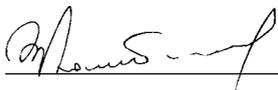


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

21 июня 2005 г.

Регистрационный № 27-0205

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА
ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО
ПОВЕДЕНИЯ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: Белорусский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая психиатрическая больница

Автор: О.А. Скугаревский

ВВЕДЕНИЕ

Концептуальные положения

Нарушения пищевого поведения (расстройства приема пищи по МКБ-10) являются динамическими расстройствами. Их клинические проявления представляют собой континуум от ограничительных форм — нервная анорексия (НА) (типичная и атипичная формы) до нарушений, характеризующихся чувством утраты контроля у пациента в отношении количества и качества потребляемой пищи (нервная булимия (НБ); переедание, сочетающееся с другими психологическими причинами). Расстройства приема пищи, по сути представляя собой поведенческие нарушения, сопряженные с выраженным психологическим дистрессом, нередко приводят к выраженным соматическим осложнениям, связаны с высоким суицидальным риском. Симптоматика расстройств приема пищи зачастую ассоциирована с аффективной, тревожной симптоматикой, обсессивно-компульсивными проявлениями, а также различными формами зависимого поведения (в том числе с зависимостью от психоактивных веществ).

Первые проявления НА отмечаются, вероятнее всего, в дошкольном возрасте и начальной школе, а не в подростковом и раннем зрелом возрасте, когда клинические проявления формально диагностируются. НБ имеет большую распространенность и манифестирует несколько позже, чем НА. Синдромальная структура нарушений пищевого поведения имеет как характерные для отдельных клинических форм особенности (например, осознанное поддержание массы тела на неадекватно низком уровне при НА), так и известную общность проявлений (например, экстремальные методы контроля массы тела — самовызывание рвоты, использование слабительных и мочегонных препаратов, клизм и др. — при НА и НБ).

Госпитализация, оценка состояния и клиническая стабилизация

Следует отметить, что лечение больных с нарушениями пищевого поведения можно проводить амбулаторно лишь при наличии системы развитой специализированной ступенчатой помощи таким пациентам (амбулаторной, центров дневного пребывания, стацио-

нарной службы) и возможности обеспечить преемственность услуг. В целом необходимо основываться на том, что пациенты, имеющие массу тела менее чем 85% от индивидуальной массы, адекватной здоровому образу жизни, как правило, имеют существенные трудности в восстановлении массы тела при отсутствии высокоструктурированных программ помощи. При потере же массы тела около 75% от индивидуальной массы, адекватной здоровому образу жизни, целесообразно круглосуточное стационарирование. Госпитализация и терапевтические вмешательства по экстренным показаниям связаны со значительно большим риском, они могут быть менее эффективными, а прогноз — более затруднительным по сравнению со своевременной медицинской помощью. Решение о необходимости стационарирования должно приниматься в каждом конкретном случае на основании учета психопатологической и поведенческой симптоматики, а также соматического состояния пациентов. Больные должны быть госпитализированы в психиатрический стационар до появления признаков соматической нестабильности.

Основными *показаниями для госпитализации* являются: тяжелая или быстрая целенаправленная потеря веса, обычно вес менее 85% нормального или выраженные соматические, психологические или социальные нарушения; недостаточная эффективность амбулаторного лечения, проявляющаяся отсутствием нормализации веса или ликвидации симптомов переедания/очистительного поведения; значимая психиатрическая коморбидность, включая тяжелый депрессивный эпизод, выраженное обсессивно-компульсивное расстройство, расстройство личности с импульсивным поведением, использование психоактивных веществ или зависимость от них, и/или имеющийся план самоповреждений, или такого рода поведение; выраженные медицинские осложнения, в том числе гипокалиемия, кардиологические проблемы, коморбидный сахарный диабет и т. д.; недостаток внестационарной помощи и поддержки (например, проблемное внутрисемейное окружение или психосоциальная среда); диагностика и лечение потери веса/низкого веса или эпизоды переедания-очистки в случаях атипичных клинических проявлений, когда диагноз неопределен, но существуют значимые проблемы в пищевом поведении или весе.

Показаниями для *неотложной госпитализации* являются: существенная ортостатическая гипотензия с увеличением частоты пульса более чем на 20 ударов или падением кровяного давления более чем на 20 мм рт. ст. за 1 минуту после принятия вертикального положения, брадикардия до 40 ударов в минуту, тахикардия более 110 ударов в минуту, неспособность поддерживать температуру тела.

Лечение в полустационарных условиях (дневной стационар психоневрологического диспансера) может проводиться при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от психоактивных веществ.

Лечение в амбулаторных условиях является исключением и может осуществляться лишь при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой продолжительности симптоматики нарушений пищевого поведения, сильной мотивации у пациента и членов семьи на участие в лечении и следование врачебным рекомендациям, снижении массы тела не менее чем на 20% от здоровой массы тела при возможности осуществления тщательного мониторинга. Мониторинг должен включать как минимум еженедельную (зачастую 2–3 раза в неделю) оценку массы тела, измерение плотности мочи одновременно с оценкой основных показателей состояния организма (пульс, артериальное давление) при ортостатических пробах, а также измерение температуры. В случае отсутствия прогресса в лечении на протяжении нескольких недель условия лечения должны быть изменены на более жесткие.

Определяющими физическими параметрами, характеризующими вид и объем необходимой помощи являются вес пациента, состояние сердечно-сосудистой системы и метаболических процессов и, несомненно, выраженность специфических для расстройств приема пищи поведенческих нарушений.

Большинство пациентов, страдающих НБ, без сопутствующих соматических осложнений получают соответствующее лечение в полустационарных и амбулаторных условиях. Показанием для стационарирования может быть наличие выраженных дезадаптив-

ных симптомов, которые не поддаются коррекции в амбулаторных условиях (например, частые и тяжелы эпизоды переедания и очистительного поведения), тяжелое соматическое состояние, обусловленное расстройством (например, метаболические нарушения, гематемезис, нарушения сердечного ритма, неконтролируемая рвота), высокий риск суицидального поведения, психические расстройства, требующие госпитализации независимо от наличия нарушений пищевого поведения, тяжелая сопутствующая зависимость от психоактивных веществ.

Многие из выявляемых соматических последствий нарушений пищевого поведения взаимодействуют и потенцируют друг друга. Например, очень быстрая потеря 10 кг массы тела в отношении медицинского риска является более серьезной, чем медленная потеря 20 кг. Гипокалиемия при нерегулярном сердечном ритме, но без брадикардии может быть менее опасна, чем постепенно достигнутое урежение ЧСС до 40 ударов в минуту при регулярном сердечном ритме.

Так как по отношению к лечению многим пациентам (а часто и их семьям) присуща амбивалентность, госпитализация по поводу нарушений пищевого поведения имеет свои особенности. Больные могут испытывать страх по поводу того, что госпитализация приведет их к появлению избыточного веса, а также они могут полагать, что у них будет достаточно времени, чтобы освоиться и отдохнуть, вместо того чтобы участвовать в целенаправленной и структурированной работе.

Накануне стационарирования целесообразно организовать встречу родственников и самого пациента с врачом и персоналом. За время этой беседы больной и его родственники получают ответы на интересующие их вопросы в отношении имеющегося расстройства и будут информированы о предстоящем лечении. Это способствует повышению уверенности в правильности выбора в пользу стационарирования у пациентов и членов их семей. После госпитализации больных и их родственников знакомят с распорядком лечения, что позволяет скоординировать участие семьи в процессе лечения и опрелелить стереотип взаимодействия с семьей (см. в Приложении

примерный распорядок дня стационарных пациентов с нарушениями пищевого поведения).

С момента госпитализации процесс лечения определяется отчетливыми, специфическими и достижимыми целями. Среди последних восстановление веса является лишь одной целью, которую нельзя рассматривать как «способ выписаться из больницы». Напротив, принципиально ожидаемыми целями лечения являются полная реорганизация системы семейных отношений, разрешение всех динамических конфликтов, личностная реорганизация. В качестве иллюстрации значимых и практически достижимых целей стационарного лечения НА можно привести следующие:

- восстановление здорового веса тела (стабильного и адекватного, обеспечивающего нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей и подростков), а также здоровой телесной структуры;

- формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию;

- развитие ощущения социального комфорта, личностной уверенности, информирования по вопросам сбалансированного питания с формированием практических навыков потребления пищи в различных ситуациях;

- лечение коморбидных психических расстройств;

- формирование стиля умеренных и адекватных физических нагрузок;

- проработка искаженных когниций в отношении веса тела, образа тела, страха полноты, погони за худобой и т. д.;

- лечение значимых соматических осложнений;

- улучшение семейного/межперсонального взаимодействия;

- развитие соответствующей возрасту идентичности;

- формирование плана для амбулаторного лечения;

- выработка плана по профилактике обострений и выработка критериев повторной госпитализации.

Восстановление веса тела (витальная, если не исключительная цель лечения) подразумевает восстановление полностью здоровой

массы тела с восстановлением тканей тела и органов, но не массы тела за счет избыточной жидкости, что может наблюдаться, например, при чрезмерно интенсивном вскармливании. Восстановление здоровой массы тела лучше рассматривать как промежуточный этап, а не окончание процесса лечения. Концептуальным моментом лечения следует считать фундаментальные и стабильные изменения в системе представлений о весе и форме тела в плане снижения степени переоценки стройности как центральной идеи существования (например, опосредующей регулирование настроения, идентичность или семейную стабильность), что можно достичь другими, более здоровыми и соответствующими развитию путями.

Одной из рутинных трудностей для врача-психиатра при работе с пациентами, страдающими НА, является чувство собственной защищенности, когда обсуждается вопрос о целесообразности госпитализации. Зачастую у больных НА формально не усматриваются признаки, свидетельствующие о большом суицидальном риске или выраженных соматических нарушениях. Но в то же время следует помнить, что такие пациенты зачастую умирают при нормальных показателях лабораторных тестов. Основную причину госпитализации следует усматривать не в суицидальном риске или соматическом неблагополучии, а в необходимости остановить и повернуть вспять течение потенциально смертельного, тяжелого и прогрессирующего заболевания посредством структурированной стационарной программы, интегрирующей пищевую реабилитацию, психотерапию, поведенческое обучение, что недоступно в амбулаторных условиях. Есть основания полагать, что пациент с НА нуждается в получении сочетанной соматической и психиатрической помощи по поводу соматических и психических симптомов на начальном периоде истощенного состояния до тех пор, пока не будет достигнуто по крайней мере 90% здорового веса.

В процессе комплексного лечения пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения, следует признать необходимой динамическую оценку соматического риска и степени тяжести расстройства в соответствии с приведенными ниже критериями (см. табл.).

**Критерии оценки соматического риска
при нарушениях пищевого поведения**

Система	Исследование	Тяжелое состояние	Угрожающее состояние
Статус питания	Индекс массы тела	<14	<12
	Потеря веса за неделю	>0,5 кг	>1,0 кг
	Геморрагическая сыпь		+
Циркуляция	Систолическое АД	<90	<80
	Диастолическое АД	<70	<60
	Ортостатическая реакция (сидя-стоя)	>10	>20
	ЧСС	<50	<40
Скелетно-мышечная система	Невозможность встать с корточек без балансирования руками	+	
	Невозможность встать с корточек без использования рук в качестве рычага		+
Температура		<35	<34,5
Костный мозг	Лейкоциты ($\times 10^9/\text{л}$)	<4,0	<2,0
	Нейтрофилы ($\times 10^9/\text{л}$)	<1,5	<1,0
	Гемоглобин (г/л)	<110	<90
	Быстрое падение гемоглобина		+
	Тромбоциты ($\times 10^9/\text{л}$)	<130	<110
Водно-электролитный баланс	K^+ (ммоль/л)	<3,5	<3,0
	Na^+ (ммоль/л)	<135	<130
	Mg^{2+} (ммоль/л)	0,5–0,7	<0,5
	PO_4^{2-}	0,5–0,8	<0,5
	Мочевина (ммоль/л)	>7	>10
Питание	Альбумин (г/л)	<35	<32
	Креатинкиназа (МЕ/л)	>170	>250
	Глюкоза (моль/л)	<3,5	<2,5
ЭКГ	ЧСС	<50	<40
	Интервал Q-T		>500 ms
	Аритмия		+

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЖИМА ПИТАНИЯ

Установление целевых границ массы тела

Целями по восстановлению паттерна потребления пищи для пациентов с выраженной потерей массы тела следует считать:

- восстановление массы тела;
- нормализация паттерна питания;
- достижение адекватного восприятия чувства голода и насыщения;
- коррекция биологических и психологических последствий истощения.

Существует несколько подходов к установлению границы желаемой массы тела. Один из них заключается в установлении ожидаемого веса с учетом имеющегося роста на основании центильных таблиц (с коррекцией на соответствующий возраст). При этом необходимо учитывать, что если у пациента до начала НА имелась избыточная масса тела, то целевой порог веса в среднем на 4,5 кг больше. Индивидуализация целевого веса должна дополнительно учитывать нормализацию уровня T_3 , лютеинизирующего гормона, соотношения эстроген/тестостерон, нормализацию температуры тела.

Другой подход состоит в установлении целевого порога веса с опорой на массу тела, необходимую для восстановлении менструальной функции. Используя этот подход у пациенток в возрасте до 18 лет, имеющих вторичную аменорею по отношению к НА, необходимо иметь в виду, что необходимый вес для восстановления менструальной функции должен быть в среднем на 4,5 кг выше того, который необходим для начала циклического функционирования репродуктивной системы в случае нормального развития. Для пациенток в возрасте до 14 лет вес должен оцениваться на основании диаграмм детского развития.

В то же время использование указанных подходов не дает исчерпывающего ответа на вопрос о целевой границе веса. Целесообразно принимать в расчет массу тела, при которой отмечалось удовлетворительное функционирование больного до начала нарушений пищевого поведения (если имелся период относительно стабильных показателей веса и роста). В среднем пациент, страдающий НА, начинает худеть в весе, превышающем «идеальный» на

5–10%. Поэтому целесообразно устанавливать целевой порог веса для таких больных, на 5–15% превышающий «идеальный» вес, поскольку многие из таких пациентов могут реально восстановить свое биологическое функционирование только при превышении порога «идеального» веса. К сожалению, на практике мало пациентов принимают такого рода рациональное объяснение.

Учитывая предпочтительность краткосрочной терапии, умеренный набор веса (до 90% от нормы) может быть принят в качестве цели при условии последующего тесного контакта с врачами на амбулаторном этапе (дневной стационар или программа частичного стационарирования). Целесообразно определить диапазон веса пациента (а не фиксированную его величину) с тем учетом, чтобы пациент мог комфортно функционировать в этом диапазоне (около 2 кг). Установлено, что чем ближе пациент на момент выписки из стационара к идеальной массе тела, тем меньше риск обострения состояния.

Целевой порог веса не должен быть установлен в момент поступления больного в стационар. Возможно, пациента не следует посвящать в целевую планку веса до тех пор, пока он не достигнет ее середины. Это может помочь избежать гнева пациента или претензий в отношении того, что врач не оправдал данных обещаний в отношении ожидаемого веса.

Базовые положения по восстановлению массы тела

Базовым требованием этой фазы лечения является то, что пища предписывается больному в качестве лечебного средства и употребляется в нормальной форме.

С момента стационарирования пациентов должно быть обеспечено круглосуточное наблюдение, осуществляемое средним и младшим медицинским персоналом. Наблюдение должно осуществляться как в процессе приема пищи, так и при выполнении гигиенических мероприятий, в процессе свободного времяпрепровождения. В процессе приема пищи медицинский персонал должен находиться непосредственно рядом и побуждать больного к употреблению пищи. Делается акцент на сопереживании по поводу страха пациента в связи с ожирением, обеспечении психологической поддержки и использовании атмосферы группового поощрения. Постоянно

персонал заверяет больного в том, что не имеет целью достижение им избыточной массы тела. Не разрешаются дискуссии о весе или калорийности. В то же время поощряются беседы, содействующие самопониманию пациентом своих мыслей и ощущений.

Результатом такого рода вмешательств является то, что пациент начинает трехразовый прием пищи, сопровождающийся умеренным уровнем тревоги. Изредка, лишь у чрезвычайно тревожных больных целесообразно использовать небольшие дозы анксиолитиков (например, лоразепам 0,25–0,5 мг, феназепам 0,5 мг или диазепам 5 мг за 30–40 мин до еды) на протяжении 1–2 недель. Редко могут быть использованы небольшие дозы нейролептиков (антипсихотиков) (хлорпротиксен, флупентиксол, оланзапин, рisperидон, хлорпромазин и др.).

Следует указать на ряд методов, использование которых недопустимо: принуждение пациентов к еде; использование в качестве единственного метода пассивную интерпретативную терапию без устремлений разрушить болезненный стереотип питания; изолированное использование средств, стимулирующих аппетит без сопутствующей психологической поддержки.

Рекомендации по питанию

Для пациента, имеющего выраженную кахексию, начальное количество пищи может составлять от 1200 до 1500 ккал в день в зависимости от массы тела пациента при поступлении. Пища вначале должна содержать малые количества жиров, соли и лактозы для естественного восстановления ферментативного баланса желудочно-кишечного тракта. Нецелесообразно использование каких-либо диетических продуктов. На протяжении 24 ч с момента поступления все пациенты должны начать употреблять обыденную пищу.

Калорийность пищевого рациона повышается на 500 ккал за 4–5 дней до тех пор, пока не будет достигнут суточный уровень калорийности в интервале от 3500 до 4500 ккал/сут. На протяжении этапа набора веса суточный уровень калорийности может составлять до 70–100 ккал/кг/сут. На этапе поддержания достигнутой массы тела, а также для продолжения роста и развития детей и подростков суточный уровень потребления должен составлять 40–60 ккал/кг/сут. Индивидуальный уровень калорийности устанавливается в зави-

симости от индивидуальной скорости набора веса, роста пациента и наличия желудочно-кишечного дискомфорта. Через несколько недель с момента начала восстановления пищевого статуса большая часть питания должна быть в достаточно густой консистенции, включая умеренное количество жиров и сладостей. В том случае, если пациенту будет позволено потребление низкокалорийных продуктов, то объем пищи, удовлетворяющий 3500–4500 ккал, может стать чрезмерным, а указанные выше цели недостижимыми.

При неэффективности указанных мероприятий может быть оправданным перевод больного на энтеральное питание через назогастральный зонд (преимущественно), в том числе круглосуточное либо парентеральное питание. При необходимости использования назогастрального питания одномоментное продолжительное (более 24 ч) кормление является менее предпочтительным в сравнении, например, с 3–4-кратным кормлением по причине вероятности возникновения метаболических нарушений или субъективного дискомфорта пациента. Полное парентеральное питание требуется крайне редко при угрожающих жизни состояниях и является менее предпочтительным по психологическим механизмам.

Врач-диетолог должен играть важную роль в общении как с больными, так и с персоналом. При этом он должен собрать исчерпывающий анамнез в отношении питания пациента при поступлении, а после этого не обсуждать лечение с пациентом напрямую до тех пор, пока вес не будет удерживаться. В то же время диетолог должен присутствовать на врачебных консилиумах при решении вопроса об изменениях в питании больных. Если позволить пациенту на протяжении периода коррекции пищевого статуса вступать в дискуссии с диетологом, то он может начать требовать бесконечных изменений в своем меню. Больному, например, можно позволить удалить из своего меню три блюда, но с договором о том, что остальные компоненты меню он не вправе корректировать. На этапе поддержания нормального веса диетолог вновь становится активным участником взаимодействия с пациентами, обучая их организации сбалансированного питания (вначале по типу еды, а затем по ее количеству).

Медицинское наблюдение на протяжении периода набора массы тела является обязательным. Оно должно включать оценку жизненных функций, а также потребление пищи и жидкости наряду с их выделением; мониторинг электролитов (в том числе фосфора). При клиническом наблюдении обращается внимание на наличие отеков, быстрый набор массы тела (связанной преимущественно с водной перегрузкой), признаки сердечной недостаточности и симптомы со стороны ЖКТ, особенно запоры и вздутие. Для детей и подростков с выраженной потерей массы тела (<70% нормальной массы тела) следует рекомендовать мониторинг сердечного функционирования, особенно ночью.

Уровень физической активности пациента должен соответствовать балансу потребления/расходования энергии пациентом, принимая в расчет выраженность процессов костного катаболизма (плотность костной ткани) и сохранность сердечного функционирования. Для больных с выраженным дефицитом массы тела физические нагрузки должны быть ограничены и всегда находиться под тщательным контролем. С момента достижения безопасной массы тела акцент физических нагрузок должен быть на физической подготовленности, а не расходовании калорий. Акцент на физической подготовленности должен согласовываться с восстановлением позитивного отношения пациента к своему телу. Это будет способствовать восстановлению у больного ощущения самоконтроля и возможности получать удовольствие от физической активности в противовес мазохистичному самокритичному следованию ей.

Побочные эффекты и осложнения при нормализации пищевого статуса

Побочные эффекты и осложнения, появляющиеся в процессе лечения, являются следствием как предшествующего, так и, возможно, продолжающегося участия пациента в экстремальных методах контроля массы тела (прежде всего — самовывызывание рвоты, использование слабительных и мочегонных средств). Часть осложнений может быть связана непосредственно с проводимыми лечебными мероприятиями. Большинство угрожающих жизни осложнений опосредованы электролитными нарушениями, нарушением кислотно-основного состояния либо непосредственно желудочно-

кишечной дисфункцией (внутреннее кровотечение, кишечная непроходимость и др.). Чрезмерно быстрый темп вскармливания, зондового или парентерального питания может обусловить серьезные осложнения за счет выраженной задержки жидкости, сердечной аритмии, сердечной недостаточности, делирия, судорог, особенно у пациентов с выраженной потерей массы тела. Гипофосфатемия с угрозой для жизни может появляться па протяжении вскармливания, когда происходит истощение резервов фосфатов.

Начало кормления пациента иногда сопровождается кратковременной преходящей задержкой жидкости в организме. В то же время больные, неожиданно прекратившие прием слабительных и/или мочегонных препаратов могут отмечать выраженную задержку жидкости на протяжении нескольких недель преимущественно за счет задержки воды и натрия, опосредованной повышенным уровнем альдостерона в ответ на хроническое предшествующее обезвоживание. При этом пациенту следует рекомендовать уменьшить количество потребляемой соли, а также объяснить преходящий характер этих явлений, которые обычно проходят в течение 7–10 дней.

Следствием гиповолемии, сопутствующей алиментарному истощению, может также стать повышение уровня мочевины и креатинина, а также реже — снижение скорости клубочковой фильтрации. Среди возможных прочих электролитных нарушений следует указать гипомагниемию (которая может сопровождаться гипокальциемией или гипокалиемией, причем оба этих параметра могут нормализоваться лишь при компенсации дефицита уровня магния) и гипофосфатемию. Начальный период вскармливания пациента может приводить к дальнейшему снижению уровня фосфора в сыворотке крови, что, в свою очередь, может обуславливать выраженную дисфункцию миокарда и неврологические осложнения (например, судороги).

Коррекция электролитных нарушений. Можно начинать восстановление уровня калия с того момента, когда сывороточный уровень калия снизится до 3,2 ммоль/л или ниже. Врачи должны быть информированы о сывороточном уровне бикарбоната и его влиянии на уровень внеклеточного калия. В случае метаболического алкалоза (опосредованного удалением щелочной среды из кишечника при

использовании слабительных средств накануне) ионы водорода будут перемещаться во внутриклеточное пространство, приводя к повышению сывороточного уровня калия. Сама по себе регидратация, наряду с прекращением рвоты и использования слабительных средств, способна привести к восстановлению кислотно-основного состояния и нормализовать баланс вне- и внутриклеточного калия. Тем не менее, целесообразно быть сдержанным в отношении чрезмерно интенсивного побуждения скорректировать уровень калия, сопряженный с дегидратацией и острым нарушением кислотно-основного состояния. При продолжающейся дегидратации и гиповолемическом метаболическом алкалозе (наиболее частое нарушение кислотно-основного состояния у пациентов с нарушением пищевого поведения) есть основания ожидать истощения общих запасов калия в организме из-за того, что почки осуществляют преимущественную реабсорбцию натрия с целью задержки воды. Таким образом, адекватное восстановление уровня калия не может быть достигнуто, пока не будет уменьшено либо прекращено очистительное поведение в виде рвоты.

В том случае, если сывороточный уровень калия будет оставаться низким после коррекции кислотно-основного состояния, может быть рекомендована заместительная терапия. Уменьшение уровня сывороточного калия на 1 ммоль/л отражает общий уровень дефицита калия в организме в количестве приблизительно 350 ммоль/л. При нормальной почечной функции оправдано возмещение уровня калия в объеме 60–80 ммоль/день. Хорошо переносится 5% раствор (20 ммоль в 15 мл), смешанный с апельсиновым соком. На этом фоне необходимо регулярно проверять сывороточный уровень калия и бикарбоната.

У пациентов могут наблюдаться боли в животе и вздутие, опосредованные замедленной моторикой желудка, сопутствующей голоданию. Запоры могут прогрессировать вплоть до острой кишечной непроходимости. На протяжении набора веса у многих больных отмечается болезненность грудных желез, акне. Целесообразно организовать динамическое наблюдение смежных специалистов (прежде всего терапевта) для своевременной оценки сопутствующих осложнений и назначения соответствующей коррекции.

Следует отметить два важных аспекта восстановления пищевого статуса пациентов, страдающих НА. Во-первых, увеличение веса само по себе не приведет к нормализации паттерна питания. Специфическое обучение сбалансированному питанию, ролевым отношениям и работа над страхом больного по поводу ожирения в психотерапевтическом контексте важны как в процессе нормализации паттерна питания, так и при нормализации веса. Во-вторых, восстановление веса при НА имеет цель ликвидации соматических и психических симптомов, сопутствующих истощению, и помогает нормализовать и оздоровить поведение. Само по себе истощение определяет массу психологических симптомов. Интенсивные психотерапевтические вмешательства лишь частично эффективны у истощенного пациента. По мере увеличения массы тела больного есть основания ожидать сопряженных изменений в настроении (депрессия, тревога). Первоначально исчезает индифферентность, вялость, безразличие. Но впоследствии при изменении формы и увеличении массы тела может наблюдаться возвращение тревожных и депрессивных проявлений, раздражительности и иногда суицидальных мыслей. Такого рода аффективные симптомы, не связанные с едой, обсессивные переживания и компульсивное поведение обычно уменьшаются по мере стабилизации массы тела в пределах здоровых значений. Набор веса сам по себе является лишь началом процесса оздоровления, но это необходимый начальный этап. В качестве ориентировочных реалистичных «целей» в процессе набора массы тела следует ориентироваться на увеличение массы тела пациента при соблюдении адекватных условий лечения примерно на 1–1,5 кг в неделю при стационарном лечении и до 0,5 кг в неделю при амбулаторном.

Поскольку при НБ масса тела больных находится обычно в пределах нормальных значений, ее восстановление, как правило, не является терапевтической целью. В то же время целесообразно помнить о том, что даже если пациент имеет статистически нормальный вес или находится в диапазоне его формально адекватных границ, у многих больных НБ их масса тела меньше, чем их биологически опосредованная норма. При этом даже небольшая прибавка в весе может сопровождаться соматической и эмоциональ-

ной стабилизацией. Такие пациенты нуждаются в установлении паттерна регулярного питания без эпизодов переедания, наряду с вниманием к увеличению калорийности пищи и расширению выбора продуктов.

Среди целей коррекции пищевого статуса больных НБ следует указать ликвидацию диетических ограничений. Проводится коррекция дефицитарности пищевого рациона, расширение меню потребляемой пищи, поощрение адекватного и здорового уровня физической активности вопреки изнуряющим физическим нагрузкам.

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ В ОТНОШЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ

На сегодняшний день отсутствуют единая точка зрения на предпочтительный вид психотерапевтического вмешательства у больных с нарушениями пищевого поведения. Психосоциальные вмешательства должны быть выбраны индивидуально на основании уровня когнитивного и психологического развития, психодинамических аспектов его состояния, когнитивного стиля пациента, выраженности коморбидной психопатологии, желаний больного и характера его внутрисемейных отношений. Психотерапия как единственный вид терапевтического вмешательства недостаточен при лечении значительно истощенных пациентов с НА. В то же время, когда последствия недоедания будут скорректированы и начнется этап набора массы тела, психотерапия может быть весьма полезной для больных, страдающих этим расстройством. Целесообразно сочетание индивидуальных, семейных и групповых форм работы. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия и поведенческие техники (например, формирование навыков планирования приемов пищи, самонаблюдение, поощрение за адаптивный характер поведения и др.) следует рассматривать как один из аспектов общей программы лечения, включающей психосоциальные и соматические вмешательства. Психообразовательные вмешательства следует считать эффективными, начиная с этапа набора пациентом массы тела. Психодинамически и психоаналитически ориентированная психотерапия является уместной особенно после прекращения эпизодов переедания и очистительного поведения.

В целом психотерапия ориентирована на осознание пациентом того, что с ним происходит; каковы семейные, культуральные и индивидуальные предпосылки заболевания; каким образом заболевание больного является избранным им дезадаптивным способом совладания со стрессом и эмоциональной саморегуляции; каким образом избежать или минимизировать риск обострений; каким образом можно эффективнее справляться с жизненными трудностями в перспективе. Психотерапевтическая работа должна быть начата по возможности сразу после ликвидации угрожающих жизни последствий нарушений пищевого поведения.

При НБ целями психотерапевтического вмешательства являются: уменьшение или прекращение нарушенных стереотипов пищевого поведения (переедание, очистительное поведение), минимизация пищевых ограничений, расширение диапазона потребляемых продуктов, поощрение здоровых, но не избыточных физических нагрузок, лечение коморбидных расстройств и клинической симптоматики, ассоциированной с нарушенным пищевым поведением. Должен быть сделан акцент на таких аспектах, предрасполагающих к развитию этих расстройств, как проблема индивидуального развития, формирование идентичности, озабоченность в отношении образа собственного тела, самооценка, не связанная с характеристиками массы тела и его формы, проблемы в проявлениях сексуальности и агрессивности, регуляция аффекта, ожидания в отношении половой роли, нарушения семейного функционирования, механизмы совладания со стрессом и способы решения проблем.

Индивидуальная психотерапия представляет собой наиболее распространенную психотерапевтическую интервенцию в процессе стационарного лечения больных НА. Это является базовым методом лечения нарушений пищевого поведения, учитывая значимость повреждений психосоциального функционирования, особенно ощущение собственной неэффективности и дисфории. Такого рода проблемы препятствуют социальному, профессиональному, семейному, образовательному развитию. Индивидуальная терапия обычно используется с целью изменения нарушенных предпочтений, ожиданий и поведения. Несмотря на то, что лишь небольшой объем терапии может быть осуществлен за время стационарирования,

этот компонент может быть исключительно значимым в отношении долгосрочного прогноза. Психотерапия на стационарном этапе лечения обеспечивает возможность плавного перехода к жизненно необходимой долгосрочной амбулаторной психотерапии. За рубежом большинство программ стационарной помощи интегрируют индивидуальную, семейную терапию и групповые методы.

Пациенты с нарушениями пищевого поведения зачастую оценивают психотерапию в качестве угрожающей интервенции. В процессе терапии ожидается отказ больного от поведения, верований и жизненных стратегий, которые обеспечивали относительно простой и частично эффективный способ решения сложных проблем. Стройность и способность контролировать вес обычно воспринимается пациентами как легко определяемый маркер способности самоконтроля и самооценки. Без таких простых, но опосредованных болезнью оценок жизнь кажется им более сложной и неопределенной.

Тревога пациента с НА может возрастать, если не удастся немедленно достичь адекватной компенсации истощения. Соматическое восстановление при НА (позитивная цель лечения для многих врачей соматического профиля) может восприниматься больным как утрата собственной уникальности и индивидуальности и оцениваться как негативное явление, если не будет подключена сопутствующая психотерапия, направленная на коррекцию отношения к собственному весу в процессе восстановления массы тела. К сожалению, несмотря на образовательную информацию и предлагаемые терапевтические возможности некоторые пациенты остаются безучастными в отношении возможных изменений. Принятие лечения пациентом и возможность долгосрочной психотерапевтической коррекции зависит от построения доверительных отношений, адекватно замещающих имеющееся расстройство.

Усиление желания больного участвовать в лечении может быть достигнуто через попытку пересмотреть его взгляд на лечение как на признак здоровья. Это способствует формированию позитивного отношения к лечению с самого начала. Оценка необходимости лечения как возможности пересмотреть несостоятельные механизмы совладания со стрессом, а не личный провал пациента, помогает избежать стигматизации, что очень деморализует больного.

Индивидуальная терапия нацелена на то, чтобы донести пациенту идею о том, что лечение включает объединенные усилия по выработке новых успешных стратегий по прямому и эффективному взаимодействию с личностными факторами и нюансами развития, опосредованными расстройством.

Поведенческую терапию следует рассматривать как один из аспектов общей программы лечения, включающей психосоциальные и соматические вмешательства.

Когнитивно-бихевиоральная модель НА (многие аспекты которой применимы и для НБ) делает акцент на первичности познавательных процессов и механизмов (когниций) как медиатора эмоционального дистресса, приводящего к аномальному поведению. Согласно этой модели, различные жизненные обстоятельства («схемы») способствуют формированию специфических болезненных представлений в отношении себя, окружающего мира и будущего, которые, будучи усвоенными, делают индивида подверженным расстройству. Когнитивная модель рассматривает НА как общий финал множества жизненных событий или опыта. Подверженные НА подростки чаще всего являются интровертами, они чувствительны, настойчивы и изолированы. У них возникает идея о том, что снижение веса может каким-то образом способствовать облегчению психологического дистресса и дисфории. Диета и достижение стройности становятся для таких индивидов наиболее распространенным способом осуществления контроля над их внутренней и внешней средой. В то же самое время снижение потребления пищи пациентом поддерживается социальным давлением в отношении похудения. Впоследствии снижение веса приводит к усилению социальной изоляции и укреплению искаженных когниций и дезадаптивного поведения больных НА.

Когнитивно-бихевиоральная терапия уделяет большое внимание выражению и пониманию эмоциональных реакций. Повышение осведомленности в отношении эмоций постепенно достигается через наблюдения терапевта по поводу непоследовательности и несоответствия эмоциональных реакций больного ситуациям в процессе ежедневного наблюдения. Подтверждение и подкрепление эмоциональных проявлений как неотъемлемой части прошлого

и настоящего опыта пациента следует считать обязательным. Аналогично обсуждение гипотетических ситуаций и осуществление «Сократического диалога» может быть полезным для того, чтобы больной увидел, что его реакции в специфических ситуациях являются искаженными. Пациент поощряется правильно идентифицировать и выразить все эмоции, особенно «неприемлемые». На опыте терапевта как модели эмоциональной выразительности больной со временем обучается тому, что открытое выражение эмоций не приводит к отвержению или неспособности контролировать поведение. Для эмоционально незрелых, но высокоинтеллектуальных молодых пациентов могут быть полезными непрямыми методы, такие как чтение поэтических произведений или попытка их создания.

Попытки помочь больному распознать и изменить ригидные стандарты направлены на поддержание его собственной значимости. Установление обоснованных стандартов собственной компетентности (именно адекватных, но не перфекционистских) и обучение видеть полутона (а не только черное и белое) представляется крайне важным. Самопринятие несмотря на личностные особенности и неудачи в достижении нереалистичных стандартов следует признать фундаментальной целью психотерапевтической работы с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения. Ощущение беспомощности и некомпетентности может быть уменьшено при поддержке попыток больного в продвижении к изменениям в тех областях, которые избегались из-за опасения провала.

Согласно психодинамической парадигме, нарушения пищевого поведения представляют собой борьбу пациента за чувство собственного достоинства и развитие безопасной идентичности. Согласно этой концепции, основным фактором в развитии обсуждаемой психопатологии является провал родительских ожиданий в отношении подростка без учета его автономности. С ребенком обращаются с позиций соответствия родительским нуждам.

Индивидуальный формат психотерапии на протяжении стационарного лечения обычно комбинируется с семейной и групповой терапией. **Групповая терапия** в лечении нарушений пищевого поведения оценивается как важный, эффективный и экономически целесообразный психотерапевтический инструмент. Сочетание

процессуально ориентированного и когнитивно-бихевиорально-го принципов, по-видимому, является наиболее эффективным, т. к. позволяет в групповом формате прорабатывать внутриличностные и межперсональные проблемы с акцентом на когнитивные факторы и особенности развития, связанные с нарушенным пищевым поведением. Группа также может оказывать влияние на характер восприятия пациента и позволяет ему быть участником процесса само- и взаимовыздоровления посредством самораскрытия и конфронтации с болезненным поведением, мыслями и отношением. Отличительной особенностью стационарной группы от амбулаторной является то, что когорта больных ограничивается госпитализированными пациентами. Стационарная группа может быть более гетерогенной в диагностическом плане (включать больных НА и НБ), но общие темы нарушений пищевого поведения объединяют разнородную группу в психологически гомогенную. По-видимому, есть основания для включения в состав группы пациентов, нуждающихся в групповой психотерапии, но с другими диагнозами (не страдающие нарушениями пищевого поведения), поскольку больные с нарушениями пищевого поведения, согласно психодинамической парадигме, являются дисгармоничными с нарушенной доэдипальной личностной организацией. В этом случае групповой динамике будут способствовать различия в личностной зрелости участников группы.

Групповой процесс делает акцент на терапевтических факторах группы — элементах группового процесса, которые становятся базовыми инструментами, способствующими изменениям. Они включают внедрение надежды, универсальность ощущений, возможность альтруизма и межперсонального обучения, информационное обогащение, развитие техники социализации, коррекцию внутрисемейных отношений. Групповая терапия нарушений пищевого поведения позволяет находящимся в изоляции индивидам справиться с ощущением стыда и загадочности. Центральным фактором для внедрения надежды является демонстрация того, что возможно вступать в конфронтацию и изменять кажущиеся неподдающиеся изменению контексты питания и веса.

Группы по телесноориентированной работе способствуют проработке пациентом искажений восприятия собственного тела.

Вначале оценивается, как такое искажение влияет на жизнь больных и поддержание нарушенного стиля питания. Затем в групповом процессе оказывается помощь в приспособлении пациентов к более здоровой перспективе. Контекст групповой терапии позволяет реализовывать как поддерживающие, так и фрустрирующие стратегии друг в отношении друга, что невозможно в индивидуальном формате. Зачастую не удается достигнуть полного разрешения проблемы искаженного восприятия формы и размеров тела, однако пациенты научаются различать влияние таких мыслей и начинают их коррекцию в более здоровом направлении.

Семейная терапия. Данные научных исследований и клинический опыт однозначно свидетельствуют в пользу того, что некоторые формы семейной терапии (как минимум, семейные встречи) *обязательны на протяжении стационарного этапа лечения.* Это особенно справедливо для пациентов в возрасте до 18 лет, проживающих в домашних условиях и имеющих дезадаптивный характер межличностной коммуникации. Стационарное лечение больных с нарушениями пищевого поведения обычно предоставляет семье возможность стать эффективно функционирующим механизмом. Члены семьи не порицаются за их прошлые проблемы, а, наоборот, получают заинтересованное внимание и поддержку наряду с сообщением о том, что параллельные изменения в семье необходимы для улучшения самочувствия пациента.

Подходы, используемые в семейной терапии, охватывающей все возрастные категории и всех членов семьи, характеризуются прагматизмом, эклектичностью и гибкостью и используют элементы структурной, стратегической и когнитивно-бихевиоральной интервенций. Терапия фокусируется на ситуации «здесь-и-теперь», содействуя изменениям в семье. Семейный терапевт должен вырабатывать и обсуждать в непорицающем контексте конструктивные гипотезы, касающиеся значения нарушенного пищевого поведения как в целом для семьи, так и для пациента.

Семейная терапия может ставить множество целей. Они включают перестройку внутрисемейных границ, уменьшение роли больного в родительских и семейных разногласиях, образование семьи в отношении этиологии и симптомов расстройства. Кроме

того, семейная терапия, удерживаясь от порицания, помогает членам семьи осуществлять более эффективное взаимодействие друг с другом, а пациенту — становиться более независимым индивидом. Семейная терапия также способствует развитию соответствующего возрасту стиля индивидуального и семейного функционирования, уменьшению проявлений запутанного или изолированного стилей и помогает детям достигнуть соответствующей возрасту зрелости. Основной целью следует считать содействие или подготовку перехода коммуникационного стиля к взаимодействию «взрослый-взрослый» вместо реально присутствующего «ребенок-родитель».

В тех ситуациях, когда члены семьи не способны к изменению своего поведения, особенно в случаях, когда поведение деструктивно в отношении перспективы выздоровления, отделение больного от семьи может быть обоснованным на протяжении лечения и иногда после него. Для членов семьи может быть одинаково важно начать психотерапевтическое лечение самим. В этом отношении полезным может быть индивидуальная или супружеская терапия, особенно тогда, когда у членов семьи имеются неразрешенные проблемы с использованием психоактивных веществ или депрессией. Продолжительная семейная терапия на амбулаторном этапе должна быть настоятельно рекомендована после выписки пациента из стационара, особенно если его возраст — до 18 лет.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ И ПРЕПАРАТОВ ДРУГИХ ГРУПП ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Психотропные препараты не являются основополагающими и абсолютно необходимыми в начальном периоде терапии НА. Следует избегать их рутинного назначения. Исключение составляет кратковременное назначение анксиолитических средств (например, лоразепам 0,25–0,5 мг, феназепам 0,5 мг или диазепам 5 мг за 30–40 мин до еды на протяжении 1–2 недель) и малые дозы нейролептиков (например, хлорпротиксен, флупентиксол, оланзапин, рисперидон, хлорпромазин) для купирования выраженных обсессивных и тревожных проявлений, влияния на сверхценный характер переживаний пациентов, а также для прицельного ослабления предвосхищающей тревоги перед едой накануне ее потребления.

Необходимость антидепрессивной терапии целесообразно оценить вслед за нормализацией веса, когда поблекнут психологические проявления, связанные с недостатком питания. Эти препараты целесообразно назначать для профилактики возобновления расстройства у больных с нормализованной массой тела и для лечения наблюдающихся при НА депрессивных, тревожных, обсессивно-компульсивных проявлений и иных расстройств импульсивности, а также для тех пациентов, у кого отмечался недостаточный эффект от прежних адекватных методов психосоциальной реабилитации и терапии. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, эсциталопрам) как наиболее безопасные, а также антидепрессанты других классов (три- и гетероциклические антидепрессанты) могут содействовать уменьшению частоты эпизодов переедания и очистительного поведения (например, самовызывание рвоты), а также способствовать предупреждению обострений у пациентов в ремиссии.

Назначение психотропных средств при лечении нарушений пищевого поведения должно начинаться с минимальных начальных доз, и врач должен быть внимателен к признакам их побочных эффектов. Учитывая особенности клиники нарушений пищевого поведения, трициклические антидепрессанты (ТЦА) должны использоваться с осторожностью у больных с выраженным истощением, а также при высоком суицидальном риске, а ингибиторы МАО должны избегаться у пациентов с хаотичными болезненными нарушениями пищевого поведения (эпизоды переедания и очистительного поведения). Следует иметь в виду, что у больных с дефицитом массы тела базовый тимолептический эффект антидепрессантов (СИОЗС, ТЦА и др.) менее выражен в отношении аффективной симптоматики, чем у депрессивных пациентов с нормальной массой тела.

Было показано, что комбинация психотерапевтического лечения и фармакотерапии может способствовать увеличению вероятности ремиссии и, таким образом, может быть показана на начальном этапе лечения больных НБ.

Препараты других химических групп, а также альтернативные методы лечения (от витаминов до гормонально-заместительной (с целью, например, предупреждения и лечения остеопороза) и

электросудорожной терапии) никакие подходы не показали своей эффективности по влиянию на симптоматику НА.

Препараты, усиливающие моторику ЖКТ (например, метоклопрамид) могут назначаться в связи со вздутием и болями в животе вследствие гастропареза и преждевременного насыщения, отмечаемыми у некоторых пациентов. При рефлюкс-эзофагите положительный эффект может быть получен при назначении блокаторов гистаминовых H_2 -рецепторов (ранитидин, циметидин, фамотидин).

Назначение препаратов, повышающих аппетит, при НА следует считать необоснованным, поскольку у этих пациентов мозговые механизмы контроля аппетита являются интактными, а в отсутствие психотерапевтической поддержки увеличение массы тела у этих больных приведет к обострению специфической симптоматики.

Примерный распорядок дня пациентов при лечении нарушений пищевого поведения

Время	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
1	2	3	4	5	6	7	8
8:00–9:00	1-й завтрак. Врачебные назначения, процедуры						
8:15–9:00							1-й завтрак
9:00–9:30	Психообразовательная группа						
9:30–10:00	Свободное время (в отсутствие учебы)						
10:30–11:00	2-й завтрак	2-й завтрак					
11:00–11:30			Образовательная группа по организации досуга				
11:30–13:00	Групповая терапия	Групповая терапия	Группа по обучению приготовлению здоровой пищи	Групповая терапия	Групповая терапия	Групповая терапия (арт-терапия)	

Окончание Приложения

1	2	3	4	5	6	7	8
12:30–13:30			Группа тренинга навыков совладания со стрессом		Группа тренинга навыков совладания со стрессом		
13:00–14:00	Индивидуальная терапия	Индивидуальная терапия	Индивидуальная терапия	Индивидуальная терапия	Индивидуальная терапия		
13:00–14:00	Группа телесно-ориентированной терапии		Группа телесно-ориентированной терапии		Группа телесно-ориентированной терапии		
14:00–15:00	Обед	Обед	Обед	Обед	Обед	Обед	Обед
15:00–17:00	Семейная терапия	Группа по когнитивно-бихевиоральной терапии	Семейная терапия	Группа по когнитивно-бихевиоральной терапии	Семейная терапия	Свободное время	
17:00–17:45	Ужин	Ужин	Ужин	Ужин	Ужин	Ужин	Ужин
18:00–19:00	Время для самостоятельных занятий	Время для самостоятельных занятий	Время для самостоятельных занятий	Время для самостоятельных занятий	Время для самостоятельных занятий	Время для самостоятельных занятий	
19:00–20:30	Свободное время	Свободное время	Свободное время	Свободное время	Свободное время	Свободное время	
20:30–21:00	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)	2-й ужин (если показан)
23:00	Отход ко сну	Отход ко сну	Отход ко сну	Отход ко сну	Отход ко сну	Отход ко сну	Отход ко сну