаторное поведение».

На начальном этапе все пациенты с НПП пытались добиться снижения массы тела путем ограничения в еде, в дальнейшем использовались другие способы похудания: прием слабительных и мочегонных препаратов, искусственное вызывание рвот, изнуряющие физические упражнения.

В зависимости от ведущей нозологической формы были выделены три группы.

Группа пациентов **с расстройствами личности, на этапе декомпенсации в виде аффективных фаз с НПП** (11 б-ных). Особенностью данной группы являлся достаточно широкий возрастной диапазон с преобладанием больных в возрасте 16—23 лет. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями была выявлена у 4 (27,5%) пациенток. У пациенток отмечались такие преморбидные особенности личности, как демонстративность, перфекционизм, стремление к самосовершенствованию, зависимость от мнения окружающих. На ранних этапах заболевания у больных этой группы можно было отметить признаки субдепрессии в 9 случаях из 11, которые сопровождались дисфорическими реакциями, конфликтностью. По мере углубления проявлений депрессивной симптоматики НПП становилась более выраженными и, сопровождаясь идеями собственной неполноценности, мыслями о своем некрасивости и даже уродстве, чувством вины. Появление дисморфофобических переживаний в период текущей депрессии отмечалось у всех пациенток. Период пониженного настроения на этапе активной коррекции у части пациенток сменился кратковременными «окнами» гипертимии при снижении массы тела. Отграничение в режиме питания сопровождалось формированием компенсаторного поведения, в виде повышения физических нагрузок, в 3-х случаях отмечалось применение анорексигенных фармакологических препаратов. При углублении депрессии, превалирующими в их структуре становились тревога и апатия. Измеренный у больных индекс массы тела (ИМТ) свидетельствовал о наличии гипотрофии 1-й степени (ИМТ 17,5—18,9) — у 3 (11,1%) человек, гипотрофии 2-й степени (ИМТ 15,5—17,4) у 2 (7,4%); у остальных пациенток масса тела была в пределах нормы.

Вторую группу составили пациентки с депрессивным эпизодом с НПП в рамках **шизотипического расстройства** – 15 пациентов (27,7%) по МКБ-10 рубрика (F21.3 — F21.4). Средний возраст больных в данной группе был выше, чем в первой и составил от 19 до 30 лет. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями выявлялась у 7 (46,7%) пациенток. В данной группе у родственников наиболее часто из собственно психических заболеваний встречались шизофрения и обсессивно-фобическое расстройство. У 5 (33,3%) пациенток отмечались депрессивные и субдепрессивные состояния в прошлом, у 2 имели место фазные расстройства циклотимического уровня, причем в периоды гипоманиакальных состояний больные легко худели, с развитием субдепрессивных эпизодов масса тела могла значительно увеличиться. У большинства больных в преморбиде обнаруживались шизоидные и астенические черты личности: малая общительность, замкнутость, сенситивность, впечатлительность. У всех пациентов этой группы была отмечена дефицитарная симптоматика представленная эмоциональной холодностью, ограничением социальных контактов, нарушениями мышления. Больные отличались замкнутостью, малой общительностью, утратой прежних интересов, снижением продуктивности. Депрессивная симптоматика была более выраженной, чем у больных первой группы, преобладали тревожная и дисфорическая симптоматика, с признаками витальности, суточным ритмом, с расстройствами влечений, в этой группе больных часто развивалась «вомитомания» — навязчивое или компульсивное влечение к рвотам. Особенностью данной группы больных было вызванное НПП снижение социальной активности и профессиональная дезадаптация. У 8 (53,3%) пациентов НПП проявлялось наряду с дисморфофобическими идеями, приближающиеся по критериям к паранойяльнму бреду. Обращала на себя внимание диссоциация поведения: при упорном нежелании прибавлять в массе тела, чтобы «сохранить фигуру», больные практически не следили за собой. У части пациенток — 6 (40 %) — патологическое влечение к еде сопровождалось другими коморбидными расстройствами влечений (алкогольные эксцессы, гемблинг, промискуитет, употребление ПАВ). При поступлении средний ИМТ составлял гипотрофии 1 степени у 1 (6,6%) пациентки, гипотрофия 2-й степени отмечалась у 10 пациентов (66,6%), гипотрофия 3-й степени — у 2 (13,2%), у 2 — нормальная масса тела.

Третью группу составили 28 пациентов с диагнозом эндогенной депрессии с НПП в рамках Биполярного аффективного расстройства (F31) - 12 пациентов (42,8%), и в рамках рекуррентного депрессивного расстройства или манифестного депрессивного эпизода (F32- F33) 16 больных (57,2%) . Возраст больных оказался сопоставим с возрастом пациентов второй клинической группы. У пациентов отмечалась достаточно хорошая для больных с эндогенной патологией социальная и профессиональная адаптация. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями была представлена у 16 (57,1%) У 4 (26,7%) пациентов заболевание манифестировало депрессией с НПП, у 18 (64,3%)— НПП возникали на более поздних этапах в диапазоне от через 6 мес до 5 лет. В преморбиде отмечалось доминирование таких черт как тревожность, мнительность, склонность к гиперболизации негативных ситуаций, повышенное внимание к своему здоровью. У некоторых больных уже на раннем этапе болезни имелась полидисморфомания (недовольство внешностью затрагивало не только вес, но и форма частей тела, рост), вплоть до формирования сверхценных идей. Развитие эпизода пониженного настроения сопровождалось внутренней напряженностью, появлением ощущения враждебности со стороны окружающих, негативным отношением к близким, патологическими страхами. Депрессии отличались полиморфизмом и проявлялись такими симптомами, как дисфория, вялость, апатия, снижение побуждений, тоскливость. Формирование компенсаторного поведения не становились самоцелью, по мере редукции депрессивной симптоматики дисморфофобическая симптоматика дезактуализировалась, редуцировались проявления НПП. У 9 (32,1%) пациенток появление булимической симптоматики было обусловлено невозможностью длительного ограничения в еде, сильным чувством голода с усилением раздражительности, часто приступы перееданий провоцировались неприятными ситуациями и служили своего рода «разрядкой». На момент стационирования ИМТ соответствовал гипотрофии 1-й степени — у 6 (21,4%) человек, гипотрофия 2-й степени — у 10 (35,7%), еще у 7 (25,0%) пациентов — недостаток массы тела и нормальная масса тела была у 5 (33,3%).

При проведении корреляционного анализа между выраженностью депрессии и средними показателями возраста и ИМТ пациентов была выявлена положительная связь в 1-ой (r=0,96, p=0,028) и 3-ей группе (r=0,89, p=0,021).

**Алгоритм диагностики**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Нозология**  | **Психопатологический профиль депрессии** | **Вариант нарушения пищевого поведения** | **Психопатологический профиль коморбидный депрессии** | **Сопуствующие соматические нарушения**  | **Сопутствующие гормональные нарушения** |
| Расстройства личности | Дисфорическая депрессия, Тревожная депрессия | НА с ограничениями в режиме питания | Дисморфофобия, нрушения влечений | - | +\- |
| Шизотипическое расстройство | Апатическая депрессияАпато-меланхолическая депрессия | НБ без очистительного поведения с неадекватными паттернами компенсаторного поведения | Обсессивно-компульсивные расстройства, нарушения влечений | + | - |
| БАР | Тревожная депрессия | НА с эпизодами переедания или компенсаторного поведения | Дисморфофобия Полидисморфомания сверхценного уровня | + | +\- |
| РДР, МДЭ | Тревожгно-апатическая депрессия | НБ с компенсаторным (очистительным) поведением | +/- | +\- |

После выписки пациентки продолжали наблюдаться амбулаторно, при этом они принимали поддерживающую терапию, получали индивидуальную психотерапию, рекомендации по диете и рациону питания. По данным катамнеза проводимое лечение было эффективным и привело к нормализации пищевого поведения, аффективного статуса и соматического состояния.

**Заключение**

Проведенное исследование позволяет говорить о том, что аффективная патология у больных с нарушениями пищевого поведения играет одну из определяющих ролей в клинической картине, динамике и прогнозе заболевания, являясь в некоторых случаях причиной рецидивов и перехода болезни в хроническое течение. При этом тяжелая депрессия чаще (свыше 70%) встречается у больных с нарушениями пищевого поведения при шизотипическом расстройстве, несколько реже у пациентов эндогенном аффективном заболевании и фазных расстройствах при патологии личности.

Ранняя диагностика и предварительный прогноз для пациентов с депрессивными эпизодами в структуре которых формируется феномен НПП должен производиться исходя из нозологической принадлежности, выраженности депрессивных и тревожных расстройств, а также сопутствующей соматической патологии.

Таблица 1. Физические осложнения НПП

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Орган/система | Симптомы | Признаки |
| Сердечно-сосудистая  | слабость, сердцебиение | аритмии |
| Желудочно-кишечная | Изжога, рефлюкс, изредка прожилки крови в рвотных массах, боли в желудке и дискомфорт у прибегающих к рвоте, изредка непроизвольная рвота, запор, нерегулярный стул, вздутие у злоупотребляющих слабительными;  | Увеличение слюнных желез, изредка рвота с прожилками крови, возможно, гастрит, эзофагит, при злоупотреблении рвотой возможно нарушения моторики кишечника и меланозный колит |
| Наружные покровы |  | Рубцы на дорсальной стороне ладони (синдром Руссела), петехии, коньюктивальные геморрагии вскоре после рвоты |
| Метаболизм | Перепады в весе; редко проксимальная слабость, раздражительность, судороги мышц  | Плохой тургор кожи, отеки, пастозность |
| Мышечная | У злоупотребляющих ипекакуаной слабость, учащенное сердцебиение | Мышечная слабость, периферическая миопатия |
| Ротоглотка | Разрушение зубов, боли в глотке, отекшие щеки и шея (обычно безболезненные) | Кариес зубов с эрозией зубной эмали, особенно на внутренней поверхности резцов; эритема гортани; экскориации неба; увеличенные слюнные железы  |
| Репродуктивная | Проблемы с фертильностью | Нестабильные/скудные менструации. Олигоменорея или аменорея |
| Скелетная | Боли в костях при физической нагрузке | Болевые точки, небольшой рост, задержка роста скелета |

**Список использованных источников;**

1. Miller KK (2013). «Endocrine effects of anorexia nervosa». Endocrinol. Metab. Clin. North Am. 42 (3): 515–28. doi:10.1016/j.ecl.2013.05.007. PMC 3769686. PMID 24011884.

2. Brooks S, Prince A, Stahl D, Campbell IC, Treasure J (2010). «A systematic review & meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behaviour». Clinical Psychology 31 (1): 37–51. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.006. PMID 21130935.

3. Hasan TF, Hasan H (2011). «Anorexia nervosa: a unified neurological perspective». Int J Med Sci 8 (8): 679–703. doi:10.7150/ijms.8.679. PMC 3204438. PMID 22135615.

4. Kreipe R.E., Birndorf S.A. Eating disorders in adolescents and young adults. Med Clin North Am 2000; 84: 4: 1027—1049.

5. Mitchell J.E., Peterson C.B., Myers T., Wonderlich S. Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders. Psychiat Clin North Am 2001; 24: 2: 315—323.