

ВВЕДЕНИЕ

Изучение нарушений пищевого поведения имеет свою историю, своих классиков и последователей. Эта работа является авторским вкладом в развитие исследований ограничительного пищевого поведения у психических больных, затрагивающая не только клинические, но также социально-психологические и катamnестические аспекты.

Естественно, что все представленные здесь исследовательские материалы опираются на фундаментальную базу клинических и социально-психологических исследований разнообразных форм нарушений пищевого поведения.

Нарушения пищевого поведения в связи с патологией внутренних органов или психическими расстройствами давно известны медикам разных специальностей и детально описаны в соответствующих руководствах. Однако во второй половине прошлого века в экономически развитых странах врачи столкнулись с многочисленными случаями нарушений пищевого поведения у девушек и молодых женщин на фоне полного здоровья. Эта форма патологии была названа «нервной анорексией», т. е. возникающим на «нервной почве» отсутствием аппетита.

До середины XX века случаи «нервной анорексии» были исключительной редкостью — в клиники Нью-Йорка за 10 лет (с 1916 по 1925 гг.) были госпитализированы всего 4 пациентки (Herzog D., Beresin E., 1991). Только в шестидесятые годы произошел «аноректический взрыв в популяции» по выражению западных коллег. В настоящее время в США более 5 миллионов человек страдают от нарушения пищевого поведения: около 5 % женщин и до 1 % мужчин. В 90 % случаев эти расстройства начинаются в подростковом возрасте (American Dietetic Association, 2001).

Впервые диагностическая рубрика «Нервная анорексия» появилась в Международной классификации болезней в 1975 г. (МКБ-9). В настоящее время в МКБ-10 имеется целый ряд диагностических определений для описания нарушений пищевого поведения. Несмотря на это, до сих пор ведется оживленная дискуссия о том, насколько точно они отражают клинические феномены. Уже более четверти века назад некоторые авторы считали диагностические критерии нервной анорексии и булимии надуманными, умозрительными конструктами (Palmer R. et al., 1979). В отечественной психиатрии М.В. Коркиной, М.А. Цивилько, В.В. Мариловым (1986) описан синдром нервной

анорексии при шизофрении и пограничных психических расстройствах, а также нервная анорексия как самостоятельная нозологическая единица. В.И. Крылов (1999) считает, что высокие показатели коморбидности аффективных расстройств с нервной анорексией и булимией позволяют однозначно относить нарушения пищевого поведения к расстройствам депрессивного спектра. По данным С.Ю. Циркина (1998), у больных нервной булимией почти в 90 % случаев отмечалась коморбидная психиатрическая патология. А.В. Семке (1998), Н.Д. Бушухиной (2005) изучено ограничительное пищевое поведение больных параноидной и недифференцированной шизофренией. Отмечена высокая коморбидность тревожного расстройства личности и нарушений пищевого поведения (Bruce K., Steiger H., Koerner N. et al., 2004). Исследования сибирских ученых по аспектам изучения пищевого поведения (Семке В. Я., 1998, 2002; Приленская А. В., 2009) в основном касались пограничной патологии. Катамнестические исследования Р. Lewinsohn, R. Striegel-Moore, J. Seeley (2000) показали, что более чем в 90 % случаев при нарушениях пищевого поведения диагностированы другие психические расстройства.

Дискуссия о месте нарушений пищевого поведения в классификации психических расстройств носит не только теоретический характер. Специалисты, настаивающие на нозологической самостоятельности этой патологии, уверены в необходимости разработки специализированной помощи для больных с нервной анорексией, нервной булимией и т. д. (Walsh J., 2000). Предлагается изменить организационную структуру психиатрической помощи, создавая специальные реабилитационные программы для пациентов с нарушениями пищевого поведения.

Таким образом, изучение ограничительного поведения у психически больных является важной темой, позволяющей определить клинические особенности данных состояний, исследовать психологический профиль пациентов, разработать комплексные реабилитационные программы и катамнестически оценить их эффективность.

ГЛАВА 1

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Пищевое поведение человека относится к инстинктивным формам его активности, т.е. определяется врожденными (генетически обусловленными) потребностями. Его нарушения могут быть вызваны очень непохожими друг на друга причинами, они многообразны и имеют выраженную возрастную специфику.

Психиатрическая практика сегодняшнего дня, продолжая традиции прошлого, выделяет нарушения пищевого поведения при многих психических расстройствах как компонент клинической картины. Кроме того, имеются специальные диагностические рубрики, которых не было в предыдущих психопатологических классификациях.

В настоящее время в США более 5 миллионов человек страдают от нарушения пищевого поведения: около 5 % женщин и до 1 % мужчин. В 90 % случаев эти расстройства начинаются в подростковом возрасте (American Dietetic Association, 2001).

1.1. Современные представления о распространенности нарушений пищевого поведения

Исследователи и практикующие врачи из таких стран как США, Швеция, Канада, Австралия, Англия, Германия, Голландия сообщают о широкой распространенности нарушений пищевого поведения среди лиц молодого и подросткового возраста.

В штате Орегон (США) было проведено обследование 1056 молодых людей при помощи клинического опросника (Eating Disorder Inventory). Болезненность оказалась на уровне 1%. Выяснилось, что у мужчин с нарушениями пищевого поведения достоверно чаще, чем у женщин наблюдается утрированное занятие физическими упражнениями, однако желание получить помощь при наличии симптомов нарушений пищевого поведения достоверно чаще отмечается у женщин, что обуславливает их преобладание по данным медицинской статистики (Lewinsohn P., Seeley J., Moerk K., Striegel-Moore R., 2002).

Американцы McElroy S., Soutullo C., Taylor P. et al. (1999) пишут, что у 36 лиц мужского пола, осужденных за сексуальные преступления, в 83 % случаев выявлены вещественные аддикции, в 61 % аффективные, в 39 % личностные расстройства и в 17 % нарушения пищевого

поведения, что в сотни раз превосходит распространенность этой патологии в общей мужской популяции.

Уровень озабоченности общества проблемами нарушений пищевого поведения доказывают такие факты: в апреле 2000 года Национальный институт психического здоровья (США) провел круглый стол по вопросам профилактики нарушений пищевого поведения (Pearson J., Goldklang D., Striegel-Moore R., 2002), а в Финляндии выполнено изучение этой патологии в национальном масштабе.

T. Kendrick (1999) пишет, что в экономически развитых странах в области охраны психического здоровья приоритетными являются три проблемы: злоупотребление психоактивными веществами, депрессия и расстройства пищевого поведения.

В испанской Валенсии проведено двухэтапное исследование распространенности нарушений пищевого поведения у подростков (Rojo L., Livianos L., Conesa L. et al., 2003). На первом этапе при помощи Теста отношения к еде (Eating Attitudes Test) обследовали 544 подростка в возрасте 12–18 лет. На втором — выполнено полуструктурированное клиническое интервью с этими подростками. Распространенность нарушений пищевого поведения составила 2,91% (у девушек — 5,56 %, у юношей — 0,77 %).

В переведенном с английского руководстве «Клиническая психиатрия» (1998) говорится, что распространенность нервной булимии в популяции достигает 1–3 % или даже 5–8 %. Самые высокие показатели нарушений пищевого поведения, как это ни парадоксально, выявлены при обследовании женщин-спортсменок. При помощи стандартного опросника (Eating Disorders Examination Questionnaire) и анкеты, где регистрировались демографические данные, была обследована 181 спортсменка Великобритании, показавшая лучшие результаты в беге на средние и длинные дистанции в сезоне 1996–1997 гг. Оказалось, что распространенность нарушений пищевого поведения в этой группе составляет 16 % (Hulley A., Hill A., 2001).

Радикально настроенные авторы вообще считают необходимым создание новой отрасли знания — «женской психиатрии». Бельгийские коллеги отмечают важность исследований в области «женской психиатрии», раздела знаний о специфических для женщин психических расстройствах (синдром предменструального напряжения, послеродовая депрессия и психозы, ложная беременность, Ferjol's syndrome, психопатология менопаузы), а также изучения гендерных особенностях распространенности, развития, клиники и терапии психических расстройств (I. Godfroid, 2000).

Исследователям предстоит ответить, связаны эти различия с гормональным фоном, генетикой или гендерной спецификой социальной активности.

Исследование, проведенное в США в национальных масштабах, показало, что уровень суицидов среди женщин-врачей ниже среднегопопуляционного для лиц женского пола (1,5 %) а частота депрессий примерно равна среднепопуляционной (19,5 %). Попытки самоубийства совершают чаще женщины-врачи, не имеющие детей, постоянного сексуального партнера, злоупотребляющие алкоголем и с нарушениями пищевого поведения (Frank E., Dingle A., 1999).

В нашей стране изучение длительного катамнеза пациентов с разными формами психопатологии стало основой для описания течения болезней, и очень похожая статистика приведена в работе А. Г. Амбрумовой (1962).

Таким образом, численность населения в мире, имеющая те или иные проявления нарушений пищевого поведения на сегодняшний день имеет тенденцию к постоянному увеличению.

1.2. Диагностика нарушений пищевого поведения

В любом классическом отечественном или зарубежном руководстве по клинической психиатрии имеются подробные описания нарушений пищевого поведения при кататонической шизофрении (Снежневский А.В.,1983; Bleuler E.,1993; Kaplan H., Sadock B.,1994) маниакально-депрессивном психозе, умственной отсталости (олигофрениях) и т. д. В то же время в МКБ-10 имеются следующие диагностические определения для описания нарушений пищевого поведения: F50.0 — нервная анорексия; F50.1 — атипичная нервная анорексия; F50.2 — нервная булимия; F50.3 — атипичная нервная булимия; F50.4 — переедание — реакция на дистресс; F50.5 — психогенная рвота; F98.2 — расстройство питания у младенцев; F98.3 — поедание несъедобного (пика). Большинство из них относятся к разделу F5 — «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами», причем первое место не случайно занимает диагноз «нервной анорексии».

Уже более четверти века назад некоторые авторы считали диагностические критерии нервной анорексии и булимии надуманными, умозрительными конструктами (Palmer R. et al., 1979) и предлагали термин «синдром пищевого хаоса», отражающий пищевое поведение психически больных.

В Германии был проведен опрос (Lamertz C., Jacobi C., Yassouridis A. et al., 2002) при помощи специальных анкет (Composite International Diagnostic Interview) 3021 подростка в возрасте 14–21 года. Кроме того, у всех респондентов оценивался индекс массы тела (BMI). Математические расчеты показали, что никакой связи между нарушениями пищевого поведения и значениями индекса массы тела не существует.

В упоминавшейся уже работе британских авторов (Hulley A., Hill A., 2001) сказано, что в 70 % случаев для диагностической квалификации нарушений пищевого поведения используется рубрика F50.8 (Eating disorders not otherwise specified — другие неклассифицируемые расстройства пищевого поведения). Поэтому в Англии были разработаны свои диагностические критерии нарушений пищевого поведения (Great Ormond Street criteria).

На сегодняшний день существующие диагностические рубрики МКБ-10 и DSM-IV не позволяют описать все многообразие нарушений пищевого поведения у взрослых, страдающих умственной отсталостью (S. Gravestock, 2003). Поэтому необходимо разработать специальные рубрики в диагностических классификациях для описания ненормального пищевого поведения лиц с умственной отсталостью.

Есть сторонники изменения раздела «Нарушения пищевого поведения» в DSM-V по сравнению с DSM-IV. В частности, предлагается создать новую диагностическую рубрику «Приступы переедания» (binge eating disorder), выделив эту симптоматику из нервной булимии (Striegel-Moore R., Cachelin F., Dohm F. et al., 2001, Wilfley D., Wilson G., Agras W., 2003). Авторы считают, что в новой версии МКБ нужно предусмотреть отдельный диагноз приступов обжорства (binge eating disorder), так как пациенты с этой формой патологии отличаются особым набором клинических симптомов, а также частой коморбидной соматической и психиатрической патологией. Это мнение основано на данных статистики: невыборочное 6-летнее катамнестическое прослеживание лиц, обратившихся за помощью в связи с нарушениями пищевого поведения, позволило уточнить диагнозы. Оказалось, что среди них 196 женщин, страдающих нервной булимией, 103 с диагнозом нервной анорексии и 376 с приступами переедания (Fichter M., 2003) У больных с приступообразным перееданием (BED) выявлены отличия структуры ночного сна от здоровых и пациентов с другими формами нарушения питания (Tzischinsky O., 2000).

Отечественные авторы тоже высказывают неудовлетворенность диагностическими критериями нарушений пищевого поведения в МКБ-10 и предлагают оригинальные формы описания клиниче-

ской картины. Циркин С.Ю., Гладышев О.А., Бабин А.Г. (2000) обследовали 87 человек, страдающих нервной булимией, в НИИ питания РАМН. На основании феноменологического анализа авторы предлагают диагностировать две формы нервной булимии — реактивную и аутохтонную.

По данным С.Ю. Циркина (1998) у больных нервной булимией почти в 90 % случаев отмечалась коморбидная психиатрическая патология. Поэтому он предлагает рассматривать нервную булимию как одно из проявлений «психопатологического диатеза». Нервная булимия часто сочетается с дистимией (F34.1), рекуррентными депрессивными расстройствами (F33), циклотимией (F34.0) и биполярным расстройством (F31.3). Кроме того, коморбидными были панические (F41.0) и разнообразные личностные расстройства (F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.30, F60.31). Вообще «коморбидность» психических расстройств и нервной анорексии (булимии) требует отдельного рассмотрения, так как зарубежные коллеги (Hebebrand J., Barth, 2003) также сообщают об «очень высоком уровне» такого сочетания.

«Коморбидность нервной булимии и депрессии у подростков является доказанной и общепризнанной» — считают N. Cruz-Bermudez, J. Rossello (2003). При обследовании 59 детей дошкольного и школьного возраста с симптоматикой депрессии у 30 выявлены нарушения пищевого поведения в виде снижения питания, избирательности в еде, сопровождавшиеся значительным снижением массы тела (Герш А.А., Иовчук Н.М, 1999).

P. Silverstone, M. Salsali M. (2003) изучили при помощи шкалы самооценки Розенберга и шкалы социальной адекватности Яниса-Филда степень самоуважения у 957 амбулаторных душевнобольных. Оказалось, что самые низкие и сопоставимые показатели характерны для больных с большим депрессивным расстройством и нервной анорексией.

Радикальной точки зрения придерживается В.И. Крылов (1999). Он считает, что высокие показатели коморбидности аффективных расстройств с нервной анорексией и булимией позволяют однозначно относить нарушения пищевого поведения к расстройствам депрессивного спектра. Автор выделяет особый вариант атипичной депрессии, где фасадным симптомом является «истероидная дисфагия».

При депрессивных расстройствах в старческом возрасте расстройства пищевого поведения уступают по распространенности только нарушениям сна (Dalery J., Aubin V., 2001).

Вряд ли можно найти в литературе более репрезентативную выборку, чем отчет об исследовании в национальных масштабах

ветеранов Вьетнамской войны в США (Striegel-Moore R., Garvin V., Dohm F. et al., 1999) В течение 1996 года в медицинских центрах США для военных ветеранов прошли обследование и лечение 466 590 лиц мужского пола. В этой когорте было верифицировано 98 случаев нарушения пищевого поведения (0,02 %). Изучение коморбидной психопатологии выявило очень высокий процент расстройств шизофренического спектра у пациентов с нервной анорексией и недифференцированными нарушениями питания (EDNOS по МКБ-10). У больных с нервной булимией высок процент коморбидных расстройств личности.

Не менее впечатляющими являются исследования Johnson J., Cohen P., Kasen S. et al. (2002). В период с 1983 по 1993 гг. прослежена судьба 717 подростков из штата Нью-Йорк, которые поступили на лечение по поводу нарушений пищевого поведения. В 1983 году средний возраст обследованной выборки составил 13,8 года. Спустя 10 лет у тех, кто был ранее озабочен весом и размерами своего тела, достоверно чаще встречались психические расстройства: тревожные, депрессивные, хронические боли, хроническая усталость, нарушения сна и суицидальные попытки.

Аналогичная по дизайну работа выполнена в Швеции (Rastam M., Gillberg C., Wentz E., 2003). Изучен 10-летний катамнез 102 больных, у которых нервная анорексия дебютировала в подростковом возрасте. В половине случаев (первая группа) отмечена нормализация пищевого поведения к концу катамнеза. Однако у этих пациентов отмечались в трети случаев обсессивно-компульсивные расстройства и трудности социального взаимодействия из-за выраженных аутистических проявлений. В половине случаев (вторая группа) через десять лет после дебюта оставались нарушения пищевого поведения. У больных второй группы во всех случаях была коморбидная психопатологическая симптоматика (аффективные расстройства, обсессивно-компульсивное невротическое расстройство или расстройства личности).

Godart N., Flament M., Perdereau F., Jemmet P. (2003) сообщают, основываясь на исследованиях других авторов, что диагноз нервной булимии сочетается с тревожными расстройствами у 13–75 % больных, а диагноз нервной анорексии в 20–55 % случаев. Они цитируют работу J. Wittchen с соавторами, опубликованную в 1998 году, о том, что степень социальной дезадаптации у подростков, страдающих нарушениями пищевого поведения, определяется не симптоматикой нарушений пищевого поведения, а коморбидными психическими расстройствами. Авторы исследования провели анализ социальной и

трудовой адаптации 63 больных с нарушениями пищевого поведения: 29 человек (2 мужчин, остальные — женщины) с признаками нервной анорексии и 34 (все женщины) с диагнозом нервной булимии. В каждой группе оказалось до 80 % лиц с выраженными признаками социальной и трудовой дезадаптации. Математическая обработка полученных данных (регрессионный анализ) выявила высокую зависимость социальной дезадаптации больных с нарушениями пищевого поведения от коморбидных (в первую очередь — тревожных) психических расстройств. Для улучшения прогноза, считают авторы, нужно лечить не нервную анорексию или нервную булимию, а коморбидные психические расстройства.

Обсуждается вопрос о сочетании нарушений пищевого поведения и расстройств личности. Yagura-Tobias J., Grunes M., Todaro J. et al. (2000) обследовали 409 пациентов с обсессивно-компульсивными (ананкастными) расстройствами личности. В 32,2 % случаев обнаружена коморбидность с нарушениями пищевого поведения. Это, по мнению авторов, не является дефектом DSM-IV и не препятствует успешной практике ее применения.

На основании информации, содержащейся в базах данных MEDLINE и PsychLIT, Sansone R., Wiederman M., Sansone L (2000) сообщают, что распространенность пограничного расстройства личности (F60.31) оценивается на порядок выше у лиц, которые ищут психологической помощи при избыточном весе, чем в общей популяции.

C. Grilo, C. Sanislow, A. Skodol et al. (2003) сообщают о высокой частоте нарушений пищевого поведения в группе из 668 больных с различными расстройствами личности: обсессивно-компульсивным, избегающим, пограничным и шизотипическим, а также большим депрессивным эпизодом. Всего нарушения пищевого поведения отмечены у 214 пациентов (32 %), что на порядок выше, чем в популяции, причем самой многочисленной (118 человек) была группа пациентов с нарушениями пищевого поведения, которые не соответствовали критериям нервной анорексии или булимии («not otherwise specified»).

Bruce K., Steiger H., Koerner N. et al. (2004) пишут о частом сочетании нервной булимии и избегающего расстройства личности (F60.6).

Эпидемиологические исследования показывают, что обсессивно-компульсивные расстройства выявляются примерно в 2% в детской и подростковой популяции в Дании. Эта патология отмечается в 50% случаев после достижения взрослого возраста, и часто к ней присоединяются такие расстройства как нарушения пищевого поведения, депрессивные, тревожные, синдром Жилия де ля Туретта (Thomson P., 2000).

Катамнестическое ретроспективное изучение 81 больной нервной анорексией (Bailly-Lambin I., Bailly D., 1999) выявило, что у 20 % в детстве отмечались признаки тревожного расстройства отделения (separation anxiety disorder – F93.0). Еще одно аналогичное исследование показало, что частота акушерской патологии у больных нервной анорексией много выше, чем в общей популяции и вполне сопоставима с тем, что описано у больных аутизмом и шизофренией (Verdoux H, Sutter A., 2002).

Современные исследования указывают на то, что в клинической практике почти не бывает случаев избыточного веса (ожирения) без расстройств личности (R. Sansone, M. Wiederman, L. Sansone, 2000). Среди 97 пациентов специализированной клиники в Мехико, которые лечились по поводу нарушений пищевого поведения (ожирения), только в 13,4 % случаев не было коморбидного психиатрического диагноза (Villagomez L., Cortes J., Barrera E. et al., 2003). Такая же ситуация зафиксирована в работах отечественных авторов, занимавшихся проблемой избыточного веса (Вознесенская Т.Г., 1990; Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М., 2000). Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. (2001) описали «диетическую» депрессию, осложняющую исходы лечения при ожирении. Goodwin R., Fitzgibbon M. (2002) сообщают, что успешной терапии лиц с избыточным весом препятствует социальная фобия и тревога.

Оценки качества жизни 180 молодых женщин, которые прошли лечение в специализированной клинике по поводу нарушений пищевого поведения, не отличаются достоверно от оценок качества жизни больных шизофренией, депрессией, паническими расстройствами (Gonzalez N., Padierna A., Quintana J. et al., 2001).

Отсутствующее в МКБ-10 «дисфорическое предменструальное расстройство» (DSM-IV) включает в себя нарушения пищевого поведения (Gehlert S., Chang C., Hartlage S., 1999).

Естественным продолжением этого методологического подхода было бы изучение распространенности нарушений пищевого поведения у больных не только с психическими расстройствами, но и другими диагнозами, и в литературе имеется соответствующая информация.

Нарушение пищевого поведения, имеющее в МКБ-10 статус отдельного диагноза – «пика» (F98.3), характеризуется постоянным употреблением в пищу несъедобных веществ и материалов, а также поеданием в большом количестве какого-то одного продукта. Эта симптоматика наблюдается при железодефицитной анемии, беременности, голодании, психических расстройствах (Sugita A., 2001).

Таким образом, столь высокий уровень сочетания нарушений пищевого поведения с психическими и соматическими расстройствами вызывает сомнение в их самостоятельности и требует теоретического осмысления проблемы, которое предполагает идентификацию причин и определение статуса в системе профессиональных психиатрических представлений.

1.3. Этиология нарушений пищевого поведения

Скандинавские авторы (Wetterberg L., 2000) на основе многолетних исследований пришли к выводу, что генетическая предрасположенность — главный фактор, без которого расстройства пищевого поведения невозможны. Иными словами, этиология нервной анорексии такая же, как большинства психических болезней — шизофрении, эпилепсии, обсессивно-компульсивных расстройств. Проведенный генетический анализ больных и их родственников позволяет предположить наследственную предрасположенность к этому заболеванию (Koronyo-Namaoui M., Danziger Y., Frisch A. et al., 2002).

Попытки понять механизм реализации наследственной предрасположенности прежде всего связаны с изучением обмена медиаторов в центральной нервной системе. Однако генетический анализ не выявил различий в полиморфизме генов, ответственных за транспорт серотонина, у больных нервной анорексией и здоровых (Sundaramurthy D., Pieri L., Gape H. et al., 2000).

Лептин, как известно, регулирует массу тела (через активацию аппетита), энергетический обмен и репродуктивные функции. Изучена динамика концентрации лептина в крови у женщин, страдающих нервной булимией, и здоровых (Monteleone P., Bortolotti F., Fabrazzo M. et al., 2000). Оказалось, что различия в концентрации лептина в остром периоде болезни в двух группах статистически достоверны. Таким образом, можно предполагать, что генетически обусловленные нарушения сигнальной функции лептина в энергетическом обмене обуславливают клинику нарушений пищевого поведения.

Сторонникам биологической (наследственной) этиологии нарушений пищевого поведения активно противостоят авторы, отстаивающие психогенез этой патологии.

Чаще всего в качестве причины нарушений пищевого поведения называют нереализованную (или направленную на себя) враждебность