

Кафедра психиатрии и наркологии
МГМСУ им А.И. Евдокимова

Расстройства приема пищи



ассистент кафедры
Максимкина Виктория Юрьевна

Пищевое поведение

- ценностное отношение к пище и её приёму,
- стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса,
- поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа.

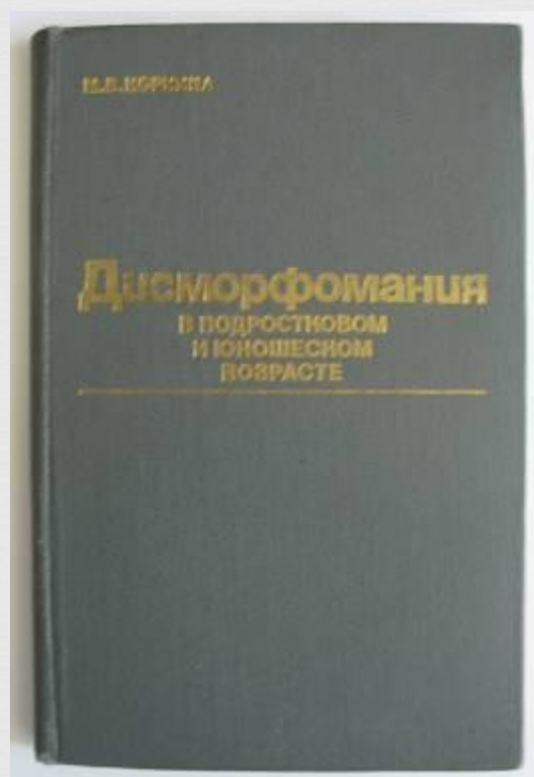
Пищевая потребность - как средство:

- разрядки психоэмоционального напряжения;
- чувственного наслаждения, выступающего как самоцель;
- общения, когда еда связана с пребыванием в коллективе;
- самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи;
- поддержания определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции);
- компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе и т. д.);
- награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи;
- удовлетворения эстетической потребности.



- Девушка до лечения нервной анорексии (1866) и после лечения (1870) — иллюстрация из медицинских работ английского врача сэра Уильяма Галла (1816 — 1890).

«Клиника дисморфофобических
расстройств (синдромологический и
нозологический анализ)»




- Триада М. В. Коркиной
- 1. идеи физического недостатка,
- 2. бред отношения,
- 3. пониженное настроение.

Изучение патологии тищцевого поведения в России



- Более 40 лет.
- Более 2000 больных.
- Центр «Нервная анорексия и булимия» при Психиатрической больнице № 14

Варианты расстройств приема ПИЩИ

1. нервная анорексия
2. нервная булимия 
3. атипичная нервная анорексия и нервная булимия
4. психогенное переедание
5. психогенная рвота
6. психогенная анорексия
7. синдром нервной анорексии и нервной булимии при других психических заболеваниях:
 - ✓ шизотипическое расстройство,
 - ✓ биполярное аффективное расстройство и циклотимия,
 - ✓ соматоформные расстройства,
 - ✓ расстройства личности.

F50-59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами



-
- F50 Расстройства приема пищи
 - F50.0 Нервная анорексия
 - F50.1 Атипичная нервная анорексия
 - F50.2 Нервная булимия
 - F50.3 Атипичная нервная булимия
 - F50.4 Передание, связанное с другими психологическими расстройствами
 - F50.6 Рвота, связанная с другими психологическим расстройствами
 - F50.8 Другие расстройства приема пищи
 - F50.9 Расстройство приема пищи, неуточненное

Эпидемиология



- Распространенность -1,2 % женщин, 0, 29 % мужчин
- Женщин -90%
- Мужчины-10%
- Начало 10-30 лет
- Пик заболеваемости – 17 лет

Этиопатогенетические факторы

- Генетические
- Конституциональные
- Наследственные
- Личностные
- Микросоциальные
- Резидуально-органические
- Психогенные
- Культуральные
- Информационные
- Биологические

Личностные факторы

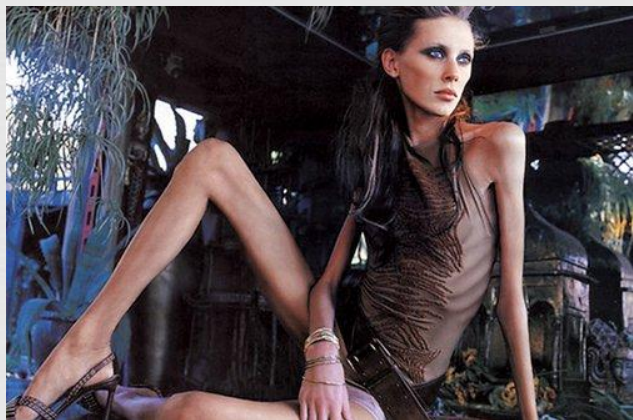


- Типы личности:
 1. Сенситивные, тревожно-мнительные
 2. Истеричные
 3. Стеничные
- Пунктуальность, аккуратность, ригидность, нерешительность, зависимость, стремление к самоутверждению
- Проблемы сепарации с матерью
- Подавленные сексуальные и агрессивные побуждения

Микросоциальные факторы

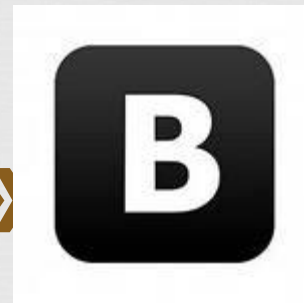
- Варианты семей
- 1. Негармоничные – «доминирующая гиперпротекция»
- 2. Симбиотические семьи – «потворствующая гиперпротекция»
- 3. Ригидные псевдосолидарные – «семейный миф»
- 4. Деструктивные (конфликтные семьи) – «противоречивые требования»

Информационные факторы





«ВКонтакте»



- Более 78 групп, посвященных анорексии (6 – «Против», 72 – «За»)
- Более 50% этих групп закрытые (доступ к ним избирателен).
- Наибольшие по численности группы:
«Анорексия» - 107 611 чел.,
«Типичная анорексичка» - 111 256 чел.
Минимальная группа - 199 участников.
- Формы общения - форумы, помощь новичкам, дневники, фото-дневники, отчёты, ответы на проблемные вопросы, поддержка.

Биологические факторы

- Генетическая предрасположенность к типу личности, тревожно-аффективным расстройствам, дисфункции нейромедиаторной системы
- Конкордантность монозиготных близнецов 50%
- Выявлены локусы стремления к худобе (хр 13) и к навязчивости (хр 1)

Диагностические критерии по МКБ-10



Для достоверного диагноза «нервной анорексии» требуется:

- Вес ниже ожидаемого на минимум 15% или ИМТ ниже 17,5 (неспособность набрать вес в период роста)
- Ограничение/избегание пищи, вызывание рвоты, прием слабительных и/или диуретиков, чрезмерная физ.нагрузка
- Страх перед ожирением приобретает навязчивость или сверхценность, допустим только низкий вес.
- Общее эндокринное расстройство (аменорея, потеря полового влечения, изменения уровней гормонов)

Нервная анорексия



- Патология пубертатного возраста
- Дистормомания
- Специфическое пищевое поведение
- Диссимуляция
- Деперсонализация
- Патологические черты характера
- Сомато-эндокринные нарушения
- Анозогнозия

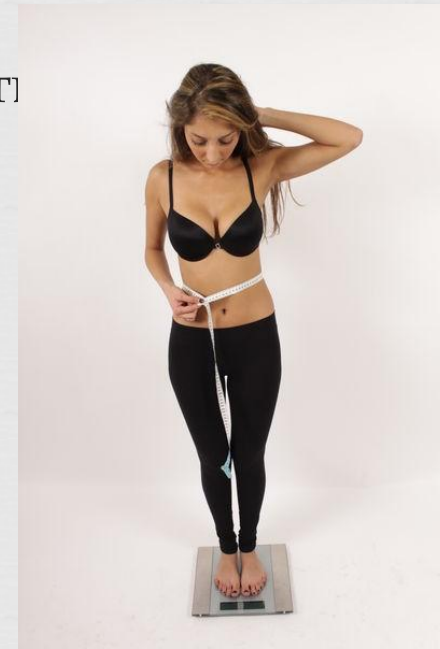
1. Дисморфофобический (инициальный) этап

- Стойкое недовольство «чрезмерной полнотой»
- Подавленное настроение, тревога
- Нестойкие попытки коррекции фигуры, поиск диет
- 0,5-4 года.



2. Дисморфоманический этап (активной коррекции, анорексический)

- Сокращение приема пищи
- Чрезмерные физические нагрузки
- Использование клизм, слабительных средств, жевание без проглатывания
- Снижение веса тела на 20%-50% от нормального веса
- Квазиудовлетворение потребности в пище
- Аменорея
- 1,5-2 года
- Аффект зависит от успешности коррекции веса
- Социальная изоляция
- Психопатоподобные нарушения (эксплозивность, обидчивость)



3. Кахектический этап



- Снижение массы тела 50%
- Дистрофические изменения органов
- Соматоэндокринные нарушения
- Снижение физической активности
- Ипохондрическая фиксация
- Искаженное восприятие тела
- Фобия веса
- Возможен летальный исход
- Отсутствие критики

Основные психопатологические

- Синдром дисморфического расстройства личности
- Синдром дисморфомании
- Аноректический синдром
- Булимический синдром
- Астенический синдром
- Ипохондрический синдром
- Обсессивно-фобический синдром
- Тревожный синдром
- Аффективные синдромы
- Синдром деперсонализации
- Психоорганический синдром
- Синдром пароксизмальных расстройств
- Психозэндокринный синдром
- Психопатический синдром
- Синдром патологического влечения к ПАВ

Коморбидные расстройства

- Аффективные расстройства 60-96%
- Обсессивно-компульсивные расстройства 45-70%
- Алекситимия 49-63%
- Личностные расстройства 32-97%
- Социофобия 25-30%
- Адиктивное поведение
- Патология сексуального поведения
- Клептомания
- Самоповреждения
- Суицидальные попытки

Соматические осложнения

- Метаболические: электролитные нарушения, гипогликемия, увеличение печеночных ферментов.
- Сердечно-сосудистые: аритмия, уменьшение размеров сердца, гипотензия.
- Неврологические: псевдоатрофия головного мозга, периферические невриты, отклонения в ЭЭГ.
- Гематологические: анемия, лейкопения, тромбоцитопения.
- Почечные: острая или хроническая недостаточность
- Эндокринные: снижение гонадотропинов, эстрогенов, тестостерона, эутиреоидный синдром. Повышение кортизола, СТГ
- Мышечные и костные: судороги, остеопения.
- Дерматологические: алопеции, лануго, ломкость ногтей
- Желудочно-кишечные: кариес, эрозии эмали, расширение входа в желудок, тяжелые запоры, СРК, уменьшение липазы, лактозы.
- Иммунологические: бактериальные инфекции (стафилококковый абсцесс легкого и туберкулез)

Варианты Нервной анорексии.

Последствия

- Рестриктивный вариант (парциальная алиментарная недостаточность)
- 1. Инсомния
- 2. Депрессия
- 3. Трудности концентрации внимания
- 4. Запоры
- 5. Ощущение холода
- 6. Ломкость ногтей
- 7. Мышечная слабость

- Булимический вариант (общая алиментарная недостаточность)
- 1. Поражение эмали зубов
- 2. Паротит
- 3. Аритмии
- 4. Мышечная слабость
- 5. Поражение почек
- 6. Эпиприпадки

Сомато-неврологические осложнения НА

- Аменорея
- Анемия
- Синкопальные состояния
- Алопеция
- Лануго
- Ломкость ногтей
- Гипоплазия молочных желез
- Гипотония (60/40 мм рт ст)
- Брадикардия (ЧСС 50)
- Дистрофические изменения внутренних органов
- Спланхноптоз
- Патология ЖКТ
- Симптом Рассела
- Судорожные припадки
- Судороги мышц конечностей
- Вестибулопатии
- Вегетативной дисфункции
- Остеопороз
- Интеркурентные инфекции

Дифференциальный диагноз

- Заболевания шизофренического спектра с паранойяльными идеями отказа от еды
- Депрессивный синдром с истинной анорексией и снижением массы тела
- Гипоманиакальный и маниакальный синдромы со снижением массы тела
- Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта
- Злоупотребление ПАВ с изменением аппетита и массы тела
- Расстройства личности с ограничением в еде и отказом от приема пищи

Схема реабилитации

- Этапы

- Диагностический

- Обращение к врачам

- Обращение к

- психиатрам

- Начало адекватной терапии

- Лечебный

- Первые дни

- Выведение из кахексии

- Обострение дисморфофобии

- Достижение ВПМ

- Собственно реабилитация

- Нормализация состояния

- Стабилизация состояния

Критерии стационарного лечения

- Кахексия с потерей массы тела от 50% и более;
- Выраженная астеническая симптоматика и адинамия;
- Упорный отказ от еды в связи с выраженностью дисморфофобии;
- Отсутствие критического отношения к своему болезненному состоянию;
- Использование явно неадекватных методов коррекции;
- Массивная булимическая симптоматика;
- Выраженная аффективная патология с суицидальной готовностью;
- Грубая психопатоподобная симптоматика.

Принципы комплексной терапии на этапе активного лечения:

- Обязательное комплексное соматическое обследование (терапевтическое, неврологическое, гинекологическое, лабораторное, нейрофизиологическое)
- Режим питания и диетотерапия
- Наблюдение и надзор за пищевым поведением
- Соматотропное лечение
- Психотерапия (антидепрессанты, нейрорепаранты, нормотимики, транквилизаторы, ноотропы)
- Психотерапия (когнитивно-поведенческая, интерперсональная, семейная, групповая взаимопомощь и взаимоподдержка пациентов)
- Психокоррекционное воздействие;
- Лечебная физическая культура.

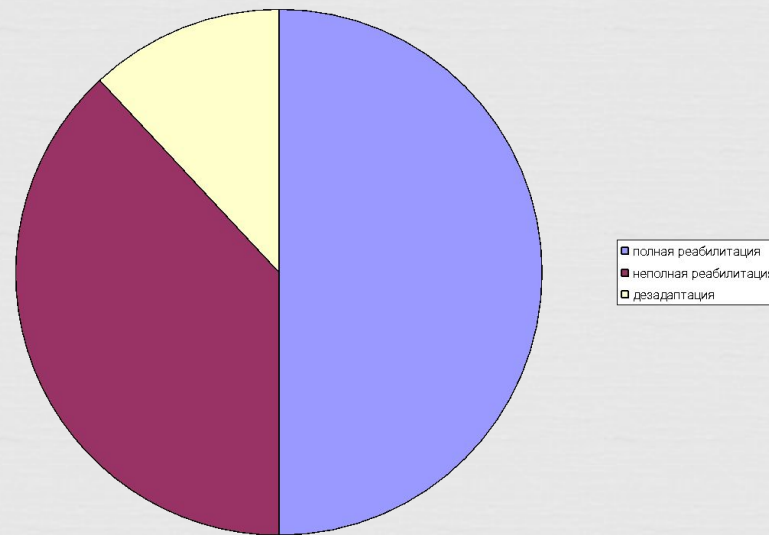
4. Редукция нервной анорексии

- Достижение Весового Порога Менструаций
- Нормализация соматического состояния
- Астения
- Ипохондрическая фиксация
- Психопатоподобное поведение (эксплозивность, истерические формы реагирования)
- Страх будущей полноты, ситофобия
- Умеренные ограничения в еде

Результаты лечения больных с пищевыми нарушениями (катамнез 4-20 лет)



Результаты лечения больных НА (катамнез 4-20 лет)



Нервная булимия

- Повторяющиеся компульсивные периоды обжорства
 - Отсутствие контроля над пищевым поведением
 - Использование «очистительного поведения»
 - Озабоченность фигурой
 - Нет аменореи, нет кахексии, нарушенного образа тела
- (отличие от булимического варианта нервной анорексии)
- Хроническое рецидивирующее течение

Эпидемиология



- Распространенность 1-4 % женщин (0,5% мужчин)
- Начало 12-35 лет
- Пик -18 лет

Диагностические критерии по МКБ 10



Для достоверного диагноза «нервная булимия» требуется:

- Постоянная озабоченность едой, непреодолимая тяга к пище, эпизоды объективного переедания
- Попытки предупреждения увеличения массы тела посредством периодов голодания, диет, приемом слабительных/диуретиков, вызыванием рвот.
- Болезненный страх ожирения, часто в анамнезе отмечаются предшествовавшие эпизоды нервной анорексии с периодами ремиссии.

Переедание, обусловленное психогенными факторами

- Эпизоды потери контроля над процессом поглощения пищи
- Эпизоды обжорства во время выраженного стресса
- Поедание ненормально большого количества пищи за короткий промежуток времени
- Поедание больших количеств пищи при отсутствии чувства голода
- Еда до отвала
- Еда в состоянии депрессии, грусти или скуки
- Еда в одиночестве, из чувства стыда, связанного с процессом еды
- Еда в одиночестве, из желания скрыть эпизод обжорства
- Чувство отвращения, депрессии или вины после эпизода обжорства

Трудности реализации лечебно-реабилитационной тактики при НПП

- Слабая информированность населения, врачей-интернистов, психиатров о нарушениях пищевого поведения;
- Информационный прессинг на молодежную популяцию;
- Неоправданные отказы в стационарировании, своевременном переводе в соматические стационары;
- Проблема недобровольного психиатрического освидетельствования и недобровольного стационарирования;
- Некомпетентное психотерапевтическое и психокоррекционное воздействие;
- Большие материальные затраты на лечение, длительные сроки госпитализации;
- Отсутствие подготовленного квалифицированного среднего медицинского персонала;
- Большие эмоциональные, волевые, поведенческие затраты любого специалиста сталкивающегося с нарушениями пищевого поведения;
- Нежелание психиатров, психотерапевтов, психологов заниматься лечением нарушениями пищевого поведения;



Спасибо за внимание

