

Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева

**Диагностика и лечение психических
и наркологических расстройств:
современные подходы**

Сборник методических рекомендаций

Выпуск 2

Санкт-Петербург
2019

Д 44 Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 2. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. — 464 с.

ISBN 978-5-91258-435-0

В сборник включены методические рекомендации, подготовленные сотрудниками Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева в 2019 году. Работы посвящены современным и инновационным методам диагностики, лечения и реабилитации больных с психическими и наркологическими расстройствами. Методические рекомендации освещают алгоритмы диагностики и лечения, организационные и содержательные аспекты терапии и психосоциальной реабилитации пациентов психиатрического и наркологического профиля.

Сборник адресован врачам-психиатрам, врачам-наркологами, психотерапевтам, неврологам, клиническим психологам, социальным работникам, организаторам здравоохранения и всем специалистам, которые интересуются вопросами психического здоровья.

Коллектив авторов:

А. С. Автенюк, Н. И. Ананьева, Е. В. Андреев, Л. Р. Ахмерова, Е. Н. Бочанова, В. В. Бочаров, А. В. Васильева, Л. В. Веретило, В. Д. Вид, Р. Ф. Гасанов, Н. А. Гомзякова, Р. В. Гребенщикова, Д. И. Громько, Д. В. Дмитренко, Е. Е. Дубинина, Д. А. Емелина, А. Н. Еричев, Н. А. Ерофеева, К. М. Есина, Н. М. Залуцкая, Д. В. Захаров, Д. С. Зубов, М. В. Иванов, Р. Д. Илюк, Т. А. Караваева, Е. Д. Касьянов, В. Л. Козловский, Д. Н. Костерин, А. П. Коцюбинский, И. В. Кравченко, Л. С. Круглов, Е. М. Крупицкий, О. В. Лепик, Е. П. Лукошкина, Н. Б. Лутова, С. В. Ляшкова, Г. Э. Мазо, О. В. Макаревич, И. В. Макаров, С. Э. Медведев, В. А. Михайлов, П. В. Москалева, Р. Ф. Насырова, Н. Г. Незнанов, А. И. Нечаева, А. А. Пичиков, С. В. Полтораки, М. Ю. Попов, Ю. В. Попов, Г. В. Рукавишников, К. В. Рыбакова, Т. А. Саломатина, Н. В. Семенова, Ю. С. Семенова, В. С. Скрипов, М. Ю. Сорокин, А. В. Трусова, В. В. Фрейзе, И. В. Фурсова, Л. А. Хубларова, П. Д. Чернов, А. А. Шведова, Н. А. Шнайдер, Л. В. Щедрина

НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А. А. Пичиков, Ю. В. Попов

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства пищевого поведения (РПП) обычно впервые проявляются в подростковом возрасте. Однако, несмотря на большую частоту ограничительных форм пищевого поведения, нервная булимия (НБ) так же, как и очистительная форма нервной анорексии (НА), является достаточно частой причиной обращений к специалистам. Связано это, прежде всего, с озабоченностью родственников состоянием ребенка (возможно сына, но чаще дочери), которое достаточно резко меняется. Жизнерадостность и открытость исчезают. На их место приходит война с самим собой, со своим весом, со своим аппетитом, с едой. Градус переживаний накаляется в тот момент, когда ребенок вскакивает из-за стола и бежит в туалет, возле которого после дежурят родители, пытающиеся понять, что происходит с их чадом. «Случайно» обнаруженные матерью в ящике стола или сумочке таблетки слабительного усиливают недоверие, и возникает открытая конфронтация с обвинениями, подозрениями и обоюдоострым «ты меня не любишь». Отцу, как правило, необходимо просто пожать плечами и высказать предположение, что все само наладится.

Именно в этот момент на плечи врача возлагается огромная ответственность по нормализации ситуации. Он, как кризисный менеджер, должен убедить родителей в своей компетентности, завоевать доверие ребенка, который воспринимает его на первых порах как делегата родителей и, в целом, мира взрослых, ничего не понимающих в тонкостях его душевной организации.

Разговор по душам, который первым должен начать врач, вскоре рассеивает все сомнения, и становится ясно, что все само собой не наладится. Что переедания и рвоты у подростка играют важнейшую роль в регуляции его эмоционального состояния. Рвота — это не избавление от калорий. Скорее это средство избавления от чувства одиночества и разочарования. Рвота — это эйфория. Еще полчаса беседы, и оказывается, что переедание не связано с повышенным аппетитом. Передание это способ себя наказать, почувствовать себя слабым и ничтожным. Перед этими откровениями меркнут все классификации и схемы лечения. Такова природа ребенка, маленькими неуверенными шагами продвигающегося через свои страхи и опасения к самому себе, к осознанию ответственности за себя, свое здоровье. Если в этот момент вы будете тем человеком, который, обладая определенными знаниями и умениями, поможет ребенку найти верный путь к выздоровлению, то необходимость в эмоциональных костылях пропадет и молодой человек войдет во взрослую жизнь уверенной походкой, не оглядываясь на витрину кондитерской зачарованным взглядом.

Мотивация

Обследование пациента с предполагаемым диагнозом НБ состоит из тщательного физического осмотра, оценки клинических данных и сбора анамнеза. При этом специалисту не стоит забывать, что у подростка могут быть определенные трудности в идентификации собственных чувств или определении своего поведения как опасного для жизни. Также необходимо учитывать мотивацию подростка к изменению ситуации. Как правило, отношение пациента с НБ к имеющимся пищевым проблемам является амбивалентным. Есть желание избавиться от социально дезадаптирующих и физически изматывающих очистительных процедур, но вместе с тем может сохраняться тенденция к неадекватному стилю жизни, разделение питания на «полезное» и «вредное», потребность сбросить «лишний» вес. Возможно даже, что у пациента существуют убеждения, что его заболевание в какой-то степени позволяет ему адаптироваться с учетом имеющихся психологических проблем и соответствующих личностных особенностей.

На начальном этапе работы с подростком мы рекомендуем оценить все «за» и «против» имеющейся болезни. Такой подход, во-первых, позволяет сформировать доверительные отношения между подростком и врачом, в отличие от формализованного опроса, который, вполне возможно, будет более обоснованным со взрослым пациентом. Во-вторых, это позволяет специалисту уже на этом этапе начать работать с мотивацией на выздоровление.

Если мотивация пациента низкая или предполагаемые преимущества РПП перевешивают недостатки, то и медицинский работник, и пациент могут затратить много времени, прежде чем начнется непосредственно сам терапевтический процесс.

Преимущества варьируются и могут зависеть от длительности заболевания и выраженности симптомов. Подросток может иметь следующие «адаптивные» функции своего пищевого поведения: уклонение от необходимости принимать решения, желание получить помощь и контакт с членами семьи, попытка избежать сексуальных чувств и отношений, объединение семьи вокруг проблемы, желание иметь «друзей» — единомышленников в интернет-среде, попытка соответствия требованиям партнера, возможность быть лучшим хоть в чем-то, формирование безопасной среды за счет привычных стереотипных форм реагирования, желание наказать себя и т. д. В процессе работы с подростком специалисту необходимо попытаться идентифицировать эти мотивирующие на болезнь установки и способствовать тому, чтобы подросток осознал их.

Клиническое интервью

При первичном опросе желательно придерживаться структурированного интервью, позволяющего в короткие сроки собрать наиболее важную информацию об имеющемся РПП и факторах, которые могут его поддерживать. Ниже представлен примерный список из 17 вопросов, раскрывающих историю жизни подростка. А при помощи дополнительных вопросов соответственно темам

возможно уже исследовать убеждения, поведение, отношения к еде, весу и жизни в целом.

1. Вы хотите изменить свое пищевое поведение? Пробовали ли вы изменить его раньше? Как образом? Почему не получилось?
2. Чем вы занимаетесь? Связана ли ваша деятельность (учеба, работа, увлечения) с определенными требованиями к вашей внешности? Влияет ли ваша деятельность на ваш стиль питания?
3. Довольны ли вы своим весом? Какой вес для вас является желаемым в перспективе? Какой у вас был максимальный и минимальный вес?
4. Как вы думаете, изменение вашего пищевого поведения изменит ваш образ жизни, отношение к вам других людей или повлияет на вашу самооценку? Можете ли вы составить список причин «за» и «против» ваших пищевых проблем?
5. Поддерживали ли вы свой вес в течение последних 3 месяцев без особых усилий? В каком диапазоне были колебания?
6. Когда у вас была последняя менструация? Имелись ли нарушения менструального цикла в связи с колебаниями веса? Влияют ли фазы менструального цикла на ваше пищевое поведение?
7. Каким для вас является «нормальное питание»? Частота, количество, какие продукты вы исключаете или предпочитаете? Как вы думаете, что бы произошло с вашим весом, если бы вы питались «нормально»?
8. Вы использовали диету, чтобы похудеть или набрать вес? Удалось ли вам достичь желаемого результата?
9. Использовали ли вы другие способы, кроме диеты и физических упражнений, для того, чтобы контролировать вес?
10. Какова ваша повседневная физическая активность, измеряете ли вы ее при помощи технических средств (кардиотреккер, шагомер)? Занимаетесь ли вы каким-либо спортом? Профессионально или это ваше увлечение?
11. Принимаете ли в настоящее время какие-либо лекарства или биологически активные добавки в связи с имеющимися проблемами со здоровьем или в качестве профилактики? Делал ли эти назначения врач?
12. Как часто вы пьете кофе, алкоголь? Курите ли вы, как часто?
13. Расскажите о вашей семье.
14. Расскажите о вашем образе жизни.
15. Как вы относитесь к себе? К своей внешности, умениям? Какие черты вашей личности вы можете определить как положительные или отрицательные?
16. Были ли в вашей жизни травматичные ситуации, связанные с издевательствами, постоянной критикой, угрозами, страхом за свою жизнь, физическим или сексуальным насилием?
17. Кто-либо из вашей семьи лечился или лечится в настоящее время от каких-либо психологических или психиатрических проблем, в том числе пищевых нарушений?

Безусловно, клиническое интервью позволяет специалисту сформировать мнение о динамике заболевания и выраженности симптомов. Однако некоторым подросткам в большей степени выразить свои переживания, эмоции и отношение к проблеме может помочь использование рисунков или тематических писем.

Физический осмотр и клинические обследования

Несмотря на то, что при НБ имеются менее выраженные нарушения физиологических функций, чем при НА, минимальный перечень исследований является необходимым. Ниже перечислены основные показатели, которые необходимо оценить:

- рост и вес, ИМТ (в соответствии с центильными таблицами);
- АД, ЧСС;
- общий анализ крови;
- электролиты сыворотки: кальций, магний, калий, натрий, хлор;
- фосфаты крови;
- сывороточный ферритин;
- сывороточная амилаза (при подозрении на рвоты);
- глюкоза крови;
- АЛТ, АСТ, об. билирубин;
- гормоны щитовидной железы;
- ЭКГ.

Измерение врачом роста-весовых показателей не должно быть единственным методом оценки физикальных параметров. К внешним признакам, которые могут присутствовать у подростка с НБ, относятся:

- слишком свободная (мешковатая) или слишком обтягивающая одежда, которая соответственно должна либо маскировать недостатки, либо, напротив, подчеркивать достигнутые результаты;
- различные физикальные признаки, свидетельствующие о рвотном поведении: признак Рассела, гипертрофия околоушных желез, ангулярный хелоз и др.;
- самоповреждения в различных областях тела, связанные с желанием наказать себя или облегчить душевную боль.

Оценка способов похудения у подростков с НБ является одной из важных диагностических процедур, поскольку отсутствие знаний о возможных последствиях экстремальных методов «самосовершенствования», а также порой импульсивный характер их использования могут иметь плачевные последствия для молодых людей.

К потенциально опасным способам контроля веса относят:

- голодание;
- самоиндуцированную рвоту;
- рвоту с помощью эметиков (рвотных средств);
- злоупотребление слабительными, клизмами;

- злоупотребление гормонами щитовидной железы;
- злоупотребление диуретиками;
- чрезмерные упражнения;
- злоупотребление лекарственными средствами — стимуляторами;
- употребление наркотических средств — стимуляторов;
- злоупотребление инсулином (у больных диабетом);
- средства для похудения (различные БАДы);
- курение;
- алкоголь (drunkorexia).

Очистительное поведение

Признаки и последствия использования слабительных и диуретиков и средств для похудения. Нередко пациенты с РПП злоупотребляют такими лекарственными средствами, как слабительные, диуретики и средства для похудения, чтобы компенсировать переедание и/или способствовать потере веса. Распространенность злоупотреблений слабительными составляет до 60%, диуретиков примерно 31% в этой группе пациентов. В литературе появилось несколько сообщений о случаях применения орлистата, средства для снижения веса, у людей с РПП. Некоторые пациенты используют избыточное количество пищевых добавок или витаминов, нацеленных на снижение аппетита или компенсацию недостатка питательных веществ в связи с ограничениями или рвотами. В последние десятилетия произошел виртуальный взрыв доступности и использования растительных продуктов. Большинство потребителей считают, что травы, как правило, безопасны, доброкачественны и не имеют побочных эффектов. Однако в некоторых случаях неконтролируемое использование подобных средств, особенно у подростков, может приводить к значимым соматическим нарушениям. Использование нескольких методов очистки также связано с более высоким уровнем тяжести расстройства пищевого поведения.

Признаки и последствия рвотного поведения. Самоиндуцированная рвота как средство контроля веса является одной из главных особенностей НБ, а также при очистительном типе НА. Вызывание рвоты является наиболее распространенным способом чистки, который используют более чем 75% пациентов с НБ. У большинства пациентов возникает рвота сразу или вскоре после переедания. Во время переедания пациенты обычно пьют чрезмерное количество жидкости, чтобы размягчить пищу и облегчить отрыгивание. Рвота вызывается стимуляцией глотки с помощью пальца или узкого предмета, такого как зубная щетка. Некоторые пациенты описывают приобретенную способность к рвоте под давлением или сокращением мышц живота. У небольшого количества пациентов развивается рефлюкс после употребления практически любого количества пищи или жидкости.

Самоиндуцированная рвота может привести к ряду серьезных медицинских осложнений. Заболевания десен связаны с воздействием на слизистую соляной

кислоты и ферментов, содержащихся в желудочном соке, недостатком витамина D и кальция, а также гормональным дисбалансом. Желудочные кислоты могут вызывать разрушение зубной эмали (перимолиз), особенно с поражением окклюзионных поверхностей коренных зубов и задних поверхностей верхнечелюстных резцов. Поскольку эти эффекты необратимы, пациенты с этим осложнением должны регулярно проходить лечение у стоматолога. Частая рвота вызывает отек слюнных желез примерно у 8% пациентов с НБ. Сообщается также о петехиях в коже вокруг глаз после рвоты и субконъюнктивальных кровоизлияниях.

При осмотре рук пациентов с НБ можно наблюдать так называемые признаки Рассела. Английский психиатр Дж. Ф. Моррис Рассел в 1979 г. опубликовал первое описание нервной булимии, где указал на ссадины, небольшие рваные раны и мозоли на тыльной стороне кисти, в области пястно-фаланговых и межфаланговых суставов. У большинства пациентов рвота обычно вызывается указательным и/или средним пальцем, а мозоли являются следствием трения кожи о зубы во время индукции рвотного рефлекса. Этот тип рубцевания считается одним из физических показателей НБ. Знак Рассела является кожно-патогномоничным признаком для врача первичного звена подозревать наличие еще не диагностированного РПП.

Рвота, использование слабительных и диуретиков могут снизить уровень калия в крови, вызывая нарушения сердечного ритма. Внезапная смерть может возникнуть в результате аномального сердечного ритма у людей, которые неоднократно с целью чистки принимают большое количество такого рвотного средства, как ипекакуана. В редких случаях описываются ситуации, когда пациенты с НБ едят так много во время переедания, что желудок или пищевод разрываются, что приводит к осложнениям, угрожающим жизни.

Оценка рвоты как физиологического акта, определяющего негативные последствия для организма, имеет важное значение. Вместе с тем существует и психологический смысл такого поведения, которое является всего лишь одной из частей цикла переедания и очищения (рис. 1). Оценка элементов этого цикла даже на этапе первичного консультирования позволяет раскрыть предшествующие рвоте переживания, а также понять механизмы осознанности такого поведения.

Идентифицировав наличие рвоты и связанных с ним предшествующих и последующих эмоциональных состояний, необходимо перейти к анализу переедания, которое привело к очистительным процедурам. И тут для врача может оказаться все не так очевидно. Пациент, убеждающий специалиста в том, что он съел очень много (но на самом деле шоколадный батончик), не лукавит, поскольку здесь идет речь о субъективных категориях. Необходимо уточнить, что было съедено, в каком количестве и за какой период времени. На основе полученных данных, в том числе с помощью пищевого дневника, можно определить имеющееся поведение как переедание (субъективное или объективное) или как булимический эпизод (субъективный или объективный) (табл. 1).



Рис 1. Цикл переедания и очищения

Таблица 1

Оценка булимических эпизодов и перееданий

Показатели		Количество еды	
		«Большое»	«Небольшое», но субъективно оцениваемое как избыточное
Контроль	«Утрата контроля»	Объективный булимический эпизод	Субъективный булимический эпизод
	Нет «утраты контроля»	Объективное переедание	Субъективное переедание

Если субъективно оценить контроль еще можно, хотя бы за счет длительности времени, в течение которого человек потребляет пищу, то как оценить количество продуктов как «большое»? Существует критерий, согласно которому к «большому» можно отнести то количество пищи, которое большинство людей не смогут съесть за тот же промежуток времени при подобных обстоятельствах (примерно более 1000 ккал менее чем за 2 часа). Подобные цифры являются весьма незначительными по сравнению с примерно 50 000 ккал, которые могут потребить некоторые пациенты с НБ за день (безусловно, вызывая после булимических приступов рвоту). Это свидетельствует скорее об относительности подобных

критериев и необходимости оценивать каждую ситуацию индивидуально, учитывая контекст.

На основе проведенного клинического интервью и анализа поведения, связанного с коррекцией внешности, специалисту будет не трудно выставить диагноз НБ.

Клинический диагноз

Критерии диагностики НБ (МКБ-10)

1. Периодические эпизоды переедания (2 раза в неделю в течение 3 месяцев).
2. Постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище, а также чувство постоянного голода.
3. Нейтрализация употребленных калорий путем вызывания рвоты или злоупотребления слабительными средствами, голодания или приема различных лекарственных препаратов.
4. Ощущение чрезмерной полноты, сопровождающееся постоянным страхом потолстеть, часто приводящее к недостаточной массе тела.

Дифференциальная диагностика с другими РПП может быть проведена на основе анализа индивидуальных особенностей и выраженности основных симптомов, характерных для нарушений пищевого поведения. Ниже представлены основные поведенческие критерии различных РПП (табл. 2)

Таблица 2

Поведенческие критерии основных РПП

Критерии РПП	Категории РПП		
	НА	НБ	Компульсивное переедание
Ограничения в питании	+	+/-	+/-
Переедания	+/-	+	+
Рвотное поведение	+/-	+/-	-
Использование слабительных, диуретиков	+/-	+/-	-
Избыточная физическая нагрузка	+/-	+/-	-
Озабоченность весом, формой тела	+	+	+/-

Также необходимо учитывать, что нестабильный аппетит и колебания веса, а также булимическое поведение и рвоты могут быть вызваны различными соматическими заболеваниями, поэтому врач первичного звена, прежде чем предположить, что симптомы имеют психиатрическое происхождение и направить пациента к профильному специалисту, должен исключить другие причины этих симптомов. К ним относятся: желудочно-кишечные заболевания (болезнь Крона, синдром мальабсорбции, хронический панкреатит, целиакия), лимфома,

онкологические заболевания, хронические инфекции (ВИЧ, туберкулез), кистозный фиброз, сахарный диабет, синдромы Кушинга и Аддисона, неврологические заболевания (поражения или опухоли гипоталамуса).

Терапия

Лечение подростков с НБ может проходить в формате амбулаторного наблюдения, дневного стационара или круглосуточного стационара. Каждый из этих вариантов имеет свои преимущества и недостатки.

Амбулаторный вариант ведения подростков с НБ является предпочтительным. Это связано с тем, что лечение не мешает учебе, подростки не отрываются от своих семей и друзей, они могут оценивать изменения в своей повседневной жизни и чувствовать контроль над лечением. Вместе с тем определенная свобода создает эмоциональную перегруженность, а проблемы повседневных ситуаций могут быть достаточно сложными.

Дневной стационар может быть использован для терапии пациентов с частыми рецидивами или нуждающихся в большей поддержке и лечении, чем позволяет амбулаторный вариант. При нахождении в дневном стационаре пациент в большей степени контролирует свое пищевое поведение, но нахождение дома в вечернее и ночное время позволяет принять ответственность за свое пищевое поведение без оглядки на врачей и младший медперсонал. Также такая форма лечения обеспечивает большую групповую поддержку.

Стационарное лечение может быть применено для пациентов, которые:

- испытывают частые рецидивы;
- имеют соматические заболевания, которые необходимо лечить стационарно;
- используют опасные методы контроля веса;
- имеют высокий суицидальный риск;
- имеют сопутствующие психические расстройства;
- проживают в районах, где лечение недоступно;
- сами испытывают желание получать помощь стационарно;
- имеют конфликтное семейное окружение, провоцирующее пищевые проблемы;
- не достигли результата от амбулаторного лечения или дневного стационара.

Выгодами дневного стационара является то, что состояние пациента лучше контролируется и лечится сообразно ситуации, структурированная среда поддерживает здоровое пищевое поведение, имеется временная передышка от стрессогенной психосоциальной среды.

Нутритивная поддержка

При НБ соматические нарушения не являются столь выраженными, как при ограничительной и очистительной формах НА. Прежде всего они связаны с рвотным поведением, злоупотреблением слабительными и диуретиками и неадекватной физической нагрузкой. Причем в отличие от взрослых, подростки действуют порой слишком импульсивно или категорично, выбирая экстремально высокие

дозы препаратов в количестве нескольких десятков таблеток или даже нескольких упаковок. В связи с этим может возникать выраженный дефицит минералов, приводящий к нарушению в работе сердечно-сосудистой, нервной и выделительной систем. Периодические голодания, которые могут устраивать себе пациенты с НБ, а также выборочность питания, переходящая порой в вегетарианство или веганство, могут способствовать субклиническому дефициту некоторых витаминов и минералов. Ниже представлены данные, включающие в себя рекомендации по нутритивной поддержке подростков с булимическим поведением (табл. 3)

Таблица 3

Рекомендации по нутритивной поддержке у подростков

Нутриенты	Особенности при НБ	Референсные значения (14–18 лет)
Витамины		
Фолиевая кислота	Субклинический дефицит	600 мкг/сут.
Пиридоксин (В6)	Субклинический дефицит	1,9 мг/сут.
Кобаламин (В12)	Субклинический дефицит	2,6 мкг/сут.
Минералы		
Железо	Низкое потребление	27 мг/сут.
Цинк	Низкое потребление	12 мг/сут.
Калий	Гипокалиемия из-за очист. поведения	4,7 г/сут.
Натрий	Гипонатриемия из-за очист. поведения	1,5 г/сут.
Хлориды	Гипохлоремия из-за очист. поведения	2,3 г/сут.

У некоторых девушек с НБ нарушен менструальный цикл. Месячные либо прекращаются, либо случаются редко. Обследование и лечение нарушений менструального цикла редко требуется, потому что он обычно нормализуется после редукации переяданий, голоданий, рвот, чрезмерной физической нагрузки и злоупотребления слабительными средствами. Некоторыми авторами указывается на необходимость стабилизировать месячный цикл в период реабилитационной программы нутритивными добавками и витаминными комплексами.

Психотерапия

Техники психологической помощи для подростков с НБ являются разнообразными и могут использоваться на различных этапах терапии с учетом возраста, когнитивных способностей и первоочередных задач фазы реабилитационного процесса.

Вне зависимости от используемых методов лечения, общими этапами терапии нервной булимии являются:

- регулярное выполнение письменных записей;
- разработка плана приема пищи;
- выявление обстоятельств, ведущих к перееданию, и поиск стратегий их предотвращения;
- решение проблем;
- прекращение диет;
- определение дисфункциональных убеждений, связанных с проблемой приема пищи, и поиск способов, как их изменить.

Когнитивно-поведенческая терапия

На сегодняшний день наиболее успешным психологическим методом лечения НБ у подростков является модель когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в сочетании с поддерживающей психотерапией. Модель постоянно модифицируется по мере появления новых психологических методов. Перед началом терапии анализируется анамнез и еще раз проверяется физическое состояние, для того чтобы иметь возможность обсуждать возникающие трудности в процессе выздоровления. Во время первичного интервью терапевт подчеркивает важность ведения дневника настроения и дневника питания в первые недели лечения. Необходимо объяснить, что данные дневники являются рабочим инструментом и необходимой частью лечения (табл. 4). Терапевт обсуждает дневник настроения с пациентом и помогает ему отделить свое настроение и то, как он чувствует себя, вне зависимости от приема пищи. Другими словами, психотерапевт помогает подростку обнаружить, что его настроение и чувства не зависят от того, будет ли он есть, что он ел, сидел ли он на диете или он чувствует себя «толстым» и непривлекательным.

Таблица 4

Пример пищевого дневника

Дата/день недели					
Время и место	Чувства и мысли до	Тип питания	Очист. поведение	Физ. упр-я	Чувства и мысли после

Врач должен обсудить с пациентом принципы ведения дневника питания и рекомендовать перестать взвешиваться чаще, чем раз в неделю, считать калории, читать этикетки на продуктах, готовить еду для других и заниматься поведением, которое заставляет его думать о еде и весе (например, рассматривать ролики о приготовлении еды, участвовать в форумах худеющих и т. д.).

Когда подросток заполняет свои ежедневные дневники и обсуждает их со своим терапевтом, он получает представление о своем поведении и понимает, что некоторые из его убеждений и страхов перестают действовать. Это позволяет бросить вызов своим неправильным пищевым установкам и изменить свое пове-

дение. В итоге подросток может структурировать свой повседневный опыт, противопоставив новый стиль жизни прошлому пищевому хаосу.

Этапы когнитивно-поведенческой терапии НБ

Предварительный

Терапевт:

1. Изучает полную историю РПП, проверяет физическое, репродуктивное и психологическое здоровье подростка, историю его семьи и исследует его отношение к проблеме питания.
2. Устанавливает доверительные отношения с подростком и знакомит его с диетологом.

Этап I: недели 1–6 (встреча один или два раза в неделю)

Терапевт:

1. Убеждает подростка подробно записать все, что он ест, в какое время и сколько, какие мысли и чувства он испытывает во время приема пищи. Записанная информация обсуждается на еженедельных встречах.
2. Предлагает альтернативные варианты поведения, чтобы помочь подростку сопротивляться перееданию.

Терапевт просит пациента встретиться с диетологом, который:

1. Убеждает подростка регулярно есть пищу и не переедать;
2. Обучает его правильному выбору пищи и пищевому поведению.

Стадия II: недели 6–12

Терапевт:

1. Помогает пациенту выяснить, почему он начал переедать.
2. Помогает пациенту изменить свое мнение о проблемах с пищевым поведением, своей форме тела и весе.
3. Помогает развить навыки, чтобы справиться с трудностями, которые вызывают переедания.
4. Обсуждает с пациентом роль (если таковая имеется) его семьи, партнера и социального положения в его пищевом поведении.

Диетолог:

1. Помогает подростку постепенно ввести в свой рацион продукты, которых он ранее избегал (которые пациент воспринимал как «плохие»).
2. Содействует постепенному устранению всех форм строгой диеты.

Стадия III: недели 12–24

На этом этапе большинство пациентов полностью не выздоравливают. Терапевт заверяет пациента в том, что прогресс будет продолжаться, и в том, что даже после завершения программы помощь будет легко доступна, если его симптомы вернуться или ухудшатся, или если у него возникнут какие-либо дальнейшие проблемы.

Другие психотерапевтические методы также могут быть введены в модель КПТ. Эклектичный подход заключается в оценке особенностей каждого подростка в отдельности и оценке возможной полезности различных методов лечения для него. Любая их комбинация может применяться одновременно или на разных этапах лечения. В клинической практике используется комбинация подходов, особенно если лечение проводится командой людей, обученных различным методам терапии:

1. Поддерживающая психотерапия

- терапевт дает советы и рекомендации, а также побуждает пациента взять на себя ответственность за изменения;
- терапевт поощряет выражение чувств;
- терапевт помогает пациенту понять, что происходит;
- терапевт изучает индивидуальные проблемы и потребности пациента.

Поддерживающая психотерапия обеспечивает вмешательство при возникновении кризисов и предназначена для обучения стратегиям преодоления различных, в основном стрессовых, ситуаций без повторения стереотипного реагирования. Этот вид терапии является основным во время и после других вмешательств. Чаще всего используется в качестве индивидуальной терапии.

2. Семейная психотерапия

- помогает терапевту и семье понять семейную динамику и причины РПП;
- помогает членам семьи развить понимание особенностей поведения человека с РПП;
- помогает членам семьи научиться оказывать поддержку подростку в процессе выздоровления.

Семейная терапия является наиболее обоснованной и эффективной для лечения РПП у подростков в возрасте 16 лет и моложе.

3. Межличностная психотерапия

- терапевтические занятия сосредоточены на одной из четырех межличностных проблем (горе, ролевые конфликты, межличностные конфликты, социальный дефицит);
- концентрируется на депрессии, которая возникает в результате проблемы в одной или нескольких из упомянутых выше областей межличностных конфликтов.

Межличностная терапия является одним из немногих эмпирически подтвержденных видов психотерапии, которая помогает осознать проблему и способствует действиям в решении проблем. Используется в краткосрочной индивидуальной терапии (12–15 сеансов).

4. Диалектическая поведенческая терапия

- устанавливает границы поведения;

- обеспечивает баланс между принятием и изменением посредством регулярного контроля поведения, эмоций и мыслей;
- способствует практике осознанности и улучшает навыки управления эмоциями;
- способствует улучшению межличностных отношений и толерантности к дистрессу.

Диалектическая поведенческая терапия используется в индивидуальной и групповой терапии, в большей степени эффективна при расстройствах личности.

5. Основанная на осознанности когнитивная терапия

- фокусируется на обучении стратегиям осознанного проживания настоящего момента/ситуации, когда человек чувствует неприятные эмоции;
- обучает тому, как быть внимательным к мыслям, паттернам мышления и поведению и использовать это осознание для проживания определенной ситуации или эмоции;
- помогает обучению расслаблению и осознанному питанию.

Данный вид терапии используется в индивидуальной и групповой терапии.

6. Терапия принятия и ответственности

Предполагается, что многие психологические проблемы и чувства являются результатом страха и повышенной тревожности:

- помогает пациенту принять свои эмоциональные реакции и прочувствовать их, а не пытаться избежать проблем или изменить их, включая старые и новые переживания и травмы;
- способствует признанию и разъяснению личных ценностей и принятию целеполагания по ним с формированием осмысленности жизни.

7. Схема-терапия

Предполагается, что неадекватные стили совладания (схемы) связаны с детским опытом:

- помогает пациенту понять свои чувства и научиться новым способам совладания с трудностями;
- помогает находить конструктивные способы удовлетворения своих эмоциональных потребностей;
- помогает пациенту приспособиться к новым изменениям и принять ранний опыт.

Осуществление всех терапевтических процедур при реабилитации пациента с НБ должны в итоге ему помочь:

- приобрести новое отношение к еде, питанию, форме тела и весу;
- уменьшить свою озабоченность едой;
- структурировать рацион питания в течение дня (трехразовое питание с 2–3 перекусами в идеале);

- избегать неадекватных методов похудения, таких как самоиндуцированные рвоты, злоупотребление слабительными и диуретиками, компульсивные упражнения;
- идентифицировать причины изменений в настроении и научиться справляться с негативными переживаниями, не переедая;
- идентифицировать факторы, усиливающие аппетит (алкоголь, просмотр телевизора и т. д.);
- улучшить самооценку;
- почувствовать, что его понимают, поддерживают и окажут помощь при возникновении проблем.

В процессе психотерапевтической работы с подростком необходимо закрепить осознание того факта, что очистительные процедуры не являются эффективным методом коррекции фигуры в связи с тем, что:

- рвота — не только опасный, но и неэффективный метод похудения;
- рвота дает право на переедание, значит, она и приводит к перееданию;
- рвота не удаляет все калории из организма (только 40–60% энергии съеденной пищи);
- слабительные средства вызывают опорожнение толстой кишки, хотя энергия уже была использована в тонком кишечнике;
- диуретики способствуют усилению отеков, вследствие нарушений в работе почек, и требуется дальнейшее повышение дозы для усиления эффекта.

В течение всего периода реабилитации необходимо контролировать и направлять подростка для изменения стереотипов повышенной двигательной активности. В самом начале работы с подростком необходимо обсудить следующие аспекты:

- физическая активность должна быть ограничена и контролироваться при выраженном дефиците массы тела (рекреационные нагрузки);
- физическая активность должна соответствовать балансу потребления/расходования энергии пациентом (плотность костной ткани, сохранность сердечного функционирования);
- акцент физических нагрузок должен быть на физической подготовленности, а не на расходовании калорий (разрыв шаблона «прием пищи–активность», тренажеры без показателей);
- акцент на физической подготовленности должен согласовываться с восстановлением позитивного отношения пациента к своей массе тела.

В конечном итоге необходимо добиться восстановления у пациента ощущения самоконтроля и возможности получать удовольствие от физической активности в противовес мазохистическому самокритичному следованию ей.

Фармакотерапия

Использование медикаментозной терапии у подростков, страдающих НБ, имеет достаточно ограниченное значение. Связано это, прежде всего, с неболь-

шим количеством РКИ по использованию психотропной терапии в целом у данной возрастной когорты и практически полным отсутствием исследований использования фармакотерапии при НБ у подростков. По имеющимся данным, опубликованным в обзорной статье за 2019 год, существует всего несколько зарубежных исследований, которые можно отнести к категории описания клинических случаев. Эти данные представлены ниже.

Антидепрессанты

СИОЗС показали наибольшую перспективность в использовании у детей и подростков с НБ, хотя доказательства являются достаточно скудными. В одном открытом исследовании флуоксетина при НБ у 10 подростков в возрасте от 12 до 18 лет сообщалось о 8-недельной титрационной дозе флуоксетина (максимум 60 мг в день) наряду с поддерживающей психотерапией. Частота эпизодов передания значительно уменьшилась в среднем с 4,1 до 0 эпизодов в неделю, а еженедельные чистки снизились с 6,4 до 0,4 эпизода. Состояние 39% пациентов было определено как улучшение или значительное улучшение. Никаких существенных побочных эффектов отмечено не было. Сохраняли ли пациенты эти преимущества в течение длительного времени, неизвестно.

Другие психотропные препараты

В одном случае описывалось применение вальпроевой кислоты по 200 мг два раза в день после появления мании, которая, как считается, была связана с применением флуоксетина у девочки-подростка с НБ. В этом отчете настроение стабилизировалось, передания и очищения исчезли после прекращения приема флуоксетина и начала применения вальпроатов. Наконец, в одной статье описано использование стимуляторов для лечения НБ с сопутствующим диагнозом СДВГ. В 2 случаях у подростков с сопутствующим СДВГ, получавших декстроамфетамин от 5 до 10 мг 3 раза в день, отмечалась значительная редукция патологических симптомов, включая улучшение концентрации и отсутствие эпизодов передания или очищений.

Несмотря на скудные клинические данные, полученные у подростков, существует значительное количество РКИ, показавших эффективность использования ряда психотропных препаратов у взрослых при лечении НБ. К основным желаемым клиническим эффектам от лекарственной терапии в данном случае относятся: уменьшение частоты переданий, редукция очистительных процедур и влияние на сопутствующие симптомы (депрессивные, тревожные, обсессивно-компульсивные). К долгосрочным целям терапии можно отнести: нормализацию пищевого рациона, поддержание реалистичного желаемого веса, изменение отношения к форме тела, страхам и убеждениям, связанным с едой и питанием.

Ниже представлены данные по препаратам (используемым в РФ), показавшим максимальную эффективность при НБ, по данным РКИ с использованием плацебо у взрослых (табл. 5).

Эффективность фармакотерапии при НБ по данным РКИ с использованием плацебо у взрослых

Действующее вещество	Максимальная доза в исследованиях (мг/сут)	Эффекты	
		Переедания	Очист. процедуры
Амитриптилин	150	+++	+++
Имипрамин	300	+++	+++
Флуоксетин	60	+++	+++
Флувоксамин	300	++	++
Тразодон	400	+++	+++
Топирамат	400	+++	+++
Налтрексон	200	++	++
Ондансетрон	24	+++	+++

Использование этих препаратов у подростков с точки зрения ряда специалистов может быть обосновано в ситуации, когда предполагаемая польза превышает возможный риск. При этом обязательным в данном случае является подбор терапии в стационарных условиях с постоянным мониторингом физического состояния подростка, суицидального риска или нарушений в аффективной сфере (прежде всего при использовании СИОЗС). Однако, с нашей точки зрения, подобная тактика имеет смысл только при неэффективности психотерапевтических интервенций.

Рекомендуется придерживаться следующего алгоритма терапии НБ у подростков (см. Приложение), который позволяет учитывать тяжесть заболевания, ответ на терапию, возможность амбулаторного и необходимость стационарного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как только завершается курс терапии, подросток опробует новые способы совладания со своими негативными переживаниями. Чем взрослее он становится, тем с большим количеством трудностей и новых препятствий он столкнется. И на этом пути могут быть срывы и возврат к привычным стереотипным формам реакций. Как показывает наша практика, доверительные отношения со специалистом и уверенность, что к нему можно обратиться в сложной ситуации, поддержка семьи и благожелательный социальный контекст являются одними из важнейших факторов, чтобы этого не произошло.

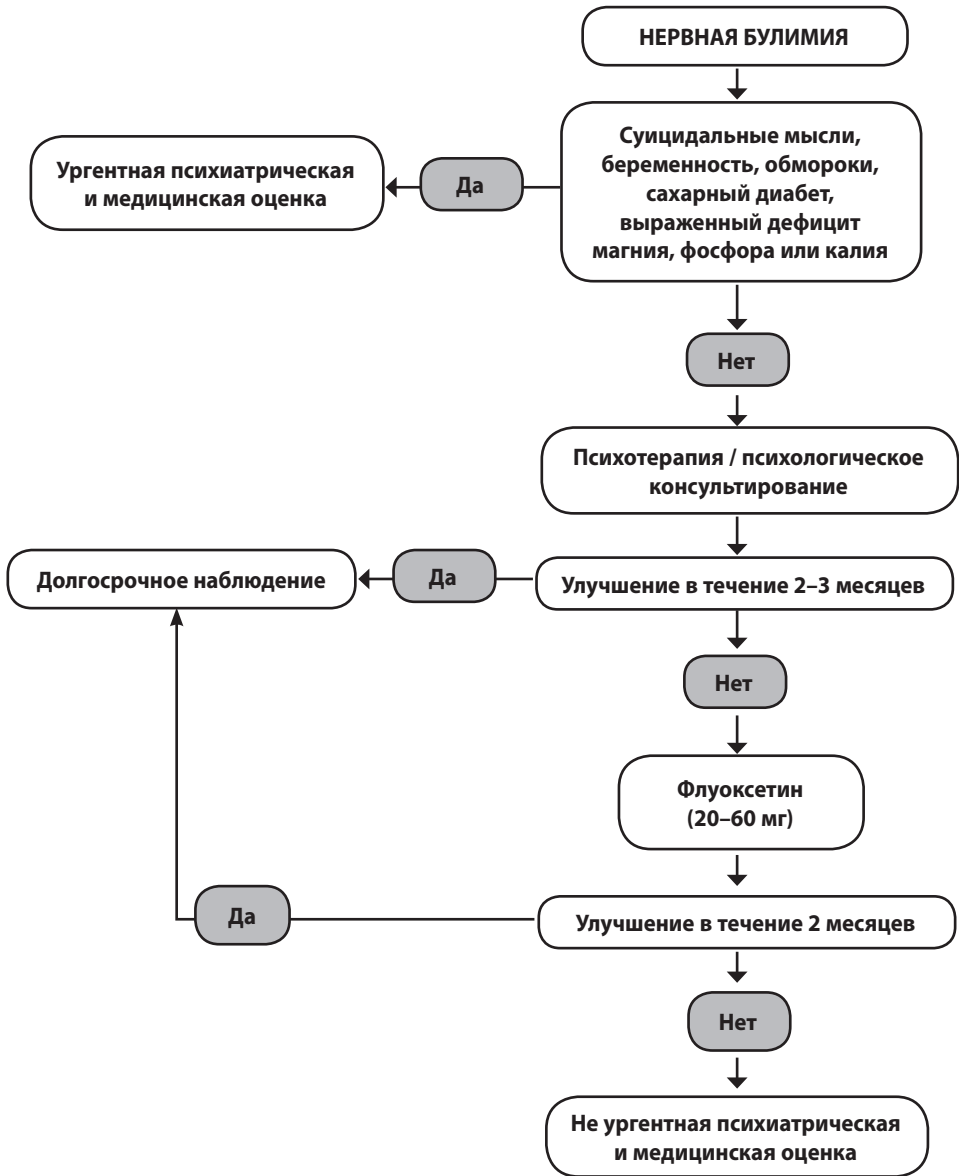
Дефицит обученных кадров и сложности в организации помощи подросткам в рамках коррекции нарушений пищевого поведения в настоящее время являют-

ся всего лишь еще одной причиной совершенствовать наши знания и умения. Формат оказания телемедицинских консультаций, развивающийся в нашей практике, позволяет обмениваться опытом со специалистами из других регионов, что очень важно для получения адресной помощи пациентам с тяжелыми РПП на местах проживания. Мы очень надеемся, что развитие интерактивных площадок и новых образовательных систем позволит в значительной степени улучшить оказание помощи подросткам с нарушениями пищевого поведения в нашей стране.

Список обозначений и сокращений

- АД — артериальное давление
- АЛТ — аланинаминотрансфераза
- АСТ — аспаргатаминотрансфераза
- ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
- ИМТ — индекс массы тела
- ККАЛ — килокалории
- КП — компульсивное переедание
- КПТ — когнитивно-поведенческая терапия
- НБ — нервная булимия
- НА — нервная анорексия
- РКИ — рандомизированные клинические исследования
- РПП — расстройства пищевого поведения
- СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- ЧСС — частота сердечных сокращений
- ЭКГ — электрокардиография

ПРИЛОЖЕНИЕ



Алгоритм лечения нервной булимии у подростков