

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: доцент, д.м.н. Березовская М.А.

Реферат

На тему: «Патология влечений: расстройства пищевого влечения»

Выполнила: Бондарева А.С.

Красноярск 2021 г

Содержание:

1. Введение
2. Актуальность
3. Основная часть:
 - 3.1. Определение и клиническая картина расстройства
 - 3.2. Общие принципы терапии расстройств пищевого влечения
 - 3.3. Фармакотерапия частных расстройств пищевого влечения
4. Заключение
5. Список литературы

Содержание:

- 1. Введение
- 2. Актуальность
- 3. Исходная часть
- 4. Актуальность и практическая значимость работы
- 5. Методы: теоретический анализ, сравнительный анализ, статистический анализ
- 6. Описание структуры работы, постановка задачи
- 7. Заключение
- 8. Список литературы

Введение

В настоящее время расстройства пищевого влечения рассматривают как широкий спектр проявлений в рамках континуума между нервной анорексией и нервной булимией, в качестве дополнительной категории выделяют компульсивное переедание, психогенное переедание, а также ряд других расстройств. Любая патология пищевого влечения представляет собой биопсихосоциальное расстройство. Как отмечают многие исследователи, за последние несколько десятилетий распространенность нарушений пищевого влечения резко возросла. Причины подобного роста не до конца изучены, но распространенность данных расстройств и отсутствие достаточной ясности в вопросах его диагностики и лечения обуславливает необходимость изучения данного состояния.

Актуальность

Социальная направленность и частота встречаемости расстройств пищевого влечения у лиц разного возраста, при этом, тяжесть его диагностики и лечения его проявлений на современном этапе, обуславливают актуальность изучения и диагностики данного состояния.

Определение и клиническая картина синдрома

Расстройства пищевого влечения – это класс психогенно обусловленных поведенческих синдромов, связанных с нарушениями в приёме пищи. В первую очередь необходимо ознакомиться с ключевыми понятиями расстройства, вводя понятие «пищевое поведение». Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2005). Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы влечения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Пищевое поведение оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное (отклоняющееся) в зависимости от множества параметров, в частности – от места, которое занимает процесс приема пищи в иерархии ценностей человека, от количественных и качественных показателей питания. На выработку стереотипов пищевого влечения, особенно в период стресса, существенное влияние оказывают этнокультурные факторы. Особенности пищевого влечения человека, в отличие от животных, является усложнение организации пищедобывательного процесса и ритуала приема пищи. Повышается роль психологических факторов в регуляции чувства голода, возникает возможность управления пищевым поведением (отказ от приема пищи по религиозным мотивам, в знак протеста, с лечебной целью, в связи с боязнью ожирения и т.п.).

Усиление пищевого влечения может носить физиологический характер, например, у детей в период роста, при физическом истощении, у реконвалесцентов после острых инфекционных заболеваний, при приеме алкоголя и так далее. В психиатрической клинике нередко наблюдается патологическое усиление пищевого влечения (чувства голода, аппетита). В случаях резкого усиления его появляется неразборчивость в выборе пищевых объектов, нарушается ритуал приема пищи (больной не моет руки перед едой, ест стоя, руками, идет с пищей в туалет), пища поглощается в больших количествах – полифагия. Выделяются две разновидности полифагии: булимия и ситомания.

Характерной особенностью булимии является прожорливость, при которой отсутствует ощущение насыщения (сытости). Обычно булимия сопровождается неприятными ощущениями тяжести и боли в эпигастральной области. Жадное проглатывание непрожеванной пищи иногда приводит к

асфиксии из-за сдавления трахеи или попадания в нее пищи. Булимия относится к группе компульсивных влечений с сильнейшим стремлением к их удовлетворению.

Наиболее часто булимия встречается при органических заболеваниях головного мозга (с поражением переднелимбической области, лобной доли), при сенильной деменции, прогрессивном параличе, опухолях диэнцефальной и лобной локализации, при шизофрении (в дефектном состоянии), при олигофрении, истерии, а также – при гипертиреозе, в дебюте диабета (вместе с полидипсией и полиурией и похуданием), при алиментарной дистрофии, приеме глюкокортикоидов, при гашишном и некоторых других видах опьянения.

Булимия может быть предвестником диэнцефальных припадков (Маркелов Г.И., 1948), аурой судорожных и бессудорожных припадков. В таких случаях степень выраженности булимии бывает различной, нередко отмечается сочетание булимии с полидипсией или чередование ее с анорексией. Прием пищи (хлеба, сладкого, горячей жидкости) может иногда купировать начинающийся припадок (Гринштейн А.М., 1925; Вайнберг И.С., 1941). Булимия в ряде случаев наблюдается в структуре общевегетативных самостоятельных диэнцефальных бессудорожных пароксизмов и в постприпадочном периоде. При синдроме Клейне-Левина (Kleine W., 1925; Levin M., 1936) булимия сочетается с пароксизмами патологической сонливости (гиперсомнии).

Патологическое усиление аппетита при маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза и маниакальных синдромах другой этиологии не достигает уровня булимии. Повышение аппетита и чувства голода в ряде случаев тесно спаяно с возникновением психического дискомфорта, фрустрации и является своеобразной реакцией на них. Это наблюдается при неврастении, истерии, астенической и истерической акцентуациях и психопатиях и в ряде случаев приводит к чрезмерному ожирению. У некоторых больных с невротическими расстройствами наблюдаются приступы повышенного аппетита, голода, сходные с булимией, но с быстрой насыщаемостью. Периодическое пищевое возбуждение отмечается при олигофрении и органических церебральных заболеваниях.

При разграничении булимии от усиления чувства голода при язвенной болезни желудка, при гипогликемических кризах, гиперпродукции инсулина следует учитывать характерные для булимии неутолимость, невозможность насыщения при нормальном содержании сахара в крови и отсутствие

соматических расстройств. Усиление чувства голода при длительном полном или частичном голодании может быть причиной возбуждения при виде пищи, появления ярких стереотипных сновидений с пищевой тематикой, доминирующих представлений с «видением» пищи, сверхценных и навязчивых идей пищевого содержания. Обычно при этом возникает стремление к запасанию большого количества продуктов. Описаны «голодные» психозы, протекающие с гипнагогическими и гипнопомпическими галлюцинациями пищевого содержания и таковыми же кататимными галлюцинациями наяву, с нарушением влечений по типу булимии, парарексий, вплоть до каннибализма.

Длительное неудовлетворение пищевого влечения может приводить к невротическим нарушениям, к обратимым и необратимым изменениям личности. При этом играют роль не только сам перенесенный в прошлом голод, но и страх перед голодом («травматическое» влияние страха).

Ситомания (Magnan V., 1885) – невозможность насыщения, отсутствие ощущения сытости. В отличие от булимии, ситомания не сопровождается повышением аппетита и чувства голода. Наблюдается ситомания при олигофрении (идиотия), различных видах деменции, органическом поражении головного мозга.

Стойкое ослабление или отсутствие пищевого влечения (аппетита, голода) без патологии пищеварительного аппарата называется анорексия, афагия (Lasegue E.Ch., 1873). В некоторых случаях анорексия чередуется с непродолжительными периодами булимии. Ослабление пищевого влечения может быть явлением временным и обратимым при острых соматических заболеваниях с гипертермией, при интоксикациях (токсикоз беременности, похмельное состояние и др.), при применении некоторых лекарственных препаратов (антибиотики, ПАСК и др.). Более стойкий характер имеет анорексия при хронических соматических заболеваниях, при туберкулезе, при некоторых клинических вариантах старческой и атеросклеротической деменции, при опухолях и другой очаговой патологии с локализацией в таламических, гипоталамических, амигдалярных отделах мозга, при диэнцефальных синдромах, диэнцефальной эпилепсии, при кахексии. При выраженной кахексии наблюдается полное отсутствие аппетита, чувства голода, возникновение отвращения к мясной пище. Анорексия может наблюдаться у детей до 1 года вследствие функционального недоразвития мозговой коры.

Существует несколько клинических форм анорексий. При нервной анорексии, истерической анорексии, наблюдающейся преимущественно у молодых женщин, ослабление аппетита и чувства голода связано с первичным желанием похудеть, с дисморфоманией, нарушением «образа тела». Сочетается она с исхуданием (до кахексии), олиго- и аменорреей. Нервную анорексию, доходящую до кахексии, необходимо дифференцировать с гипотизарной кахексией (болезнью Симмондса), при которой аменоррея, адинамия и истощение предшествуют анорексии, имеют место изменения турецкого седла на рентгенограммах и так далее. Помогают дифференциальной диагностике выявление истерических особенностей преморбидной личности больных с нервной анорексией, а также эффективность психотерапии. В некоторых случаях нервной анорексии возникает необходимость дифференциальной диагностики с манифестом шизофрении и с депрессивной фазой маниакально-депрессивного психоза. Эмоциональная анорексия характеризуется отказами от пищи или избирательным к ней отношением, нередко сопровождающихся рвотой. Наблюдается при насильственном перекармливании детей, при невропатии, у тревожных лиц с утренней рвотой, являющейся невротической реакцией на неприятные или непосильные требования к ним. Психическая анорексия – представляет собой одно из проявлений витальных, базисных расстройств в структуре депрессивных синдромов различной этиологии. Чаще психическая анорексия встречается при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, реже при инволюционной, шизофренической, сосудистой и некоторых других видах депрессии. Алкогольная анорексия (Соловьев А.С., 1966) наблюдается в состоянии алкогольной абстиненции и при некоторых вариантах алкогольного опьянения. Анорексия может возникать и при наркоманических опьянениях (опийно-морфинное и др.) и абстиненциях.

Отказ от пищи при сохранении ощущения голода – ситофобия (фагофобия) может быть следствием галлюцинаций (особенно вкусовых и обонятельных, императивных слуховых), бредовых идей (отравления, самообвинения, греховности). Наблюдается ситофобия также при депрессии, ступоре, вследствие негативизма, при истерии (демонстративный отказ от пищи).

Патологическое извращение пищевого влечения – парарексия (дисфагия, пика) проявляется в стремлении к поеданию несъедобных объектов (мела, извести, угля, земли, волос, песка, бумаги, металлических обломков, кала и т.п.). При этом нет патологии непосредственно вкусового анализатора. Наблюдается парарексия при различных эндокринопатиях, климаксе, шизофрении, деменции, истерии, мазохизме. Геофагия (Heusinger, 1852) -

влечение к поеданию земли. Встречается при психопатиях, шизофрении, циркулярной депрессии. Описана при истерии (Бернштейн А.Н., 1895), у лиц с запойным пьянством (Чарнецкий, 1904; Андрейчиков С.Н., 1937). Извращение пищевого влечения со стремлением к поеданием кала, нечистот, веществ с неприятным запахом – копрофагия – нередко встречается при шизофрении. Однако этот вид парарексии может быть и при других заболеваниях, например, при копролагии, как одном из проявлений мазохизма, когда, кроме патологического влечения к манипулированию экскрементами сексуального партнера, наблюдается и влечение к их поеданию. Влечение к пище может носить нелепый вычурный, причудливый характер, обусловленный наличием сверхценных или бредовых идей со стремлением к выполнению определенного вида ритуалов приема пищи, созданием вычурных фабул, «объясняющих» эти ритуалы.

Лишь условно к парарексии можно отнести так называемые пищевые прихоти, наблюдающиеся при беременности, бурном росте в пубертатном периоде. Появляющееся стремление к поеданию мела, извести, некоторых видов глины обусловлено в этих случаях симптомом частичного голодания (нехваткой в организме солей кальция и др.). Парарексия может сочетаться с полифагией и с расстройством чувства жажды (парадипсией).

Патологическое неутолимое усиление жажды – полидипсия – проявляется в потреблении большого количества жидкости. Полидипсия может быть проявлением поражения гипоталамо-гипофизарной области и тогда она сочетается с нарушением формулы сна, гиперсомнией, иногда с бессонницей, аменореей, импотенцией, склонностью к ожирению. У детей, наряду с полидипсией, обнаруживаются признаки различной выраженности полового и общего физического недоразвития. Также, как и булимия, полидипсия может быть предвестником диэнцефальных припадков, аурой судорожных и бессудорожных припадков, наблюдаться в структуре общевегетативных самостоятельных диэнцефальных бессудорожных пароксизмов, в послеприпадочном периоде. Прием жидкости иногда купирует начинающийся припадок. Полидипсия может быть психогенно обусловленной, связанной с бредом, входить в структуру маниакальных синдромов различной этиологии.

Полидипсию необходимо отличать от простой жажды, обусловленной соматической патологией: у больных в лихорадочном состоянии, при сахарном диабете (в его дебюте, наряду с повышением аппетита, полиурией и потерей в весе), при алкогольном и гашишном опьянении, при профузном

поносе, длительной рвоте, при поражении почек и надпочечников, при обильном потоотделении.

Адипсия – отсутствие чувства жажды или ослабление этого чувства (олигодипсия) сопровождаются уменьшением потребления жидкостей. Наблюдаются при энцефалитах, диэнцефальном синдроме различной этиологии (может сочетаться с анорексией, чередоваться с полидипсией и булимией), при диэнцефальной эпилепсии. Олигодипсия может входить в структуру депрессивного синдрома различной этиологии (маниакально-депрессивного психоза, инволюционной меланхолии и др.).

При длительном лишении воды также, как и при голоде, могут возникать кататимные галлюцинации с «видением» воды, яркие стереотипные сновидения с гигрической тематикой, такого же содержания сверхценные и навязчивые идеи, парадипсии (прием жидкостей непитьевого характера).

Общие принципы лечения расстройств пищевого влечения

Лечение пациентов с нарушениями пищевого влечения должно быть основано на совместных действиях лечащего врача соматического профиля, психиатра, психотерапевта и диетолога. В нашей стране достаточно редко можно увидеть слаженную работу всех специалистов, поскольку зачастую предпочтение отдается «этапной» схеме – от нормализации соматического состояния в соматическом стационаре с дальнейшим переходом под контроль психиатра и психотерапевта в соответствующих лечебных учреждениях.

Прежде всего, перед лечащим врачом пациента с расстройством пищевого влечения встает вопрос о необходимости госпитализации. Это решение должно быть основано на совокупности психических и соматических факторов, включая настоящую массу тела и ее продолжающееся снижение, выраженные нарушения витальных функций и сопутствующую психиатрическую патологию. Сам по себе дефицит массы тела не может служить облигатным показанием для госпитализации или выписки пациента из стационара. Пациенту необходимо не только набрать вес, но и сохранить его до выписки и после нее, поскольку при отсутствии должной мотивации высок риск рецидива заболевания и возвращения к прежним пищевым привычкам сразу после выписки. Это особенно актуально для пациентов с нервной анорексией, которых порой характеризует своеобразная «амбивалентность» по отношению к своей болезни.

Часто пациенты рассматривают патологию пищевого влечения и как часть своей индивидуальности, и как болезнь. Иными словами, нарушения пищевого влечения, в отличие от большинства психических расстройств,

вызывают положительные эмоции у их носителей. Многие нездоровые пищевые принципы функционируют в контексте системы убеждений пациента, позволяя им чувствовать себя особенными, приобретать иллюзию контроля и защищенности. Тем не менее, большинством исследователей допускается терапия нервной анорексии и нервной булимии в амбулаторных условиях с учетом контроля за их посещением психотерапевтических сессий и выполнением всех условий лечения. Недобровольная госпитализация при расстройствах пищевого влечения необходима при категорическом отказе пациента от лечения, когда его состояние представляет серьезную угрозу для жизни, в том числе из-за суицидальных тенденций. Учитывая высокий уровень летальности при данной категории расстройств вследствие соматических причин и значительного числа самоубийств, стационарное лечение при подобных рисках должно быть начато незамедлительно. Очевидно, что непосредственные мероприятия по лечению как нервной анорексии, так и нервной булимии должны быть направлены на нормализацию питания и восстановление здорового отношения к пище. Лучшие результаты по нормализации пищевого влечения наблюдаются при восстановлении веса по мере вовлечения пациента в индивидуальную и семейную психотерапию; при этом необходимо помнить, что эффективная психотерапия затруднительна, если пациент находится в режиме голодания.

Немаловажной частью восстановления здорового отношения к пище может стать ведение пациентами пищевого дневника, контроль за которым должен осуществляться диетологом, либо, при его отсутствии, остальными врачами.

Фармакотерапия частных расстройств пищевого влечения

Наиболее часто в лечении расстройств пищевого влечения, в частности, применяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). В исследовании по фармакотерапии нервной анорексии за период между 1997 и 2009 годы, в котором приняли участие более 500 женщин в исследовательском центре Массачусетса, почти 83% всех пациентов, получавших антидепрессанты, принимали именно СИОЗС. Однако при их назначении необходимо помнить, что достаточно часто прием СИОЗС сопровождается такими побочными эффектами, как тошнота, головная боль, и, по ряду данных, уменьшение минеральной плотности костей, обычно при сроках приема препарата свыше 6 месяцев, что особенно актуально в свете нарушений костно-минерального обмена у пациентов с анорексией в рамках основного заболевания.

Остановимся на психофармакотерапии нервной анорексии. Несмотря на частоту сопутствующих депрессий, тревожного и обсессивно-компульсивного расстройств при нервной анорексии, антидепрессанты нельзя назвать достаточно эффективной группой препаратов в терапии

анорексии; в последние годы их влияние даже на коморбидную депрессию ставится под сомнение. Применение антипсихотиков в терапии нервной анорексии вызывает бурную полемику. В нескольких исследованиях с немногочисленной выборкой пациентов авторами было отмечено влияние сульпирида на увеличение массы тела у пациентов с анорексией, однако никаких изменений со стороны влечения отмечено не было, и общий терапевтический эффект не достигал уровня статистической значимости. С появлением нейролептиков второго поколения, которые лучше переносились пациентами, появилась заинтересованность в их применении при лечении расстройств пищевого влечения в целом и нервной анорексии в частности; не последним аргументом в данном вопросе явилась способность атипичных препаратов влиять на динамику веса. Кроме того, учитывая нейробиологические особенности анорексии, связанные с изменением не только серотониновых, но и дофаминовых путей в головном мозге, антидофаминэргическая активность этих препаратов может более эффективно способствовать редукции психопатологической симптоматики. Немало работ посвящено возможностям применения оланзапина в комплексной терапии пациентов с анорексией. Ряд исследований продемонстрировали эффективность оланзапина в качестве средства аугментации терапии у взрослых пациентов, указывая на нестабильное влияние в отношении собственно повышения веса, однако довольно выраженный положительный эффект на симптомы депрессии и обсессивно-компульсивные проявления. Международное общество по биологической психиатрии (WFSBP) указывает, что основной эффект оланзапина у пациентов с анорексией заключается во влиянии на динамику массы тела (доказательность класса B), в то время как остальные антипсихотики второй генерации имеют еще более низкий уровень доказательности. Данные по применению кветиапина в терапии анорексии довольно противоречивы; рисперидон не зарекомендовал себя как эффективный препарат в отношении лечения данного расстройства.

В последние годы все больше работ посвящается роли агонистов дофамина в терапии анорексии и, в частности, арипипразола как препарата, обладающего частичным агонизмом к дофаминовым рецепторам мезокортикального пути. До настоящего времени изучению эффективности сочетанного применению СИОЗС и атипичных нейролептиков у пациентов с расстройствами пищевого влечения посвящено лишь незначительное количество исследований. Антипсихотики второго поколения широко используются для аугментации в случаях тяжелых депрессий и обсессивных симптомов. В работе E.Marzola и соавт. показано, что специфического влияния на симптоматику анорексии нейролептики второго поколения не

оказывают, однако являются препаратами выбора в случаях недостаточного ответа на СИОЗС либо в случаях выраженной тревоги или депрессии.

Если говорить о фармакотерапии нервной булимии, то большинство исследований медикаментозной терапии касаются использования антидепрессантов, в частности, СИОЗС. Флуоксетин как представитель этого класса препаратов является единственным средством, рекомендуемым FDA для лечения нервной булимии. Его эффективность в дозе 60 мг/сут сроком не менее 4 недель подтверждена многочисленными исследованиями. Имеются данные о положительном влиянии на редукцию булимической симптоматики циталопрама. Мало уступая по эффективности флуоксетину, он несколько лучше купировал депрессивные расстройства, тогда как флуоксетин оказался более действенным в отношении направленных на себя эмоций гнева («introjected, expressed-in anger»). В некоторых исследованиях сообщается об эффективности и хорошей переносимости сертралина и флувоксамина в уменьшении эпизодов переедания. Дулоксетин, как представитель класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, также рассматривается в последние годы как эффективный в отношении нервной булимии препарат, особенно в случаях длительного течения заболевания, резистентного к традиционной терапии, а также при его коморбидности с тревожным или обсессивно-компульсивным расстройством. Достаточный терапевтический эффект дулоксетина описан при средних дозах 60 мг/сут.; есть также сведения об успешном лечении нервной анорексии очистительного типа с сопутствующей тяжелой депрессией и обсессивно-компульсивными проявлениями на дозировке 180 мг/сут., однако применение столь высоких доз антидепрессанта сопряжено с определенными рисками. Все возрастающую роль в терапии пищевых расстройств и нервной булимии занимают нормотимики. Имеются указания на положительное влияние карбамазепина и препаратов вальпроевой кислоты на течение нервной булимии, особенно при выраженных колебаниях настроения

Заключение

В заключение нужно сказать, что расстройства пищевого влечения – это группа часто встречаемых и сложно диагностируемых психически расстройств, во многих случаях тяжело поддающихся лечению как терапевтическими, так и медикаментозными методами, при этом, приводящее к существенному снижению качества жизни. Исследования показывают, что, в зрелом возрасте, ни фармакотерапия, ни психосоциальные вмешательства не являются достаточно эффективными; более того, высока вероятность рецидива – до 50% взрослых пациентов требуют повторной госпитализации в течение года. При этом, смертность среди молодых женщин по меньшей мере в 6 раз превышает ожидаемую смертность для их

возраста, оставаясь самой высокой среди всех психических расстройств; вероятность смерти возрастает с увеличением продолжительности болезни. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения и пристального внимания к данным состояниям в клинической практике врача-психиатра.

Список литературы:

1. Основы диагностики психических расстройств. Руководство для врачей Антропов Ю. А., Антропов А. Ю., Незнанов Н. Г. / Под ред. Ю.А. Антропова. 2010. - 384 с.
2. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Антонова А.А., Бачило Е.В., Деева М.А., Сизов С.В., Гусева М.А. Диагностика и терапия расстройств пищевого влечения: мультидисциплинарный подход Издание: Социальная и клиническая психиатрия. Год 2018.-N 1.-С.50-57. Библ. 62 назв.
3. Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 608 с. ISBN 978-5-9986-0243-6
4. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с. ISBN 978-5-9704-4017-9
5. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого влечения. – М.: 2016. – 516 с
6. Исследование особенностей личности пациентов с пищевыми расстройствами. Емельянова М., Бутцинова Д. Скиф. Вопросы студенческой науки. 2018. № 11 (27). С. 57-60.