

doctorsan.ru
psyandneuro.ru

ЛЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ



Представляем вашему вниманию обзорный перевод
«Клинических рекомендаций по лечению
расстройств пищевого поведения» Американской
психиатрической ассоциации, подготовленный совместными
усилиями научного интернет-портала
«Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии
«Доктор САН» (Санкт-Петербург)

**Американская Психиатрическая Ассоциация
Организационный комитет по практическим рекомендациям**

John S. McIntyre, M.D., Chair
Sara C. Charles, M.D., Vice-Chair

Daniel J. Anzia, M.D.
Ian A. Cook, M.D.
Molly T. Finnerty, M.D.
Bradley R. Johnson, M.D.
James E. Ninninger, M.D.
Paul Summergrad, M.D.
Sherwyn M. Woods, M.D., Ph.D.
Joel Yager, M.D.

Area and Component Liaisons
Robert Pyles, M.D. (Area I)
C. Deborah Cross, M.D. (Area II)
Roger Peele, M.D. (Area III)
Daniel J. Anzia, M.D. (Area IV)
John P. D. Shemo, M.D. (Area V)
Lawrence Lurie, M.D. (Area VI)
R. Dale Walker, M.D. (Area VII)
Mary Ann Barnovitz, M.D.
Sheila Hafter Gray, M.D.
Sunil Saxena, M.D.
Tina Tonnu, M.D.

Medical Editors, Quick Reference Guides
Michael B. First, M.D.
Laura J. Fochtmann, M.D.

Staff

Robert Kunkle, M.A., Senior Program Manager
Amy B. Albert, B.A., Assistant Project Manager
Claudia Hart, Director, Department of Quality Improvement
and Psychiatric Services
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., Director, Division of Research

Перевод: Д. Филиппов (fluentstyle@gmail.com)

А. Психиатрическая помощь

При обследовании, диагностике, определении и осуществлении лечебного плана нужно придерживаться следующих принципов:

Установите и поддерживайте терапевтический альянс.

- Для укрепления альянса используйте комплименты, позитивные оценки, подбадривание и поддержку.
- Примите во внимание тревогу по поводу веса, которую испытывают пациенты с анорексией.
- Имейте в виду, что многие пациенты скрывают информацию о своем поведении из-за чувства стыда.
- Установите четкие границы в отношениях.
- Помните о реакции контрпереноса.
- Изменяйте лечебную стратегию по мере того как меняются расстройство и терапевтический альянс.

Сотрудничайте с другими врачами.

- Координируйте работу с другими врачами.
- Сотрудничайте с теми, кто вовлечен в процесс лечения, включая терапевтов, диетологов, психологов и работников школы.
- Консультируйтесь с терапевтами и стоматологами.
- Повышайте квалификацию неопытных сотрудников.

А. Психиатрическая помощь (продолжение)

Оцените симптомы расстройства пищевого поведения.

- Для диагностики используйте критерии DSM-IV-TR.
- Используйте информацию о предыдущих эпизодах болезни, включая данные об ответе на лечение.
- Соберите информацию о пищевых привычках пациента с помощью: детального отчета о приеме пищи в течение дня; наблюдения за пациентом во время приема пищи; учета съеденного и выпитого.
- Используйте формальные системы оценки (e.g. структурированные беседы, шкалы оценки, опросники).
- Оцените сопутствующие психологические симптомы (e.g. навязчивые мысли о весе, фигуре и еде).
- Выясните, как пациент представляет развитие болезни и роль межличностных отношений, включая половую жизнь, эпизоды психологического, физического и сексуального насилия.
- Определите факторы стресса, усиливающие симптомы пищевого расстройства.
- Определите релевантные психодинамические и межличностные конфликты.
- Выясните, осознает ли пациент наличие расстройства и насколько он мотивирован лечиться.

Убедитесь в том, что было проведено обследование соматического здоровья пациента.

- Удостоверьтесь в том, что осмотр проводился терапевтом, имеющим представление о пищевых расстройствах:
 - Жизненные показатели
 - Вес, рост, индекс массы тела
 - Физическое и половое развитие
 - Сердечно-сосудистая система, признаки обезвоживания, аритмии, застойной сердечной недостаточности
 - Лануго
 - Увеличение слюнной железы
 - Знак Расселла (шрамы на тыльной поверхности кисти)
 - Мышечная возбудимость или усталость
 - Признаки самоповреждения
- Ознакомьтесь с результатами стоматологического осмотра.
- Проведите лабораторные исследования. О том, какие анализы следует назначать см. Табл. 1.
- О часто встречающихся симптомах и отклонениях в лабораторных показателях см. Табл. 2.

**ТАБЛИЦА 1 Лабораторные исследования при
расстройствах пищевого поведения**

Исследование	Показания
Основные анализы	Все пациенты с пищевыми расстройствами
Биохимические исследования	
Электролиты	
Мочевина в сыворотке	
Креатинин (интерпретация должна учитывать вес)	
ТТГ; при наличии показаний, Т3 свободный и Т4 свободный	
Общий анализ крови с СОЭ	
АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза	
Общий анализ мочи	
Дополнительные анализы	Истощенные пациенты и пациенты с тяжелой симптоматикой (При увеличенном QT, нужно до назначения определенных лекарств оценить уровень магния в крови.) ^b
С3 компонент комплемента ^a	
Биохимические исследования	
Кальций	
Магний	
Фосфор	
Железо	
ЭКГ	
Креатинин в суточной моче ^c	
Диагностика остеопении и остеопороза	Пациенты с аменореей > 6 месяцев
Двухэнергетическая рентгеновская остеоденситометрия	
Эстрадиол у женщин	
Тестостерон у мужчин	

ТАБЛИЦА 1 Лабораторные исследования при расстройстве пищевого поведения (продолжение)

Исследование	Показания
Нестандартные исследования	
Токсикология	Пациенты, предположительно, употребляющие психоактивные вещества, в особенности больные анорексией с переизбытком/рвотой и больные булимией
Амилаза (если возможно, только изофермент слюнной железы)	Пациенты, тайно провоцирующие рвоту
Лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, ХГЧ	Пациенты с длительной аменореей и нормальным весом
MPT, КТ мозга	Пациенты со значительным когнитивным дефицитом, мягкой неврологической симптоматикой, отсутствием ремиссии, другими нетипичными особенностями
Анализ кала на скрытую кровь	Пациенты с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение
Анализ кала или мочи: бисакодил, эмодин, алоэ-эмодин, реин	Пациенты, предположительно, злоупотребляющие слабительными

^aНекоторые эксперты рекомендуют использовать С3 компонент комплемента в качестве маркера дефицита питательных веществ даже если другие анализы в норме.

^bПри возобновлении кормления в больнице рекомендуется оценивать уровень калия, магния и фосфора ежедневно в течение 5 дней, затем как минимум трижды в неделю в течение 3 недель.

^cКлиренс креатинина следует рассчитывать по формуле, учитывающей площадь поверхности тела.

ТАБЛИЦА 2. Соматические осложнения пищевых расстройств

Система	Признаки и симптомы	Лабораторные показатели
Весь организм	Сниженный вес, обезвоживание, гипотермия, кахексия, слабость, повышенная утомляемость	Вес: Низкий вес и Индекс массы тела <i>Антропометрия</i> : Низкий процент жира (калипер, подводное взвешивание) ^a
Сердечно-сосудистая система	Слабость; обмороки; головокружения; ортостатическая гипотензия; одышка; боль в груди; сердцебиение; аритмия; брадикардия; слабый нерегулярный пульс; холодные руки и ноги; акроцианоз.	ЭКГ: Брадикардия при анорексии; изменение ST-T при анорексии и гипокалиемия; увеличение интервала PR при анорексии и блокада сердца первой степени; удлинение QT ^b при анорексии и гипокалиемия; дисперсия QT при потере веса. В тяжелых случаях булимии расширение комплекса QRS при гипокалиемии, увеличение амплитуды зубца R, увеличение интервала PR, повыше- ный наджелудочковый и желудочковый смещенный ритм; пируэтная тахикардия, связанная с гипокалиемией; дисфункция выявленная спектральным анализом
Центральная нервная система	Апатия; трудности с концентрацией; когнитивные ухудшения при анорексии и тяжелых случаях булимии; тревожное депрессивное, раздражительное настроение и, реже, судороги, периферическая нейропатия.	<i>Эхокардиограмма</i> : Проплапс митрального клапана и перикардальный выпот при анорексии; кардиомиопатия у употребляющих рвотный корень <i>Рентген грудной клетки</i> : уменьшение тени сердца <i>КТ</i> : Кортикальная атрофия, расширение желудочков <i>ПЭТ, фМРТ</i> : Нарушение кровотока и метаболизма в мозге <i>МРТ</i> : Уменьшение серого и белого вещества <i>ЭЭГ</i> : Нетипичные отклонения; судороги (редко)

ТАБЛИЦА 2. Соматические осложнения пищевого расстройства (продолжение)

Система	Признаки и симптомы	Лабораторные показатели
Эндокринная система, обмен веществ	Утомляемость, патологический диурез, непереносимость холода и пониженная температура тела при анорексии; колебания веса, ухудшение тургора кожи, мягкие отеки при булимии; редко проксимальная мышечная слабость, раздражительность, мышечные спазмы, симптомы Хвостека и Труссо	<i>Комплексная метаболическая панель:</i> Отклонения уровня электролитов, в том числе гипокалиемия (гипокалиемический гипохлоремический алкалоз у тех, кто провоцирует рвоту); дефицит магния (у тех, кто провоцирует рвоту, злоупотребляет слабительными и гипофосфатемия (у тех, кто провоцирует рвоту, злоупотребляет слабительными и в особенности при восстановлении питания у анорексиков); гиперхолестеринемия при анорексии; гипогликемия (редко) <i>Анализ мочи:</i> Обезвоживание (повышенный удельный вес мочи, осмоляльность при употреблении диуретиков и слабительных <i>Функции щитовидной железы:</i> Снижение Т3 и повышение Т4 при анорексии <i>Кортизол в крови:</i> Повышенный кортизол при анорексии <i>Витамины:</i> В тяжелых случаях анорексии дефицит фолата, В12, ниацина и тиамина
Желудок и кишечник	При анорексии боль в животе, вздутие, запор, рвота, нетипичные звуки из живота; расширение желудка (редко). У тех, кто провоцирует рвоту, доброкачественная околоушная гиперплазия, кариес, гингивит, иногда рвота с кровавыми прожилками; возможен гастрит, эзофагит, эрозия пищевода, изжога, нарушение моторики пищевода (в том числе гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) и, редко, синдром Маллори—Вейсс,	<i>Функции печени:</i> Иногда ненормальные результаты анализов <i>Амилаза:</i> Повышение амилазы в крови у пациентов, употребляющих слабительные (обычно изоэнзимы слюнной железы); повышение панкреатической амилазы (редко), возможно, указывает на злоупотребление слабительными или на другие причины воспаления поджелудочной железы или панкреатита. <i>Тест перистальтики желудка:</i> При анорексии задержка опорожнения желудка, увеличение времени кишечного транзита, аноректальная дисфункция.

ТАБЛИЦА 2. Соматические осложнения пищевого расстройства (продолжение)

Система	Признаки и симптомы	Лабораторные показатели
Желудок и кишечник (продолжение)	перфорация или некроз желудка; повышенный риск панкреатита; боль и дискомфорт в животе; непроизвольная рвота, запор. При длительном злоупотреблении слабительными, возможны вздутие, нарушение двигательной функции толстой кишки, меланоз кишечника. Ангулярный стоматит, глоссит, диарея - у пациентов с дефицитом витаминов.	Эндоскопия: Воспаление или синдром Баррета Рентген: Редко синдром верхней брыжеечной артерии, панкреатит Анализ кала на скрытую кровь: Иногда положительный из-за злоупотреблений клизмой и слабительным
Мочеполовая система	При анорексии увеличенный или уменьшенный объем мочи ^c	Функции почек: При анорексии повышение уровня мочевины в крови, снижение уровня клубочковой фильтрации, пониженный креатинин в крови из-за низкой массы тела (нормальный уровень креатинина может говорить об азотемии), почечная недостаточность (редко) Другие исследования почек: При анорексии формирование почечных камней, гиповолемическая нефропатия, гипокалиемическая нефропатия
Гематология	При анорексии утомляемость, переносимость холода, гематомы/сгущение крови (редко)	Общий анализ крови: При анорексии анемия (может быть с нормальным размером эритроцитов, макроцитозом и микроцитозом); лейкопения с относительным лимфоцитозом; низкая СОЭ; тромбоцитопения; отклонения показателей свертывающего фактора (редко) Другие гематологические отклонения: При анорексии снижение уровня ферритина, В12, фолата

ТАБЛИЦА 2. Соматические осложнения пищевых расстройств (продолжение)

Система	Признаки и симптомы	Лабораторные показатели
Иммунная система	При анорексии: вирусные инфекции встречаются реже, чем можно было ожидать, но они могут развиться в период восстановления веса; на бактериальные инфекции ослаблена температурная реакция.	Множественные необъяснимые отклонения в работе иммунитета; отклонения уровня ФНО-альфа и интерлейкинов
Интегумент	При анорексии: изменения волос, в том числе лануго; потеря волос, сухость и ломкость; следы самоповреждений; дефекты интегумента, в том числе сухость кожи, покраснение кожи и акне. У тех, кто провоцирует рвоту, шрамы на тыльной стороне кисти (знак Рассела); петехии, субконъюнктивальное кровоизлияние сразу после рвоты	<i>Витамины:</i> При анорексии повышенный каротин; в тяжелых случаях дефицит витаминов (e.g. ниацин)
Мышцы	Вследствие недостаточного питания или периферической миопатии, вызванной рвотным корнем, мышечная слабость, боли и спазмы; в тяжелых случаях мышечная атрофия	<i>Ферменты:</i> Вследствие недостатка питания отклонения уровня креатинкиназы и других ферментов мышечной ткани
Ротоглотка	У тех, кто провоцирует рвоту: кариес и повреждение зубной эмали, особенно лингвальной поверхности передних зубов; покраснение глотки; небные цапаины; опухлость щек и шеи (обычно безболезненные); увеличенные слюнные железы	<i>Рентген:</i> Эрозия зубной эмали <i>Амилаза:</i> Повышение амилазы в крови, связанное с доброкачественной гиперплазией околоушной железы
Легкие	Из-за недостатка питания ухудшение аэробной способности и атрофия дыхательных мышц	<i>Функциональные тесты:</i> Из-за недостатка питания уменьшенная легочная емкость

ТАБЛИЦА 2. Соматические осложнения пищевого расстройства (продолжение)

Система	Признаки и симптомы	Лабораторные показатели
Репродуктивная система	При анорексии: прекращение менструаций или первичная аменорея; задержка полового развития или регрессия вторичных половых признаков и психосексуального созревания; потеря либидо, проблемы с фертильностью; повышенный риск осложнений беременности и неонатальных осложнений. Недостаток питательных веществ может привести к недостатку питания плода. При булимии: проблемы с фертильностью и олигоменорея или аменорея.	<i>Гонадотропины:</i> Сниженный эстроген у женщин с анорексией или булимией; сниженный тестостерон у мужчин; препубертатный характер секреции лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона с аменореей <i>УЗИ тазовой области:</i> ненормальное развитие фолликулов и/или отсутствие доминантного фолликула при аменорее

ТАБЛИЦА 2. Соматические осложнения пищевого расстройства (продолжение)

Система	Признаки и симптомы	Лабораторные показатели
Кости	Боль в костях во время нагрузки; боль при прикосновении; в тяжелых случаях низкорослость и задержка развития скелета (при анорексии чаще, чем при булимии)	<i>Рентген и остеосцинтиграфия:</i> Повышенный риск переломов (при анорексии чаще) ^d ; у некоторых пациентов с анорексией задержка костного возраста <i>Двухфотонная рентгеновская абсорбциометрия:</i> Остеопения или остеопороз, в особенности в бедренной кости и поясничном отделе позвоночника ^d

^aКалипер оценивает только периферический жир. Подводное взвешивание оценивает общий объем жира в теле.
^bУдлинение QTc может быть связано с риском внезапной смерти, поэтому другие препараты, удлиняющие QTc, должны быть отменены, а любые отклонения в уровне электролитов (е.г. гипокалиемия и гипомagneмия) при удлинении QTc нужно исправлять. При анорексии QTc обычно нормализуется с восстановлением питания.
^cу некоторых хронически больных могут появляться нарушения работы почек, связанные с уменьшением объема мочи. Некоторые употребляют повышенное количество жидкости, чтобы заглушить чувство голода, что приводит к увеличению объема мочи.
^dПациентам с булиимией, чей вес находится в пределах нормы, не требуется проверка на остеопению или остеопороз, но у тех, у кого ранее были эпизоды анорексии, может быть повышен риск этих отклонений, поэтому им рекомендуются те же обследования костей, что и пациентам с анорексией.

→ **Оцените и отслеживайте психический статус пациента, в том числе сопутствующие состояния и безопасность.**

- Определите есть ли риск самоповреждения.
 - Присутствуют ли мысли о суициде, план или желание, а также средства для совершения самоубийства.
 - Выясните историю появления суицидальных идей, попыток суицида и самоповреждения.
- Установите наличие сопутствующих психиатрических состояний:
 - расстройство настроения
 - тревога и тревожное расстройство,
 - обсессивно-компульсивное расстройство,
 - злоупотребление психоактивными веществами,
 - импульсивное поведение (в том числе кражи в магазинах)
 - расстройства личности.

→ **Получите информацию о семье и заручитесь поддержкой семьи.**

- Выясните историю пищевых расстройств в семье, других психических расстройств, ожирения
- Оцените обстановку в семье (е.g. обвинение, осуждение пациента) и отношение к еде, физическим упражнениям и внешности
- Определите, как в семье реагируют на состояние пациента

→ **Снабдите информацией о пищевом расстройстве и о том, как оно лечится.**

- Обеспечьте пациента и членов его семьи доступной информацией и простыми рекомендациями
- Предложите дополнительные источники информации, такие как книги по самопомощи, интернет-сайты
- Предупредите о потенциально вредных сайтах, которые могут способствовать развитию пищевых расстройств

В. Цели лечения

В процессе лечения корректируйте первоначально установленные цели.

Восстановите или поддерживайте здоровый вес.

- Определите, какой вес является здоровым для пациента.
- Расчеты должны основываться на принятых стандартах (таблицы роста; для женщин вес, при котором возобновился менструальный цикл) и индивидуальных характеристиках пациента (телосложение, другие физиологические особенности).

Минимизируйте ограничения в питании.

Остановите практику переедания с последующим очищением кишечника.

Обучите правильному питанию.

Рекомендуйте физические упражнения умеренной интенсивности.

Поддерживайте мотивацию пациента.

В. Цели лечения (продолжение)

→ **Обратитесь к основным темам и скорректируйте неадаптивные установки:**

- Возрастные проблемы
- Формирование идентичности
- Образ собственного тела
- Самооценка (помимо вопросов веса и фигуры)
- Сложности с сексом и агрессией
- Контроль эмоций
- Ожидания от гендерной роли
- Проблемы в семье
- Способы справляться со стрессом

→ **Лечите соматические осложнения.**

→ **Лечите связанные психиатрические состояния, в том числе проблемы с настроением, самооценкой и поведением.**

→ **При возможности займитесь семейной терапией.**

→ **Предотвратите рецидив.**

С. Лечение

1. Условия лечения

→ **Определите начальный формат лечения или измените его после обследования пациента.**

- Примите во внимание соматическое состояние пациента (в первую очередь вес и функции сердца), психологические особенности, поведение и бытовые обстоятельства. Также оцените доступность подходящего формата лечения.
- Не принимайте решение на основе только одного или ограниченного количества параметров, например, только на данных о весе.
- Госпитализируйте до того, как пациент станет медицински нестабильным. Исходя из общего состояния пациента госпитализируйте в психиатрическую или обычную больницу.

→ **Госпитализируйте при наличии следующих показаний:**

Медицинские показания

Взрослые

- Вес <85% индивидуально рассчитанной нормы
- Пульс <40 уд. в мин.
- Давление <90/60 mm Hg
- Глюкоза <60 mg/dL
- Калий <3 mEq/L
- Дисбаланс электролитов
- Температура <36.1°C
- Обезвоживание
- Повреждение печени, почек или сердечно-сосудистой системы, требующее незамедлительного лечения.
- Плохо контролируемый диабет

Дети и подростки

- Вес <85% индивидуально рассчитанной нормы или резкое уменьшение веса с отказом от еды
- Пульс около 40 уд. в мин.
- Ортостатическая гипотензия (с повышением пульса на >20 уд. в мин. или падением давления на >10-20 mm Hg в минуту после вставания)
- Давление <80/50 mm Hg
- Гипокалиемия, гипофосфатемия, гипомagnesия

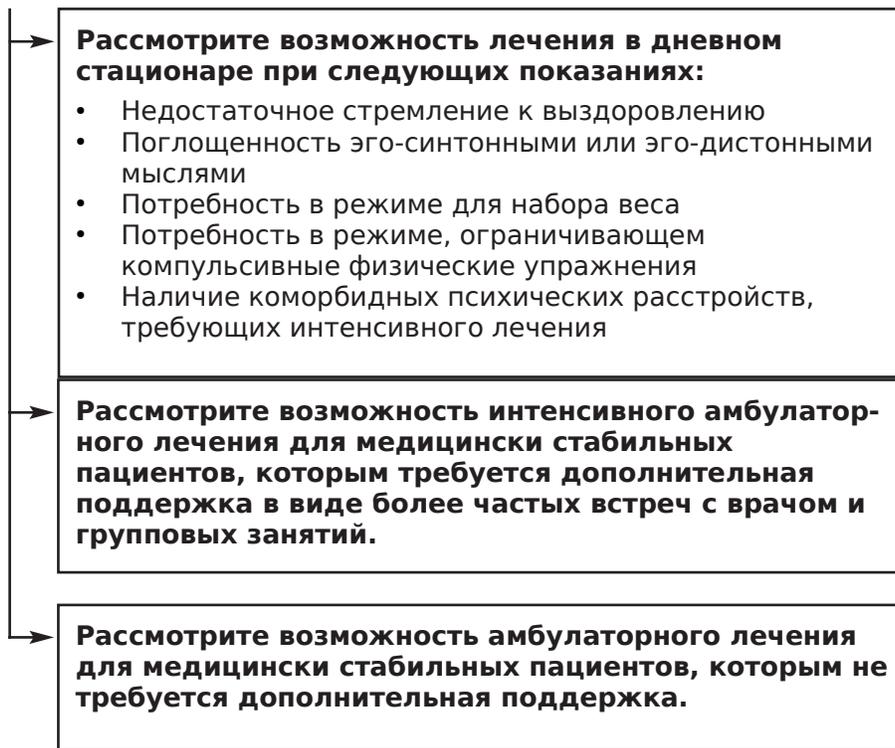
1. Условия лечение (продолжение)

Другие факторы

- Намерение совершить суицид, план суицида или другие признаки, указывающие на риск суицида
- Слабое стремление к выздоровлению
- Поглощенность эго-синтонными или эго-дистонными мыслями
- Недостаточное сотрудничество или возможность сотрудничать только в жестко структурированных условиях
- Любое психиатрическое расстройство, требующее лечения в стационаре
- Злоупотребление психоактивными веществами
- Необходимость в наблюдении во время приема пищи, после еды и во время посещения туалета
- Постоянная или кровавая рвота
- Наличие дополнительных факторов стресса, влияющих на пищевое поведение (e.g. вирусные заболевания, психосоциальный стресс или неадекватная бытовая ситуация)
- Приближение веса к тому уровню, при котором ранее возникло медицински нестабильное состояние
- Тяжелые симптомы булимии, с которыми нельзя справиться вне стационара

Рассмотрите возможность лечения в реабилитационном центре при следующих показаниях:

- Медицински стабильное состояние, при котором не требуются капельницы, питание через желудочную трубку или многочисленные ежедневные лабораторные анализы
- Вес <85% индивидуально установленной нормы
- Слабое или умеренное стремление к выздоровлению
- Поглощенность эго-синтонными или эго-дистонными мыслями
- Неспособность самостоятельно есть и набирать вес; потребность в контроле за приемом пищи
- Потребность в режиме, ограничивающем компульсивные физические упражнения
- Неспособность справляться с бытовыми и социальными обязанностями
- Тяжелые конфликты в семье; отсутствие семьи, адекватной социальной поддержки



2. Анорексия

а. Питание

Поставьте цели для пациентов со значительным дефицитом веса:

- Восстановить вес
- Нормализовать пищевое поведение
- Прийти к нормальному восприятию голода и сытости
- Исправить биологические и психологические последствия недостаточного питания

Помогите пациенту возобновить прием пищи и начать набор веса.

- Установите целевой показатель веса: здоровым весом считается вес, при котором восстанавливается менструальный цикл, в предменструальном возрасте - вес, при котором возобновляется нормальное физическое и половое развитие
- Начинайте с 30-40 ккал/кг в день (приблизительно 1000-1600 ккал/день); можно повысить до 70-100 ккал/кг в день
- В редких случаях не прекращайте питание через желудочную трубку, когда пациенту очень сложно осознать свое заболевание или когда пациент винит себя за прием пищи даже в количествах нужных только для поддержания жизни
- Помогите пациенту с ограничением физической активности в зависимости от количества полученных калорий
- Отслеживайте основные жизненные показатели; потребление/выделение пищи и жидкости; уровень электролитов, признаки избытка жидкости (e.g. отеки, резкий набор веса, застойная сердечная недостаточность); другие признаки рефидинг синдрома
- Обратите внимание на функции желудка и кишечника, в особенности на запор, вздутие и боль в животе
- Отслеживайте функцию сердца, особенно ночью у детей и подростков с тяжелой степенью недоедания
- Используйте витаминные и минеральные добавки; например пищевые добавки с фосфором полезны для предотвращения гипофосфатемии
- Создайте обстановку, которая будет сочетать эмоциональную поддержку и поощрение физических упражнений, отдыха, похвалу за достижение целевого уровня веса и изменение пищевого поведения.

→ **Помогайте пациенту поддерживать вес.**

- Когда нужный уровень веса достигнут, рассчитайте потребление калорий, исходя из веса и активности. Детям и подросткам для роста и созревания часто необходимо 40-60 ккал/кг в день.
- Помогайте пациенту справиться с беспокойством по поводу набора веса и изменений фигуры.
- Расскажите о рисках, которые несут расстройства пищевого поведения.
- Поддерживайте пациента и его семью после выздоровления.

2. Анорексия

в. Психологическая помощь

→ **Цели психологической помощи в том, чтобы пациент**

- сознательно участвовал в процессе реабилитации,
- сознательно изменял установки, приведшие к расстройству пищевого поведения,
- улучшил межличностные и социальные связи,
- занялся коморбидными психопатологиями и психологическими конфликтами, которые способствуют развитию пищевых расстройств.

→ **Установите и поддерживайте психотерапевтические отношения с пациентом.**

Подразумевается понимание средующих моментов:

- Психодинамические аспекты, в том числе дефекты самовосприятия, межличностные и внутриличностные конфликты
- Когнитивное развитие
- Способы психологической защиты
- Семейные отношения
- Влияние других психических расстройств, если таковые есть
- Предпочтения пациента

2. Анорексия

в. Психологическая помощь (продолжение)

→ **Как только начался набор веса, надо заняться психотерапией.**

Терапия	Показания/Примечания
Индивидуальная психотерапия	<p>Обычно требуется как минимум год или больше из-за природы заболевания и необходимости долговременной поддержки.</p> <p>Когнитивно-поведенческий, интерперсональный и психодинамический подходы – или их комбинация – при лечении взрослых обоснованы лучше всего.</p>
Семейная психотерапия или психотерапия пар	<p>Полезна, если семейные проблемы играют роль в развитии болезни.</p> <p>Семейная психотерапия наиболее эффективна при работе с детьми и подростками, в особенности тогда, когда заболевание длится менее трех лет.</p>
Групповая психотерапия	<p>Как правило, с когнитивно-поведенческим, интерперсональным и/или психодинамическим акцентом.</p> <p>Нужно следить за тем, чтобы пациенты не соревновались друг с другом в том, кто более худой или более больной, и помогать пациентам справляться с деморализацией от наблюдений за тем, как сложно и долго может протекать заболевание.</p>
Самопомощь, Интернет, программы 12 шагов	<p>Могут быть полезны как дополнительная помощь для некоторых пациентов.</p> <p>Отсутствие профессионального контроля может навредить.</p>

2. Анорексия с. Лекарства

→ **Используйте психотропные препараты вместе с психотерапией, а не как единственный и главный метод лечения.**

→ **Если возможно, отложите принятие решений о лекарствах до восстановления веса.**

→ **Помните о побочных эффектах.**

- Плохо питающиеся, депрессивные пациенты чаще сталкиваются с побочными эффектами психотропных препаратов.
- Если есть беспокойство по поводу возможных сердечно-сосудистых эффектов, организуйте консультацию у кардиолога.

→ **После восстановления веса используйте антидепрессанты для лечения депрессии или тревожности.**

- СИОЗС эффективны и производят минимальные побочные эффекты.
- СИОЗС полезны для пациентов с булимией и ОКР.
- Бупропион при пищевых расстройствах использовать не следует, т.к. он повышает риск судорог.
- ТЦА и ИМАО нельзя давать пациентам с дефицитом веса; нужно учитывать угрозу для жизни и токсичность при передозировке.
- Врачам нужно учитывать риски приема антидепрессантов, обсуждать их с пациентами и членами их семей.

2. Анорексия с. Лекарства (продолжение)

→ **Для некоторых пациентов с тяжелой симптоматикой подходят низкопотентные антипсихотики второго поколения.**

- Доказательства эффективности такого лечения ограничены. Клинический опыт говорит, что эти препараты полезны, когда никак не получается набрать вес, присутствуют тяжелые навязчивости и отказ, приобретающий пропорции бреда.
- При использовании этих препаратов, нужно следить за побочными эффектами и выполнять лабораторные анализы.

→ **Займитесь восстановлением плотности костей.**

- Если количества кальция в еде недостаточно, нужно использовать пищевые добавки с кальцием.
- Если пациенту не хватает солнечного света, нужно использовать добавки с витамином D, остерегаясь повышенных доз.
- Иногда проводится гормонозаместительная терапия, но доказательств ее эффективности нет, и она может помочь пациенту отказываться от лечения, ссылаясь на "псевдоменструации" (вызванные лекарствами).
- Бифосфонаты, такие как алендроновая кислота, не показаны.

3. Булимия а. Питание

→ **Нужно определить и поддерживать оптимальный вес для пациента, поскольку отклонения от оптимального веса могут способствовать развитию симптомов булимии.**

→ **Позаботьтесь о консультации по вопросам питания для того, чтобы пациент**

- установил режим питания без переедания
- увеличил разнообразие продуктов
- скорректировал недостаток питательных веществ
- минимизировал пищевые ограничения
- занялся физическими упражнениями умеренной интенсивности

3. Булимия б. Психологическая помощь

→ **Цели психологической помощи в том, чтобы пациент**

- если возможно, прекратил переедать и очищать желудок
- сознательно участвовал в процессе реабилитации
- с усиленной мотивацией восстанавливал здоровый режим питания
- осваивал правила здорового питания
- поработал над установками, мотивами, конфликтами и чувствами, связанными с пищевым расстройством
- улучшил межличностные и социальные связи

→ **К другим целям могут относиться**

- организация семейной поддержки и, если это приемлемо, семейной терапии,
- лечение связанных психических расстройств, в том числе расстройств настроения, нарушений самоконтроля, самооценки и поведения.

3. Булимия

в. Психологическая помощь (продолжение)

Установите и поддерживайте психотерапевтические отношения с пациентом.

Подразумевается понимание следующих моментов:

- Психодинамические аспекты, в том числе я-концепция, регуляция аффектов
- Когнитивное и психологическое развитие
- Когнитивный стиль и виды психологической защиты
- Семейные отношения
- Влияние других психических расстройств, если таковые есть
- Влияние переноса и контрпереноса
- Предпочтения пациента

Психотерапия должна соответствовать истории развития пациента, психодинамическим особенностям, когнитивному стилю, коморбидной психопатологии, предпочтениям пациента, возрасту и семейной обстановке.

Может потребоваться длительный курс психотерапии, в частности, при параллельно существующей анорексии или тяжелых расстройствах личности, хотя контролируемые исследования проводились в отношении краткосрочного курса.

Терапия	Показания/Примечания
Индивидуальная психотерапия	
Когнитивно-поведенческая терапия	Эффективна как краткосрочная помощь, нацеленная на симптомы пищевого расстройства и лежащие в их основе неадаптивные установки.
	Помогает уменьшить переедание и исправить отношение к фигуре, весу и запретительным диетам.
Интерперсональная психотерапия	Также может быть полезной.
Психодинамически ориентированный или психоаналитический подход	Также может быть полезным.

Терапия	Показания/Примечания
Индивидуальная психотерапия	
Поведенческие техники (e.g. режим приема пищи, самоконтроль)	Также может быть полезным.
Групповая психотерапия	Может быть основана на когнитивно-поведенческой, интерперсональной, психодинамической и/или поддерживающей модели. Помогает пациенту справиться со стыдом, связанным с болезнью. Дает возможность получать индивидуальные отзывы и поддержку. Полезнее вместе с диетологическим консультированием, включенным в программу курса.
Семейная терапия и терапия пар	Подходит для подростков, живущих с родителями, для более старших пациентов, конфликтующих с родителями, или для пациентов с разладом в супружеской жизни.
Самопомощь, Интернет, программы 12 шагов	Могут быть полезны как дополнительная помощь для некоторых пациентов. Отсутствие профессионального контроля может навредить.

3. Булимия с. Лекарства

Используйте антидепрессант для сокращения частоты эпизодов переедания и рвоты, связанных симптомов (e.g. депрессия, тревожность, obsessions, импульсивность), и для предотвращения рецидива.

- Для предотвращения рецидива большинство врачей рекомендуют принимать антидепрессант не менее 9 месяцев.
- Комбинация психотерапии и лекарств действует лучше чем психотерапия или лекарства в отдельности.
- Для достижения оптимального эффекта может потребоваться последовательный подбор антидепрессантов. Если нет никакого эффекта, нужно проверить, не принимает ли пациент лекарства перед тем, как вызвать рвоту; измерение концентрации веществ в крови может помочь.
- Врачам нужно учитывать риски приема антидепрессантов, обсуждать их с пациентами и членами их семей.

Класс	Примечания
СИОЗС	<p>Эффективны и производят минимальные побочные эффекты.</p> <p>Помогают при депрессии, тревожности, obsessions, симптомах импульсивного расстройства и тем пациентам, кому недостаточно психологической помощи.</p> <p>Флуоксетин — единственный препарат, одобренный FDA для лечения булимии. Доза может быть выше, чем при лечении депрессии (e.g. флуоксетин 60-80 мг/день).</p> <p>Обычные побочные эффекты: бессонница, тошнота, астения, расстройства в сексуальной сфере.</p>

Класс	Примечания
ТЦА	Лучше не применять. Нужно учитывать угрозу для жизни и токсичность при передозировке.
ИМАО	Не применять в случаях неконтролируемого переедания с последующим очищением желудка
Бупропион	Не применять из-за повышения риска судорог.

Если пациенту нужны препараты для стабилизации настроения (е.g. при сопутствующем биполярном расстройстве), подбирайте препарат, лучше всего подходящий конкретному пациенту.

- Набор веса, связанный с литием и вальпроевой кислотой, может вызвать дистресс у пациента и ухудшить приверженность лечению.
- Уровни карбоната лития могут значительно сдвигаться из-за переедания и очищения желудка.

4. Другие пищевые расстройства

а. Субсиндромальные пищевые расстройства

Пациентов с субсиндромальной анорексией или булимией, соответствующей большинству, но не всем критериям DSM-IV-TR, нужно лечить так же, как пациентов, чье состояние соответствует всем критериям.

4. Другие пищевые расстройства

в. Психогенное переедание

→ Восстановите нормальное питание.

- Программы контроля над весом, включающие низкокалорийные диеты, помогают снизить вес и ослабить симптомы психогенного переедания.
- Часто бывает сложно поддерживать нормальный вес и вместе с набором веса может вернуться психогенное переедание.
- Пациентов с психогенным перееданием и ожирением, которые в первую очередь хотят уменьшить вес, следует лечить так же, как других людей с ожирением.

→ Обеспечьте психологическую помощь.

- Доказана эффективность индивидуальной и групповой когнитивно-поведенческой терапии, а также программ самопомощи.
- Также эффективными при лечении поведенческих и психологических симптомов являются интерперсональная терапия и диалектическая поведенческая терапия.
- Диеты, поведенческие терапии, психодинамическая психотерапия и психологическая помощь, не нацеленная на снижение веса, плохо изучены, но могут быть полезны в борьбе с психогенным перееданием и лишним весом.
- Систематических исследований эффективности программ 12 шагов нет.

→ **Определите, будет ли польза от антидепрессанта или другого препарата.**

- Лечение антидепрессантами способствует прекращению психогенного переедания, но в основном не приводит к значительному снижению веса.
- СИОЗС производят минимальные побочные эффекты и показывают эффективность на максимальной рекомендованной дозе.
- Сибутрамин, регулятор аппетита, эффективен и может способствовать значительному снижению веса.
- Топирамат, антиконвульсант, может остановить переедание и снизить вес, но его применение затруднено из-за побочных эффектов.

→ **Определите, будет ли польза от комбинации психотерапии и фармакотерапии.**

Комбинированное лечение часто применяется в клинической практике, хотя доказательства его эффективности ограничены.