

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Расстройства пищевого поведения

Проверила: д.м.н., доцент Березовская
Марина Альбертовна

Выполнил: ординатор специальности
Психиатрия Вивчар Роман
Богданович

Красноярск

2022

План

1. Введение.....	3
2. Определение, классификация РПП	5
3. Причины и факторы риска РПП	7
4. Клинические проявления, диагностика РПП	9
4.1 Нервная анорексия	9
4.2 Нервная булимия	12
4.3 Психогенные нарушения пищевого поведения	13
4.4 Другие расстройства приема пищи.....	15
5. Лечение РПП.....	17
7. Заключение.....	20.
8. Список литературы.....	22

Введение

С каждым годом все больше и больше людей обращаются к врачам-психиатрам и психотерапевтам с нарушениями пищевого поведения.

К расстройствам пищевого поведения (РПП) относятся: *анорексия, булимия, компульсивное переедание, пикацизм, отказ от еды вследствие различных психических заболеваний и др.*

По статистике самыми распространёнными расстройствами пищевого поведения являются анорексия и булимия. Например, анорексия является третьей самой распространённой хронической болезнью среди подростков. Преследуя цель похудеть, подростки и взрослые люди используют нездоровые методы, вредные для здоровья и опасные для жизни: принятие слабительных и мочегонных средств, голодание, пропуск приемов пищи, вызывание рвоты и т.д.

Уровень смертности среди больных анорексией и булимией, занимает первое место по сравнению со всеми остальными психическими заболеваниями. Несмотря на то, что расстройства пищевого поведения имеют самый высокий уровень смертности по сравнению с любыми другими психическими расстройствами реальную картину происходящего составить довольно сложно, в связи с тем, что анорексия и булимия являются причинами таких осложнений, как сердечная недостаточность, полиорганная недостаточность, диабет и т.д., а также часто являются причиной самоубийств.

По данным исследований проведенных "American Journal of Psychiatry" общий коэффициент смертности при нервной анорексии - 4%, при нервной булимии - 3,9%, при других расстройствах пищевого поведения - 5, 2%. И только 1 из 10 человек, страдающих пищевыми расстройствами, получают квалифицированную помощь и лечение в борьбе с зависимостью.

В России до сих пор нет статистики этих заболеваний, а из-за отсутствия информации люди с расстройством пищевого поведения часто получают необходимую медицинскую помощь только на поздних стадиях болезни, когда в организме происходят необратимые изменения.

В поле зрения врачей, как правило, попадают пациенты с тяжелыми случаями расстройства пищевого поведения, при этом чаще всего такие больные обращаются к врачу по настоянию родственников, которые беспокоятся за здоровье своих родных.

Многие больные с «легкой» формой нервной анорексии остаются вне поля зрения врачей (к ним так же относятся те, у кого на развитие этого заболевания влияет профессия - балерины, модели (около 50% всех страдающих булимией и анорексией - это модели, также известно, что расстройство поражает около 12% профессиональных танцоров). Выявление и лечение таких пациентов затрудняется тем, что врачи общего профиля и терапевты недостаточно оценивают тяжесть данного заболевания.

И анорексия, и булимия считаются психическими заболеваниями, природа их остается малопонятной, а так же они сложно поддаются лечению.

Нарушение пищевого поведения - это комплексная проблема, сочетающая в себе как психологический, так и физиологический факторы.

Физиологический фактор - это проблемы связанные с неправильным питанием: нарушением обмена веществ, повышенной нагрузкой на организм, истощением и другим.

Психологический фактор - это тяжёлые эмоциональные переживания и проблемы с социализацией и контролем поведения. Например, почти 50% людей с расстройствами пищевого поведения страдают той или иной формой депрессии. Культурная идеализация худобы и стройности определённо вносит свой вклад в этиологию некоторых подтипов заболевания.

Общими для РПП являются такие параметры, как: озабоченность контролем веса собственного тела, искажение образа своего тела, изменение ценности питания в иерархии ценностей. Из статистики (данные зарубежных стран):

- 91% опрошенных в результате исследования женщин, так или иначе, пытались контролировать свой вес с помощью диет и ограничений в питании. 22% женщин "сидели" на диете часто (более 5 раз) или практически всегда.

- 25% девушек в возрасте от 16 до 22 лет используют переедание и дальнейшее очищение (булимию), как способ контроля своего веса.
- Смертность, связанная с нервной анорексией в 12 раз выше, чем смертность, связанная со всеми остальными причинами смерти у девушек в возрасте от 15 до 24 лет
- 95% всех диет и ограничений в питании не приносит результатов из-за возврата веса после их окончания. 35% диет, которые начинались, как "нормальные" переходят в патологическое ограничение в питании и 20-25% из них приводят к пищевой зависимости.

Исходя из большой распространённости среди населения, и в частности подростков, данных заболеваний и опасности, которую они представляют для жизни пациентов, врачу необходимо уметь диагностировать и проводить терапию данных нарушений.

Определение, классификация РПП

Под **пищевым поведением** понимается - ценностное отношение к пище и её приёму, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа. Пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

На формирование пищевого поведения влияют многие факторы: *социальные, экономические, этнокультурные, личностные особенности и т.д.*

Фрэнкин говорил, что пищевое поведение определяют не только потребности (витальная потребность в еде), но и полученные в прошлом знания и стратегии мышления. Так же важная роль в пищевом поведении отводится эмоциональной потребности. Удовлетворение голода обретает крепчайшую связь с ощущением комфорта и защищённости.

Необходимо также отметить социальное значение еды. Традиции, пищевые привычки, отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность, а так же семейное воспитание в сфере пищевого поведения.

Пищевая потребность является средством:

- Разрядки психоэмоционального напряжения;
- Чувственного наслаждения, выступающего как самоцель;
- Общения, когда еда связана с пребыванием в коллективе;
- Самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи и о соответствующей «солидной» внешности;
- Поддержание определённых ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции);
- Компенсации неудовлетворённых потребностей (потребность в общении, родительской заботе и т.д.);
- Награды или поощрения за счёт вкусовых качеств пищи;
- Удовлетворения эстетической потребности.

Под ***расстройствами приёма пищи*** понимают психологически обусловленные расстройства поведения, связанного с приёмом пищи. Это целая группа синдромов в МКБ-10 (F50) с сильно различающимся содержанием:

1. Нервная анорексия
 2. Нервная булимия
 3. Психогенное переедание
 4. Психогенная рвота
 5. Другие расстройства приёма пищи
- Поедание несъедобного неорганического происхождения у взрослых
 - Поедание несъедобного (извращённый аппетит) у взрослых
 - Психогенная утрата аппетита
 - Неуточнённые расстройства приёма пищи

Причины и факторы риска возникновения РПП

Возрастающее число случаев заболевания РПП остро ставит вопрос о причинах и условиях их возникновения. Существуют различные теории и гипотезы о причинах возникновения РПП: *генетические, биологические, психологические, социальные, семейные, культурологические*. Кроме того, РПП рассматриваются как пищевая зависимость, т.е. изучаются аддиктивные механизмы возникновения РПП.

В настоящее время, многочисленные исследования подтверждают генетическую предрасположенность к РПП, более того выделены различные гены, которые совместно отвечают за возможность возникновения РПП. Однако они действуют совместно с факторами окружающей среды.

К социальным и психологическим факторам возникновения РПП относятся:

1) Наиболее значимыми являются **индивидуальные особенности личности**. Основную роль, среди которых играет перфекционизм, чувствительность к поощрению и наказанию, повышенная тревожность, склонность к навязчивым состояниям.

Для пациентов, страдающих булимией крайне актуальной является тема зависимости от положительной оценки окружающих. Они стараются вести себя так, чтобы соответствовать ожиданиям людей вокруг них, собственные желания подавляются, отходят на второе место, первое же прочно занимает желание сделать счастливыми окружающих. Они думают, что для того, чтобы быть любимыми, им надо быть совершенными, а один из аспектов совершенства - это удоба. Недостаточно тёплые отношения с родителями и проблемы с отделением от них приводят к неустойчивости самооценки и трудностям при формировании зрелой, взрослой личности. Отсюда склонность к перфекционизму, зависимость от одобрения окружающих. Часто пациенты с расстройствами приёма пищи описывают себя как неудачников, делающих все «недостаточно хорошо». Желание быть совершенными идёт из недостаточного сформированного и независимого образа себя. Невозможность быть лучшим во всех сферах жизни

вызывает у пациентов с расстройствами приёма пищи страх и тревогу, и единственной ареной, на которой возможны реальные изменения.

Кроме того, в исследованиях было показано, что женщины, страдающие расстройствами приёма пищи, реагировали на предполагаемое отделение от близких очень бурно, даже неадекватно, по сравнению с людьми, не страдающими нарушением пищевого поведения. Такие больные склонны к зависимости от родителей. Стремление стать как можно более худой расценивается как попытка вернуться в детское, инфантильное состояние.

2) **Семейные факторы** зачастую являются тем самым спусковым механизмом для возникновения, который практически всегда обнаруживаются у больных РПП, при существенном влиянии общих для многих психических расстройств семейных факторов (конфликты в семье, психическое и физическое насилие и т.п.) специфичными для РПП являются высокие требования (контроль) и высокий уровень ожиданий.

Многие исследователи отмечают, что пациенты, страдающие РПП, описывают свои отношения в семье, как негативные с обоими родителями. Родители больных анорексией часто описываются как крайне требовательные, с одной стороны стремясь иметь идеального ребёнка, с другой — не оказывая ему достаточной поддержки и не выражая любви и привязанности. Ребёнок не чувствует любви к себе как к личности. Анорексия позволяет привлечь к себе внимание, доказать себе свою силу и способность контролировать свою жизнь. Было так же обнаружено, что в детстве пациентки получали от родителей двойные послания о своем отношении к дочери: их одновременно поддерживали и подрывали их уверенность в себе. В результате такого взаимодействия у девочек появлялось чувство несоответствия ожиданиям родителей.

3) **Формирование образа тела в семье**; поэтому отношение к формам тела и весу именно в семье способно сформировать неадекватные установки у ребенка.

4) **Социально - культурологические факторы** имеют большое значение в сфере распространения психологически опасной информации для людей, склонных к РПП.

Последние десятилетия «мода» на худобу, как главный признак красоты, привлекательности и успешности, оказывает огромное влияние на нормы и ценности индивида. Полнота ассоциируется с непривлекательностью, ленью, некомпетентностью. Существует мнение, что увеличение количества пищевых расстройств за последние 40-50 лет связано со все большим распространением в обществе идеала худобы.

Толчком к возникновению расстройства может стать что угодно - замечание о лишнем весе со стороны близкого человека, шутка о количестве потребляемой пищи или прямой совет сбросить пару килограмм.

Исходя из вышеперечисленных возможных гипотез возникновения РПП, к факторам риска относится *генетическая предрасположенность, сложная ситуация в семье, чрезмерные нагрузки, а также психологические особенности человека*, в том числе, способность выдерживать стресс или социальное давление.

То есть, если рассматривать РПП как зависимость, переедание и голодание – это особый тип форм деструктивного поведения, которые выражаются в стремлении к уходу от реальности и социума посредством специального изменения своего психического состояния.

Клинические проявления, диагностика РПП

Нервная анорексия

Нервная анорексия представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса в связи со страхом перед ожирением и убеждением в собственной чрезмерной полноте, вызываемым и поддерживаемым самим пациентом за счет сознательного отказа от пищи, чрезмерных физических упражнений, искусственно вызванной рвоты и других очистительных процедур, использованием препаратов для подавления аппетита и диуретиков.

Согласно последним исследованиям по данным зарубежных стран нервная анорексия встречается у 2-3% на 100000 населения в год. Чаще всего нервная анорексия встречается в возрасте от 14 до 18 лет, но возможно её начало и у лиц

20 – 28 лет. У девочек это заболевание встречается в 10 раз чаще, при этом по оценкам последних исследований 10-15% людей страдающих анорексией - это мужчины.

Для нервной анорексии характерны следующие этапы:

1. Дистормфоманический - для этой стадии характерно наличие у пациентов мыслей о своей непривлекательности, наличии «некрасивого, полного» тела, даже очень стройные девушки и молодые люди уверены в своей неполноценности и мнимой полноте. Это сопровождается снижением настроения, тревогой, страхом из-за того, что над ними будут насмехаться и обсуждать за спиной, пациенты постоянно рассматривают себя в зеркале и находят новые доказательства собственной непривлекательности. В попытках добиться стройного тела они начинают искать различные диеты, пробовать «сидеть на них», попытки ограничить себя в еде приобретают характер навязчивой идеи.

2. Аноректический - этап постоянного голодания. Вес тела снижается, из-за чего молодые люди начинают испытывать удовлетворения и радость от достижения цели. Искаженное восприятие своего тела не дает оценить степень похудения, любые результаты считаются недостаточными. Диеты становятся все более «жесткими» и изнуряющими организм, например, употребление только воды в течение всего дня. При этом больной активно убеждает себя и окружающих в отсутствии у него аппетита и изнуряет себя большими физическими нагрузками. Появляются различные соматические нарушения: объём циркулирующей в организме жидкости уменьшается, что вызывает гипотонию и брадикардию. Сильное похудение сопровождается зябкостью, сухостью кожи и алопецией. Ещё один клинический признак — прекращение менструального цикла у женщин и снижение полового влечения и сперматогенеза у мужчин. Также нарушается функция надпочечников вплоть до надпочечниковой недостаточности. Из-за активного распада тканей подавляется аппетит.

3. Кахектический - период необратимой дистрофии внутренних органов. Наступает через 1,5 - 2 года постоянного голодания. В этот период снижение веса

достигает 50 % и более от своей должноствующей массы. При этом возникают безбелковые отёки, нарушается водноэлектролитный баланс, резко снижается уровень калия в организме. Данный этап, как правило, необратим. Дистрофические изменения приводят к необратимому угнетению функций всех систем и органов и смерти.

Для диагностики нервной анорексии в МКБ-10 используются следующие критерии:

а) вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого (более высокий уровень был снижен или так и не был достигнут).

б) потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая "полнит", и использование хотя бы одного из следующих приемов: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит и/или диуретиков.

в) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой страх перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой и/или сверхценной идеи и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес.

г) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции; могут быть повышенными уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина.

д) при начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы); при выздоровлении пубертатный период часто завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

Нервная булимия

Нервная булимия - расстройство, которое характеризуется потерей контроля над пищевым поведением, приступами переедания, за которыми следуют попытки избавиться от их последствий.

Она может сопровождать нервную анорексию, но может возникнуть и самостоятельно. Пациенты с нервной булимией следят за своим весом, много занимаются физкультурой, регулярно соблюдают диету, но по крайней мере два раза в неделю у них возникают приступы переедания. За короткое время они могут съесть огромное количество высококалорийной пищи, при этом часто буквально заглатывают еду, не прожевывая ее и не чувствуя вкуса. Это заканчивается тогда, когда от большого количества съеденной пищи начинает болеть живот, больные пытаются вызвать рвоту или используют большое количество слабительных или мочегонных средства, клизмы. Так же пациент испытывает огромное чувство вины за «срыв с диеты» и страх, что все его усилия напрасны и потерянные килограммы вернутся, поэтому пытаются избавиться от съеденной пищи любым способом. Такой цикл может повторяться несколько раз в неделю, а в тяжелых случаях при каждом приеме пищи.

Друзья и родственники пациентов чаще всего не подозревают о наличии у них булимии, потому приступы переедания происходят, как правило, в одиночку. В отличие от пациентов, страдающих нервной анорексией, они не теряют вес так быстро, они могут весить чуть меньше или даже чуть больше нормы для их роста, но их соматическое состояние ухудшается. У тех больных, которые прибегают к рвоте, слезистая горла, зубы, пищевод постоянно подвергаются воздействию кислого желудочного содержимого. За счет этого горло часто покрасневшее, распухают слюнные железы и лицо выглядит припухшим, даже полнее чем обычно, портятся зубы, воспаляется слезистая. У больных нарушается деятельность поджелудочной железы, которая приводит к гипогликемии. У тех, кто злоупотребляет слабительными и мочегонными средствами, возникают проблемы с кишечником или почками. Поскольку организм не получает необходимых для нормальной жизнедеятельности веществ, нарушается

электролитный баланс, а в далеко зашедших случаях развивается обезвоживание, истощение и все те изменения внутренних органов, о которых мы говорили при нервной анорексии.

Для диагностики нервной булимии в МКБ-10 используются следующие критерии:

а) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище; больной периодически не может удержаться от переедания, когда за короткое время принимается большое количество пищи;

б) больной пытается противодействовать эффекту ожирения от съеданной пищи с помощью одного из следующих приемов: вызывание у себя рвоты; злоупотребление слабительными средствами, альтернативные периоды голодания; использование препаратов, в частности подавляющих аппетит;

в) психопатологическая картина включает болезненный страх ожирения, и больной устанавливает для себя четко определяемый предел веса тела, который намного ниже преморбидного веса.

Психогенные нарушения пищевого поведения

Психогенное переедание (компульсивное переедание, обжорство, гиперфагическая реакция на стресс) – нарушение пищевого поведения, неконтролируемый прием большого количества пищи в стрессовых ситуациях. Является психическим расстройством, наряду с анорексией и булимией входит в группу расстройств приема пищи.

Выраженность психогенного переедания может существенно различаться – от отдельных эпизодов умеренного переедания до регулярного импульсивного обжорства, граничащего с булимией. В отличие от булимии и анорексии психогенное переедание не сопровождается приемом рвотных и слабительных, интенсивными физическими нагрузками и другими действиями.

Характерным признаком психогенного переедания является поглощение большого количества пищи при отсутствии чувства голода. Больные едят, когда нервничают, чувствуют себя обиженными, униженными, беспомощными,

виноватыми или разочарованными. Они заедают плохое настроение, грусть или скуку. Приступ обжорства может продолжаться около двух часов, при этом пациенты теряют способность контролировать количество принятой пищи и не чувствуют насыщения. Эпизод заканчивается ощущением переполненного желудка, чувством вины, стыда и отвращения к себе. Регулярный прием больших количеств пищи провоцирует набор веса. Попытки избавиться от съеденного отсутствуют.

Нарушения пищевого поведения при психогенном переедании проявляются только в одиночестве. В присутствии других людей больные принимают нормальное количество пищи и не испытывают особых затруднений с контролем над количеством съеденного. Пациенты постоянно перекусывают в течение дня, откладывают, прячут или запасают пищу, чтобы съесть ее позже, когда никто не видит. Попытки регулировать количество и периодичность приемов пищи волевым усилием оказываются неэффективными. Это становится причиной снижения самооценки, разочарования в себе и ощущения беспомощности.

Психогенная рвота – заболевание, которое проявляется чувством тошноты и непроизвольным высвобождением содержимого ЖКТ, которое возникает в период нервного потрясения или переживания, и проходит само по себе по мере снижения интенсивности эмоции. Иными словами, данные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта имеют устойчивый приобретенный рефлексорный характер и являются своеобразной реакцией психики пациента на внешнюю среду. В отличие от булимии рвота происходит непреднамеренно. Человек не ставит перед собой цель очистить желудок, чтобы избежать усвоения пищи и набора лишнего веса.

Единичные случаи психогенной рвоты были у 10-15% людей. Регулярно с этой проблемой сталкиваются люди с возбудимой нервной системой. В большинстве случаев это дети, подростки и молодые женщины до 35 лет. Мужчин, среди страдающих этим расстройством, лишь 1/5.

Психогенная утрата аппетита – отсутствие потребности в пище на почве нервных потрясений. Отказ от пищи может быть вызван стрессом, конфликтами в

семье и на работе, потерей близкого человека. Последствием потери аппетита на нервной почве является быстрое истощение организма, утрата физических сил, усугубление эмоционального состояния, развитие депрессии.

При психогенной утрате аппетита, в отличие от анорексии, целью человека не является борьба с лишним весом. Он не считает себя толстым и адекватно воспринимает свое тело.

Диагностика данных заболеваний основывается на наличии вышеперечисленных характерных симптомов и при условии, что у человека отсутствуют заболевания органов пищеварения и прослеживается четкая связь нарушений пищевого поведения со стрессом.

Другие расстройства пищевого поведения

Аллотриофагия имеет и другие названия – извращение вкуса или извращение аппетита. Это пищевое расстройство, при котором у человека появляется склонность лизать или глотать несъедобные или малосъедобные предметы – уголь, мел, монеты.

Извращение вкуса чаще встречается в малообеспеченных и неблагополучных семьях. Ему больше подвержены маленькие дети и беременные женщины. Подобное поведение встречается у психически здоровых людей, а также при психических заболеваниях, таких как: аутизм, умственная отсталость и шизофрения.

Причинами аллотриофагии так же могут быть:

- Психологические травмы – разлука с близкими, патологические отношения с родителями.
- Скука. Эта причина характерна для детей. Установлено, что аллотриофагия встречается у детей, которые испытывают недостаток игрушек и внимания.
- Гормональная перестройка организма во время беременности и в подростковом возрасте.

– Дефицит питательных веществ при неправильном или недостаточном питании. Например поедание грязи может говорить о нехватке в организме железа или древесного угля, поедание мела – о дефиците кальция, мыла – о нехватке цинка.

– Неправильно сформированные представления о съедобном и несъедобном. Причиной могут быть особенности воспитания или культурные традиции.

Извращения аппетита распространенная проблема среди детей до 3-х лет, но чем взрослее становится ребенок, тем реже проявляются извращения вкуса.

Извращение вкуса опасное расстройство, поскольку оно может стать причиной кишечной непроходимости, которая требует срочного хирургического вмешательства. Высок риск механического и химического повреждения полости рта, пищевода, желудка, кишечника. Также есть опасность отравления и заражения паразитами.

Нервная орторексия – одержимость правильным питанием, которая может казаться стремлением к здоровому образу жизни. От стремления к здоровому образу жизни орторексия отличается тем, что ограничения в еде, как и у других расстройств пищевого поведения, приобретают характер навязчивой идеи, а человек винит или наказывает себя за употребление «неправильных» продуктов (причем «правильность» или «неправильность» устанавливает он сам).

Нервная орторексия делает человека равнодушным к вкусовым качествам пищи. Продукты оцениваются исключительно по степени их полезности для здоровья. При этом человек значительно ограничивает перечень потребляемых продуктов, что может привести к нехватке питательных веществ. Пациенты испытывают чувство вины, возникающее при потреблении «вредных» продуктов, хотя на деле, они не несут опасности для здоровья. При нарушении своей «диеты» человек испытывает психологический дискомфорт и сильную тревогу. На нервной почве после потребления непривычных продуктов могут возникнуть тошнота, рвота, боли в животе.

Боязнь «вредных» продуктов может носить вид фобии. В этом случае они вызывают отвращение. Человек не станет потреблять их в пищу, даже если будет голоден, а другой еды нет.

Последствиями орторексии являются: ограничение круга общения и дефицит витаминов и химических элементов. Ограничения в пище могут привести к анемии, авитаминозу, изменениям во внутренних органах.

Причинами нервной орторексии могут являться: склонность к ипохондрии, а правильное питание – попытка предотвратить болезнь. А также невротический склад характера. Развитию орторексии у психически здоровых людей способствуют повышенная внушаемость, щепетильность. Кроме того навязчивое стремление к здоровой пище может быть проявлением невроза навязчивых состояний.

Лечение РПП

При расстройствах пищевого поведения применяется комплексное лечение — психотерапевтические методики в сочетании с назначением психотропных препаратов и симптоматической терапией осложнений.

Фармакотерапия

Лечение антидепрессантами при нервной булимии (НБ) ранее было основано на предположении, что РПП является проявлением депрессивного эпизода. И хотя данная точка зрения впоследствии была опровергнута, факты говорят сами за себя: антидепрессанты доказывают свою эффективность в плацебо-контролируемых исследованиях.

СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), в частности флуоксетин, гораздо эффективнее помогают бороться с перееданием и НБ по сравнению с таблетированным плацебо. И хотя трициклические антидепрессанты также показали свою эффективность при лечении этих заболеваний, они всё же являются неосновными (запасными) средствами лечения. Это связано с более высокой токсичностью данных препаратов по сравнению с СИОЗС.

Однако есть неутешительные данные, согласно которым у большинства пациентов после отмены антидепрессантов возникают рецидивы заболевания. Поэтому при лечении РПП принято использовать комплексный подход, включающий в себя несколько видов психотерапии и двух- и трёхэтапное лекарственное сопровождение.

При нервной анорексии показал свою эффективность атипичный нейрорептик оланзапин. Он не только способствует набору веса, но и снижает уровень навязчивых идей, связанных с приёмом пищи и очищением ЖКТ. Пищевые добавки с препаратом цинка также являются достаточно действенными средствами при РПП.

Психотерапия

Методом выбора при лечении РПП является адаптированный вариант когнитивноповеденческой терапии (КПТ). Данный способ основывается на отслеживании негативных мыслей пациента, связанных с РПП, борьбе с ними и замене на конструктивное и положительное восприятие.

Так как человек нередко сталкивается с требованиями культуры «быть стройным», некоторые женщины начинают придавать избыточное значение массе собственного тела и фигуре. Как правило, начинается все с жёсткой диеты, не учитывающей последствий ограничения в еде. В результате многократно возрастает уязвимость к эмоциональным перепадам, импульсивности. За этим следуют приступы переедания, а всевозможные способы опорожнения ЖКТ являются попытками скомпенсировать последствия импульсивного переедания.

Очищение ЖКТ снижает тревожность по поводу потенциальной прибавки в массе тела и лишает чувства насыщения, которое регулирует приём пищи. Переедание, а вслед за этим очищение ЖКТ вызывает стрессовую реакцию, которая увеличивает самокритику, что, в свою очередь, провоцирует дальнейшее ограничение себя в еде и следующего за ним переедания.

После неоднократного повторения такого цикла переедание становится фактором, отвлекающим от источников стресса. Таким образом, по принципу негативного подкрепления, переедание «фундаментализирует» этот

патологический круг. Для того, чтобы прервать его, необходимо помочь пациенту осознать зависимость самооценки от фигуры, размеров тела и/или веса. Для этого необходимо отслеживать мысли, возникающие при потреблении пищи, а также ситуации, провоцирующие негативные привычки в питании.

Госпитализация в психиатрический стационар

Применяется, в тяжёлых случаях нервной анорексии. Как правило, поводом становится отсутствие возможности выстроить полноценные терапевтические отношения с родственниками пациента и/или физическое истощение больного.

Лечение проводится в несколько этапов:

1 этап – длится около 2-3 недель. Рекомендован постельный режим. Диета начинается с приема пищи, в 500 калорий, разбитая на 6 порций, так как резкое увеличение калорийности может привести к перегрузке желудочно-кишечного тракта. Важно не давать пациенту срыгивать после еды. Постепенно калорийность пищи увеличивают. После того как пациент набирает 2-3 килограмма переходят на следующий этап.

2 этап – продолжается около 7-9 недель. Продолжается 7-9 недель, больных, переводят с постельного режима в полупостельный, а потом и в обычный. Используют вспомогательную терапию транквилизаторами. После перехода на данный этап проводят психотерапию.

Пациенты, страдающие РПП имеют различные нарушения, которые являются обратимыми при комплексном подходе к лечению. Лечение должны контролировать предпочтительно психотерапевт, психиатр и диетолог. Отмечается, что при лечении расстройств пищевого поведения могут применяться диетотерапия (которая назначается строго индивидуально), витаминотерапия, курс лечения внутренних органов (если присутствуют соответствующие осложнения РПП)

Окончательная цель для пациента — это принять себя таким, какой есть, и вести физически и эмоционально здоровую жизнь. Восстановление физического и психологического здоровья, вероятно, займет очень много времени, и результаты будут постепенными. Терпение — важная часть процесса восстановления.

Положительное отношение вместе с большим усилием пациента — это другой составной компонент успешного восстановления.

Заключение

Число людей, подверженных анорексии и булимии растет: худоба становится навязчивой национальной идеей. Люди стремятся сбросить как можно больше килограммов и в результате доходят до опасной грани. В средствах массовой информации встречается множество материалов о расстройствах пищевого поведения. Одна из-за причин роста общественного интереса - трагический итог, который могут иметь эти заболевания. Серьезную озабоченность также вызывает распространенность подобных проблем среди девочек-подростков и молодых женщин.

Освещение данных расстройств в СМИ дает возможность людям, столкнувшимся с РПП, понять, что они не одни. Что существует реальная помощь. Для родственников больных знание о причинах и симптомах РПП дает шанс заметить у своих родных заболевание на начальных этапах. Когда заболевание только начинает прогрессировать, есть большой шанс возвращения «нормальных» отношений с едой. На поздних этапах, к сожалению, помимо психических проблем, присоединяются нарушения в работе всех органов, и наступает самый страшный итог — смерть.

При этом очевидно, что лишь малая часть больных расстройствами пищевого поведения обращается за помощью к психиатрам. Многие из заболевших пытаются справиться самостоятельно. В обществе нервная анорексия и нервная булимия представляются скорее болезнями тела, а не психики: все кажется возможным просто исправить лишь возвращением к правильному питанию. В результате лица, склонные к РПП (с высокой вероятностью наличия РПП), пытаясь обходиться без квалифицированной психиатрической помощи, весьма сложно функционируют в обществе. Родные и близкие лиц, склонных к РПП, стараются оказать им помощь, но при этом не понимают сути проблемы, зачастую считая серьезнейшее заболевание проявлением капризов или дурного

характера, убежденные, что все зависит лишь от силы воли и желания. При этом у лиц, склонных к РПП, до обращения за психиатрической помощью, постепенно нарушаются межличностные отношения и в семье, и с друзьями, появляются трудности в учебе и работы, в выполнение повседневных дел, что происходит из-за особенностей течения РПП, которое затрагивает их психологическое функционирование.

По статистике каждый день 23 человека в мире умирают от РПП (в реальности эта статистика выше, поскольку в России смерть от РПП не констатируется, а фиксируется как смерть от других причин). Подросток, страдающий от РПП, имеет в 57 раз более высокий шанс погибнуть от суицида, чем его сверстник. Каждые 62 минуты в мире кто-то умирает вследствие РПП.

Таким образом, расстройства пищевого поведения являются гораздо более страшной проблемой, чем кажется. Это не просто «погоня» стройной талией, а целый комплекс психологических проблем, с которыми справится самостоятельно просто невозможно. До сих пор до конца не изучены причины возникновения расстройств пищевого поведения, а из-за отсутствия разработанной терапии рецидивы анорексии после лечения случаются у 32% больных. Самыми опасными являются первые полгода, когда у больных высок соблазн отказаться от еды и вернуться к старым привычкам и прежнему образу мышления. Также есть риск, что в попытке заглушить аппетит такие люди пристрастятся к алкоголю или употреблению наркотиков. Именно поэтому сами больные должны придерживаться рекомендаций врача: регулярный прием медикаментов, отказ от любых видов диет, избегание стрессовых ситуаций и т.д. А родные должны уделять больным максимум внимания, проявить терпение и попытаться наполнить их жизнь новыми впечатлениями.

Список литературы:

1. Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г.
2. Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
3. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. 2019 г.
4. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Булимический вариант нервной анорексии. Вопросы диагностики и лечения психических заболеваний. 2020 г.
5. Марилов В.В. Роль психотерапии в комплексном лечении больных нервной анорексией. 2018 г.
6. Марилов В. В. Особенности и диагностические критерии нервной булимии. Журн. невропат. и психиатрии 2019 г.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Вивсар Роман Богданович
(ФИО ординатора)

Тема реферата «Расстройство пищевого поведения»

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	—
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	С/С
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4/хорошо

Дата: 10 » марта 2022 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Вивсар Р.Б.