



КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ

Нервная анорексия

Сосламбекова Жанета Абубакаровна
Межидова Медина Джамхановна

Краснодар
2019 г.

Нервная анорексия – психическое расстройство, характеризующееся неприятием пациентом своего телесного образа и выраженным стремлением к его коррекции при помощи ограничений в приеме пищи, создания препятствий для ее усвоения или стимулирования метаболизма.

Частота нервной анорексии среди женщин составляет примерно 0,5%, а смертность от этого расстройства достигает 5-17%. Нервную анорексию регистрируют у пациентов обоих полов и разного возраста. Однако наиболее уязвимой группой являются женщины в возрасте от 15 до 20 лет, на долю которых приходится около 40% всех больных



Этиология НА

В основе развития нервной анорексии лежат **психологические**, **социальные**, **культурные факторы**:

Низкая самооценка,

Неудовлетворенность собственным телом ,

Искаженные представления об «идеальной фигуре»,

Нарушенные детско-родительские отношения.

Специальные расчеты показывают, что наличие риска по этому заболеванию в большей части случаев определяется наследственным и факторами.



Диагностические критерии НА

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра выделены следующие диагностические критерии нервной анорексии

1. Масса тела равна ожидаемому значению или меньше его на 15%, а индекс массы тела составляет 17,5 или ниже. Для больных в пубертатном возрасте необходимо сделать коррекцию на то, что в период роста пациент не в состоянии набрать необходимый вес.



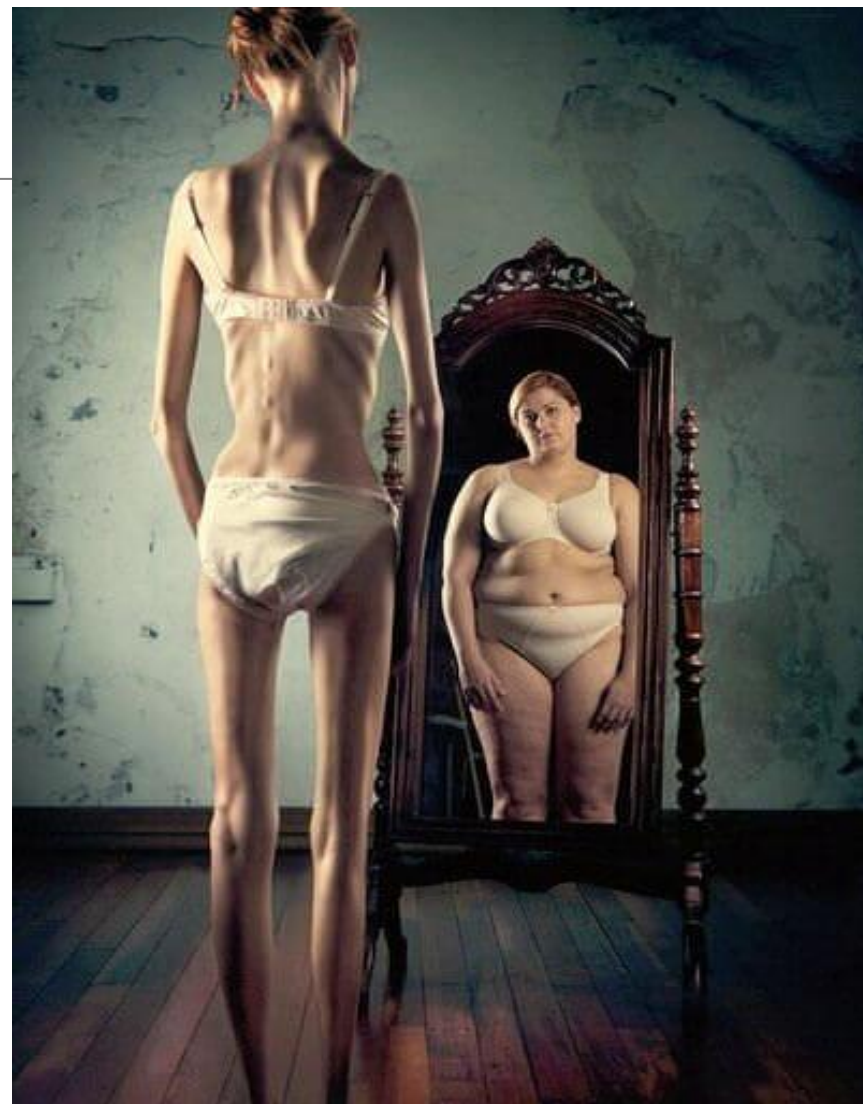
Диагностические критерии НА

2. Потеря массы тела вызывается самим пациентом за счет ограничения приема пищи, индуцирования рвоты, приема слабительных средств, препаратов, подавляющих аппетит, и/или диуретиков, а также чрезмерных физических упражнений.



Диагностические критерии НА

3. Искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую окраску, при которой сохраняется сильный страх перед избыточным весом. Как следствие пациент считает допустимой для себя лишь низкую массу тела.



Диагностические критерии НА

4. Наличие эндокринных нарушений, в том числе дисфункций гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, проявляющихся у женщин аменореей (исключение: вагинальные кровотечения на фоне заместительной гормональной терапии), у мужчин – потерей полового влечения и потенции. Могут отмечаться повышение уровней соматотропного гормона и кортизола, изменение периферического метаболизма тиреоидных гормонов, а также аномалии секреции инсулина.

Диагностические критерии НА



5. В пубертатном возрасте возможна задержка полового созревания (прекращение роста тела, недоразвитие грудных желез и первичная аменорея у девочек, ювенильность гениталий у мальчиков). При выздоровлении пубертатный период может завершаться нормально, но менархе наступает поздно.

Структура психопатологических нарушений при НА

Нарушения поведения:

- пищевые ограничения
- увеличение физической нагрузки
- действия, направленные на затруднение метаболизма
- дисфункциональные межличностные отношения
- пищевые эксцессы

Нарушения личности и самосознания:

- дисморфомания
- нарушения идентичности

Нарушения в потребностно- волевой сфере:

- аномалии инстинктивных и психосоциальных потребностей – в пище, контроле, близости, безопасности
- трансформация агрессивных и сексуальных побуждений

Нарушения мышления и восприятия:

- сверхценные и обсессивные образования
- перфекционизм
- смещение оценок
- нарушение телесного чувства

Нарушения эмоциональной регуляции:

- тревожные, депрессивные и дисфорические состояния
- эмоциональная неустойчивость

Дифференциальная диагностика

Нервную анорексию необходимо различать с другими психическими расстройствами, в первую очередь с депрессией, которая может сопровождаться отказом от еды, резким снижением массы тела и эндокринными нарушениями. Однако при депрессии отсутствуют искажение образа тела, форсированная рвота и стремление к чрезмерным физическим упражнениям. У пациентов с депрессией, как правило, сохраняется стремление преодолеть отсутствие аппетита, тошноту и запоры. Нервная анорексия нередко сочетается с большой депрессией и тревожными расстройствами. Симптоматика этого заболевания может встречаться при шизофрении и шизотипическом расстройстве.

Анорексия часто развивается на фоне нарушений индивидуального развития и расстройств личности, которые могут существенно ухудшать прогноз общего состояния. Дифференциация этого состояния осуществляется на основании изучения анамнеза и особенностей клинической картины, при этом большое значение имеют причины психосоциальной декомпенсации, наличие бредовых идей, галлюцинаций, сложная динамика индивидуального психологического развития, фазность и выраженность аффективных нарушений. Важно также иметь в виду, что многие из перечисленных расстройств имеют с нервной анорексией ряд общих звеньев патогенеза. В таких случаях оправдан диагноз сочетанного расстройства. Например, при шизофрении нервная анорексия может рассматриваться как дополнительный или сопутствующий синдром.

Лечение

Основные принципы

мультидисциплинарный подход, направленный на

- восстановление физического здоровья (нормализация массы тела, устранение последствий голодания, восстановление регуляторного менструального цикла);
- формирование правильного пищевого поведения;
- коррекцию искаженных представлений о массе тела и телосложении;
- устранение сопутствующих психических расстройств: депрессия, тревога, обсессивно-компульсивное расстройство и др.;
- индивидуальную, групповую и семейную психотерапию

Лечение

В стационаре?
Амбулаторно?

Лечение

Показания для стационарного лечения больных

- Значительная и в особенности быстрая потеря веса: индекс массы тела менее 14, потеря веса более чем на 30 % за 6 мес, ниже 75% от нормальной массы тела.
- Упорный отказ от приема пищи.
- Выраженные нарушения памяти, внимания и мышления.
- Суицидальные мысли.
- Тяжелая депрессия.
- Необходимость контроля за процессом питания (исключение строгой диет, эпизодов переедания и использования приемов «очищения»: провокации рвоты, прием слабительных и мочегонных).
- Выраженные соматические нарушения: значительные нарушения электролитного обмена, серьезные сердечно-сосудистые нарушения, гипертермия (менее 36 гр), дегидратация.

Лечение

Лечение в психиатрическом стационаре:

I этап, неспецифический, направленный на улучшение соматического состояния (терапия одинакова для всех больных независимо от нозологической принадлежности нервной анорексии)

II этап — специфическое лечение — предусматривает лечение основного заболевания.

Лечение

I этап(1—3 нед)

Цель первого этапа терапии — приостановить похудание, ликвидировать угрозу для жизни, вывести больного из состояния кахексии.

- Витаминотерапия
- Диетотерапия

Лечение

Витаминотерапия:

ТИАМИН

22мг в сутки в течение 20-40 дней

КАРНИТИН (=витамин В)

от 0,75 до 1,5 г в сутки с продолжительностью курса лечения до 60 дней

КОБАМАМИД

амбулаторно — по 0,0005 г 3 раза в день (продолжительность — до 1/2 мес).

Стационарно в/м инъекции — ежедневно по 1 мл в течение 1/2 мес (первый курс лечения) и повторный курс лечения — через 3—4 мес.

Лечение

Диетотерапия:

- Дробность
- Жидкая пища
- Легкоусвояемая
- Изокалорийные смеси с невысокой осмолярностью
- Постепенно повышение энергетической ценности
- Контроль за пациентом ,выработка правильного пищевого поведения
- 45-50 ккал/кг с увеличением на 100(прибавка 500г-1500 в неделю)+ограничение физ. активности

клинические рекомендации

Рекомендации	AUS	DEN	FR	GER	NETH	SP	UK	US	WFSPB
Организация лечения									
Лечение первой линии: амбулаторно	+	NR	+	+	+	+	+	+	NR
Критерии для дневного стационара	NR	NR	☑	☑	NR	☑	☑	☑	NR
Критерий для госпитализации в стационар	☑	NR	☑	☑	☑	☑	☑	☑	NR
Критерий для выписки из стационара	☑	☑	☑	☑	NR	☑	☑	☑	NR
Информация о принудительном лечении	NR	NR	☑	☑	☑	☑	☑	☑	NR
Особенности лечения									
Питание									
Рекомендованный набор энергии (в день)	Начинать с 6000 кДж (1433 ккал), повышать на 2000 кДж (478 ккал) каждые 2–3 дня до восстановления адекватного веса	NR	NR	Начинать с 30–40 ккал/кг при критическом дефиците веса, дополнительные 800–1200 ккал в день для прибавления 100 гр в день	Начинать с 40–60 ккал/кг при критическом дефиците веса, дополнительные 800–1100 ккал в день	25-30 ккал/кг или в сумме <1000 ккал при критическом дефиците веса, дополнительные 300–1000 ккал в день	В стационаре: начинать с маленьких порций (5–10 ккал/кг) при критическом дефиците веса, постепенно повышать до 20 ккал/кг в течение 2 дней, около 3500–7000 ккал добавочных ккал в неделю	Начинать с 30-40 ккал/кг (1000-1600 ккал) в фазе набора веса, поднять до 70-100 ккал/кг; мужчинам требуется больше энергии	NR
Рекомендованная прибавка в весе в неделю (стационар)	0,5-1,4 кг	NR	0,5-1 кг	0,5-1 кг	0,5-1 кг	0,5-1 кг	NR	0,9-1,4 кг	NR
Рекомендованная прибавка в весе в неделю (амбулатория)	NR	NR	0,25 кг	0,2-0,5 кг	0,25-0,5 кг	NR	NR	0,2-0,5 кг	NR
Рекомендованные пищевые добавки	(+) Фосфаты, тиамин (риск рефидинг синдрома)	NR	(+) Фосфаты, витамины и микроэлементы (риск рефидинг синдрома)	(+) Цинк (поражения кожи), хлорид калия (аритмия), железо (железо-дефицитная анемия), тиамин, рибофлавин, ниацин, фолиевая кислота, фосфаты	(+) Фосфаты, тиамин (риск рефидинг синдрома)	(+) Мультивитамины орально и/или пищевые добавки с микроэлементами	(+) Мультивитамины и пищевые добавки с микроэлементами, бисфосфонаты	(+) Фосфаты, магний, хлорид калия, кальций, витамин D, цинк	NR
Рекомендовано искусственное питание	☑	NR	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑
Консультации				(+) Только при многопрофильном			(+) Только при многопрофильном	(+) Лицензированные	

Лечение

II этап(2-3 недели)

Метод лечения зависит от нозологической принадлежности синдрома нервной анорексии.

Лечение

Гормонотерапия

Инсулинотерапия

Электросудорожная терапия

ударные дозы нейролептиков

Психоанализ

Антидепрессанты

Соли лития

Антиконвульсанты

Поведенческая психотерапия

Психологическая помощь	+ (Более интенсивная после того, как наступит медицинская стабилизация и когнитивное улучшение)	+	Невозможна в критическом состоянии, проводится вместе с восстановлением питания	+		После того, как наступит медицинская стабилизация и когнитивное улучшение	NR	NR	Психотерапия с голодающим пациентом неэффективна	NR
В целом										
Когнитивно-поведенческая психотерапия	+ дети и подростки	NR	+	NR	+	+	+	+	+	NR
Семейная психотерапия	+ дети и подростки	+ дети и подростки	+ дети и подростки	NR	+ дети и подростки	+ дети и подростки	+ дети и подростки	+ дети и подростки	+ дети и подростки	NR
Психодинамическая психотерапия	NR	NR	+	NR	NR	+	+	+	+ В критическом состоянии и после восстановления веса	
Интерперсональная психотерапия	NR	NR	NR	NR	NR	+	NR	NR	+ После восстановления веса	NR
Другое	Ведение специалистом, психотерапия подросткового возраста	NR	Поддерживающая психотерапия, мотивационный подход	NR	Метод Модсли, Специализированная поддержка (SSCM)	Поведенческая психотерапия	Метод Модсли, Специализированная поддержка (SSCM)		Невербальные методы (хроническая анорексия), групповая психотерапия для взрослых (после восстановления веса)	NR
Лекарства										
В целом	NR	NR	Специфического медикаментозного лечения анорексии нет	NR	NR	Не в качестве единственной первичной терапии	Не в качестве единственного вида лечения	NR	NR	NR
Антидепрессанты	(+) дети и подростки	NR	+ Депрессия, тревожные расстройства, ОКР	- Набор веса + симптомы депрессии	NR	NR	NR	NR	+ Депрессивные, тревожные, обсессивно-компульсивные симптомы, или симптомы булимии	NR

Лечение

Психотерапия

В основном- когнитивный метод психотерапии , в центре находится воздействие на дисфункциональные идеи, касающиеся внешности, питания, веса, метод психоанализа, семейная психотерапия.

ЧТО ЖЕ МНЕ ОСТАЕТСЯ, ЕСЛИ Я ОТКАЖУСЬ ОТ ГОЛОДАНИЯ???

Статистика

- Почти 50% людей с расстройствами пищевого поведения страдают той или иной формой депрессии;
- Только 1 из 10 человек, страдающих пищевыми расстройствами, получают квалифицированную помощь и лечение в борьбе с зависимостью;
- Уровень смертности среди больных анорексией и булимией, занимает первое место по сравнению со всеми остальными психологическими заболеваниями;
- 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;
- Анорексия, является третьей самой распространенной хронической болезнью среди подростков;

Статистика

- Анорексия, является третьей самой распространенной хронической болезнью среди подростков;
- ~~95% опрошенных респондентов говорят о том, что развитие булимии и анорексии у них пришлось на возраст от 12 до 25 лет;~~
- 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;
- Более половины девочек-подростков и почти одна треть мальчиков подростков использовали нездоровые методы похудения, такие как: принятие слабительных и мочегонных средств, голодание, пропуск приемов пищи, вызывание рвоты и т.д.;
- По оценкам последних исследований 10-15% людей страдающих анорексией - это мужчины. Они реже обращаются за помощью и проходят лечение в связи с тем, что считают пищевые расстройства "женской болезнью". Среди мужчин гомосексуалистов более 20% страдает анорексией;
- 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;
- Около 50% всех страдающих анорексией – это модели;

Заключение

Представления о нервной анорексии за последнее время существенно обогатились. Были выделены различные варианты и формы этого расстройства, а также продемонстрирована тенденция к их взаимному переходу и высокая коморбидность с другими психическими расстройствами. Было показано, что в возникновении нервной анорексии большую роль играют наследственные факторы и что это расстройство тесно сопряжено с нарушениями индивидуального психического развития. При этом повышенная психопатологическая уязвимость создает условия для обостренного реагирования предрасположенных лиц на отклонения в характере воспитания. Результатом этого является формирование специфической структуры личности, противоречиво сочетающей нарушения образа «Я», идентичности, перфекционизм, импульсивность, потребность в автономии и признании. Расстройства личности и поведения, выражающиеся в патологическом контроле над весом, отражают глубокие когнитивные сдвиги, связанные с аномалиями психосоциального развития таких пациентов. Недостаточная когнитивно-личностная дифференциация больных нервной анорексией тесно сопряжена с широким спектром психоэндокринных нарушений, этиопатогенетическое значение которых не вызывает сомнения. Однако конкретная роль указанных нарушений во многом остается неясной.

Литература

Психопатологические аспекты нервной анорексии
Бобров А.Е. 2015 г

<https://www.bulimia-newway.com>

Келина М.Ю. Социокультурные факторы формирования
неудовлетворенности телом и нарушений пищевого
поведения

«Нервная анорексия» Коркина М.В. Цивилько М.А.

Руководства по лечению расстройств пищевого
поведения: международное сравнение 2018 г

Статья «Диагностика и терапия расстройств пищевого
поведения: Мультидисциплинарный подход

Спасибо за внимание!

