Расстройства пищевого поведения: вызовы современности и подходы к лечению

Серьезность расстройств пищевого поведения, несмотря на всю их тяжесть, часто оказывается недооцененной. Для лечения этих заболеваний в феврале 2019 года при Психиатрической больнице № 1 имени Н. А. Алексеева была создана специальная клиника. Каковы причины этих расстройств и как проводится их лечение?

Людмила Сатьянова, врач-психиатр, руководитель Клиники расстройств пищевого поведения Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева, к. м. н.

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ – ЭТО НЕ ТОЛЬКО АНОРЕКСИЯ И БУЛИМИЯ Я

– Людмила Степановна, расстройства пищевого поведения сегодня представляют серьезную общественную проблему. Чем это можно объяснить?

– Действительно, эти заболевания часто недооцениваются, хотя являются тяжелыми психическими расстройствами с высоким риском осложнений. Одна из ключевых причин роста их распространенности – изменение социальных установок, в частности, чрезмерные требования к внешности. Это давление ощущается не только в подростковой среде, где избыточная масса тела нередко становится поводом для буллинга, но и у взрослых. Люди сравнивают себя с идеализированными образами в социальных сетях, стремятся соответствовать стандартам, задаваемым «звездами» и блогерами, картинкам с глянцевых журналов. При этом редко кто раскрывает, что за этими фотографиями стоят изнурительные диеты, различные косметологические процедуры, психологические страдания и зачастую расстройства пищевого поведения. Другой важный фактор – доступность непроверенной информации. В поисках способов похудеть люди нередко обращаются к интернету, где описаны экстремальные диеты и «волшебные» средства. Все это может привести к серьезным нарушениям как физического, так и психического здоровья.

– Какие виды расстройств пищевого поведения наиболее распространены и чем они опасны?

– В современной классификации к расстройствам пищевого поведения (РПП) относятся: нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание, а также расстройства приема пищи, к которым, в свою очередь, относят избегающее/ограничительное расстройство приема пищи, поедание несъедобного (пика), руминаторное расстройство и другие виды РПП: атипичные формы анорексии и булимии, орторексия, бигорексия, дранкорексия, диабулимия, синдром ночной еды.

Бигорексия, или мышечная дисморфия, – это искаженное восприятие собственного тела, при котором человек считает себя недостаточно мускулистым, несмотря на атлетическое телосложение. Этот вид РПП чаще встречается у мужчин, особенно среди подростков и молодых людей, увлекающихся фитнесом. Они могут чрезмерно фокусироваться на «сушке», потреблении белка, изнурительных тренировках. Это состояние часто недооценивается многими специалистами, как «просто увлечение» или незначительные отклонения в поведении, но на самом деле может быть предвестником серьезных расстройств, включая анорексию. Ведь и там, и здесь формируется сверхценная идея тела, превращающаяся в центр жизни. Поэтому не стоит закрывать глаза, если вдруг жизнерадостный и веселый подросток чрезмерно погружается в спорт, контролирует свое питание, стремится похудеть. Возможно, стоит получить консультацию психолога и психиатра, которые занимаются проблемой пищевых расстройств.

Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи – еще одно важное расстройство, особенно характерное для детей и подростков. Оно проявляется в постепенном сужении рациона из-за чувства отвращения, тревоги или страха перед определенными продуктами. Например, ребенок может отказаться от белка вареного яйца, далее от мяса, овощей, и в итоге его рацион сокращается до 5–10 продуктов, так как все остальное может вызывать тревогу, панику, страх и даже рвоту. Такое поведение может привести к дефициту питательных веществ, замедлению роста и стать предрасполагающим фактором к развитию нервной анорексии.

— Какое расстройство пищевого поведения встречается чаще всего?

– На сегодня компульсивное переедание – самое распространенное. Оно чаще развивается после 25 лет и одинаково поражает мужчин и женщин, хотя традиционно считается женской проблемой. Компульсивное переедание – не просто любовь к еде. Это приступообразные эпизоды поглощения большого количества пищи в короткий промежуток времени, сопровождающиеся потерей контроля. Пациенты описывают это как «затуманенное сознание»: «очнулся – а съел три порции». При этом приступы происходят без чувства голода, часто в одиночестве, и заканчиваются глубоким чувством стыда, вины и самоосуждения. Важно понимать: это психическое заболевание, а не недостаток силы воли.

— А как связаны компульсивное переедание и нервная булимия?

– Нервная булимия включает в себя те же приступы переедания, но с последующим компенсаторным поведением: вызывание рвоты, прием слабительных, мочегонных, голодание, чрезмерные физические нагрузки. Однако не все пациенты с булимией имеют избыточный вес – многие поддерживают нормальную массу тела за счет этих механизмов. Булимия – крайне опасное состояние. Из-за постоянных очищений нарушается электролитный баланс, особенно снижается уровень калия, что может привести к аритмиям, остановке

КОМПУЛЬСИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ 25 ЛЕТ И ОДИНАКОВО ПОРАЖАЕТ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, ХОТЯ ТРАДИЦИОННО СЧИТАЕТСЯ ЖЕНСКОЙ ПРОБЛЕМОЙ

сердца. Пациенты с булимией часто попадают в реанимацию с судорогами, обезвоживанием, перфорацией пищевода.

— Что вы можете сказать о нервной анорексии?

– Конечно, нервная анорексия – одно из самых тяжелых психических заболеваний. Истощенный человек имеет пугающий вид. Нервная анорексия характеризуется преднамеренным снижением массы тела при наличии искаженного образа восприятия себя и страха перед полнотой. Сознание охватывает сверхценность худобы и формы тела. Эта идея постепенно вытесняет все остальные аспекты из жизни человека. Существует два типа: ограничительный (строгие диеты, отказ от пищи) и очистительный (приступы переедания с последующими компенсаторными действиями – рвота, слабительные, мочегонные). От нервной булимии очистительный тип отличается критериями веса. Важно помнить, что это состояние угрожает жизни, так как происходит нарушение функций всех органов и систем.

— А каковы причины этих расстройств?

– Мы придерживаемся биопсихосоциальной модели. У 50–70 % пациентов выявляется генетическая предрасположенность, особенности нейромедиаторных систем (серотонин, дофамин), также отмечаются особенности личности – пациенты имеют склонность к тревожности, перфекционизму, эмоциональной лабильности. Но неблагоприятные наследственные факторы срабатывают лишь под влиянием внешних факторов: давление социума, травматический опыт, дисфункциональная семья, высокие требования к себе. Интересно, что анорексия и булимия чаще диагностируются у женщин, но у мужчин заболевание часто остается невыявленным из-за стигмы. Мы нередко сталкиваемся с тем, что отцы наших пациенток сами страдают расстройствами пищевого поведения, но никогда не обращались за помощью.

— Как организована выявляемость и диагностика таких расстройств пищевого поведения?

– Пациенты приходят на первичную консультацию, где в процессе клинического интервью мы определяем вид расстройства пищевого поведения и даем рекомендации. Чаще всего пациенты обращаются к нам первично, однако за последние два года мы отмечаем рост направлений от эндокринологов, неврологов, терапевтов, психологов и центров ментального здоровья. В рамках лечения в клинике мы проводим углубленную диагностику: патопсихологическое обследование, оценку сопутствующих расстройств, анализ динамики веса, пищевого поведения и семейного анамнеза. Это позволяет поставить точный диагноз и разработать индивидуальную стратегию лечения.

— Какие методы лечения применяются в вашем центре?

– Медикаментозная терапия при чистых формах анорексии ограничена. В мире нет препаратов, одобренных для ее лечения. Однако в 90 % случаев у пациентов выявляются сопутствующие заболевания, такие как аффективные расстройства, тревожные и расстройства личности. Поэтому лечение всегда комплексное: лекарственная терапия, психотерапия – индивидуальная, групповая, семейная терапия. Работу с семьями пациентов мы считаем одной из ключевых. Даже самый эффективный специалист

не сможет помочь, если дома царит обстановка, которая утяжеляет течение болезни и затрудняет процесс выздоровления. В нашей клинике работает мультидисциплинарная команда специалистов, что позволяет как выстраивать индивидуальный план в отношении психического состояния, так и отслеживать соматическое состояние.

— Как организовано лечение — в стационаре или амбулаторно? Какие специалисты принимают в нем участие?

– Наша клиника состоит из трех подразделений: круглосуточный стационар, дневной стационар и амбулаторное подразделение. В зависимости от тяжести состояния пациент начинает свое лечение в том или ином подразделении. В круглосуточном стационаре оказывается помощь пациентам с выраженным истощением, тяжелыми соматическими осложнениями и тяжелым психическим состоянием. Дневной стационар предназначен для постепенной адаптации после лечения в круглосуточном стационаре, а также для первичных пациентов, имеющих выраженную мотивацию к лечению без тяжелых

РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ – ЭТО НЕ СЛАБОСТЬ, НЕ ПРИХОТЬ, А РЕАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ТРЕБУЕТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА. И С НИМ МОЖНО СПРАВИТЬСЯ

МЫ РЕАЛИЗУЕМ ПРОГРАММУ «РАЦИОН ЖИЗНИ» – ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КУРС ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ И БЛИЗКОГО ОКРУЖЕНИЯ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ. ВЕДЬ ПОМОЩЬ СЕМЬИ – НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ПРОЦЕССА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

соматических осложнений. В амбулаторном подразделении продолжают наблюдение пациентов после активного курса лечения и поддерживают состояние ремиссии. Хочется отметить: принято считать, что нервная анорексия – самое тяжелое заболевание, но нам приходится сталкиваться с тяжелейшими формами булимии, когда человек прибегает к 10–15-кратному вызыванию рвоты в сутки. У больных булимией может отмечаться стремительное снижение веса, уровень калия в крови падает до критических значений, а это значит, что в момент одного из очищений сердце может запросто остановиться. Такие пациенты – частые гости реаниматологических отделений. Как уже говорилось ранее, в нашей клинике используется мультидисциплинарный подход. В лечении каждого пациента принимают участие врачи-психиатры, психологи, гастроэнтеролог, реаниматолог, эндокринолог-диетолог. Задачей специалистов является постоянный мониторинг жизненно важных показателей всех органов и систем, их динамика, своевременная корректировка назначений, так как на первых порах состояние может меняться быстро при кажущемся физическом благополучии пациента. Нашим пациентам требуется длительное лечение, что обусловлено тяжестью состояния. Однако мы стремимся к скорейшей их социализации, поэтому активно вовлекаем в процесс лечения семьи.

— Взаимодействуете ли вы с врачами общей практики, терапевтами, диетологами?

– Взаимодействие есть, но его нужно укреплять. Терапевты и педиатры – первые, кто может заподозрить расстройство при диспансеризации. Но важно, как они это делают. Например, не стоит громко объявлять в классе: «У вас ожирение! Худейте!» – это может стать пусковым механизмом развития болезни. Нужен такт, внимание к эмоциональному состоянию, вопрос: «Как вы относитесь к своему весу?», «Часто ли вы садитесь на диету и с какой целью?», чем раньше будет выявлено расстройство, тем выше шансы на успешное лечение.

— Ваш Центр расстройств пищевого поведения работает уже шесть лет. Наверняка накоплен большой опыт лечения этих заболеваний. Делитесь ли вы опытом с другими специалистам, ведете ли образовательные курсы?

– Да, у нас есть программы обмена опытом для врачей и психологов. Мы проводим лекции в образовательных учреждениях. Также мы реализуем социальный проект «Рацион жизни», целью которого является информирование населения о расстройствах пищевого поведения.

— Что бы вы посоветовали людям, подозревающим у себя или близких расстройство пищевого поведения?

– Не ждите, пока станет хуже. Обратитесь за помощью к специалисту, а не в интернет. Расстройства пищевого поведения – это не слабость, не прихоть, а реальные заболевания, которые требуют профессионального вмешательства, и с ними можно справиться.