

Нервная анорексия у девушек-подростков: варианты течения, факторы рецидива и суицидальный риск на ранних этапах терапии

Пичиков А.А., Попов Ю.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Резюме. Исходы нервной анорексии, начавшейся в подростковом возрасте, зависят не только от клинической динамики самого расстройства, но и от вариантов оказания медицинской помощи, которые в некоторых случаях могут оказывать неблагоприятное влияние на течение заболевания. Это связано с недоучетом специалистами ряда факторов, которые могут быть прогностически неблагоприятными и способствовать рецидивированию нервной анорексии в молодом возрасте. При этом как большее количество рецидивов, так и общая длительность стационарных этапов терапии являются показателями возможного неблагоприятного исхода, который наблюдается в клинической практике примерно в 30% случаев. В статье на основе клинических наблюдений, приводятся данные об основных вариантах течения нервной анорексии у девушек в начальный период оказания помощи, а также частоте рецидивирования и факторах, которые ее определяют.

Ключевые слова: нервная анорексия, подростки, заболеваемость, коморбидность, исходы заболевания, рецидив, суицидальный риск.

Anorexia nervosa in adolescent girls: variants of the disease, recurrence factors and suicidal risk at early stages of treatment

Pichikov A.A., Popov Y.V.

National medical research center of psychiatry and neurology V.M. Bekhterev

Summary. The outcomes of adolescent anorexia nervosa depend not only on the clinical dynamics of the disorder itself but also on the kinds of treatment, which can sometimes adversely affect the course of the disease. This is due to several unaccounted factors, which can be prognostically adverse and can facilitate the relapse of anorexia nervosa at a young age. Both a large number of relapses and the general duration of hospital treatment indicate a possibility of adverse outcome, which can be seen in about 30% of the cases in clinical practice. The article contains clinical observations based information on common variants of the course of anorexia nervosa in females at the beginning of treatment, the frequency of relapses and their determining factors.

Key words: anorexia nervosa, adolescents, morbidity, comorbidity, outcome of the disease, relapse, suicidal risk.

Нервная анорексия (НА), несмотря на сравнительно низкий уровень распространенности в общих когортах населения, является часто встречающимся заболеванием в женской популяции, особенно среди девушек-подростков (12-17 лет) и женщин молодого возраста (18-25 лет). По различным данным распространенность НА у женщин в течение жизни составляет 1,2-2,2%, при этом у мужчин НА встречается в 10 раз реже [5]. Сложности терапии НА связаны с часто неудовлетворительным ответом на оказываемые медико-социальные вмешательства, высоким риском хронического течения и смерти. Манифестация расстройства в подростковом возрасте, как правило, имеет более благоприятный прогноз. Сообщается, что около 70-80% пациентов в этой возрастной группе достигают ремиссии. Однако выздоровление может занять несколько лет, при этом оно связано с высоким риском развития других психических нарушений, в основном аффективных, тревожных, невротических расстройств, различных видов зависимостей [7]. Само расстройство пище-

вого поведения также может претерпевать изменения с течением времени: в некоторых случаях булимическая симптоматика, возникающая в течение 2-3 лет от начала НА, может являться определяющей в течение заболевания. В таком случае, при стабилизации весовых показателей и месячного цикла, речь идет уже об иных диагностических категориях (нервная булимия, компульсивное переедание, недифференцированные формы пищевых расстройств). Понимание особенностей течения НА в подростковом возрасте может способствовать более реалистичным ожиданиям темпов симптоматического улучшения, а также созданию терапевтических программ, которые лучше приспособлены к потребностям пациентов.

Целью исследования явилось выявление прогностически неблагоприятных факторов течения нервной анорексии у девушек-подростков на ранних этапах обращения за медицинской помощью, а также частоты распространенности у них коморбидных состояний и суицидальных тенденций в этот период.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на клинической базе отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ в течение периода с 2015 по 2017 гг. Были обследованы 56 девушек с диагнозом нервная анорексия (F50.0) — ср. возраст $14,9 \pm 2,1$. В процессе катамнестического наблюдения пациентки были разделены на две группы: 1 группа — пациентки с полной или частичной ремиссией (30 девушек), 2 группа — пациентки с рецидивом заболевания, приводившим к повторной госпитализации (26 девушек). Часть пациенток, проходивших лечение в отделении и достигших полной или частичной ремиссии, в итоге, не были включены в 1 группу для создания пропорциональных групп исследования: в большинстве случаев это были иногородние пациентки, которые проходили только стационарный этап лечения. С целью стандартизации периода оценки частоты рецидивирования в начальный период оказания помощи катамнестическое наблюдение для данного исследования проводилось в течение года после выписки. Данный временной интервал позволял фактически отслеживать состояние пациенток в период амбулаторного сопровождения (первые полгода после выписки) и оценить эффективность проведенной терапии в течение следующего полугодия. Большая часть современных исследований направлена на оценку долгосрочной перспективы от 10 до 15 лет от начала заболевания. Однако чаще всего, они являются мультицентровыми и базируются на мета-анализе исходов у пациенток с НА при использовании различной методологии, что не позволяет определить достаточно четко критерии резистентности состояния на начальных этапах терапии.

Исследование выполнялось поэтапно с использованием клинико-анамнестического, клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и статистического методов. На первом этапе осуществлялась верификация диагноза, при этом из исследования исключались лица с выраженными проявлениями психических и соматических нарушений (в том числе затруднявших интеллектуальное функционирование), связанных с дефицитом массы тела, требующих оказания помощи в условиях реанимационного отделения, а также девушки с аноректическим синдромом при шизофрении. На втором этапе проводилось стандартизированное лечение пациенток с обязательным стационарным периодом наблюдения (средний срок пребывания 36 ± 7 дней) и амбулаторным периодом программы клинико-психологического сопровождения (средний срок наблюдения 167 ± 29 дней). В соответствии с разработанными на отделении алгоритмами после оценки соматического состояния пациентки в период стационарного наблюдения

проводилась соматотропная терапия, нутритивная поддержка, а также назначение специфической фармакотерапии, нацеленной как на основные симптомы, характерные для НА, так и на коморбидные состояния.

С момента первичного контакта использовалось мотивационное интервьюирование, на последующих этапах — индивидуальная и семейная психотерапия, а также психообразовательные встречи с пациенткой и ее родственниками. В период стационарного наблюдения собирались основные анамнестические сведения. Все данные фиксировались в разработанной авторами карте для структуризации собранной клинической информации. Особое внимание уделялось сбору информации об особенностях протекания детского и раннего подросткового возраста на предмет выявления преморбидных особенностей в отношении питания (крайняя выборочность в пище, психогенные рвоты, желудочно-кишечные расстройства, затрудняющие нормальное питание и т.д.), а также специфики семейного функционирования. В стационаре проводился контроль за изменением соматических параметров, в первую очередь индекса массы тела (ИМТ), рассчитанного на основе центильных таблиц в соответствии с возрастом пациенток. Помимо этого, проводился мониторинг лабораторных показателей для определения нормализации состояния и профилактики рефидинг-синдрома. В период госпитализации проводилось экспериментально-психологическое обследование при помощи следующих методик: Патохарактерологического Диагностического Опросника (ПДО) с усовершенствованной процедурой обработки результатов (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001), Колумбийской шкалы оценки суицидального риска (C-SSRS; Posner K. et al., 2009) с целью определения выраженности суицидальных тенденций, подростковой версии шкалы депрессии А.Бэка (Beck Depression Inventory; Beck A. et al., 1961) для выявления выраженности депрессивных переживаний, а также «Методики многомерной оценки детской тревожности» (Ромицына Е.Е., 2006) для оценки различных видов тревоги у пациенток больных НА.

Математико-статистический метод применялся для обработки собранного эмпирического материала и математической верификации выявленных закономерностей. В соответствии с поставленными задачами исследования, мы применяли математико-статистическую обработку при помощи пакета программ SPSS 16. Достоверность различий между показателями групп исследования оценивалась следующим образом: для параметрических данных на основании t-критерия Стьюдента, для непараметрических — U-критерия Манна-Уитни и ϕ критерия Фишера. Для определения факторов рецидива заболевания использовался метод логистической регрессии. Статистические гипотезы проверялись на уровне значимости $p=0,05$.

Результаты исследования Анамнестические данные

С помощью полуструктурированного интервью проводился сбор наиболее значимой с точки зрения динамики заболевания информации. Сбор сведений проходил при помощи интервьюирования как самой пациентки, так и ее родственников. Было выявлено, что семьи девушек характеризовались высоким уровнем конфликтности (42,9%), при этом сфера конфликта, предшествовавшего манифестации НА, могла быть связана с нарушениями в отношениях на разных уровнях семьи, в частности, в некоторых случаях она определялась дисфункциональными отношениями между родителями, которые могли находиться на грани развода. С нашей точки зрения, заболевание дочери порой играло значимую роль в объединении родителей против общего «врага» — нервной анорексии. Таким образом, можно сказать, что девушки имели «вторичную выгоду» в таком случае, а заболевание компенсировалось только при нормализации отношений в семье после ряда проведенных семейных консультаций и уже не на патологической основе. В 23,2 % случаев выявлялось наличие заболевания алкоголизмом одного из родителей (16,7% — 1 группа; 26,9% — 2 группа), что являлось поводом для семейных конфликтов и проблем в отношениях, как правило, между отцом и детьми. Иногда конфликт носил не явный характер и был связан с рождением еще одного ребенка в семье. Учитывая определенную степень инфантилизации пациенток с НА, их желанием оставаться «всегда маленькой и любимой», абсолютно логичным выглядело подобное «искусственное торможение» своего телесного и психосексуального развития. Следует отметить, что вообще появление каких-либо женских форм такими девушками рассматривалось как неприемлемое, а появление первых месячных могло совпадать с началом нарушений пищевого поведения. Какую роль на этом этапе развития играют биологические (прежде всего гормональные) или психологические факторы должны будут прояснить будущие исследования. Это же относится и к проявлениям различных расстройств пищевого поведения у ближайших родственников девушек с НА. В нашем исследовании подобные нарушения (у матерей или сестер пациенток) встречались в 19,6% случаев. У них фиксировались только явные случаи, которые требовали ранее госпитализации и лечения, при этом стоит отметить, что это была не только нервная анорексия (3 больных), но также компульсивное переедание и нервная булимия (2 и 5 больных соответственно). Были получены достоверные различия между 1 и 2 группами во встречаемости расстройств пищевого поведения у родственников (10,0% и 30,8% соответственно; $p < 0,05$). Можно предположить, что наличие в семейном окружении человека, имеющего патологические пищевые паттерны, приводит не только к меньшему комплаенсу специалиста с родственниками, но и в какой-то степени способствует вос-

приятию болезненных проявлений в семье как части жизненного стиля и сознательного выбора «красивых» и социально приемлемых, а значит «здоровых» форм телесности.

Особое внимание нами уделялось преморбидным особенностям пищевого поведения у пациенток. Оценивался не только промежуток времени, предшествовавший началу расстройства, но также особенности пренатального этапа, грудной возраст и период раннего детства. По сведениям, полученным от матерей, возраст прекращения кормления грудью составлял в среднем $2,8 \pm 4$ года, что несколько превышает средние рекомендуемые сроки. С их слов, ситуации пролонгирования сроков кормления грудью являлись следствием испытываемой тревоги за здоровье ребенка и ощущения собственного эмоционального дискомфорта в ситуации прикладывания к груди младенца. У 9 матерей лактация прекращалась на ранних сроках кормления. Можно предположить, что в таких случаях не нуждаемость ребенка, а физическое здоровье матери и ее психо-эмоциональное состояние определяли возможности грудного вскармливания. Помимо этого, высокая тревожность таких матерей и их неумение различать потребности ребенка (ощущение боли, холода) могли приводить к более частому кормлению. Это, в свою очередь, могло усиливать у ребенка взаимосвязь акта питания с эмоциональным регулированием в ситуации телесного дискомфорта и способствовать формированию пищевых нарушений в более старшем возрасте. По нашим данным в период детства и раннего подросткового возраста выборочность питания с полным отказом от ряда продуктов встречалась в 32,1 %, психогенная тошнота и рвота в 7,1 % случаев. Повышенное питание (как правило, с предпочтением углеводной и жирной пищи), приводящее к избыточной массе тела, наблюдалось в предшествовавший НА период в 17,9 % случаев. Недовольство своим телом, в том числе вследствие комментариев родственников, преподавателей или сверстников, приводило в итоге этих девушек к выбору поведенческого вектора на похудание. Достоверно чаще преморбидные особенности пищевого поведения встречались в группе с рецидивом заболевания (1 гр. — 16,7%, 2 гр. — 38,5%, $p < 0,05$).

Средний возраст начала заболевания НА для пациенток 1 группы составлял $14,0 \pm 1,5$ лет, во 2 группе $13,4 \pm 1,6$ лет. Средний возраст при госпитализации был выше во второй группе по сравнению с первой, несмотря на более раннюю манифестацию расстройства ($15,3 \pm 1,7$ лет и $14,4 \pm 1,6$ лет соответственно). Склонность к рецидивированию во второй группе может свидетельствовать не только о более длительном периоде формирования и закрепления симптомов заболевания, но и о значимости более ранних возрастных периодов, характеризующихся важными изменениями практически во всех системах молодого организма. Можно предположить, что раннее начало заболевания наносит более серьезный урон организму, способствуя диспластичному раз-

витию, в том числе ряда мозговых структур, отвечающих за пищевое поведение (дорсолатеральная префронтальная кора, вентральный стриатум, островок Рейля и др.).

При анализе нарушений пищевого поведения в период от манифестации заболевания до госпитализации мы выделили ряд поведенческих характеристик нервной анорексии на основе ограничения в питании либо корректирующих вес действий, используемых пациентками (таб.1). Несмотря на то, что в настоящее время в МКБ-10 отсутствует выделение ограничительного и очистительного типов НА, в следующей классификации предположительно эти дефиниции будут использоваться, а в настоящее время они применяются в DSM-V. Ограничительный тип определяется в случае, если в течение последних 3 месяцев у индивида отсутствуют повторяющиеся эпизоды переедания или очищения (самоиндуцированные рвоты, злоупотребление слабительными, диуретиками или клизмами), а основным способом похудения является диета и/или чрезмерная физическая нагрузка. Очистительный тип подразумевает наличие в течение последних 3 месяцев повторяющихся эпизодов переедания и очищения, варианты которого перечислены выше. Вместе с тем, при очистительном типе пациентки также ограничивают себя в питании, хотя это не является для них основным способом похудения. Несмотря на удобство такого разделения, вследствие подчас динамичного изменения симптоматики при НА, достаточно сложно было выделить статичную форму нарушения, тем более что в ряде случаев переедание, обозначаемое таковым образом пациенткой, являлось субъективным, когда съедалось, например, два пряника, а после этого вызывалась рвота.

В нашем исследовании особенности пищевого поведения оценивались анамнестически за период 2 месяцев до госпитализации, а также во время стационарного наблюдения. При этом не выделялся основной способ похудения, а учитывались все имеющиеся нарушения. Основным способом похудения являлось соблюдение диеты, особенно на начальных этапах заболевания. На момент оценки диеты соблюдали 48 девушек (85,7%), при этом

в некоторых случаях они описывали себя, как вегетарианцы или веганы, из них 8 девушек (14,3%) придерживались достаточно вычурных, сложных диет. Физические упражнения, порой достаточно изнурительные, использовали 37 девушек (66,1%). Эпизоды объективного переедания (употребление более 1000 ккал менее чем за 2 часа без потери контроля) наблюдались в 8 случаях (14,3%), что не соответствует частоте вызывания рвот (42,9%), которые часто следовали за эпизодами субъективного переедания. В ряде случаев девушки использовали слабительные (26,8%) и/или диуретики (17,9%). Пациентки из 2 группы достоверно чаще пользовались диуретиками (1 гр. — 10,0%, 2 гр. — 26,9%, $p < 0,05$) и прибегали к вызыванию рвот (1 гр. — 33,3%, 2 гр. — 53,8%, $p < 0,05$), что свидетельствует о большей выраженности психопатологической симптоматики и нарушений пищевого поведения у этих девушек. В 8,9% случаев пациентки использовали другие медикаменты с целью похудения: флуоксетин (при этом самостоятельно подбираемые суточные дозы могли достигать до 100 мг), сибутрамин, кустарно изготовленные смеси ЭКА (эфедрин-кофеин-аспирин). С нашей точки зрения, ввиду анозогнозии, диссимулятивного поведения пациенток и сложностей комплаенса, характерных для данного расстройства, информация, касающаяся особенностей пищевого поведения, иногда могла быть искажена с целью сокрытия фактов не только рвотного поведения или употребления вышеперечисленных медикаментов, но и наркотических веществ стимулирующего действия.

Вследствие изменения пищевого поведения пациентки имели значительную потерю массы тела. В среднем потеря веса от исходного составляла $14,8 \pm 3,5$ кг, при этом в 1 группе она была несколько меньше, чем во второй ($13,2 \pm 2,8$ кг и $15,4 \pm 3,2$ кг соответственно). С нашей точки зрения, это было связано изначально с длительностью формирования расстройства, а впоследствии с выраженностью психопатологической симптоматики, закрепляющей патологические формы пищевого поведения у пациенток 2 группы. При этом ИМТ при госпитализации у пациенток исследуемых групп различался незначительно (1 гр. — $13,8 \pm 1,6$

Таблица 1. Поведенческие характеристики нервной анорексии

Критерии	Всего		1 группа		2 группа		p<
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Ограничение в питании (диета)	48	85,7	27	90,0	21	80,8	-
Физические упражнения с целью похудеть	37	66,1	17	56,7	20	76,9	-
Эпизоды объективного переедания	8	14,3	5	16,7	3	11,5	-
Вызывание рвоты	24	42,9	10	33,3	14	53,8	0,05
Злоупотребление слабительными	15	26,8	6	20,0	9	34,6	-
Злоупотребление диуретиками	10	17,9	3	10,0	7	26,9	0,05
Злоупотребление др. медикаментами	5	8,9	2	6,7	3	11,5	-

и 2 гр. — $13,5 \pm 1,4$). Предположительно это было связано с тем, что пациентки 2 группы в преморбиде чаще имели более высокий вес, который являлся изначальной причиной похудения.

Коморбидные состояния

По данным современной литературы считается, что НА часто сочетается с сопутствующей психической патологией, особенно в период острой фазы заболевания. Двухлетнее наблюдение подростков 14-16 лет с диагнозом НА показало повышенный риск развития депрессивных и тревожных расстройств [8]. У двух третей пациентов с хроническим течением расстройства пищевого поведения и у одной трети достигших ремиссии заболевания, диагностировалось, по крайней мере, одно другое психическое расстройство [3]. Мета-анализ исследований, опубликованных во второй половине 20 века [10], показал, что коморбидные НА аффективные расстройства встречались в $24,1 \pm 16,3\%$ (2-67%), невротические или тревожные расстройства в $25,5 \pm 14,9\%$ (4-61%), обсессивно-компульсивные расстройства в $12,0 \pm 6,4\%$ (0-23%), злоупотребление ПАВ в $14,6 \pm 10,4\%$ (2-38%). В общей сложности $31,0 \pm 25,1\%$ (0-76%) пациентов имели ананкастное расстройство личности, $16,6 \pm 19,9\%$ (0-53%) пациентов имели истерическое расстройство личности, и $17,4 \pm 16,8\%$ (0-69%) пациентов имели другие расстройства личности, включая пограничное. Множество исследований указывают на высокий риск заболевания другими психическими расстройствами в течение жизни, даже после восстановления после НА. 12-летнее наблюдение пациентов с НА показало более высокие показатели распространенности среди них психических расстройств в течение жизни по сравнению с контрольной группой: соответственно аффективные расстройства в 51,4% и 35,7%, тревожные расстройства в 60% и 32,7%, алкоголизм в 27,1% и 10,2% случаев [11].

Учитывая имеющиеся данные, в период стационарного наблюдения нами было проведено исследование уровней депрессии, тревоги, а также определение акцентуации характера у девушек.

Уровень депрессии и тревоги

В связи с частым распространением аффективных и тревожных расстройств среди лиц с расстройствами пищевого поведения нами была предпринята попытка проанализировать уровень депрессии и тревоги в исследовательских группах и определить значимость этих феноменов в рецидиве заболевания. Учитывая особенности возраста обследуемых девушек, а также клинически недостаточно очерченные психопатологические феномены, коморбидные диагнозы не выставлялись. Однако можно было говорить о подпороговых уровнях нарушений, что подтверждалось данными исследования SEYLE, в котором участвовали 12395 подростков из 11 европейских стран, где подпороговая депрессия и тревога являлись очень распространенными среди молодых людей и ассоциировались с возрастающей частотой развития более тяжелых психических расстройств и риском самоубийства [1].

В нашем исследовании оценка и сравнение уровня депрессии у девушек с НА проводилась при помощи подростковой версии шкалы депрессии А.Бэка (Beck Depression Inventory; Beck A. et al., 1961). Нами были определены средние значения и среднеквадратичное отклонение уровня депрессии у пациенток. При оценке результатов, полученных в ходе исследования, было выявлено наличие в среднем легкой депрессии в обеих группах ($16,8 \pm 2,6$ баллов). При сравнении уровней депрессии между 1 и 2 группами, статистически значимых различий получено не было ($16,5 \pm 1,8$ и $17,1 \pm 2,1$ соответственно).

В связи с тем, что феномен тревоги играет значительную роль в формировании основных психопатологических феноменов при расстройствах пищевого поведения, нами была предпри-

Таблица 2. Распределение пациенток с НА по видам и уровням тревоги

Вид тревоги	1 группа (M±δ)	2 группа (M±δ)	p<
Общая тревожность	$2,74 \pm 0,52$	$4,08 \pm 0,39$	0,05
Тревога в отношениях со сверстниками	$3,21 \pm 0,38$	$3,45 \pm 0,65$	-
Тревога, связанная с оценкой окружающих	$4,16 \pm 0,62$	$5,37 \pm 0,48$	0,05
Тревога в отношениях с учителями	$3,28 \pm 0,34$	$3,54 \pm 0,56$	-
Тревога в отношениях с родителями	$3,23 \pm 0,25$	$4,86 \pm 0,41$	0,05
Тревога, связанная с успешностью в обучении	$3,41 \pm 0,27$	$3,65 \pm 0,34$	-
Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения	$3,90 \pm 0,61$	$3,39 \pm 0,44$	-
Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний	$5,41 \pm 0,53$	$5,82 \pm 0,72$	-
Снижение психической активности, обусловленное тревогой	$4,32 \pm 0,45$	$4,15 \pm 0,24$	-
Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой	$3,08 \pm 0,31$	$4,66 \pm 0,28$	0,05

нята попытка исследовать различные проявления тревоги и их уровни в обеих группах испытуемых. Для этого использовалась методика «Многомерная оценка детской тревожности» (Ромицына Е.Е., 2006). Были получены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между уровнями тревоги в 1 и 2 группах по шкалам: «Общая тревожность» ($2,74 \pm 0,52$ по сравнению с $4,08 \pm 0,39$), «Тревога, связанная с оценкой окружающих» ($4,16 \pm 0,62$ по сравнению с $5,37 \pm 0,48$), «Тревога в отношениях с родителями» ($3,23 \pm 0,25$ по сравнению с $4,86 \pm 0,41$), «Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой» ($3,08 \pm 0,31$ по сравнению с $4,66 \pm 0,28$) (табл.2).

Таким образом, в группе рецидива наблюдался в целом более высокий уровень тревожности, в том числе связанный с повышенной вегетативной реактивностью. По-видимому, высокий уровень конфликтности в семье определял высокий уровень тревоги в отношениях с родителями у пациенток 2 группы, что определяло в итоге вообще какое-либо участие родственников в амбулаторной программе терапии. Тревога, связанная с оценкой окружающих была высокой в обеих группах, однако именно в группе рецидива она достигала такого уровня, который вызывал дезадаптацию девушек, нуждающихся в постоянном подтверждении своей физической привлекательности и успешности в достижении цели. При этом, каких-либо значимых различий в уровне тревоги, определяющей необходимость участия в социальной жизни (отношения с учителями, отношения со сверстниками, успешность в обучении, проверка знаний) между группами обследуемых не наблюдалось, хотя по нашим данным эта сфера вызывает значительно более высокий уровень тревоги у пациенток с НА по сравнению с общей популяцией девушек.

Акцентуация характера

В связи с тем, что большое количество исследований указывает на частую коморбидность расстройств пищевого поведения и расстройств личности [2, 3, 9], нами было проведено исследование девушек при помощи Патохарактерологиче-

ского диагностического опросника с целью выявление акцентуации характера, поскольку в данном возрасте в большинстве случаев можно было говорить только о заострении личностных черт или формирующемся расстройстве личности в отсутствии четких диагностических критериев (за исключением шизоидного), а поскольку в подростковом возрасте от типа акцентуации характера в значительной мере зависят особенности поведения в самых разных условиях и под влиянием различных обстоятельств, то можно предположить, что и на особенности пищевого поведения они могут оказывать непосредственное влияние.

По данным нашего исследования было выявлено преобладание ряда акцентуаций характера у девушек, больных НА (табл.3). При этом выделялись основные типы акцентуаций с возможным сопутствующим заострением тех или иных характерологических черт (в основном неустойчивых, эпилептоидных и истероидных). Среди обследуемого контингента были выявлено 12 девушек (8,9%) без акцентуации характера, а у 7 пациенток (12,5%) наблюдался смешанный тип. Наиболее часто встречались психастенический (23,3%), истероидный (21,4%) и эмоционально-лабильный (16,1%) типы. Полностью отсутствовали гипертимный и шизоидный типы, хотя в некоторых случаях отмечалось заострение этих черт у девушек при ведущей акцентуации характера. При анализе различий между группами было выявлено статистически достоверное преобладание ($p < 0,05$) истероидного типа акцентуации характера у девушек из 1 группы (30,0%) по сравнению со 2 группой (11,5%) и преобладание эмоционально-лабильного типа у девушек из 2 группы (26,9%) по сравнению с 1 группой (6,7%). Было определено значимое преобладание ($p < 0,01$) психастенического типа акцентуации у девушек из группы с рецидивом заболевания (1 гр. — 10,0%; 2 гр. — 38,5%).

Можно предположить, что заострению тех или иных преморбидных черт характера способствовало само заболевание, а дисфункциональное личностное реагирование усиливало патологические пищевые паттерны. Большая встречаемость у девушек с отсутствием рецидива заболевания и хо-

Таблица 3. Акцентуации характера у пациенток с нервной анорексией

Тип акцентуации	Всего		1 группа		2 группа		p<
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Акцентуация не выявлена	5	8,9	4	13,3	1	3,9	-
Эпилептоидный тип	4	7,1	2	6,7	2	7,7	-
Истероидный тип	12	21,4	9	30,0	3	11,5	0,05
Циклоидный тип	2	3,6	2	6,7	-	-	-
Эмоционально-лабильный тип	9	16,1	2	6,7	7	26,9	0,05
Сенситивный тип	4	7,1	3	10,0	1	3,8	-
Психастенический тип	13	23,3	3	10,0	10	38,5	0,01
Смешанный («мозаичный») тип	7	12,5	5	16,6	2	7,7	-

рошим ответом на терапию истероидной акцентуации в целом соотносится с их главными характеристиками в виде выраженного эгоцентризма, жажды постоянного внимания, восхищения, почитания, сочувствия к собственной персоне. Появление младшего ребенка в семье нередко могло являться для таких девушек провоцирующим фактором, а современные технические возможности получать мгновенную обратную связь при помощи различных социальных сетей только подкрепляли образ «self-made girl». С нашей точки зрения, можно было говорить о своеобразной реакции группирования со сверстницами в таких социальных сетях, при этом имитационное поведение, характерное для данной акцентуации и в целом для подростков, способствовало привлечению новых «адептов нездорового похудения». Особое значение в работе с такими девушками играло стационарное лечение, одним из основных принципов которого являлась полная изоляция от привычного социального (и виртуального) окружения, подкреплявшего патологическое поведение.

В свою очередь, преобладание в группе рецидива психастенического типа акцентуации свидетельствует о значимости в течение заболевания психопатологических феноменов обсессивно-компульсивного кластера. Склонность к навязчивым размышлениям, сомнениям касательно своего внешнего вида, а также социального поведения, высокий уровень патологического перфекционизма, ритуализированность пищевого поведения, а также ипохондрическая фиксация способствовали усилению патологических форм пищевого поведения. Своеобразной формой защиты для психастенической девушки являлась фиксация на контроле за принимаемой пищей, ее калорийностью, механизмом приготовления, качеством продуктов, подсчетом потраченных калорий и т.д. Подобный контроль за своим весом позволял девушке считать, что если все заранее предусмотрено и действовать в соответствии с намеченным планом, то ничего неожиданного и плохого случиться не должно. На второй план уходили реальные заботы, связанные с неудачами в общении со сверстниками или проблемами в школе и семье. Основной терапевтической задачей в работе с такими девушками стояло перенаправление вектора их патологического гиперконтроля за собственным весом на обыденные жизненные проблемы, что создавало эффект рассеивания внимания. При этом необходимым являлось проведение тренинга решения проблем и обучение ауторегуляции своего эмоционального состояния в ситуации стресса.

Эмоционально-лабильный тип характеризовался, в первую очередь, крайней степенью изменчивости настроения, при этом настроению были присущи не только частые и резкие перемены, но и значительная их глубина. В данном случае «ключом к замку эмоциональной регуляции» на преморбидном этапе являлся непосредственно акт употребления пищи, как правило, калорийной и ассоциирующейся у девушки с «возна-

граждением». В дальнейшем, при наличии избыточного веса и формировании целеполагания на похудение, девушка получала удовлетворение от достигнутых результатов в снижении массы тела. Однако в силу неустойчивого аффекта и наличия импульсивности могли появиться эпизоды переедания, за которыми вновь следовал этап снижения веса, что, в свою очередь, только усиливало «эмоциональные качели», связанные с достижениями и провалами.

Варианты течения

В течение периода наблюдения в обеих группах у пациенток наблюдалась различная динамика состояния, которая характеризовалась изменением как психического состояния, и, соответственно, пищевого поведения, так и соматического функционирования (табл.4). К симптомам нормализации мы относили параметры, связанные с весом (ИМТ, который был скорректирован по возрасту на основе данных центильных таблиц), пищевым поведением (расширение рациона питания, отсутствие очистительных процедур и физической нагрузки, нацеленной на похудение), а также месячным циклом. При этом мы выделяли две подгруппы пациенток: с полным восстановлением или частичной редукцией симптомов болезни. После стационарного периода лечения во всех случаях наблюдались положительные изменения, однако полное восстановление по вышеописанным критериям, наблюдалось лишь у 2 пациенток, имевших короткий период заболевания и незначительные соматические нарушения в связи с этим. Фактически, именно восстановление месячного цикла могло свидетельствовать о полном выздоровлении девушек. Нормализация веса наблюдалась у 36 пациенток (64,3%) (в данном случае подразумевались более высокие показатели, чем минимальный порог в 5 перцентилей для данного возраста), у 21 пациентки (37,5%) нормализовалось пищевое поведение. При оценке изменений после проведения амбулаторной программы поддержки было выявлено, что полное восстановление наблюдалось у 32 пациенток (57,1%), нормализация веса у 49 пациенток (87,5%), нормализация пищевого поведения у 43 пациенток (76,7%), нормализация менструального цикла у 38 пациенток (67,9%). Таким образом, улучшение состояния с частичной редукцией симптомов отмечалось у 54 пациенток (96,4%) после выписки из стационара и у 24 пациенток (42,9%) после амбулаторной программы сопровождения. Подобные показатели, с нашей точки зрения, являются вполне оправданными, поскольку восстановление соматического функционирования при данном заболевании является вторичным и базируется на изменении патологических пищевых стереотипов, при этом использование необоснованных терапевтических интервенций (например, стимуляция быстрой прибавки веса в течение ко-

Таблица 4. Варианты исходов нервной анорексии

Критерии выздоровления	После стационарного лечения		После амбулаторной программы поддержки	
	N (56)	%	N (56)	%
Нормализация веса (ИМТ)	36	64,3	49	87,5
Нормализация пищевого поведения	21	37,5	43	76,7
Нормализация менструального цикла	2	3,6	38	67,9
Полное восстановление	2	3,6	32	57,1

роткого времени или использование гормональной терапии для стимуляции месячного цикла на начальных этапах терапии) может являться ятрогенным и способствовать ухудшению душевного состояния пациентки.

Учитывая выбранный нами относительно короткий период наблюдения в течение года, а также исключение из исследования пациенток требующих проведения реанимационных мероприятий, смертельных исходов в связи с осложнениями соматического состояния или суицидальными попытками не наблюдалось. Однако, стоит учитывать, что данные литературы указывают на то, что уровень смертности при НА является самым высоким среди всех психических расстройств [6] и составляет 5,9% по мета-анализу 42 исследований, при этом основными причинами являются соматические осложнения (54%) и самоубийства (27%), в 19% случаев обстоятельства неизвестны [12].

В связи с этим особое внимание было обращено на развитие суицидальных тенденций у девушек с момента первичной консультации до завершения участия в исследовании, а также наличие суицидальных попыток в анамнезе. Использовалась классификация суицидального поведения Тихоненко В.А. и Амбрумовой А.Г. (1978), а наличие и интенсивность суицидальных идей определялись с помощью Колумбийской шкалы оценки суицидального риска. Было выявлено, что 3 пациентки (5,4%) имели в анамнезе одну суицидальную попытку. У 11 пациенток (19,6%) отмечалось ранее самоповреждающее поведение (порезы на ногах, руках и животе), не связанное с идеей собственной смерти, но, в первую очередь, нацеленное на уменьшение внутреннего напряжения. В некоторых случаях самоповреждения носили специфический характер с целью наказания себя за то, что «не смогла сдержаться и съела слишком много», «прилагаю недостаточно усилий для похудения», «ненавижу себя и свое тело» и т.д. Анализ подобных самоповреждений был особенно важен для оценки преморбидного функционирования и определения периода манифестации заболевания и его прогрессирования.

При анализе проявлений суицидального поведения в течение периода наблюдения было выявлено, что лишь одна пациентка предприняла неудачную суицидальную попытку (1,8%), у 17 пациенток (30,4%) отмечались пассивные суицидальные мысли, характеризующиеся представления-

ми, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности, из них 10 пациенток (17,8%) имели в дальнейшем суицидальные тенденции разной степени интенсивности без побуждения к внешним формам суицидального реагирования. Были выявлены значимые различия в частоте самоповреждающих действий в анамнезе у 1 и 2 групп (10,0% и 30,8% соответственно; $p < 0,05$). Несмотря на отсутствие достоверных различий между 1 и 2 группой в частоте суицидальных попыток как в анамнезе, так и в процессе наблюдения, а также в проявлениях пассивных суицидальных мыслей, тем не менее, были обнаружены значимые различия в частоте формирования суицидальных тенденций (10,0% и 26,9% соответственно; $p < 0,05$). Подобные аутоагрессивные тенденции в какой-то мере дополняют картину заболевания, имеющую в целом саморазрушающий императив, и свидетельствуют в большей степени о нарушениях в аффективной сфере у таких подростков. Большая представленность самоповреждающего поведения в анамнезе и суицидальных тенденций на этапе восстановления у девушек из группы с рецидивом заболевания является вполне закономерной, так как данные явления связаны с нарушением эмоциональной регуляции, свойственной подросткам в целом, а также актуализацией у них болезненных переживаний, касающихся собственного тела в период набора веса.

Все пациентки, которым была необходима повторная госпитализация в течение года наблюдения, были включены в группу рецидива заболевания. К симптомам рецидива мы относили, прежде всего, снижение ИМТ ниже пороговых для данного возраста значений, которое в разной степени сочеталось с ухудшением психического состояния пациентки (усилением депрессии, тревоги, обсессий, дисморфофобических переживаний, нутренгофобии, патологических телесных ощущений и т.д.) и было связано с целенаправленным ограничением в питании и/или использованием очистительных процедур и физической нагрузки. В соответствии с разработанными алгоритмами пациентки были вновь госпитализированы на необходимый срок для стабилизации состояния с дальнейшим прохождением амбулаторной программы сопровождения.

На основании проведенной логистической регрессии были определены факторы, связанные с

рецидивом заболевания. К ним относились: наличие преморбидных нарушений пищевого поведения в детском и раннем подростковом возрасте, наличие расстройств пищевого поведения у родственников, ранний возраст начала заболевания (до 11 лет), наличие компульсивных переяданий, злоупотребление диуретиками, самоповреждающее поведение в анамнезе, психастеническая и эмоционально-лабильная акцентуация характера.

Обсуждение результатов

В результате анализа полученных данных были выделены факторы, связанные с рецидивированием заболевания на ранних этапах оказания помощи пациенткам с нервной анорексией. С нашей точки зрения, такой подробный анализ должен проводиться в каждом клиническом случае. Это позволяет обратить внимание специалиста на особенности развития ребенка и его питания в преморбидный период, а также на отношения в семейном окружении и степень его конфликтогенности. Оценка на ранних этапах оказания помощи возраста манифестации заболевания, динамики нарушенного пищевого поведения, особенностей личностного функционирования и регулирования эмоциональной сферы позволяет более глубоко проникнуть в патологические механизмы подкрепления заболевания и выстроить адекватную потребностям пациента терапевтическую стратегию.

Следует отметить, что факторы неблагоприятного прогноза и факторы, способствующие хорошему исходу, включают в себя не только аспекты, связанные с личностными особенностями и психопатологическими проявлениями, но и внешние обстоятельства, связанные с социальным функционированием и поддержкой среды. Встречая агрессивное сопротивление семейного окружения, подросток еще более замыкается в своем патологическом круге переживаний и начинает активно искать общения в виртуальной среде, где другие подростки также неосознанно ищут место, где их услышат, поймут и поддержат. Поэтому одной из важнейших задач для врача на начальном этапе оказания помощи является предложение структурированной медицинской помощи, включающей стационарный и амбулаторный этапы с переключением внимания родственников и самого пациента, которые фиксированы на весовых критериях и количестве употребляемой пищи, в сторону гармонизации внутрисемейных отношений. С нашей точки зрения, только в этом случае можно говорить об успешном начале терапии.

Вместе с тем, направление определенных усилий специалиста на выстраивание комплаентных отношений с семейным окружением пациентки с самой первой встречи позволяет в дальнейшем привлекать членов семьи на разных этапах терапии, что является значимым для хорошего прогноза и безопасного перехода со стационарного этапа на амбулаторный. Наша клиническая практика позволяет утверждать, что хороший комплаенс с родителями и их участие в терапевти-

ческих мероприятиях не играют такой значимой роли ни при каком другом психическом расстройстве у подростков. С вовлеченностью семейного окружения в терапию также связана и длительность госпитализации ребенка. С точки зрения ряда авторов, длительность стационарного периода должна быть терапевтически обоснована и не дезадаптировать подростка, при этом, чем короче период госпитализации, тем лучше социальный и, соответственно, клинический прогноз [4].

Информирование врачей общей практики, а также социальных работников и учителей о критериях, позволяющих предположить наличие расстройства пищевого поведения у подростка, и создании мотивации у него и его родителей для обращения к врачу-специалисту, по нашему мнению, позволит значительно сократить длительность периода от манифестации заболевания до этапа оказания квалифицированной помощи. Учитывая то, что ранний возраст начала заболевания и его большая длительность (и соответственно большая потеря веса) чаще встречались в группе девушек с рецидивом НА, свидетельствуя о более грубых психопатологических и соматических нарушениях, мы считаем, что необходимо улучшать взаимодействие поликлинического звена и специализированных учреждений в области профилактики расстройств пищевого поведения у подростков.

Полное восстановление, которое наблюдалось спустя полгода интенсивной терапии, как указано было выше, диагностировалось лишь в чуть более половине случаев. Это свидетельствует о том, что лечение нервной анорексии является очень длительным и трудоемким процессом. При этом количество специалистов, занимающихся данной проблемой, даже на уровне крупных мегаполисов, является недостаточным для оказания необходимой квалифицированной помощи. Отсутствие полипрофессионального подхода к терапии, использование лекарственных средств, не имеющих доказательной базы в лечении нервной анорексии, нарушение этапности оказания помощи (например, использование гормональных средств при низком ИМТ) — все эти и многие другие факторы приводят к хронификации НА, в некоторых случаях трансформируя данное расстройство и переводя его в другой клинический регистр.

Учитывая частоту встречаемости рвотного поведения, а также использования диуретиков и слабительных на ранних этапах формирования нервной анорексии можно сказать, что в этот период происходит определенное личностное преобразование с заострением неустойчивых черт личности и задержкой в созревании механизмов эмоциональной регуляции. Это в свою очередь может приводить к формированию психопатоподобных нарушений, при котором пищевые расстройства сочетаются с делинквентным поведением, употреблением алкоголя, наркотических веществ, самоповреждениями и суицидальными тенденциями. В таком случае уже идет речь о прямой угрозе не только здоровью, но и жизни молодой девушки. В нашем, обладающем методологическими ограни-

чениями, исследовании нарушений такого уровня не наблюдалось. Однако в динамике состояния в течение следующих 2 лет наблюдения у нескольких пациентов можно было отметить подобные изменения поведения.

Оценка частоты рецидивов у девушек с НА, несмотря на множество критериев улучшения соматического и психического состояния, все же позволяет обозначить одним из основных клинических параметров снижения риска ранней регоспитализации увеличение веса в период стационарного наблюдения. Эта цель может быть достигнута только при сочетании адекватной фармакотерапии, правильно подобранного диетического питания, когнитивно-поведенческих вмешательств, включающих мотивационную терапию, а также хорошего комплаенса с родителями пациентки, необходимого для создания терапевтической среды в стационаре, отвечающей потребностям девушки-подростка.

Заключение

Несмотря на то, что последние исследования указывают на улучшение прогноза течения

НА у девушек-подростков, вследствие лучшего понимания самого расстройства, дифференцированного подхода при терапии, использования амбулаторных программ психосоциальной реабилитации, экстраполировать полученные данные на более старшие возрастные группы следует с большой осторожностью. НА остается серьезным расстройством, связанным с высоким риском хронического течения и смертности. Дальнейшее катамнестическое наблюдение за пациентками, проходившими лечение на нашем отделении, а также расширение возрастных рамок, включенных в исследование молодых женщин с манифестацией нарушений пищевого поведения после подросткового возраста, позволит более полно описать весь спектр прогностически неблагоприятных факторов течения НА, обозначить терапевтические цели, в первую очередь касающиеся долгосрочных амбулаторных программ помощи таким пациенткам, а также оценить влияние коморбидных психических нарушений в длительной перспективе.

Литература

- Balazs J., Miklosi M., Keresztesy A. Adolescent sub-threshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk // *Journal Child Psychol Psychiatry*. — 2013. — Vol. 54, №6. — P. 670-677.
- Blachno M., Brynska A. Comorbidity and characteristic of obsessive-compulsive symptoms in anorexia nervosa // *Psychiatr. Pol.* — 2012. — Vol. 46, №6. — P. 1019-1028.
- Halvorsen I., Andersen A., Heyerdahl S. Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment // *Eur. Child Adolesc. Psych.* — 2004. — Vol. 13. — P. 295-306.
- Jagielska G., Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa // *Psychiatr. Pol.* — 2017. — Vol. 51, №2. — P. 205-218
- Keski-Rahkonen A., Hoek H.W., Susser E.S., Linna M.S., Sihvola E., Raevuori A., Bulik C.M., Kaprio J., Rissanen A. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community // *Am J Psychiatry*. — 2007. — Vol. 164, №8. — P. 1259-1265.
- Klump K.L., Bulik C.M., Kaye W.H., Treasure J., Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses // *Int. J. Eat. Disorder*. — 2009. — Vol. 42, №2. — P. 97-103.
- Le Grange D., Lock J., Accurso E.C., Agras W.S., Darcy A., Forsberg S., Bryson S.W. Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. — 2014. — Vol. 53, №11. — P. 1162-1167.
- Micali N., Solmi F., Horton N.J., Crossby R.D., Eddy K.T., Calza J.P. et al. Adolescent eating disorders predict psychiatric, high-risk behaviours and weight outcome in young adulthood // *J. Am. Acad. Child Psych.* — 2015. — Vol. 54, №8. — P. 652-659.
- Rastam M., Gillberg C., Wentz E. Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish community-based sample // *Eur. Child Adolesc. Psych.* — 2003. — Vol. 12. — P. 178-190.
- Steinhausen H.Ch. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century // *American Journal of Psychiatry*. — 2002. — Vol. 159. — P. 1284-1293.
- Sullivan P.F., Bulik C.M., Fear J.L., Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study // *American Journal of Psychiatry*. — 1998. — Vol. 155, №7. — P. 939-946.
- Sullivan P.F. Mortality in anorexia nervosa // *American Journal of Psychiatry*. — 1995. — Vol. 152. — P. 1073-1074.

Сведения об авторах

Попов Юрий Васильевич — д.м.н., профессор, заместитель директора института по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: popov62@yandex.ru

Пичиков Алексей Александрович — к.м.н., научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ. E-mail: sigurros@mail.ru