

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО  
ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С  
РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО  
ПОВЕДЕНИЯ ОТ  
АМЕРИКАНСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
АССОЦИАЦИИ

*четвёртое издание*



2023

# The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders

*fourth edition*

Целью данного руководства является улучшение качества медицинской помощи и результатов лечения пациентов с такими расстройствами пищевого поведения, как нервная анорексия (НА), нервная булимия (НБ) и приступообразное переедание (ПП). С момента публикации последнего практического руководства Американской психиатрической ассоциации (АРА) (American Psychiatric Association, 2006) и руководства по наблюдению за расстройствами пищевого поведения (Yager et al., 2012) было проведено много исследований по психотерапии для людей с данными диагнозами, а также несколько исследований по фармакотерапии. Несмотря на это, по-прежнему имеют место быть существенные пробелы в доступности и использовании научно обоснованных методов лечения лиц с расстройствами пищевого поведения. Данное практическое руководство направлено на то, чтобы помочь клиницистам улучшить уход за своими пациентами путем анализа имеющихся фактических данных и предоставления научно обоснованных рекомендаций, которые направлены на оптимизацию лечения расстройств пищевого поведения.

Материал подготовлен порталом “Психиатрия & Нейронауки” при поддержке клиники “Доктор САН” в Санкт-Петербурге (doctorsan.ru) +7 812 407-18-00

Перевод: Яковлева Я. В.

Научная редакция: Касьянов Е. Д.

Источник: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424865>

# Краткое изложение руководства

## Оценка и определение плана лечения по рекомендациям АПА

1. Рекомендуется скрининг на наличие расстройств пищевого поведения в рамках первоначальной психиатрической диагностики (1С).
2. Первоначальная диагностика пациента с возможным расстройством пищевого поведения включает оценку таких характеристик, как (1С):
  - История изменений роста и веса пациента (например, максимальный и минимальный вес, недавние изменения веса);
  - Наличие паттернов и изменений в ограничительном питании, избегании пищи, переедании и других видах поведения, связанных с приемом пищи (например, руминаций, регургитаций, жевании и выплевывании);
  - Паттерны и изменения в пищевом репертуаре (например, спектр разнообразия продуктов, сужение или исключение групп продуктов);
  - Наличие паттернов и изменений в компенсаторном и другом поведении, направленном на контроль веса, включая диетические ограничения, компульсивные или целенаправленные физические упражнения, очистительное поведение (например, использование слабительных, провоцирование рвоты) и использование лекарств для манипулирования весом;
  - Процент времени, занятый едой, весом и фигурой;
  - Предшествующее лечение и реакция на лечение расстройств пищевого поведения;
  - Психосоциальные нарушения, вторичные по отношению к проблемам питания, образа тела или поведения;
  - Семейный анамнез расстройств пищевого поведения, других психических заболеваний и медицинских состояний (например,

ожирение, воспалительное заболевание кишечника, сахарный диабет).

3. Первоначальная психиатрическая диагностика пациента с возможным расстройством пищевого поведения включает взвешивание пациента, количественную оценку приема пищи и поведения, направленного на контроль веса (например, частоту, интенсивность или время, затрачиваемое на диетические ограничения, переедание, очищение организма, физические упражнения и другие компенсаторные действия) (1С).
4. Первоначальная психиатрическая диагностика пациента с возможным расстройством пищевого поведения выявляет сопутствующие состояния здоровья, включая сопутствующие психические расстройства (1С).
5. Первоначальная психиатрическая диагностика пациента с возможным расстройством пищевого поведения включает всесторонний обзор систем организма (1С).
6. Первоначальный медицинский осмотр пациента с возможным расстройством пищевого поведения включает оценку показателей жизнедеятельности, включая температуру, частоту сердечных сокращений в покое, артериальное давление, ортостатический пульс и ортостатическое артериальное давление; рост, вес и индекс массы тела (ИМТ; или процент медианы ИМТ, процентиль ИМТ или Z-показатель ИМТ для детей и подростков); и внешний вид, включая признаки недоедания или очистительного поведения (1С).
7. Лабораторная оценка пациента с возможным расстройством пищевого поведения включает общий анализ крови и комплексную метаболическую панель, включающую электролиты, ферменты печени и тесты функции почек (1С).
8. Электрокардиограмма должна быть сделана у пациентов с ограничительным расстройством пищевого поведения, у пациентов с тяжелым очистительным поведением, а также у пациентов,

принимающих лекарства, которые, как известно, удлиняют интервалы QTc (1C).

9. Пациентам с расстройствами пищевого поведения рекомендуется получать комплексный, культурально приемлемый и лично ориентированный план лечения, который включает медицинские, психиатрические, психологические и диетологические назначения от скоординированной междисциплинарной команды (1C).

## Нервная анорексия

10. Пациентам с нервной анорексией, которым требуется восстановление питания и веса, рекомендуется устанавливать индивидуальные цели для еженедельного увеличения веса и целевого веса (1C) .
11. Взрослых с нервной анорексией следует лечить психотерапией, направленной на расстройство пищевого поведения, которая должна включать нормализацию поведения в отношении приема пищи и контроля веса, восстановление веса и устранение психологических аспектов расстройства (например, боязнь увеличения веса, нарушение образа тела) (1B).
12. Подросткам и молодым взрослым с нервной анорексией, у которых есть опекун, рекомендуется получать семейную терапию, ориентированную на расстройство пищевого поведения, которая должна включать обучение опекунов, направленное на нормализацию пищевых привычек, контроль веса и восстановление веса (1B).

## Нервная булимия

13. Взрослых с нервной булимией следует лечить когнитивно-поведенческой терапией, ориентированной на расстройство пищевого поведения, и применять ингибиторы обратного захвата серотонина (например, 60 мг флуоксетина в день) либо вначале, либо

при минимальном ответе на психотерапию или отсутствии ответа на 6 неделе лечения (1C).

14. Подросткам и молодым людям с нервной булимией, у которых есть опекуны, следует получать семейную терапию, ориентированную на расстройство пищевого поведения.

## Приступообразное переедание

15. АПА *рекомендует* (1C) лечение пациентов с приступообразным перееданием с помощью когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на расстройство пищевого поведения, или межличностной терапии в индивидуальном или групповом форматах.
16. АПА *предлагает* (2C) что взрослых с приступообразным перееданием, которые предпочитают лекарства или не ответили только на психотерапию, следует лечить либо антидепрессантами, либо лиздексамфетамином.

# Руководящие положения и их реализация

## Оценка и определение плана лечения

### **ПОЛОЖЕНИЕ 1: Скрининг на наличие расстройства пищевого поведения**

АПА рекомендует (1С): необходимо проводить скрининг на наличие расстройств пищевого поведения в рамках первоначальной психиатрической оценки.

#### Реализация

Показатели распространенности и бремени болезней, связанных с расстройствами пищевого поведения, различаются по странам и зависят от методологии эпидемиологического исследования (Galmiche et al., 2019; Santomauro et al., 2021; Wu et al., 2020). Среди лиц в Соединенных Штатах, обследованных за 2012–2013 гг. в Национальном эпидемиологическом исследовании алкогольных и связанных с ним состояний-III (NESARC-III) показатели 12-месячной распространенности нервной анорексии (НА), нервной булимии (НБ) и приступообразному перееданию (ПП) составили 0,05% (стандартная ошибка среднего [SEM] 0.02 %), 0,14% (SEM 0.02 %) и 0,44% (SEM 0.04%), тогда как пожизненные показатели составили 0.80% (SEM 0.07%), 0,28% (SEM 0.03%) и 0.85% (SEM 0.05%) соответственно (Udo and Grilo 2018). Несколько иные показатели были получены в предыдущих небольших исследованиях, таких как National Comorbidity Replication Survey (Hudson et al. 2007) и объединенные данные совместных психиатрических эпидемиологических исследований Национального института психического здоровья (NIMH) (Marques et al. 2011). Другие исследования предполагают, что распространенность расстройств пищевого поведения может расти (Favaro et

al., 2009; Galmiche et al., 2019). Кроме того, во многих из этих исследований не проводилась полная оценка неуточненных или других уточненных расстройств пищевого поведения. В результате фактическое бремя расстройств пищевого поведения, вероятно, будет недооценено (Feltner et al. 2021; Harrop et al. 2021; US Preventive Services Task Force 2022; Ward et al. 2019).

Согласно результатам исследования NESARC-III, женщины чаще имели диагноз РПП за последние 12-месяцев или пожизненный диагноз по сравнению с мужчинами (скорректированное отношение шансов [OR] для 12-месячного диагноза 6.48 для НА, 5.16 для НБ и 2.37 для ПП, а для пожизненного диагноза 12.00 для НА, 5.80 для НБ и 3.01 для ПП; Udo and Grilo 2018). Пожизненный диагноз НБ был так же вероятен у испаноязычных белых и неиспаноязычных чернокожих, как и у неиспаноязычных белых людей; однако пожизненный диагноз НА был более вероятен у неиспаноязычных белых людей, чем у испаноязычных и неиспаноязычных чернокожих, тогда как ПП чаще встречался у неиспаноязычных белых, чем у неиспаноязычных чернокожих (Udo and Grilo 2018). Лица ЛГБТК + также чаще имели пожизненный диагноз расстройств пищевого поведения, чем цисгендерные гетеросексуалы, с скорректированным OR 1.93 для НА, 3.69 для НБ, 2.32 для ПП и 1.96 для любого расстройства пищевого поведения (Kamody et al. 2020). Кроме того, более свежие данные свидетельствуют о росте заболеваемости расстройств пищевого поведения и их стационарном лечении, особенно НА, во время пандемии COVID-19, и этот рост, по-видимому, не связан с предшествующей инфекцией COVID-19 (Agostino et al. 2021; Asch et al. 2021; Lin et al. 2021; Otto et al. 2021; Taquet et al. 2021; Toulany et al. 2022).

Целевая группа по профилактическим услугам США (2022 г.) отмечает, что недостаточно доказательств для рутинного скрининга расстройств пищевого поведения у подростков и взрослых (в возрасте 10 лет и старше), у которых нет признаков или симптомов расстройства пищевого поведения. С другой стороны, может быть сложно идентифицировать признаки, симптомы или факторы риска расстройства пищевого поведения без особого внимания к этим элементам во время оценки. Кроме того, важно отметить, что наличие диагноза расстройства пищевого поведения нельзя спрогнозировать, просто

оценивая вес или ИМТ. Данные совместных психиатрических эпидемиологических исследований 2001–2003 гг. показали увеличение скорректированного OR для любого 12-месячного или пожизненного расстройства пищевого поведения среди мужчин и женщин с избыточным весом и ожирением по сравнению с людьми с нормальным весом, с наибольшим увеличением среди лиц с ожирением III степени (Duncan et al. 2017). У женщин с низким индексом массы тела (ИМТ) также было увеличение скорректированного OR любого расстройства пищевого поведения за последние 12 месяцев или в течение жизни, но большинство взрослых с недостаточным весом не соответствовали критериям расстройств пищевого поведения (Duncan et al., 2017). Кроме того, многие люди с расстройством пищевого поведения не получают помощи, даже если в широком смысле это включает использование групп самопомощи или групп поддержки. В исследовании NESARC-III распространенность обращения за какой-либо помощью составляла 34.5% для НА, 34.5% для НБ и 62.6% для ПП, но наблюдалась значительная вариабельность в зависимости от пола, расы и этнической принадлежности (Coffino et al. 2019). Для НА вероятность обращения за помощью была меньше у испаноязычных по сравнению с неиспаноязычными белыми людьми (скорректированное OR 0.30), тогда как для ПП вероятность обращения за помощью была меньше у мужчин, чем у женщин (скорректированное OR 0.29) и у неиспаноязычных чернокожих (скорректированное OR 0.25) и у испаноязычных (скорректированное OR 0.46) по сравнению с белыми неиспаноязычными людьми (Coffino et al. 2019). Следовательно, скрининг симптомов расстройства пищевого поведения будет иметь важное значение для выявления расстройств пищевого поведения и уменьшения различий в получении лечения (Marques et al., 2011). Систематически собираемые данные о распространенности менее доступны для лиц разного пола, но, по-видимому, среди трансгендерной и гендерно-небинарной молодежи чаще диагностируются расстройства пищевого поведения, а также проблемы с весом и фигурой по сравнению с цисгендерной молодежью (Coelho et al. 2019; Grammer et al. 2021). Раннее распознавание расстройства пищевого поведения также важно из-за относительно молодого

возраста, в котором у многих людей начинаются расстройства пищевого поведения. В частности, средний возраст манифест заболевания в исследовании NESARC-III составлял 17.4 года для НА, 16.0 лет для НБ и 21.1 год для ПП (Udo and Grilo 2018), хотя некоторые исследования показывают, что медианный возраст манифеста заболевания в последние годы снижается (Favaro et al. 2009; Galmiche et al. 2019). Средний возраст манифеста заболевания был немного выше (Udo and Grilo 2018). Длительная продолжительность болезни была распространенной в исследовании NESARC-III со средней продолжительностью эпизода болезни 4.9 года для НА, 8.0 лет для НБ и 10.6 лет для ПП; средняя продолжительность эпизода составляла 11.4 года (SEM 0.4), 12.2 года (SEM 0.67) и 15.9 года (SEM 0.36) соответственно (Udo and Grilo 2018). Психосоциальные нарушения также были распространены у лиц с расстройством пищевого поведения, что подчеркивает важность раннего выявления и вмешательства (Udo and Grilo, 2018). Например, у лиц с НА манифест заболевания в возрасте до 15 лет ассоциировалось с большей тяжестью заболевания, более высокими показателями сопутствующей психической патологии в течение жизни и большим количеством психосоциальных трудностей (Grilo and Udo, 2021).

Учитывая распространенность и типичный возраст манифеста расстройств пищевого поведения в подростковом или юношеском возрасте, Американская академия педиатрии рекомендует педиатрам спрашивать всех детей предподросткового и подросткового возраста о характере питания и образе тела, а также проводить скрининг на наличие расстройств пищевого поведения и быть внимательными к потенциальным признакам и симптомам расстройства пищевого поведения (Hornberger et al., 2021).

Показатели распространенности расстройств пищевого поведения среди пациентов, получающих психиатрическое лечение, вероятно, значительно выше, чем в общей популяции, учитывая существенное сочетание расстройств пищевого поведения с другими психическими расстройствами (см. Положение 4). Например, в одном исследовании 260 человек, направленных в местную службу охраны психического здоровья для лечения тревоги или депрессии, были отмечены рейтинги проблем с питанием (измеряемые по шкале SCOFF

выше 1) у 18.5%, а в DSM-IV (американский Psychiatric Association 1994) расстройство пищевого поведения у 7.3% от общей выборки (Fursland and Watson 2014).

К другим людям, у которых, по-видимому, повышена вероятность расстройства пищевого поведения, относятся лица, которые подвергались насмешкам или издевательствам (Day et al., 2022; Lie et al., 2019; Solmi et al., 2021) или сексуальному насилию в детстве (Solmi et al., 2021). ), спортсмены (Eichstadt et al., 2020; Sundgot-Borgen and Torstveit, 2004) и пациенты с глютеновой болезнью (Lebwohl et al., 2021; Mårild et al., 2017) или сахарным диабетом 1 типа (Hall et al., 2021; Toni et al., 2017). др. 2017). Несмотря на их распространенность и важность, расстройства пищевого поведения могут оставаться незамеченными, если не проводится систематический скрининг. Лица с расстройством пищевого поведения могут не иметь представления о наличии или тяжести признаков и симптомов расстройства пищевого поведения (Arbel et al., 2014; Gorwood et al., 2019; Konstantakopoulos et al., 2011, 2020). Мужчин и лиц принадлежащих к расовым, этническим и гендерным меньшинствам с меньшей вероятностью будут спрашивать о наличии симптомов расстройств пищевого поведения, поскольку считается, что расстройства пищевого поведения в первую очередь затрагивают определенные демографические группы (например, молодых белых женщин). Однако расстройства пищевого поведения встречаются среди всех групп населения, возрастных групп, полов и культурных групп, хотя клинические проявления могут различаться (Alegria et al. 2007; Cachelin and Striegel-Moore 2006; Hudson et al. 2007; Makino et al. 2004; Marques et al. 2011; Ricciardelli et al. 2007; Taylor et al. 2007; Udo and Grilo 2018). На самом деле, расстройства пищевого поведения могут диагностироваться чаще среди трансгендерных и гендерно-небинарных лиц, чем среди тех, кто идентифицирует себя как цисгендер (Coelho et al., 2019; Grammer et al., 2021). Клиницисты также могут ошибочно упускать из виду расстройства пищевого поведения, в том числе атипичную анорексию, у лиц, чей ИМТ находится в пределах нормы или выше. С этой целью клиницист должен обязательно спрашивать всех пациентов о наличии симптомов расстройства пищевого поведения в рамках их

стандартной психиатрической оценки. Например, в рамках клинического интервью пациента можно спросить: «Вы или другие люди обеспокоены тем, что ваша озабоченность весом, фигурой или едой чрезмерна?» и «Чувствовали ли вы, что ваш вес или фигура чрезмерно влияют на ваше отношение к себе?» Можно также использовать скрининговые опросники (см. Таблицу 2), хотя вопросы могут потребовать адаптации в зависимости от уровня развития и когнитивных способностей пациента.

---

## **Таблица 2. Анкеты для скрининга расстройств пищевого поведения**

---

### **Опросник SCOFF (Morgan et al. 1999)**

Приходилось ли Вам специально вызывать рвоту, потому что Вы чувствовали себя некомфортно сытым?

Вас беспокоит, что вы теряете контроль над количеством употребляемой пищи?

За последние 3 месяца вы потеряли более 15 кг?

Вы чувствуете себя толстым(-ой), хотя окружающие говорят, что Вы слишком худой (-ая)?

Вы можете сказать, что еда доминирует в Вашей жизни?

### **Скрининг расстройств пищевого поведения (Maguen et al., 2018)**

Часто ли Вы испытываете желание есть, когда Вы эмоционально расстроены или испытываете стресс?

Вы часто чувствуете, что не можете контролировать, что и сколько вы едите?

Вы иногда вызываете рвоту, чтобы контролировать свой вес?

Вы часто озабочены желанием похудеть?

Вы считаете себя толстой, когда другие говорят, что Вы слишком худая?

### **Скрининг расстройств пищевого поведения для первичной медико-санитарной помощи (Cotton et al. 2003)**

Довольны ли Вы своим режимом питания? (Ответ «нет» на этот вопрос классифицируется как ненормальный ответ.)

Вы когда-нибудь ели тайком? (Ответ «да» на этот и все другие вопросы классифицируется как ненормальный ответ.)

Влияет ли Ваш вес на то, как Вы относитесь к себе?

Кто-нибудь из членов вашей семьи страдал расстройством пищевого поведения?

Страдаете ли Вы в настоящее время или когда-либо страдали расстройством пищевого поведения в прошлом?

---

Что касается структурированных рейтинговых шкал, то опросник SCOFF чаще всего используется для целей скрининга (Kutz et al., 2020; Morgan et al., 1999). Это инструмент из пяти пунктов, который был переведен на несколько языков (например, Garcia et al. 2010; Garcia-Campayo et al. 2005; Richter et al. 2017), изучался как у подростков, так и у взрослых (Kutz et al. al. 2020), и его можно использовать в качестве письменного инструмента самоотчета или с вопросами, заданными интервьюером (Perry et al. 2002). SCOFF обладает высокой чувствительностью и специфичностью (Morgan et al., 1999), особенно для выявления наличия НА или НБ у молодых девушек с симптомами расстройства пищевого поведения, у которых есть два или более положительных ответа на вопросы SCOFF (Kutz et al. 2020). В более разнообразных популяциях прогностическая ценность SCOFF снижается (Kutz et al., 2020; Solmi et al., 2015). Он также обладает меньшими способностями выявлять неуточненные или другие уточненные нарушения питания или пищевого поведения, включая атипичную анорексию (Maguen et al. 2018). Кроме того, он был разработан до того, как были установлены критерии ПП, и он менее эффективен для выявления наличия ПП (Kutz et al. 2020). По этой причине опросник SCOFF можно дополнить первоначальным вопросом из Скрининга расстройств пищевого поведения – 7 (Herman et al., 2016): «Были ли у вас за последние 3 месяца какие-либо эпизоды чрезмерного переедания (т. е. Вы ели значительно больше, чем большинство людей съело бы за аналогичный

период времени)?» Следующий вопрос мог бы заключаться в том, были ли такие эпизоды связаны с потерей контроля или неспособностью прекратить прием пищи.

В качестве инструментов скрининга также были предложены другие опросники, включая Скрининг расстройств пищевого поведения (Maguen et al., 2018) и Скрининг расстройств пищевого поведения для первичной медико-санитарной помощи (Cotton et al., 2003). Оба имеют большую чувствительность, чем SCOFF (Cotton et al., 2003; Maguen et al., 2018), но эти инструменты скрининга недостаточно изучены среди репрезентативных групп пациентов.

## **ПОЛОЖЕНИЕ 2: Первоначальная оценка пищевого анамнеза**

АПА *рекомендует* (1С): первоначальная оценка пациента с возможным расстройством пищевого поведения включает оценку следующих клинических характеристик:

- История роста и веса пациента (например, максимальный и минимальный вес, недавние изменения веса);
- Наличие паттернов и изменений в ограничительном питании, избегании пищи, переедании и других видах поведения, связанных с приемом пищи (например, руминаций, регургитаций, жевании и выплевывании);
- Паттерны и изменения в пищевом репертуаре (например, спектр разнообразия продуктов, сужение или исключение групп продуктов);
- Наличие, закономерности и изменения в компенсаторном и другом поведении, направленном на контроль веса, включая диетические ограничения, компульсивные или целенаправленные физические упражнения, очистительное поведение (например, использование слабительных, провоцирование рвоты) и использование лекарств для манипулирования весом;
- Процент времени, занятого едой, весом и фигурой;

- Предшествующее лечение и реакция на лечение расстройства пищевого поведения;
- Психосоциальные нарушения, вторичные по отношению к еде или беспокойству относительно образа тела или поведению;
- Семейный анамнез расстройств пищевого поведения, других психических заболеваний и других заболеваний (например, ожирение, воспалительное заболевание кишечника, сахарный диабет).
- Процент времени, занятого едой, весом и фигурой;
- Предшествующее лечение и реакция на лечение расстройства пищевого поведения;
- Психосоциальные нарушения, вторичные по отношению к еде или беспокойству относительно образа тела или поведению;
- Семейный анамнез расстройств пищевого поведения, других психических заболеваний и других заболеваний (например, ожирение, воспалительное заболевание кишечника, сахарный диабет).

## Реализация

Тщательная оценка анамнеза, симптомов, поведения и психического статуса пациента является первым шагом в постановке диагноза расстройства пищевого поведения. Для завершения этой оценки может потребоваться несколько посещений, а также должны учитываться рекомендации Практического руководства Американской психиатрической ассоциации по психиатрической оценке взрослых (American Psychiatric Association 2016). Информацию можно получить с помощью личных интервью, стандартных инструментов оценки, физикального осмотра, лабораторных анализов и информации из дополнительных источников, таких как члены семьи, другие медицинские работники и медицинские записи. По ряду причин (например, амбивалентное отношение к изменению поведения, стигматизация, нарушение понимания) люди с расстройствами пищевого поведения могут недооценивать симптомы (например, количество потребляемой пищи, затрачиваемое время на физические упражнения, эпизоды переедания и/или очищения). Следовательно,

члены семьи, партнеры или другие лица могут наблюдать изменения в еде или другом поведении, о которых пациент не сообщает.

При оценке детей и подростков важно привлекать родителей или опекунов и, когда это уместно, школьный персонал и медицинских работников, регулярно работающих с пациентом. Поскольку многие симптомы расстройств пищевого поведения носят когнитивный характер (например, боязнь прибавки в весе, переоценка веса и фигуры) и зависят от способности к абстрактному мышлению, дети могут быть не в состоянии сформулировать или подтвердить такие симптомы, и может потребоваться больше полагаться на поведенческие индикаторы (Lock et al. 2015a). Кроме того, психосоциальные изменения у детей и подростков могут отличаться от таковых у взрослых по мере развития симптомов, связанных с приемом пищи (Hornberger et al., 2021; Lock et al., 2015a). Таким образом, в качестве дополнения к психосоциальной оценке, проводимой в рамках любой начальной оценки (American Psychiatric Association 2016.), может быть полезно выявить изменения в успеваемости в школе, занятиях спортом или другие различия в психосоциальном функционировании при оценке детей или подростков с расстройством пищевого поведения. Клиницисты также должны помнить, что на клинические проявления расстройства пищевого поведения могут влиять культурные особенности, хотя расстройство пищевого поведения может развиваться у людей всех полов, возрастных и культурных групп (George and Franko 2010; Hudson et al. 2007; Makino et al. 2004; Perez et al. 2016; Udo and Grilo 2018).

Первоначальная оценка пациента с возможным расстройством пищевого поведения должна включать тщательный сбор анамнеза о росте и весе пациента, включая максимальный и минимальный вес в течение жизни. Клиницисты должны оценить степень недавней потери веса, поскольку медицинские осложнения (например, синдром возобновления питания, или рефидинг-синдром) предсказываются как скоростью, так и общей величиной потери веса (Garber et al., 2019; Whitelaw et al., 2018). Спросив пациента о наиболее удобном для него весе, вы сможете согласовать цели планирования лечения и получить дополнительную полезную информацию о степени понимания пациента (например, если он выберет желаемый вес, который

значительно ниже нормального диапазона). Клиницист также должен документировать любые изменения роста взрослого человека, поскольку это может отражать потерю костной массы в результате хронического дефицита питательных веществ (Misra et al. 2016).

Для детей и подростков получение анамнестических процентилей роста и веса с помощью кривых роста или диаграмм (либо задокументированных непосредственно, либо полученных от педиатра пациента или семейного врача), может помочь выявить задержку роста, связанную с НА, и чрезвычайно важно для характеристики изменений траектории веса и роста пациента (Marion et al. 2020; Modan-Moses et al. 2003, 2021; Swenne and Thurfjell 2003). Также может быть полезно собрать анамнез развития кормления и приема пищи, как описано ниже для избегающего и ограничительного расстройства приема пищи.

Тщательный анализ пищевых продуктов и моделей питания, а также любых изменений в паттернах пищевого поведения имеет решающее значение для диагностики возможного расстройства пищевого поведения. Изменения в пищевом репертуаре (отраженные в типичных привычках ежедневного питания) могут включать выбор продуктов с различной (часто более низкой) калорийностью, переход на определенный тип диеты (например, веганская/вегетарианская, с высоким содержанием белка/палеолитическая, безглютеновая), снижение разнообразия потребляемых продуктов, отказ от целых групп продуктов (например, молочных продуктов) или макронутриентов (например, жиров, углеводов) или развитие пищевой непереносимости, фобий или отвращения. Следовательно, важно определить, достаточно ли приемов пищи для поддержания здорового роста и развития, могут ли паттерны ограничения или отказа от пищи способствовать возможному дефициту питательных веществ, и являются ли значительные изменения в предпочтениях в еде проявлением других состояний здоровья, помимо расстройств пищевого поведения. Также может быть полезно спросить о том, считают ли пациенты такое пищевое поведение полезным для себя, в том числе о мотивах ограничения или отказа от еды. Такие вопросы могут помочь пациентам

почувствовать себя понятыми и выявить пробелы в копинг-стратегиях, которые могут потребовать внимания в лечении.

Лица с расстройствами пищевого поведения, особенно с НА (Gianini et al., 2015), могут демонстрировать ненормальное поведение во время приема пищи, например чрезмерное дробление или нарезку продуктов, пережевывание каждого кусочка определенное количество раз, откладывание начала приема пищи или избегание определенных комбинаций продуктов. Другие виды поведения, связанные с расстройством пищевого поведения, могут включать жевание и выплевывание пищи, размышление или беспокойство по поводу желудочно-кишечных последствий приема пищи (например, чувство переполнения, вздутие живота, боль в животе). Люди с расстройством пищевого поведения могут также избегать социальных ситуаций из-за повышенного сенсорного восприятия пищи других, чувства отвращения к тому, что другие едят, или застенчивости по поводу того, что другие комментируют их выбор еды.

Клиницисты должны узнать о наличии переедания, во время которого человек испытывает чувство потери контроля над едой и потребляет количество пищи, которое определенно больше, чем большинство людей съело бы при аналогичных обстоятельствах (American Psychiatric Association 2013). Полезно узнать, что происходит во время типичного переедания пациента, потому что их субъективное описание может дать дополнительную информацию об их пищевом поведении. Пациентов также следует расспросить о очистительном поведении, которое может включать провоцирование рвоты, прием слабительных или мочегонных средств, а также о частоте очистительного поведения, включая сведения о типе и количестве используемых слабительных или мочегонных средств, а также о недавних изменениях характера и частоты очистительного поведения. Кроме того, клиницисты должны узнать о таком компенсаторном поведении, как использование лекарств для манипулирования весом (например, диуретики, кофеин, стимуляторы, таблетки для похудения, питательные или травяные добавки, добавки для наращивания мышечной массы, отказ от инсулина или изменение дозы, гормоны щитовидной железы) или чрезмерные физические

нагрузки. Показатели компенсаторных или чрезмерных упражнений могут включать нежелание или неспособность адаптировать свой режим упражнений при травме, а также ригидность и/или озабоченность своим режимом упражнений таким образом, что это способствует социальному избеганию (например, может быть так озабочен выполнением упражнений при пробуждении, что вечером может отказаться гулять с друзьями).

Людей с возможным расстройством пищевого поведения следует спросить о том, сколько времени они тратят на мысли о еде, весе или фигуре. Хотя не все люди с расстройством пищевого поведения сообщают об этих особенностях, нарушение восприятия тела и/или переоценка веса и фигуры может отражаться в негативной субъективной оценке своей внешности (например, чувство отвращения к себе по отношению к своему телу), неудовлетворенности своим телом (в том числе беспокойство относительно мышечной массы или определенных областей тела), трудностях с доверием к восприятию интероцептивных и проприоцептивных ощущений (например, недоверие к переживанию чувства голода как к реальному, беспокойство по поводу желудочно-кишечных симптомов), поведенческих ритуалах (например, частое взвешивание, проверка размера участков тела) и когнитивных переживаниях (например, боязнь набрать вес, беспокойство по поводу еды, отвращение к еде, опасения по поводу еды в социальных ситуациях). У мужчин больше внимания может уделяться мышечной массе, а не весу как таковому (Lavender et al. 2017). Буллинг и кибербуллинг являются обычным явлением и могут способствовать неудовлетворенности своим телом, помимо других психологических эффектов (Day et al. 2022; Lie et al. 2019, 2021a, 2021b; Solmi et al. 2021). Кроме того, часто бывает полезно спросить о взаимодействии в социальных сетях или о влиянии групп сверстников, которые влияют на взгляды пациентов по поводу еды, веса или формы тела (Padín et al. 2021; Scott et al. 2019).

Трансгендерная и гендерно-небинарная молодежь может быть мотивирована ограничивать питание или использовать другое компенсаторное поведение, чтобы предотвратить начало или прогрессирование полового созревания (Avila et al., 2019; Coelho et al., 2019). Также важно узнать

подвергался ли пациент медицинским вмешательствам, включая гормональную терапию или хирургические вмешательства, и их связь с изменениями симптомов расстройства пищевого поведения (Jones et al., 2018; Nowaskie et al., 2021; Uniacke et al. 2021).

Сбор информации о предшествующем лечении и ответе на лечение может быть полезен для осмысления тяжести и течения болезни, а также для формирования первоначального плана лечения. В дополнение к условиям лечения и уровням ухода, клиницисты должны узнать о предыдущем опыте и реакции на психотерапевтические и фармакологические вмешательства. Преморбидные черты личности (например, перфекционизм, добросовестность и обсессивность НА; импульсивность при переедании или очистительном поведении) могут влиять на тяжесть симптомов, планирование лечения и исходы у людей с расстройством пищевого поведения (Dahlenburg et al. 2019; Dufresne et al. 2020; Hower et al. 2021; Legg and Turner 2021; Lilienfeld et al. 2006; Waxman 2009).

Первоначальная диагностика должна также включать тщательный семейный анамнез. Пациентов следует расспросить о семейном анамнезе расстройств пищевого поведения, в том числе ПП, диет или ограничительного питания, ожирения или других проблем, связанных с весом, а также о семейном и культурном отношении к еде, физическим упражнениям и внешнему виду. Клиницисты также должны узнать о семейном анамнезе заболеваний, которые могут быть распространены у людей с расстройствами пищевого поведения, таких как сахарный диабет, воспалительные заболевания кишечника и другие психические расстройства, включая депрессию, тревогу, обсессивно-компульсивное расстройство и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (Hudson et al., 2007). Хотя вопрос о семейном анамнезе самоубийств важен при каждой психиатрической экспертизе, это особенно актуально для диагностики пациента с возможным расстройством пищевого поведения, учитывая повышенный уровень самоубийств в этой популяции (Arcelus et al. 2011). Во время диагностики подростков клиницисты также должны учитывать роль семейных

взаимодействий и отношений (Blissett and Haycraft, 2011; Lydecker and Grilo, 2016), которые могут потребовать внимания в рамках плана лечения.

Следует оценить степень понимания пациента и способность делать обоснованный выбор в отношении необходимости лечения, поскольку понимание и суждение могут быть нарушены целым рядом факторов, включая влияние ограничительного питания на когнитивные функции. Расстройства пищевого поведения, особенно НА, также характеризуются двойственным отношением к лечению, поскольку вмешательства, направленные на расстройство пищевого поведения и контроль веса, могут вызывать тревогу. Пациенты с частыми рецидивами или длительной историей безуспешного лечения могут чувствовать безнадежность в отношении перспектив улучшения. Для подростков способность оценивать будущий риск зависит от уровня когнитивного развития и может усложнить оценку понимания и суждения.

## Избегающее и ограничительное расстройство приема пищи (ИОРПП)

В дополнение к аспектам первоначальной оценки, описанным выше для любого расстройства пищевого поведения, некоторые аспекты анамнеза особенно важны для выявления ИОРПП. ИОРПП было впервые включено в DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) и состоит из расстройства приема пищи, связанного с избеганием или ограничением приема пищи, как следует из названия. Существуют разнообразные и частично совпадающие мотивы, которые способствуют избеганию/ограничению приема пищи, но примеры, упомянутые в DSM-5-TR (American Psychiatric Association 2022), включают «очевидное отсутствие интереса к еде; избегание на основе сенсорных характеристик пищи; [или] беспокойство по поводу неприятных последствий еды». Хотя такие особенности наиболее изучены, эти примеры не должны мешать клиницисту исследовать уникальный вклад в избегание/ограничение приема пищи у отдельного пациента. Кроме того, должен присутствовать по крайней мере один из следующих признаков: «Значительная потеря веса (или неспособность достичь ожидаемого увеличения веса или замедленный рост у

детей), значительный дефицит питания, зависимость от энтерального питания или пероральных пищевых добавок, [или] выраженное нарушение психосоциального функционирования». Для выполнения диагностических критериев ИОРПП расстройство приема пищи не может быть результатом другого психического расстройства (например, НА, НБ), не является проявлением другого заболевания (например, заболевание желудочно-кишечного тракта), а также не должно быть отражением культурных обычаев питания и не связано с недоступностью пищи.

При подозрении на ИОРПП особенно полезно собрать анамнез развития приема пищи, который может включать ранние проблемы с грудным вскармливанием или кормление смесями; легкость перехода на твердую пищу; наличие орально-моторных нарушений, затрудняющих кормление; и пищевая непереносимость или аллергия, которые могут способствовать раннему отвращению к еде. Медицинские состояния, такие как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эозинофильный эзофагит и воспалительные заболевания кишечника, также могут вызывать трудности с приемом пищи (Day et al., 2022; Fink et al., 2022; Gibson et al., 2021; Murray et al., 2021; Oliveira, 2021); JE Peters и др., 2022; Robson и др., 2019; Yelencich и др., 2022). Комплексный анамнез развития даст возможность родителям почувствовать, что медицинские работники ценят информацию о давних проблемах. Кроме того, обнаружение устойчивой картины проблем с питанием может насторожить клинициста о возможных механических орально-моторных нарушениях, которые остались незамеченными.

Оценка статуса питания и изучение траекторий роста также важны для людей с возможным ИОРПП (Eddy et al. 2019). Помимо изменения веса или замедления роста у некоторых молодых людей с ИОРПП могут быть постоянно низкие процентиля роста и веса, а также связанный с этим дефицит питательных веществ (Feillet et al., 2019; Schmidt et al., 2021; Yule et al., 2021).

Паттерны избегания еды при ИОРПП часто являются хроническими и не отражают недавние изменения. В других случаях у людей может быть острое желудочно-кишечное заболевание или другое состояние здоровья, но расстройство приема пищи сохраняется, несмотря на решение исходной

проблемы. Таким образом, может быть полезно спросить пациентов о мотивах отказа от еды и о том, как отказ от пищи помогает им. Например, отказ от еды у людей с ИОРПП может быть мотивирован страхом перед неприятными последствиями приема пищи, такими как удушье, рвотные позывы, аллергические реакции, боль или желудочно-кишечные симптомы (например, тошнота, рвота, вздутие живота, запор, диарея). Кроме того, сенсорная чувствительность к запахам, внешнему виду, текстуре, вкусу и/или температуре пищи может снижать желание и способность пробовать новые или незнакомые продукты, уменьшать разнообразие рациона в пищевом репертуаре людей и даже мешать желанию есть знакомые продукты, которые не приготовлены определенным образом. В отличие от НА или НБ, люди с ИОРПП часто предпочитают мягкую крахмалистую пищу или пищу с более высокой калорийной плотностью, но их общего потребления калорий недостаточно для увеличения веса. Для некоторых людей с ИОРПП введение нового вкуса или неожиданный опыт со знакомым вкусом может привести к рвоте и последующему избеганию. Как и при других расстройствах пищевого поведения, люди с ИОРПП могут испытывать дискомфорт или не иметь возможности есть в присутствии других людей. Прием пищи может прекращаться преждевременно из-за сниженного аппетита или из-за употребления незнакомой пищи, чтобы свести к минимуму неприятные физические ощущения (например, переполнение кишечника) или избежать неприятных социальных ситуаций, связанных с приемом пищи. Они также могут чувствовать отвращение, наблюдая, как другие едят, испытывать обострение сенсорных ощущений или отвращение к запаху чужой еды. Важно отметить, что пациенты с ИОРПП различаются по своим клиническим проявлениям (Katzman et al. 2021; Norris et al. 2018), и понимание того, как пациент воспринимает пищу, может помочь в установлении взаимопонимания, а также послужить отправной точкой для лечения.

## ПОЛОЖЕНИЕ 3: Количественные показатели

АПА рекомендует (1С): первоначальная психиатрическая оценка пациента с возможным расстройством пищевого поведения включает взвешивание пациента и количественную оценку приема пищи и поведения, направленного на контроль веса (например, частоту, интенсивность или время, затрачиваемое на диетические ограничения, переизбыток, очищение организма, физические упражнения и другие компенсаторные действия).

### Реализация

При обследовании пациента с возможным расстройством пищевого поведения данные веса пациента и количественная оценка недавнего или текущего приема пищи и поведения, направленного на контроль веса, могут помочь обнаружить и определить тяжесть расстройства пищевого поведения и связанных с ним симптомов. Также должны быть получены данные роста, как описано в Положении б.

Практические рекомендации по психиатрическому обследованию взрослых АПА, 3-е издание (American Psychiatric Association 2016) содержат общее описание использования количественных показателей, которые могут включать использование формальных оценочных шкал, количественную оценку или характеристик соответствующего поведения. Целью использования количественных показателей является не установление диагноза, а скорее дополнение других аспектов процесса скрининга и оценки. В зависимости от показателей, они могут помочь в планировании лечения, предоставляя структурированный воспроизводимый способ документирования исходных симптомов пациента. Это также может помочь определить, какие симптомы должны стать целью вмешательства, исходя из таких факторов, как частота возникновения, величина, связанный с этим дистресс для пациента и потенциальный связанный с этим вред для пациента или других лиц. С другой стороны, важно помнить, что некоторые люди будут занижать симптомы, особенно если они не чувствуют себя комфортно в терапевтических

отношениях, не мотивированы на лечение, не осознают наличие расстройства, не хотят разочаровать врача, стыдятся своего поведения или ранее подвергались издевательствам и критике за свое поведение, вес или внешний вид.

По мере продолжения лечения использование количественных показателей позволяет более точно отслеживать, оказывают ли фармакологические, психотерапевтические и другие немедикаментозные методы лечения ожидаемые эффекты или требуется изменение плана лечения. Стандартизированные оценки могут быть полезны для демонстрации улучшения у пациентов, которые могут чувствовать себя немотивированными или разочарованными своим ответом на лечение. Они также могут предоставить полезную информацию о фактических эффектах предыдущего лечения. Тем не менее, опять же, может иметь место занижение данных, или частота сообщений о симптомах может увеличиваться по мере того, как мотивация к изменению или понимание улучшаются с лечением. Кроме того, стандартизированные оценки пациентов можно сравнить с мнением членов семьи об эффектах лечения, чтобы прояснить лонгитюдное течение болезни пациента.

Один из подходов к количественной оценке заключается в том, чтобы сосредоточиться на показателях тяжести расстройства пищевого поведения, как описано в критериях DSM-5 (т. е. потеря веса для НА, эпизоды неадекватного компенсаторного поведения в неделю для НБ, эпизоды компульсивного переедания в неделю для ПП). В дополнение к частоте поведения также могут быть получены показатели интенсивности поведения или времени, затрачиваемого на ограничение питания, переедание, компенсаторного очищения, физические упражнения и другие компенсаторные виды поведения. Вес является ключевым показателем у лиц с расстройством пищевого поведения, и его следует измерять у пациентов, одетых в легкую одежду и без обуви. Неясно, следует ли сообщать измеренный вес пациенту или нет, это может зависеть от используемого подхода к лечению, а также от конкретных соображений пациента.

Хотя использование шкал для оценки расстройств пищевого поведения не является обязательным для количественной оценки поведения в отношении приема пищи и контроля веса, был разработан и валидизирован ряд оцениваемых пациентами и врачами шкал и инструментов скрининга расстройств пищевого поведения (Schaefer et al. 2021). Если используется шкала, ее выбор должен учитывать возраст пациента, клинические условия, свободное время и терапевтическую цель (т. е. скрининг, диагностика или постоянный мониторинг). Как обсуждалось в Положении 1, опросник SCOFF представляет собой инструмент из пяти пунктов для выявления расстройств пищевого поведения, обладающий высокой чувствительностью и специфичностью для выявления НА и НБ при скрининге расстройств пищевого поведения (Kutz et al., 2020; Morgan et al., 1999). Оценка расстройств пищевого поведения по DSM-5 (EDA-5) - это полуструктурированное интервью в свободном доступе для клиницистов, демонстрирующее хорошую надежность диагностики НА, НБ и ПП у подростков и взрослых ([www.eda5.org](http://www.eda5.org); Sysko et al., 2015). Имеется версия для детей от 8 до 14 лет, а также версии на испанском и других языках. Анкета исследования расстройств пищевого поведения (EDE-Q) представляет собой относительно краткий, доступный и хорошо проверенный инструмент самоотчета, адаптированный из полуструктурированного интервью для исследования расстройств пищевого поведения (EDE) (Fairburn 2008). Он был валидизирован для испанского (Grilo et al. 2012a; Peláez-Fernández et al. 2012) и многих других языков (Lichtenstein et al. 2021). Он может иметь более низкую валидность у мужчин (Smith et al., 2017), но, по-видимому, является полезным показателем самоотчета для трансгендеров и лиц с разным полом, хотя требуются дополнительные исследования (Avila et al. 2019; Duffy et al. 2021; Nagata et al. 2020a, 2020c; Nowaskie et al. 2021). EDE-Q достоверен как у взрослых, так и у подростков (Mond et al., 2004; Schaefer et al., 2018), а детская версия EDE-Q была одобрена для использования у детей в возрасте от 7 до 18 лет. (Kliem et al. 2017). Еще одна шкала, разработанная для детей и подростков в возрасте 8–14 лет, – это Исследование расстройств пищевого поведения у детей (Brewerton, 2001; Childress et al., 1993). Для оценки лонгитюдных изменений в когнитивных функциях и поведении, связанных с приемом пищи,

была разработана шкала расстройств пищевого поведения 15 (ED-15) (Tatham et al., 2015), и у нее есть соответствующая версия для молодежи (Accurso and Waller, 2021a) и для отчетов родителей или опекунов (Accurso and Waller 2021b). Клиническая оценка нарушений представляет собой шкалу самоотчета ([www.psytoolkit.org/survey-library/eating-cia.html](http://www.psytoolkit.org/survey-library/eating-cia.html)), доступную на английском и испанском языках для измерения психосоциальных нарушений, связанных с расстройством пищевого поведения (Bohn et al. 2008; Jenkins 2013; Maraldo et al. 2021; Martín et al. 2015; Raykos et al. 2019), хотя для мужчин и женщин могут потребоваться разные пороговые значения для общих баллов (Richson et al. 2021).

Для оценки других расстройств, связанных с приемом пищи, Анкета расстройств пищевого поведения у молодежи (EDYQ) была валидизирована для использования у детей в возрасте от 8 до 13 лет (Goldberg et al., 2020) и опросник из девяти пунктов для выявления расстройств, связанных с избеганием/ограничением приема пищи (Zickgraf and Ellis 2018) был одобрен для использования у взрослых. Интервью Pica, ИОРПП и расстройства руминации (PARDI; Bryant-Waugh et al. 2019) — это многоинформативный полуструктурированный инструмент, который используется в исследованиях; тем не менее клиницистам может быть полезно просмотреть пункты PARDI, чтобы узнать о клинических особенностях этих расстройств.

#### **ПОЛОЖЕНИЕ 4: Идентификация сопутствующих состояний**

АПА рекомендует (1С): при первичном психиатрическом обследовании пациента с возможным расстройством пищевого поведения необходимо выявить сопутствующие состояния здоровья, включая сопутствующие психические расстройства.

#### **Реализация**

Сопутствующие состояния здоровья важно выявить в рамках обследования пациента с возможным расстройством пищевого поведения.

Некоторые сопутствующие состояния здоровья могут быть следствием расстройства пищевого поведения (например, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром раздраженного кишечника, гастропарез, другие нарушения моторики ЖКТ), в то время как другие (например, сахарный диабет, целиакия, воспалительное заболевание кишечника) могут ограничивать пищевое поведение и разнообразие рациона и могут усугубить или повысить вероятность развития расстройства пищевого поведения (Nikniaz et al., 2021; JE Peters et al., 2022; Young et al., 2013). Даже когда состояние здоровья не зависит от расстройства пищевого поведения, оно может повлиять на выбор лечения или потребовать медикаментозную коррекцию.

Выявление ранее существовавших или сопутствующих психических состояний и получение информации об их манифесте и течении также важно для планирования лечения. При наличии другого психического расстройства исходы ухудшаются (Franko et al., 2018; Keshishian et al., 2019; Lydecker and Grilo, 2021; Riquin et al., 2021), а смертность повышается (Himmerich et al., 2019a, 2019b; Kask et al. 2016, 2017). Таким образом, необходимо оказывать помощь как при расстройстве пищевого поведения, так и при других психических состояниях. Взаимосвязь между расстройствами пищевого поведения и психическими симптомами сложна; необходима тщательная клиническая оценка, чтобы определить, являются ли симптомы депрессии, тревоги или obsessions самостоятельным сопутствующим расстройством или они развились в результате расстройства пищевого поведения. Например, было показано, что голодание приводит к депрессивным симптомам, включая плохое настроение, нарушение концентрации внимания, упадок энергии и нарушение сна, а также повышенную тревогу и obsessions (Keys et al., 1950). С другой стороны, расстройства пищевого поведения часто сочетаются с другими психическими расстройствами, особенно с депрессией, тревогой, ОКР, посттравматическим стрессовым расстройством, расстройствами аутистического спектра, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, и расстройствами личности (Hudson et al., 2007; Steinhausen et al., 2021). Люди с расстройством пищевого поведения также имеют большую вероятность развития синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), чем люди

без расстройства пищевого поведения (Brewerton and Duncan, 2016; Nazar et al., 2016). Физическое беспокойство обычно наблюдается у пациентов с НА с низким весом и может проявляться постоянным беспокойством или неусидчивостью в течение длительного периода времени, независимо от наличия СДВГ.

Травма в анамнезе также может повышать риск развития расстройств пищевого поведения (Emery et al., 2021; Russon et al., 2019) или расстройств приема пищи. Сообщения о предшествующих сексуальных травмах чаще встречаются у пациентов с расстройствами пищевого поведения (Lie et al., 2021a; Madowitz et al., 2015; Solmi et al., 2021), но также увеличиваются показатели физического или эмоционального насилия или безнадзорности (Afifi et al. 2017; Coffino et al. 2020; Hazzard et al. 2019; Kimber et al. 2017; Lie et al. 2021a; Molendijk et al. 2017; Pignatelli et al. 2017). Кроме того, многие люди с расстройством пищевого поведения подвергались издевательствам или критике за свой вес или внешний вид (Day et al., 2022; Lie et al., 2019, 2021b; Solmi et al., 2021). Следовательно, всех пациентов с возможным расстройством пищевого поведения следует расспросить об анамнезе физического, эмоционального или сексуального насилия; буллинге (в том числе кибербуллинге); или безнадзорности (включая отсутствие продовольственной безопасности) и определить наличие симптомов, связанных с посттравматическим стрессовым расстройством (Ferrell et al. 2020).

Самоубийство является второй ведущей причиной смерти среди лиц с НА, а показатели суицидального поведения повышены у лиц с НБ и ПП (Smith et al. 2018). Первоначальное обследование должно включать тщательную оценку суицидального риска, включая текущие суицидальные идеи, планы или намерения, предыдущие суицидальные планы или попытки, а также наличие несуицидального самоповреждения (см. Руководство III, «Оценка суицидального риска» в Практических рекомендациях АРА по психиатрическому обследованию взрослых, Американская психиатрическая ассоциация 2016). Такие оценки могут быть проведены посредством клинического опроса, обследования психического статуса или использования количественных показателей.

Для любого пациента, который проходит первоначальное психиатрическое обследование, важно оценить употребление пациентом кофеина, табака, алкоголя, каннабиноидов и других веществ, а также любое злоупотребление рецептурными или безрецептурными лекарствами или пищевыми добавками (см. Руководство II «Оценка употребления психоактивных веществ» в Практических рекомендациях по психиатрическому обследованию взрослых; Американская психиатрическая ассоциация 2016). Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, часто сочетаются с расстройствами пищевого поведения (Bahji et al., 2019; Harrop and Marlatt, 2010; Javaras et al., 2008; Krug et al., 2008); таким образом, у пациента с потенциальным расстройством пищевого поведения необходимо собрать полный анамнез употребления психоактивных веществ. Курение сигарет (включая электронные сигареты или вейпинг) можно использовать для подавления аппетита (Mason et al., 2021; Naveed et al., 2021), и курение может повлиять на скорость восстановления веса во время лечения (Van Wymelbeke et al., 2004). Следует также провести специальный опрос относительно использования или неправильного использования рецептурных или безрецептурных лекарств, которые подавляют аппетит (например, безрецептурные средства для похудения, стимуляторы) или средства, увеличивающие мышечную массу (например, добавки, андрогены).

Среди лиц с ИОРПП часто встречаются сопутствующие заболевания ЖКТ (например, ахалазия кардии, эозинофильный эзофагит, целиакия, воспалительное заболевание кишечника) (Day et al., 2022; Fink et al., 2022; Gibson et al., 2021; Murray et al., 2021). ; JE Peters et al., 2022; Robson et al., 2019; Yelencich et al., 2022), и может быть оправдана оценка расстройств желудочно-кишечного тракта, особенно у лиц, симптомы которых не являются пожизненными. Расстройство аутистического спектра и СДВГ также чаще встречаются у людей с ИОРПП (Farag et al. 2022; Keery et al. 2019; Yule et al. 2021), что подчеркивает важность сбора анамнеза развития, обучения и сенсорных проблем. Также часто сообщается о тревожных симптомах и расстройствах (Fisher et al., 2014; Kambanis et al., 2020; Katzman et al., 2021; Keery et al., 2019; Norris et al., 2014, 2021) и депрессивных симптомах (Katzman et al., 2021) у людей с ИОРПП. Более

подробные рекомендации по скринингу сопутствующих состояний можно найти в Практических рекомендациях по психиатрическому обследованию взрослых (American Psychiatric Association 2016).

## **ПОЛОЖЕНИЕ 5: Первоначальный обзор систем**

АПА *рекомендует* (1С): первоначальное психиатрическое обследование пациента с возможным расстройством пищевого поведения должна включать всесторонний обзор физиологических систем.

### **Реализация**

Последствия недоедания, переедания и очищения могут повлиять на любую систему органов в организме (Комитет по стандартам медицинской помощи при расстройствах пищевого поведения, 2021; Cass et al., 2020; Sachs and Mehler, 2016). В дополнение к рекомендациям по обзору систем, приведенным в Практических рекомендациях по психиатрическому обследованию взрослых (American Psychiatric Association 2016), сосредоточение внимания на проблемах, которые часто встречаются у пациентов с расстройствами пищевого поведения, может помочь выявить ранее существовавшие или сопутствующие состояния (как обсуждается в Положении 4), а также выявить симптомы, беспокоящие пациента (см. Таблицу 3). Хотя некоторые из этих симптомов или состояний могут улучшиться или исчезнуть при лечении расстройства пищевого поведения, другие потребуют дополнительного обследования и лечения в дополнение к лечению расстройства пищевого поведения.

Пациенты с расстройствами пищевого поведения обычно сообщают о таких симптомах, как дискомфорт или боль в животе во время еды, запор, раннее насыщение или чувство сытости, вздутие живота, тошнота и гастроэзофагеальный рефлюкс (Riedlinger et al. 2020). Эти симптомы не обязательно отражают признаки структурного расстройства желудочно-кишечного тракта, но могут быть следствием голодания и

неупорядоченного питания, которые приводят к функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта и проблемам с перистальтикой желудочно-кишечного тракта (например, задержка опорожнения желудка [Hetterich et al. 2019]). Пациентов, которые вызывают рвоту, следует спросить о наличии крови в рвоте.

Сердечно-сосудистые заболевания также распространены, как описано далее в Положении 8. Изменения сердечного ритма включают брадикардию либо учащенное сердцебиение (Giovinazzo et al. 2019; Sachs et al. 2016). Низкое артериальное давление, часто в сочетании с ортостатической гипотензией, может привести к головокружению при вставании или обмороку. Частота пролапса митрального клапана, перикардального выпота и атрофии миокарда также увеличивается у лиц с НА (Giovinazzo et al., 2019; Olivares et al., 2005; Sachs et al., 2016; Smythe et al., 2021).

Также важно узнать о прошлых или текущих неврологических признаках или симптомах, таких как судороги и головная боль (включая мигрень). Остеопороз и переломы (в том числе стрессовые) чаще встречаются у лиц с расстройствами пищевого поведения (Frølich et al., 2020; Robinson et al., 2016, 2019; Solmi et al., 2016), и их также следует выявлять в рамках обзора физиологических систем.

Обследование должно включать сбор менструального анамнеза, когда это уместно, включая возраст наступления менархе и дату последней менструации. Также важно спросить об использовании оральных контрацептивов или других гормональных препаратов, которые могут повлиять на менструальный цикл. Нарушения менструального цикла, в том числе нерегулярные менструации и аменорея, возникают при НА (Misra and Klibanski 2014), атипичном НА (Garber et al. 2019; Lebow et al. 2015; Rastogi et al. 2020), НБ (Gendall et al. 2000) и ПП (Olguin et al. 2017). Кроме того, синдром поликистозных яичников, по-видимому, также связан с повышенной вероятностью беспорядочного приема пищи (Pirodda et al., 2019) или расстройства пищевого поведения, особенно НБ или ПП (Thannickal et al., 2020). Диетические ограничения со значительным снижением веса или низким ИМТ также могут быть связаны с повышенным уровнем осложнений беременности и

неонатальными проблемами. Пациентов следует расспросить о сексуальных (например, снижение либидо, эректильная дисфункция) и репродуктивных (например, бесплодие, акушерские осложнения) проблемах, которые могут возникнуть на фоне измененного функционирования гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси.

**Таблица 3. Признаки и симптомы расстройств пищевого поведения**

Система органов	Связан с ограничительным питанием	Связан с очистительным поведением
Общая	<i>Низкий вес, кахексия</i>	
Общая	Усталость	
Общая	<i>Слабость</i>	<i>Слабость</i>
Общая	Обезвоживание	
Общая	Непереносимость холода, <i>низкая температура тела</i>	
Общая	Приливы жара, потливость	
Нервная система	Тревога, депрессия или раздражительность	Тревога, депрессия или раздражительность
Нервная система	Апатия	Апатия
Нервная система	Сниженная концентрация	Сниженная концентрация
Нервная система	Головная боль	Головная боль

Нервная система	<i>Судороги (в тяжелых случаях)</i>	<i>Судороги (в тяжелых случаях)</i>
Нервная система		<i>Парестезия (из-за нарушений электролитного баланса)</i>
Нервная система	<i>Периферическая полинейропатия (в тяжелых случаях)</i>	
Ротоглоточная	<i>Дисфагия</i>	
Ротоглоточная		<i>Эрозия и кариес зубной эмали</i>
Ротоглоточная		<i>Увеличенные слюнные железы</i>
Ротоглоточная		<i>Боль в глотке</i>
Ротоглоточная		<i>Небные царапины, эритема или петехии</i>
Желудочно-кишечная	<i>Дискомфорт в животе</i>	<i>Дискомфорт в животе</i>
Желудочно-кишечная	<i>Запор</i>	<i>Запор</i>
Желудочно-кишечная		<i>Диарея (из-за использования слабительного)</i>

Желудочно-кишечная	Тошнота	
Желудочно-кишечная	Раннее насыщение	
Желудочно-кишечная	<i>Вздутие живота</i>	<i>Вздутие живота, вздутие живота</i>
Желудочно-кишечная		Изжога, желудочно-пищеводные эрозии или воспаления образование
Желудочно-кишечная		<i>Рвота, возможно, с прожилками крови</i>
Желудочно-кишечная		<i>Выпадение прямой кишки</i>
Сердечно-сосудистая	Головокружение, обмороки, ортостатическая гипотензия	Головокружение, обмороки, ортостатическая гипотензия
Сердечно-сосудистая	Сердцебиение, аритмии	Сердцебиение, аритмии
Сердечно-сосудистая	<i>Брадикардия</i>	
Сердечно-сосудистая	<i>Слабый нерегулярный пульс</i>	
Сердечно-сосудистая	<i>Холодные конечности, акроцианоз</i>	

Сердечно-сосудистая	Боль в груди	
Сердечно-сосудистая	Одышка	
Репродуктивная/эндокринная	<i>Замедление роста (у детей или подростков)</i>	<i>Замедление роста (у детей или подростков)</i>
Репродуктивная/эндокринная	<i>Задержка развития вторичных половых признаков.</i>	<i>Задержка развития вторичных половых признаков</i>
Репродуктивная/эндокринная	Сниженное либидо	Сниженное либидо
Репродуктивная/эндокринная	<i>Проблемы с фертильностью</i>	
Репродуктивная/эндокринная	Олигоменорея	Олигоменорея
Репродуктивная/эндокринная	<i>Первичная или вторичная аменорея</i>	
Опорно-двигательный аппарат	<i>Слабость, истощение или атрофия проксимальных мышц</i>	
Опорно-двигательный аппарат		Мышечные спазмы
Опорно-двигательный аппарат	Боль в костях <sup>2</sup>	Боль в костях <sup>2</sup>
Опорно-двигательный аппарат	<i>Стрессовые переломы<sup>2</sup></i>	Стрессовые переломы <sup>2</sup>

Опорно-двигательный аппарат	<i>Замедление роста (относительно ожидаемого)<sup>2</sup></i>	<i>Замедление роста (относительно ожидаемого)<sup>2</sup></i>
Дерматологическая	<i>Сухая, желтая кожа</i>	
Дерматологическая	<i>Изменение волос, включая их выпадение, сухость и ломкие волосы</i>	
Дерматологическая	<i>Лануго</i>	
Дерматологическая		<i>Рубцы на тыльной стороне кисти (признак Рассела)</i>
Дерматологическая	<i>Плохой тургор кожи</i>	<i>Плохой тургор кожи</i>
Дерматологическая	<i>Точечный отек при повторном кормлении (припухлость, которая оставляет временную вмятину на коже при компрессии обуви, носка или преднамеренном надавливании – прим.ред.)</i>	<i>Точечный отек</i>

*Примечание.*

1 – Симптомы выделены римским шрифтом; знаки выделены курсивом.

2 – Риск нарушений скелета у лиц с низким весом в анамнезе и нарушениями менструального цикла или аменореей.

## ПОЛОЖЕНИЕ 6: Первичный медицинский осмотр

АПА рекомендует (1С): первоначальный физикальный осмотр пациента с возможным расстройством пищевого поведения должен включать оценку показателей жизнедеятельности, включая температуру, частоту сердечных сокращений в покое, артериальное давление, ортостатический пульс и ортостатическое артериальное давление; рост, вес и ИМТ (или процент медианы ИМТ, процентиль ИМТ или Z-показатель ИМТ для детей и подростков); и внешнего вида, включая признаки недоедания или очистительного поведения.

### Реализация

В дополнение к оценке основных показателей жизнедеятельности и внешнего вида настоятельно рекомендуется полное медицинское обследование. Как описано в Практических рекомендациях по психиатрическому обследованию взрослых (American Psychiatric Association 2016), его может проводить психиатр, другой врач или клиницист с медицинским образованием, но лучше всего его выполняет клиницист, знакомый с общими симптомами у пациентов с расстройствами пищевого поведения. Диагноз должен основываться на комплексной оценке психиатрического и медицинского статуса и анамнеза, поскольку физикальное обследование с нормальными результатами не может исключить расстройство пищевого поведения. Кроме того, физические признаки, такие как низкое артериальное давление или низкая частота сердечных сокращений в покое, которые можно наблюдать у здоровых людей, могут не быть маркером здоровья у человека с другими признаками расстройства пищевого поведения. После первоначальной оценки частота физического осмотра будет зависеть от клинического состояния пациента.

В таблице 2 описаны физические признаки, которые могут возникнуть у людей с расстройством пищевого поведения. При физикальном обследовании особое внимание следует уделить показателям жизненно важных функций, поскольку аномалии могут свидетельствовать о нестабильности состояния

здоровья, что требует более высокого уровня медицинской помощи (см. Положение 9). Нарушения, вызывающие потенциальное беспокойство, включают частоту сердечных сокращений <50 ударов в минуту (уд/мин), систолическое артериальное давление <90 мм рт. ст. или температуру тела <36°C. Устойчивое снижение систолического артериального давления не менее чем на 20 мм рт. ст. или учащение пульса > 30 ударов в минуту у взрослых или > 40 ударов в минуту у подростков в возрасте 12–19 лет в течение 3 минут из положения лежа в положение стоя также может указывать на соматическую нестабильность (Freeman et al. 2011; Raj et al. 2020; Singer et al. 2012). Всех пациентов следует обследовать на наличие признаков самоповреждающего поведения, поскольку люди с расстройствами пищевого поведения чаще наносят себе повреждения по сравнению с населением в целом (Cucchi et al., 2016; Forrest et al., 2021; Kostro et al., 2014). Физикальное обследование детей и подростков с возможным расстройством пищевого поведения должно также включать оценку роста и полового созревания (например, по шкале Таннера).

Сначала следует измерить рост, вес и ИМТ пациента, в идеале вес должен измеряться во время каждого посещения (см. [www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult\\_bmi/english\\_bmi\\_calculator/bmi\\_calculator.html](http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/english_bmi_calculator/bmi_calculator.html)). Частота, с которой необходимо измерять рост пациента, будет варьироваться: взрослым требуется определение роста реже, чем подросткам. Некоторые пациенты могут предпочесть, чтобы их взвешивали вслепую (т. е. отворачиваться, чтобы не знать свой вес; Fforeich et al., 2020; Wagner et al., 2013). Решение взвешивать пациентов таким способом или открытым способом является спорным и часто зависит от философии программы лечения расстройств пищевого поведения. Другие факторы, которые могут повлиять на выбор слепого взвешивания по сравнению с открытым, могут включать тип условий (стационарное или амбулаторное), тип психотерапии (например, семейная терапия [FBT], когнитивно-поведенческая терапия [CBT]), частоту измерений веса, а также характеристики или предпочтения пациента (Forbush et al. 2015). Даже когда взвешивание происходит вслепую, пациенты могут узнавать о своем весе через записи в электронных медицинских картах.

При интерпретации ИМТ пациента и связанных с ним показателей важно помнить об ограничениях этого параметра. В частности, он не делает различий между жировой и мышечной массой, не отражает различия в распределении жира и не включает вариации ИМТ в зависимости от возраста, пола, расы или этнической принадлежности (Kesztyüs et al. 2021; Lee et al. 2017; Liu et al. 2021; Tinsley et al. 2020). Тем не менее его легко измерить, и он часто используется в клинических и исследовательских целях. У детей и подростков следует определять процент медианы ИМТ (текущий ИМТ/50-й перцентиль ИМТ для возраста и пола  $\times 100$  ;[www.cdc.gov/healthyweight/bmi/calculator.html](http://www.cdc.gov/healthyweight/bmi/calculator.html)), перцентиль ИМТ или Z-показатель ИМТ (Golden et al. 2015a).

Графики продольного роста должны быть задокументированы непосредственно или получены от педиатра пациента или семейного врача для оценки отклонений от индивидуальных траекторий роста и определения целевого веса. Такой подход также может помочь выявить задержку роста, связанную с нервной анорексией (Marion et al., 2020; Modan-Moses et al., 2003, 2021; Swenne and Thurfjell, 2003), сниженную массу тела в связи с атипичной нервной анорексией или постоянно низкие перцентили роста и веса, как это можно наблюдать у некоторых молодых людей с ИОРПП (Yule et al. 2021).

Пациентов следует обследовать на наличие физических проявлений недостаточности питания, которые могут включать атрофию проксимальных мышц и временное истощение, отек лодыжек и стоп, а также дерматологические изменения, такие как лануго (тонкие волосы по всему телу), выпадение волос и сухость кожи. Кроме того, у некоторых людей с жесткими диетическими ограничениями может развиваться иммунодефицит (Brown et al. 2008). Признаки недостаточности питания улучшаются при нормализации пищевого поведения и массы тела; целенаправленное лечение (например, использование диуретиков при периферических отеках, связанных с недостаточностью питания) редко требуется при этих симптомах.

Дефицит витаминов (например, витамина А, тиамина, витамина В12, витамина С, витамина D, цинка) также могут развиваться из-за диетических ограничений у лиц с нервной анорексией, атипичной анорексией или ИОРПП (Achamrah et al., 2017; Hanachi et al., 2019; Yule et al., 2021). Риск дефицита

витаминов может усугубляться сопутствующими состояниями (например, дефицит тиамин с сопутствующим расстройством, связанным с употреблением алкоголя). Физикальные признаки могут включать ангулярный стоматит, глоссит, кровоточивость десен, а также дерматологические, глазные или неврологические данные (Suter and Russell 2018). Клиницисты также должны оценить любые признаки компенсаторного очищения, такие как увеличение околоушных желез, эрозия зубной эмали и мозоли на суставах или тыльной поверхности кисти (признак Рассела) от соскоба о зубы во время попыток вызвать рвоту. Если присутствует очистительное поведение, показано направление на стоматологическую оценку. Хотя это может показаться парадоксальным, пациентов следует проинструктировать не чистить зубы после рвоты (Meurman and ten Cate, 1996; Otsu et al., 2014). Полоскание рта водой после рвоты и отказ от употребления газированных напитков или цитрусовых также могут помочь уменьшить воздействие на зубы (Otsu et al. 2014).

## **ПОЛОЖЕНИЕ 7: Первичная лабораторная оценка**

АПА *рекомендует* (1С): лабораторная оценка пациента с возможным расстройством пищевого поведения должна включать общий анализ крови и комплексную метаболическую панель, включая электролиты, ферменты печени и тесты функции почек.

### **Реализация**

Лабораторные исследования могут быть полезны при первичном обследовании пациента с возможным расстройством пищевого поведения для выявления аномалий, которые могут потребовать вмешательства (см. Таблицу 4), в том числе более высокого уровня помощи. Аномалии чаще встречаются у людей с тяжелыми или хроническими заболеваниями, частыми эпизодами очистительного поведения или быстрой недавней потерей веса, независимо от текущего веса человека. С другой стороны, ненормальные лабораторные

показатели встречаются не у всех людей с расстройством пищевого поведения, а нормальные лабораторные показатели не исключают потенциального расстройства пищевого поведения.

У пациентов с расстройствами пищевого поведения, особенно с низким весом, могут наблюдаться анемия, лейкопения и/или тромбоцитопения (Cleary et al., 2010; Hütter et al., 2009; Peebles and Sieke, 2019). У людей, которые используют компенсаторное очищение или ограничивают потребление жидкости, гемоконцентрация, возникающая в результате обезвоживания, может первоначально маскировать анемию. Эти гематологические нарушения обычно обратимы при восстановлении нормального веса. У лиц с анорексией могут быть признаки дисфункции печени (Rosen et al., 2016), что выражается в повышении активности печеночных ферментов (аланинаминотрансферазы [АЛТ] и аспартатаминотрансферазы [АСТ]). Повышение уровня аминотрансфераз также может происходить в сочетании с переизбытком из-за стеатоза печени (Rosen et al., 2016). У пациентов с НА может также развиваться гипогликемия на фоне снижения запасов гликогена и нарушения глюконеогенеза (Gaudiani et al., 2012). Кроме того, постпрандиальная гипогликемия может возникать у лиц с низким ИМТ (Hart et al., 2011; Kinzig et al., 2007). Нарушения электролитного баланса являются обычным явлением и могут быть результатом ограничительного приема пищи, очистительного поведения, приема слабительных или мочегонных средств. У людей, регулярно вызывающих рвоту, может развиваться гипокалиемия и гипохлоремический метаболический алкалоз, тогда как у пациентов, злоупотребляющих слабительными средствами, может развиваться гиперхлоремический метаболический ацидоз (Peebles and Sieke 2019). Хотя это встречается реже, у пациентов с расстройствами пищевого поведения, которые пьют чрезмерное количество воды, может наблюдаться гипонатриемия, которая представляет риск развития судорог (Miller et al., 2005). Риск гипонатриемии также может повышаться при одновременном применении лекарств, которые могут ее вызвать (например, г., СИОЗС). Измерение удельного веса мочи может помочь выявить лиц, потребляющих избыточное количество воды или, наоборот, подверженных риску обезвоживания. При тяжелом истощении объема,

например, у лиц с анорексией, которые также очищаются, можно наблюдать повышение уровня азота мочевины в крови (АМК) и креатинина и, в редких случаях, может развиваться почечная недостаточность.

Необходимость дополнительных лабораторных анализов следует определять в индивидуальном порядке в зависимости от состояния пациента или значимости лабораторных исследований для принятия решения о лечении. Уровни магния и фосфора в сыворотке обычно измеряются, и их, возможно, придется заказывать отдельно от комплексной метаболической панели. Их следует рассматривать в зависимости от клинической картины пациента (например, риск осложнений при повторном кормлении, низкий ИМТ, быстрая недавняя потеря веса, серьезные сопутствующие заболевания, тяжелое недоедание). Риск аномального уровня магния и фосфора не ограничивается людьми с низким весом и расстройствами пищевого поведения; гипомагниемия может развиваться у пациентов с очистительным поведением (Raj et al., 2012), тогда как гипофосфатемия может развиваться у людей с неустойчивым пищевым поведением (например, периоды строгого ограничения или поведения натошак). Уровни амилазы в сыворотке, в частности, уровни амилазы слюны, могут быть повышены у пациентов, которые сами вызывают рвоту. При голодании и повторном питании можно наблюдать повышение уровня липазы в сыворотке крови, но, как правило, не требует вмешательства.

У лиц с НА снижена минеральная плотность кости (МПК) и повышен риск переломов (Faje et al., 2014; Lucas et al., 1999; Misra et al., 2008a, 2008b; Nagata et al., 2017; Vestergaard et al., 2003). Длительная аменорея связана со снижением МПК. Таким образом, у пациенток с нарушениями менструального цикла и первичной или вторичной аменореей можно измерить уровни гонадотропинов (например, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона), эстрадиола и пролактина, а также провести тест на беременность (American College of Obstetricians and Gynecologists 2018).

**Таблица 4. Лабораторные отклонения, связанные с ограничением питания или очистительным поведением**

Система органов	Тест	Связано с ограничительным поведением	Связано с очистительным поведением
Сердечно-сосудистая	ЭКГ	Брадикардия или аритмия, удлинение интервала QTc	Увеличение амплитуды и продолжительности зубца Р, увеличение интервала PR, расширение комплекса QRS, удлинение QTc, депрессия ST, инверсия или уплощение зубца Т, U волны, наджелудочковые или желудочковые тахиаритмии
Метаболическая	Электролиты сыворотки  Липидная панель  Глюкоза сыворотки	Гипокалиемия, гипонатриемия, гипомагниемия, гипофосфатемия (особенно при возобновлении питания)  Гиперхолестеринемия  Снижение	Гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гипомагниемия, гипофосфатемия, Метаболический ацидоз

		уровня глюкозы	
Желудочно- кишечная	Функция печени и связанные тесты	Повышенные функциональн ые пробы печени	
Мочеполова я	Почечные функциона льные тесты	Увеличение азота мочевины в крови, снижение СКФ, снижение Кр из-за низкой мышечной массы тела (нормальный Cr может указывать на азотемию), почечная недостаточност ь (редко)	Увеличение азота мочевины в крови и Кр, почечная недостаточность (редко)
Мочеполова я	Анализ мочи	Изменения удельного веса мочи	Изменения удельного веса мочи, высокий pH
Репродукти вная	Сывороточ ные	Снижение сывороточного	Может быть гипоэстрогемия, если

	гонадотропины и половые гормоны	эстрогена или сывороточного тестостерона; препубертатные паттерны секреции лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона	присутствуют нарушения менструального цикла.
Костная	Денситометрия костей (DXA-сканирование)	Снижение МПК, остеопения или остеопороз у лиц с низким весом в анамнезе и нарушениями менструального цикла или аменореей	Снижение МПК, остеопения или остеопороз у лиц с низким весом в анамнезе и нарушениями менструального цикла или аменореей
Ротоглоточный	Стоматологическая рентгенография		Эрозия зубной эмали

*Примечание.* МПК = минеральная плотность кости; BUN = азот мочевины крови; Кр=креатинин; DXA = двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия; ЭКГ= электрокардиограмма; СКФ = скорость клубочковой фильтрации; QTc = скорректированный интервал QT.

Уровень тестостерона также влияет на плотность костей у людей любого пола (Khosla and Monroe 2018). Некоторые группы на основе консенсуса рекомендовали, что после 6 месяцев аменореи может быть оправдана денситометрия костей (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия [DXA]) (Golden et al. 2014, 2015b; Gordon et al. 2017). Другие клиницисты проводят денситометрию в качестве базового показателя даже у пациенток с регулярными менструациями. У неменструирующих пациенток с НА нет данных, позволяющих принять решение о том, когда назначать DXA-сканирование. У всех пациентов данные о низкой МПК могут быть полезны для информирования о влиянии НА на здоровье и мотивации их к набору веса.

Измерение тиреотропного гормона может служить скрининговым тестом на возможное неправильное использование гормонов щитовидной железы (например, безрецептурных добавок для щитовидной железы или левотироксина) и может помочь исключить другие заболевания, такие как гипертиреоз, которые могут привести к потере веса. С другой стороны, у людей со значительной потерей веса и недоеданием может наблюдаться синдром нетиреоидного заболевания, при котором уровни общего Т3 низкие, а уровни тиреотропного гормона могут быть нормальными или сниженными (Schorr and Miller 2017).

Другие потенциально полезные лабораторные оценки включают токсикологический скрининг мочи, помогающий выявить злоупотребление стимуляторами, измерение скорости оседания эритроцитов, чтобы помочь отличить расстройство пищевого поведения от других воспалительных состояний у пациентов, которые сообщают о дискомфорте в животе после еды, и анализы сыворотки для оценки нутритивного статуса или дефицита витаминов (например, витамина D, кальция, железа, тиамина).

## **ПОЛОЖЕНИЕ 8: Исходная электрокардиограмма**

АПА *рекомендует* (1С): электрокардиограмма должна быть сделана у пациентов с ограничительным типом пищевого поведения, у пациентов с

тяжелым очистительным поведением и у пациентов, которые принимают лекарства, которые, как известно, удлиняют интервалы QTc.

## Реализация

Целесообразность электрокардиограммы (ЭКГ) зависит от диагноза, тяжести заболевания и основных показателей жизнедеятельности, и ее не обязательно проводить каждому пациенту или пациентам с легкими симптомами. Тем не менее ЭКГ должна быть проведена в определенных обстоятельствах, в том числе у лиц, принимающих лекарства, которые, как известно, удлиняют интервалы QTc, а также у лиц с очистительным типом пищевого поведения, включая НА, атипичную НА и ИОРПП. Кроме того, пациенты часто занижают степень тяжести очищения, и получение ЭКГ может выявить изменения в сердце, которые могут указывать на лежащее в основе расстройство пищевого поведения.

Лица с НА имеют повышенный риск ряда структурных и функциональных аномалий сердца, включая брадикардию, атрофию миокарда, патологию перикарда и клапанов, нарушения проводимости и внезапную сердечную смерть (Olivares et al., 2005; Sachs et al., 2016). Меньше известно о влиянии на сердце у лиц с атипичной нервной анорексией и ИОРПП, но брадикардия все же возникает (Sawyer et al., 2016; Strandjord et al., 2015; Whitelaw et al., 2014, 2018) и может быть связана с большей недавней и общей потерей веса (Whitelaw et al. 2018). У лиц с НБ или с НА типа переедания/очищения провоцирование рвоты и/или злоупотребление слабительными способствуют повышенному риску удлинения интервала QTc и аритмии из-за нарушений электролитного баланса (например, гипокалиемии, метаболического алкалоза; Gibson et al. 2019; Peebles et al. 2010). Риск удлинения интервала QTc может быть повышен при одновременном применении препаратов, которые, как известно, удлиняют интервал QT. Лекарственные взаимодействия, которые повышают уровень этих препаратов в сыворотке, могут еще больше увеличить риск. Такие лекарства включают, но не ограничиваются ими, антидепрессанты, нейрорептики, антиаритмические средства, некоторые классы антибиотиков (например,

макролиды, фторхинолоны), противовирусные препараты (например, для лечения ВИЧ), противорвотные средства (например, ондансетрон), антигистаминные препараты (например, гидроксизин, дифенгидрамин) и некоторые противоопухолевые терапевтические средства (Funk et al. 2018; Woosley et al. 2022).

## ПОЛОЖЕНИЕ 9: План лечения, включая уровень ухода

АПА *рекомендует* (1С): пациенты с расстройством пищевого поведения должны иметь задокументированный, всеобъемлющий, приемлемый с культурной точки зрения и ориентированный на человека план лечения, который включает медицинские, психиатрические, психологические и диетологические назначения от скоординированной междисциплинарной команды.

### Реализация

При лечении лиц с расстройством пищевого поведения следует разработать план лечения, ориентированный на человека, задокументировать его в медицинской документации (например, как часть отчета о ходе лечения) и обновлять через соответствующие промежутки времени. Цель ухода, ориентированного на человека, который иногда называют уходом, ориентированным на пациента, состоит в том, чтобы оказывать помощь, которая уважает и реагирует на индивидуальные предпочтения, потребности и ценности и гарантирует, что ценности человека определяют клинические решения (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016). Индивидуально-ориентированная помощь достигается за счет динамичных и совместных отношений между отдельными лицами, семьями, другими лицами, оказывающими поддержку, и лечащими врачами, которые помогают достичь реалистичных целей в отношении здоровья и жизни человека и информируют о принятии решений в той мере, в какой этого желает человек (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016). При оказании помощи,

ориентированной на человека, пациенты, семьи и другие лица, оказывающие поддержку, получают информацию, которая позволяет им принимать обоснованные решения (Institute of Medicine 2006). Вмешательства, основанные на фактических данных, должны быть адаптированы к индивидуальным потребностям и предпочтениям, когда это возможно (van Dulmen et al. 2015). Поощряются подходы к самоконтролю и совместному принятию решений (Institute of Medicine 2006), при этом признается, что совместное принятие решений может оказаться невозможным, если человек не осознает свою болезнь или необходимость лечения.

План лечения, ориентированный на человека, может быть записан как часть оценочной заметки или заметки о прогрессе, и ему не обязательно придерживаться определенного процесса разработки (например, личного совещания междисциплинарной группы) или формата (например, цели и задачи с указанием времени). Тем не менее он должен давать обзор выявленных клинических и психосоциальных проблем, а также конкретный план действий по устранению таких факторов, как избегание пищи, ограничительное питание, переедание, очищение или другие виды компенсаторного поведения (если они присутствуют) и связанное с ними социальное избегание и/или изоляции. В плане также должно быть указано, есть ли необходимость в дальнейшем обследовании анамнеза и психического статуса; физикальное обследование (проводимое либо лечащим врачом, либо другим медицинским работником); лабораторные испытания; постоянный мониторинг; и фармакологические, психотерапевтические, и другие немедикаментозные вмешательства, как указано. Кроме того, клиническая оценка должна включать обсуждение гендера пациента и его индивидуальных сильных сторон, уязвимостей, личностных качеств, стадии развития и мотивации лечения, каждый из которых может дать информацию для планирования лечения и помочь предвидеть возможные проблемы, которые могут возникнуть во время лечения. Дополнительные источники информации, такие как члены семьи, друзья или другие лечащие медицинские работники, могут выражать особую озабоченность по поводу симптомов расстройства пищевого поведения у человека. Если они присутствуют, такие проблемы должны быть задокументированы и

рассмотрены как часть плана лечения. Планы лечения также могут включать такие элементы, как сотрудничество с другими лечащими врачами, предоставление комплексной помощи, информирование пациентов о вариантах лечения, обсуждение потенциального влияния использования социальных сетей на симптомы и поведение, связанное с приемом пищи, привлечение членов семьи, изучение отношения семьи к еде, и устранение этого отношения, если это необходимо.

Понимание культурной идентичности человека имеет важное значение для оценки того, как пациент определяет ключевые проблемы и ценности, взаимодействует с членами семьи, получает поддержку от своей социальной сети, справляется со стрессорами и обращается за помощью. Культурные и религиозные убеждения также могут иметь отношение к диетическому выбору пациента. Интервью о культурных формулировках DSM-5-TR (American Psychiatric Association 2022) обеспечивает основу для получения такой информации.

В зависимости от неотложности первоначальной клинической картины, наличия результатов лабораторных исследований или получения анамнеза от сопутствующих информантов, первоначальный план лечения, возможно, потребует расширения за несколько посещений и по мере получения более подробной информации об анамнезе и ответе на лечение. Цели пациента и готовность изменить режим питания и поведение, вероятно, со временем изменятся. Изменения в плане лечения также потребуются, если пациент не переносит или не реагирует на конкретное лечение или решает сменить подход к лечению. Симптомы расстройства пищевого поведения или сопутствующих состояний также могут меняться со временем и могут потребовать переоценки диагноза или плана лечения.

При определении исходного уровня помощи пациенту или целесообразности перехода на другой уровень помощи важно учитывать совокупность факторов, включая общее физическое состояние пациента, его поведение, аффективное состояние, когнитивные функции и социальные обстоятельства (см. Таблицу 5 и Таблицу 6). Услуги по лечению расстройств пищевого поведения могут варьироваться от интенсивных стационарных

программ (в которых общедоступна медицинская помощь) до стационарных программ и программ частичной госпитализации, а также различных уровней амбулаторного ухода (в которых пациент получает общее медицинское лечение, консультации по питанию, и/или индивидуальную, групповую и семейную психотерапию).

### Таблица 5.Соображения по определению надлежащего уровня ухода

---

Факторы, указывающие на значительную соматическую нестабильность, которая может потребовать госпитализации для экстренной медицинской стабилизации, включая потребность в наблюдении, управлении инфузионной системой (включая введение внутривенных жидкостей), восполнении электролитов или пищевых добавок через назогастральный зонд (см. Таблицу 6)

---

Факторы, указывающие на необходимость стационарного психиатрического лечения (например, значительный риск суицида, агрессивное поведение, угроза безопасности из-за психоза/самоповреждения, необходимость лечения вопреки возражениям или недобровольное лечение)

---

Сопутствующие состояния (например, диабет, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ), которые могут значительно повлиять на потребности в лечении и требуют более высокого уровня ухода

---

Отсутствие ответа или ухудшение состояния больного у лиц, находящихся на амбулаторном лечении

---

Степень, в которой пациент может уменьшить или прекратить расстройство пищевого поведения и контроль веса (например, диетические ограничения, переедание, очищение организма, чрезмерные физические нагрузки) без поддержки или мониторинга приема пищи

---

Уровень мотивации к выздоровлению, включая понимание, сотрудничество с лечением и готовность участвовать в изменении поведения

---

Психосоциальный контекст, включая уровень экологического и психосоциального стресса и возможность доступа к системам поддержки

---

Степень, в которой доступ пациента к тому или иному уровню помощи зависит от логистических факторов (например, географических соображений, финансовых или страховых соображений, доступа к транспорту или жилью, потребностей в школе, работе или уходе за ребенком)

---

Характеристики такого ухода описаны в таблице 7.

В качестве начального лечения большинству пациентов подойдет амбулаторное лечение, хотя некоторым людям потребуется начальное лечение на более высоком уровне помощи. Амбулаторное лечение, основанное на фактических данных, эффективно и обычно проводится скоординированной междисциплинарной командой (Golden et al., 2015b). Процессы, посредством которых осуществляется координация ухода, будут различаться в зависимости от условий, опыта и обязанностей членов междисциплинарной бригады, но их следует обсуждать и согласовывать заранее, чтобы обеспечить оптимальный уход.

Преимущество амбулаторного лечения заключается в том, что пациенты могут оставаться со своими семьями и продолжать посещать школу или работать; тем не менее пациенты и их семьи должны понимать, что может потребоваться более высокий уровень ухода, если поведение по контролю веса или симптомы расстройства пищевого поведения ухудшаются или если прогресс не наблюдается в течение 6 недель (например, о чем свидетельствует средняя прибавка в весе 0.25 –0.5 кг в неделю у людей с анорексией, 50% снижение очистительного поведения у людей с НА или НБ). Таким образом, для

пациентов, проходящих лечение в амбулаторных условиях, необходим тщательный мониторинг, который включает, по крайней мере, еженедельное определение массы тела непосредственно после мочеиспускания, при снятой обуви и верхней одежде. В зависимости от клинической картины и симптомов больного, ортостатический пульс и ортостатическое артериальное давление также могут нуждаться в регулярном измерении. Кроме того, у пациентов, подвергающихся очищению, важно контролировать электролиты сыворотки с частотой мониторинга, определяемой предшествующими значениями электролитов, частотой очищения и другими аспектами клинического состояния пациента.

Ряд факторов может указывать на то, что необходим более высокий уровень помощи либо первоначально, либо после пробного амбулаторного лечения. К ним относятся низкий вес по сравнению с предполагаемым индивидуально определенным целевым весом, скорость недавней потери веса, медицинские осложнения из-за очищения, признаки медицинской нестабильности (например, аномалии основных показателей жизнедеятельности, серьезные нарушения электролитного баланса), приближение к весу, при котором ранее наблюдалась нестабильность у пациента, дополнительные стрессоры, влияющие на поведение пациента с расстройством пищевого поведения, степень затруднений пациента в сотрудничестве в лечении и сопутствующие психиатрические симптомы или диагнозы, которые предполагают потребность в более высоком уровне помощи или которые заслуживают госпитализации сами по себе. Недостаточная прибавка в весе или ухудшение симптомов расстройства пищевого поведения, несмотря на лечение, также могут свидетельствовать о необходимости более высокого уровня ухода. Каждый пациент будет различаться по степени, в которой эти факторы могут влиять на решения о наиболее подходящем месте оказания помощи, и пациенты не обязательно будут последовательно переходить с одного уровня оказания помощи на другой.

**Таблица 6. Один или несколько факторов, обуславливающих госпитализацию по медицинским показаниям или госпитализацию в отделение, специализированное на расстройствах пищевого поведения.**

	Взрослые	Подростки (12–19 лет)
Частота сердцебиения	<50 ударов в минуту	<50 ударов в минуту
Ортостатическое изменение частоты сердечных сокращений	Устойчивое повышение >30 ударов в минуту	Устойчивое повышение >40 ударов в минуту
Артериальное давление	<90/60 мм рт.ст.	<90/45 мм рт.ст.
Ортостатическое артериальное давление	Падение сАД > 20 мм рт.ст.	Падение САД > 20 мм рт.ст.
Глюкоза	<60 мг/дл	<60 мг/дл
Калий	Гипокалиемиа	Гипокалиемиа
Натрий	Гипонатриемиа	Гипонатриемиа
Фосфат	Гипофосфатемиа	Гипофосфатемиа
Магний	Гипомагниемиа	Гипомагниемиа
Температура	<36°C	<36°C
ИМТ	<15	<75% среднего ИМТ для возраста и пола
Скорость изменения веса	Потеря веса >10% за 6 месяцев или >20% потеря веса за 1 год	Потеря веса >10% за 6 месяцев или >20% потеря веса за 1 год
Компенсаторное	Возникает часто или	Возникает часто или

поведение	вызывает серьезные физиологические последствия, либо не реагирует на лечение на более низком уровне медицинской помощи.	вызывает серьезные физиологические последствия, либо не реагирует на лечение на более низком уровне медицинской помощи.
ЭКГ	Удлиненный интервал QTc>450 или другие значительные отклонения на ЭКГ	Удлиненный интервал QTc>450 или другие значительные отклонения на ЭКГ
Другие условия	Острые медицинские осложнения от недоедания (например, судороги, обмороки, сердечная недостаточность, панкреатит)	Острые медицинские осложнения от недоедания (например, судороги, обмороки, сердечная недостаточность, панкреатит), задержка роста и развития

*Примечание.* ИМТ = индекс массы тела; ЭКГ = электрокардиограмма; сАД = систолическое артериальное давление. Референтные диапазоны для калия, натрия, фосфата и магния и числовые пороги значений, определяющих гипокалиемию, гипонатриемию, гипофосфатемию и гипوماгниемию, зависят от клинической лаборатории.

Кроме того, не существует алгоритмического подхода, который мог бы с уверенностью определить оптимальные условия ухода. Например, у людей может быть предыдущий опыт участия в определенной программе лечения или уровне ухода, который повлияет на текущее принятие решений. Кроме того, последствия ограничения питания у детей и подростков могут способствовать негативному влиянию на развитие нейронов, нарушениям концентрации

внимания, что ведет к ухудшению успеваемости, снижению МПК и задержке физического роста и развития (Bang et al. 2021; Hemmingsen et al. 2021; Modan-Moses et al. 2021; Workman et al. 2020). Ребенок или подросток с быстрой потерей веса также может подвергаться более высокому риску с медицинской точки зрения, чем взрослый с такой же степенью или скоростью потери веса. По сравнению со взрослыми, жизненно важные показатели в покое также различаются у детей, у которых обычно более высокая частота сердечных сокращений в покое и более низкое систолическое артериальное давление. Дети и подростки также могут быть более подвержены стрессу в семье или стрессовым факторам, связанным со школой, включая издевательства или кибербуллинг. С другой стороны, пожилые пациенты или люди с хронически низким весом могут подвергаться повышенному риску, по сравнению с более молодыми людьми с более короткой продолжительностью болезни, из-за длительного недоедания или множественных сопутствующих заболеваний. Пожилые пациенты также могут иметь дополнительные стрессоры (например, финансовые, профессиональные, социальные) или меньше психосоциальной поддержки по сравнению с детьми и подростками, проживающими в семье.

Для лиц, нуждающихся в стационарном лечении, выбор конкретной программы должен осуществляться с учетом психиатрического и медицинского статуса пациента, навыков и способностей местного психиатрического медперсонала и на основе наличия подходящих программ для лечения психиатрических и других медицинских проблем пациента.

**Таблица 7. Характеристики уровней ухода**

<b>Уровень ухода</b>	Специализированная педиатрическая/медицинская стационарная	Общая педиатрическая/медицинская стационарная программа	Специализированная психиатрическая стационарная программа по	Общая психиатрическая стационарная программа
----------------------	--	---	--	--

	программа по расстройству м пищевого поведения		расстройства м пищевого поведения	
Тип отделения	Открытый	Открытый	Обычно закрытый	Обычно закрытый
Правовой статус пациента	Добровольно или недобровольно	Добровольно	Добровольно или недобровольно	Добровольно или недобровольно
Наблюдение врача 24/7	Присутствие 24/7	Присутствие 24/7	На связи или присутствие 24/7	На связи или присутствие 24/7
Наблюдение медсестры 24/7	Присутствие 24/7	Присутствие 24/7	Присутствие 24/7	Присутствие 24/7
Медицинский мониторинг	Частый	Частый	Частый	Частый
Часы работы	24/7	24/7	24/7	24/7
Возможность работать/учиться	Учеба, в некоторых случаях	Учеба, в некоторых случаях	Учеба, в некоторых случаях	Учеба, в некоторых случаях
<b><i>Доступные интервенции</i></b>				
Вариант для внутривенной гидратации	Да	Да	В некоторых случаях	В некоторых случаях

Возможность питания через назогастральный зонд	Да	Да	В некоторых случаях	В некоторых случаях
Возможность лечения вопреки возражениям	Да	Да	Да	Да
Общее медицинское лечение	Да	Да	Консультация	Консультация
Психиатрическое лечение	Да	Консультация	Да	Неспецифическое расстройство пищевого поведения
Психологическое лечение	Да	В некоторых случаях	Да	В некоторых случаях Неспецифическое расстройство пищевого поведения
Групповая терапия	Да	Нет	Да	Неспецифическое расстройство пищевого поведения

Индивидуальная психотерапия	Да	Обычно недоступно	Да	Неспецифическое расстройство пищевого поведения
Семейная психотерапия	Да	Обычно недоступно	В некоторых случаях	Неспецифическое расстройство пищевого поведения
Наблюдение за питанием и поддержка	Все приемы пищи/день	В некоторых случаях	Все приемы пищи/день	Неспецифическое расстройство пищевого поведения
Милье-терапия	Да	Нет	Да	Неспецифическое расстройство пищевого поведения
Управление питанием	Да	Консультация	Да	Консультация
Мультидисциплинарное командное управление	Да	В некоторых случаях неспецифическое расстройство пищевого поведения	Да	Неспецифическое расстройство пищевого поведения

Таблица.7 Характеристики уровней ухода (продолжение)				
Уровень ухода	Программа поселения	Дневной стационар	Интенсивный амбулаторный приём	Амбулаторный приём
Тип отделения	Открытый	Открытый	Открытый	Открытый
Правовой статус пациента	Добровольный	Добровольный	Добровольный	Добровольный
Наблюдение врача 24/7	На связи 24/7	Обычно присутствие не полный рабочий день	Присутствие не полный рабочий день	Нет
Наблюдение медсестры 24/7	Обычно присутствие 24/7	Обычно присутствие не полный рабочий день	Обычно присутствие не полный рабочий день	Нет
Медицинский мониторинг	Ограниченный	Ограниченный	Ограниченный	Ограниченный
Часы работы	24/7	Диапазон часов в день (5–12 часов) и дней в неделю (5–7)	3-4 часа в день, 3-7 дней в неделю	1–2 сеанса психотерапии в неделю с дополнительными визитами к другим врачам по показаниям

Возможность работать/учи ться	Школа, в некоторых случаях	Школа, в некоторых случаях	Часто	Да
<i>Доступные интервенции</i>				
Вариант для внутривенно й гидратации	Нет	Нет	Нет	Нет
Возможность питания через назогастраль ный зонд	Обычно нет	Нет	Нет	Нет
Возможность лечения вопреки возражениям	Нет	Нет	Нет	Нет
Общее медицинское управление	Ограниченная консультация	Ограниченная консультация	Нет	Амбулаторно, по показаниям
Психиатриче ское лечение	Да	Да	Вариабельно	Как указано
Психологичес кое лечение	Да	Да	Да	Да
Групповая терапия	Да	Да	Да	Как указано
Индивидуаль ная	Да	Да	Да	Да

психотерапия				
Семейная психотерапия	Да	Да	Да	Да
Наблюдение за питанием и поддержка	Все приемы пищи/день	2–3 приема пищи/день	~1 прием пищи/день	Предоставляется семьей или опекунами
Милье-терапия	Да	Да	Да	Нет
Управление питанием	Да	Да	Вариабельно	Как указано
Мультидисциплинарное командное управление	Да	Да	Да	Как указано

В целом, однако, результаты, вероятно, будут лучше, когда пациентов лечат в стационарных отделениях, где работают эксперты в области лечения расстройств пищевого поведения, нежели когда лечат в общих медицинских или психиатрических стационарных условиях, где персоналу не хватает знаний и опыта в лечении расстройств пищевого поведения. Кроме того, специализированные поведенческие программы экспертов по расстройствам пищевого поведения могут улучшить симптоматику расстройств пищевого поведения и восстановить вес у большинства пациентов с недостаточным весом с помощью междисциплинарного подхода, включающего контролируемое питание, стратегии управления поведением в непредвиденных обстоятельствах, а также индивидуальное, групповое и семейное лечение (Attia and Walsh, 2009). Характеристики программы и пациента также могут играть

роль в определении плюсов и минусов выбора программы. Например, многие программы будут принимать только добровольных пациентов, что может повлиять на доступность и выбор места лечения. Соображения, связанные со страховкой, являются еще одним распространенным источником трудностей при доступе к соответствующему уровню медицинской помощи (Guarda et al., 2018; Walker et al., 2020).

У пациентов всех возрастов может потребоваться юридическое вмешательство, включая принудительную госпитализацию и юридическую опеку, для обеспечения безопасности пациентов, отказывающихся от лечения, состояние здоровья которых угрожает жизни. В таких обстоятельствах принудительное лечение является этически и клинически оправданным только тогда, когда способность пациента принимать решения относительно надлежащего лечения его расстройства пищевого поведения нарушена, высок риск смерти или серьезных заболеваний, а вероятность пользы от принудительного лечения превышает риск вреда. Имеется ограниченное количество данных о результатах лечения при принудительном лечении НА; однако в целом показатели смертности при длительном наблюдении не отличаются для тех, кто получил принудительное лечение, по сравнению с добровольным лечением (Atti et al. 2021; Ward et al. 2015). Такие результаты обнадеживают, поскольку у пациентов с НА, получавших принудительное лечение, наблюдалась более высокая тяжесть общих симптомов, большее количество госпитализаций в анамнезе, более низкий ИМТ на момент поступления и более высокая вероятность наличия сопутствующих заболеваний, чем у пациентов, госпитализированных добровольно (Atti et al. 2021).

Когда происходят изменения в обстановке или месте оказания помощи, непрерывность оказания помощи имеет важное значение. Планирование перехода требует, чтобы была определена команда по уходу в новых условиях или в новом месте, а также были назначены встречи с конкретными пациентами. Предпочтительно, чтобы конкретный клиницист из бригады был назначен главным координатором помощи, чтобы обеспечить преемственность и внимание к важным аспектам лечения.

Статус веса сам по себе или другие физиологические или поведенческие маркеры никогда не должны использоваться в качестве единственного критерия для перехода к менее интенсивным условиям. Например, пациенты, физиологически стабилизированные в отделениях неотложной медицинской помощи, по-прежнему будут нуждаться в специальном стационарном лечении расстройств пищевого поведения, если они не соответствуют медицинским, психиатрическим и поведенческим критериям для менее интенсивного уровня помощи и/или если нет подходящих, доступных по географическим или другим причинам, менее интенсивных уровней помощи. Лица с атипичной нервной анорексией могут по-прежнему недоедать и подвергаться риску осложнений независимо от их текущего веса или ИМТ (Whitelaw et al., 2018). Помощь пациентам в определении и отработке надлежащего потребления пищи при здоровом весе, вероятно, снизит вероятность рецидива после перехода на менее интенсивные условия. Если переходы между условиями лечения происходят слишком часто или через короткие промежутки времени, это может нарушить терапевтические отношения, саботировать прогресс пациента и привести к худшим результатам.

Программы взаимной поддержки могут дополнять, но не должны заменять профессиональное лечение расстройств пищевого поведения. Программы, которые обеспечивают поддержку сверстников, могут уменьшить чувство стыда или стигматизацию, уменьшить социальную изоляцию, помочь в поддержании выздоровления и помочь семьям понять расстройства пищевого поведения. Такие программы различаются по своему акценту, но сосредоточены на принятии себя, улучшении образа тела, увеличении физической активности, улучшении питания и здоровья. С другой стороны, программы, направленные на воздержание от определенных групп продуктов питания, проблематичны с точки зрения питания и могут помешать выздоровлению. Многие пациенты и их семьи также получают доступ к полезной информации через веб-сайты, группы новостей, чаты и социальные сети. Однако в некоторых случаях отсутствие профессионального надзора за этими ресурсами может привести к нездоровой динамике среди пользователей или к распространению дезинформации. Таким образом, рекомендуется, чтобы

клиницисты осведомлялись об использовании пациентом или семьей поддержки со стороны сверстников или в Интернете, и открыто обсуждали информацию, идеи и подходы к питанию, которые были собраны из этих источников.

## Нервная анорексия

### **ПОЛОЖЕНИЕ 10: Медицинская стабилизация, нутритивная реабилитация и восстановление веса у пациентов с нервной анорексией**

АПА *рекомендует* (1С): пациенты с НА, которым требуется диетическая реабилитация и восстановление веса, должны иметь индивидуальные цели, установленные для еженедельного увеличения веса и целевого веса.

### Реализация

Медицинская стабилизация, пищевая реабилитация, восстановление массы тела и поддержание прибавки в весе являются важнейшими компонентами лечения нервной анорексии, направленными на то, чтобы помочь пациенту достичь и поддерживать здоровый вес, соответствующий его возрасту и росту с медицинской точки зрения. Те же принципы будут применяться к лицам с другими ограничительными расстройствами пищевого поведения, включая ИОРПП и атипичную анорексию, а также могут применяться к лицам с другими диагнозами расстройств пищевого поведения, которым требуется восстановление веса. Цели нутритивной реабилитации пациентов с серьезной недостаточностью веса, недоеданием или нестабильным медицинским состоянием состоят в том, чтобы восстановить стабильность состояния здоровья (например, нормализовать жизненные показатели, электролиты и баланс жидкости), восстановить вес, скорректировать биологические и психологические последствия недоедания,

нормализовать режим питания и добиться нормального восприятия голода и сытости.

Нутритивная реабилитация может быть достигнута в различных условиях (например, амбулаторно, по программе дневного стационара, по месту жительства, в больнице) и будет зависеть от медицинской и психиатрической стабильности пациента. Условия, в которых пациент занимается восстановлением веса, будут варьироваться в зависимости от ряда факторов, включая возраст, тяжесть заболевания, доступные сети психосоциальной поддержки и доступные варианты лечения (см. Таблицу 7). Для лиц с явно недостаточным весом следует рассмотреть возможность стационарных программ нутритивной реабилитации. Восстановление веса у подростков и взрослых с анорексией часто происходит в амбулаторных условиях под наблюдением их родителей/опекунов. Амбулаторное восстановление веса также может быть целесообразным для некоторых взрослых пациентов при условии, что они способны демонстрировать постоянное увеличение веса; тем не менее может потребоваться более высокий уровень ухода, если поведение по контролю веса или симптомы расстройства пищевого поведения ухудшаются или если прогресс не наблюдается в течение 6 недель (например, о чем свидетельствует средняя прибавка в весе 0.25–0.5 кг в неделю). Для тех, кто находится в стационаре или домашних условиях, вес, при котором уместно выписать пациента, может варьироваться в зависимости от индивидуально определенного целевого веса пациента и будет зависеть от способности пациента есть самостоятельно, мотивации пациента и его способности участвовать в лечении, а также наличия и адекватности программ на более низком уровне помощи. В общем, чем ближе пациент к своему индивидуально определенному целевому весу перед выпиской, тем меньше риск рецидива и повторной госпитализации.

Чтобы помочь пациентам нормализовать поведение в отношении приема пищи и контроля веса, в большинстве специализированных стационарных и амбулаторных программ используется питание под наблюдением и групповая терапия, а также определенный уровень управления поведенческими непредвиденными обстоятельствами в рамках структурированного протокола

поведенческого лечения. При таком подходе в программу закладываются положительные подкрепления (например, привилегии) и негативные последствия (например, обязательный постельный режим, ограничения физических упражнений, ограничения привилегий за пределами подразделения). Затем отрицательные последствия могут быть уменьшены или прекращены, а положительные подкрепления ускорены по мере достижения целевых весов и других целей.

Подпитка должна осуществляться в воспитании эмоциональных контекстов. Персонал должен сообщать пациентам о своем намерении позаботиться о них и не дать им умереть, даже если болезнь не позволяет пациентам позаботиться о себе. Если пациент воспринимает какой-либо элемент структурированной программы лечения как вызывающий отвращение, персонал должен четко объяснить причину программных протоколов – что цель состоит в том, чтобы помочь сформировать и закрепить поведение и выбор, соответствующие понятию здоровья. Непрерывное обучение персонала и модели взаимной поддержки могут быть полезными для поддержки сотрудников в оказании эмпатической помощи. Как обсуждалось в Положении 9, принудительное лечение этически и клинически оправдано только тогда, когда способность пациента принимать решения относительно надлежащего лечения его расстройства пищевого поведения нарушена, высок риск смерти или серьезных заболеваний, а вероятность пользы от принудительного лечения перевешивает риск причинения вреда.

### Установка индивидуально определенного целевого веса

Индивидуально определенный целевой вес должен быть установлен как часть начального плана лечения. Как правило, целевой вес обсуждается с пациентом в явном виде, но это может потребовать значительной деликатности. Иногда может быть разумным отложить это обсуждение до тех пор, пока пациент не перестанет бояться своего конечного веса. Точно так же пациенты различаются по степени, в которой они хотят получать информацию о своем весе: некоторые хотят знать конкретные значения, а другие хотят только

знать, достигли ли они своих еженедельных целевых показателей веса. У подростков целевой вес будет скорректирован в сторону увеличения, чтобы соответствовать увеличению роста пациента, и это может быть полезно обсудить с ними с самого начала лечения. В период роста целевой вес следует переоценивать каждые 3–6 месяцев.

Одной из оценок целевого веса является вес, при котором нормализуется репродуктивная физиология (например, восстановление нормальной менструации и овуляции, восстановление нормальной функции яичек). Как правило, менструации возобновляются примерно при 90–95% медианного ИМТ (Dempfle et al., 2013; Faust et al., 2013; Golden et al., 1997, 2008). Обычно это примерно на 5 фунтов (~ 2.3 кг – прим.ред.) больше, чем вес, при котором прекратились менструации, и соответствует пороговому значению процентного содержания телесного жира примерно в 21% (Traboulsi et al. 2019). У взрослых с НА ИМТ 20 также можно использовать в качестве начального ориентира при определении целевого веса. Для людей с атипичной НА целевой вес может быть несколько выше ИМТ 20 и должен быть индивидуализирован на основе истории веса пациента, нормализации режима питания и достижения стабильного общего состояния.

Для подростков и юношей установление индивидуального целевого веса должно включать оценку преморбидного роста пациента, веса и перцентилей ИМТ; менструальный анамнез (у подростков со вторичной аменореей); и текущую пубертатную стадию (Golden et al. 2015a). Необходимо следовать кривым роста, и они наиболее полезны, когда доступны лонгитудинальные данные, учитывая, что экстраполяция данных поперечного сечения в один момент времени может ввести в заблуждение. Костный возраст можно точно оценить по рентгенограмме запястья и номограмме. В сочетании с измерениями костей, среднего роста родителей, оценкой скелетного каркаса и диаграммами роста Центров по контролю и профилактике заболеваний (доступны на [www.cdc.gov/growthcharts](http://www.cdc.gov/growthcharts)) можно использовать для точной оценки индивидуально подходящих диапазонов «ожидаемого» веса для текущего возраста.

## Постановка индивидуальных целей по потреблению калорий и недельному набору веса

Период восстановления массы тела после медикаментозной стабилизации и возобновления регулярного потребления калорий может занять несколько месяцев в зависимости от массы тела пациента и статуса питания на момент начала лечения. При работе над достижением целевого веса в плане лечения также должны быть установлены ожидаемые темпы контролируемого увеличения веса. Клинический консенсус предполагает, что реалистичные целевые показатели составляют 2–4 фунта (0.9–1.8 кг – прим.ред) в неделю для пациентов, проходящих программы стационарного или амбулаторного лечения, не менее 1–3 фунта (0.45–1.36 кг – прим.ред) в неделю для пациентов, проходящих частичную стационарную программу, и не менее 1–2 фунтов (0.45–0.9 кг – прим.ред) в неделю для пациентов, проходящих амбулаторное лечение. Кроме того, для лиц, получающих амбулаторное лечение, может потребоваться более высокий уровень ухода, если поведение, направленное на контроль веса, или симптомы расстройства пищевого поведения ухудшаются, или если прогресс не наблюдается в течение 6 недель лечения (например, о чем свидетельствует средняя прибавка в весе на 0,5–1 фунт (0.24–0.9 кг – прим.ред) в неделю у лиц с НА; см. Положение 9).

Исторически сложилось так, что первоначальные предписания по калориям для пациентов, начинающих диетическую реабилитацию, были консервативными (например, от 1000 до 1200 ккал/день) из-за риска развития рефидинг-синдрома; тем не менее протоколы низкокалорийного питания были связаны с плохим набором веса (Garber et al., 2012, 2013; Golden et al., 2013) и более длительными госпитализациями (Garber et al., 2021; Golden et al., 2013). Многие программы в настоящее время используют более высокие начальные предписания по калориям (например, от 1500 до 2000 ккал/сутки) и более высокие темпы возобновления питания, поскольку в литературе не было показано связи между более высоким потреблением калорий во время нутритивной реабилитации и развитием рефидинг-синдрома, когда пациенты находятся под тщательным медицинским наблюдением с коррекцией

электролитов (например, при гипофосфатемии) по мере необходимости (Garber et al. 2016, 2021; Golden et al. 2021; Redgrave et al. 2015; Society for Adolescent Health and Medicine 2014; Strandjord et al. 2015, 2016). Данные как стационарных, так и амбулаторных условиях показывают, что раннее увеличение веса (Wade et al., 2021) и более высокая скорость набора веса (Lund et al., 2009) связаны с лучшими результатами, что обеспечивает дополнительную поддержку более надежного подхода к неотложной нутриционной реабилитации.

По мере восстановления веса ежедневное потребление калорий следует постепенно увеличивать, при этом большинству пациентов требуется от 3000 до 4000 ккал/день для достижения нормальной скорости прибавки веса. У лиц с НА расход энергии в состоянии покоя увеличивается при возобновлении ежедневного потребления калорий (Krahn et al., 1993; Obarzanek et al., 1994; Rigaud et al., 2007b; Schebendach et al., 1997), что еще больше увеличивает общее количество калорий, необходимых им для достижения увеличения веса. Пациенты, которым требуется значительно более высокое потребление калорий, могут иметь повышенную скорость метаболизма или могут отказываться от пищи, вызывать рвоту, часто заниматься физическими упражнениями или выполнять значительное количество изометрических упражнений или заниматься двигательной активностью, не связанной с упражнениями, например, ерзать. У пациентов, которые сообщают о низком потреблении калорий, быстрое увеличение веса может отражать наличие скрытых объектов (например, гирь) или загрузку водой для искусственного увеличения веса. В этих обстоятельствах вес следует измерять после мочеиспускания, когда пациент одет в халат. Тест на удельный вес мочи также может быть полезен для установления того, был ли вес искусственно завышен из-за чрезмерного потребления воды.

Зарегистрированные диетологи-нутрициологи, как правило, занимаются реабилитацией в области питания и должны иметь достаточную подготовку и опыт лечения людей с расстройствами пищевого поведения (Academy for Eating Disorders Nutrition Working Group 2021; Hackert et al. 2020). Зарегистрированные диетологи-нутрициологи могут помочь пациентам выбрать себе еду, предоставить структурированный план питания, который обеспечивает

адекватность питания, а также часто помогают составить или руководить планом по калорийности и диетическим целям, балансу питательных веществ (включая достаточное количество жиров, белков и углеводов), потребностям в витаминах, разнообразию продуктов и регулярному приему пищи и закусок (Heruc et al. 2020; International Association of Eating Disorders Professionals Foundation 2017). По мере восстановления веса и изменения питания, как правило, требуется постоянное консультирование по питанию, чтобы реализовать план питания и внести коррективы для решения возникающих проблем. Зарегистрированные диетологи-нутрициологи также могут напрямую взаимодействовать с пациентами, выступать в качестве наставников для родителей в семейной терапии и консультироваться с другими членами лечебной бригады.

Во многих программах используется подход, основанный на приеме пищи, при котором пациенты получают комбинацию регулярно запланированных и контролируемых приемов пищи и закусок. Калорийные жидкие добавки можно назначать в качестве перекусов или между приемами пищи для достижения целей по увеличению веса. Также важно побуждать пациентов с НА расширять свой выбор продуктов питания, потому что пациенты, как правило, имеют строго ограниченный набор продуктов, которые изначально для них приемлемы. Кроме того, многие люди оправдывают ограничение в еде. Может потребоваться тщательный сбор анамнеза от пациента и из дополнительных источников информации, чтобы определить давние культурные или религиозные обычаи, связанные с едой, по сравнению с недавними ограничениями в выборе продуктов питания с началом расстройства пищевого поведения. Также может быть сложно провести различие между предпочтением избегать определенных продуктов, страхом употребления определенных продуктов, пищевой непереносимостью и истинной пищевой аллергией.

В некоторых неотложных медицинских и психиатрических программах также используется дополнительное питание через назогастральный зонд (НГЗ) для экстренной нутритивной реабилитации у пациентов, которые не могут достичь предписанного им потребления калорий на основе еды. Решение

использовать кормление на основе НГЗ зависит от возраста пациента, других клинических характеристик и наличия специализированных программ лечения (например, поведенческая терапия расстройств пищевого поведения на основе приема пищи); она не обязательно показана исключительно на основании соматической нестабильности или тяжести заболевания (например, ИМТ в опасно низком диапазоне). Питание через НГЗ может привести к увеличению веса и может использоваться, когда пациенты иначе не потребляют достаточное количество калорий для увеличения веса, но оно почти или совсем не влияет на нормализацию потребления пищи или увеличение разнообразия рациона и макронутриентов. (Agostino et al. 2013; Garber et al. 2016; Rigaud et al. 2007a; Robb et al. 2002). Использование назогастрального питания также может быть связано с такими осложнениями, как раздражение носа, носовое кровотечение, нарушение электролитного баланса, дистресс пациента и инициированное пациентом удаление назогастрального зонда (Hindley et al., 2021). Следовательно, питание через НГЗ следует рассматривать как краткосрочное вмешательство с целью перехода на пероральное питание. Кроме того, потенциальные преимущества назогастрального питания необходимо сопоставлять с возможностью развития у пациента ятрогенных осложнений назогастрального питания, зависимости от назогастрального питания в качестве нутритивной поддержки, использования назогастрального питания как способа избежать перорального приема пищи или появления чрезмерной сосредоточенности на соматических симптомах в связи с питанием через НГЗ. Питание через НГЗ может осуществляться непрерывно, в течение ночи или несколькими болюсами в течение дня в зависимости от потребностей и предпочтений пациента. В редких случаях, когда требуется длительное кормление назогастральным зондом, альтернативой назогастральному питанию может быть кормление через установленную хирургическим путем гастростому или еюностому (Neiderman et al., 2000). Однако использование такого подхода не является предпочтительным. Полное парентеральное питание не рекомендуется, и его следует рассматривать только в крайних случаях, когда были испробованы все другие варианты пищевых добавок (Garber et al., 2016). Кроме того, полное парентеральное питание

требует интенсивного медицинского наблюдения и сопряжено с повышенным риском серьезных осложнений (например, повреждения печени, сепсиса, диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови; Michihata et al., 2014; Weinsier and Krumdieck, 1981). Чтобы избежать вреда, потребуется частая переоценка плана лечения и прогресса пациента. В ситуациях, когда предполагается принудительное питание, следует тщательно продумать клинические обстоятельства, мнение семьи и соответствующие юридические и этические аспекты лечения пациента.

## Оценка физического здоровья во время медикаментозной стабилизации и нутриционной реабилитации

Риск медицинских последствий от острой нутриционной реабилитации у истощенных пациентов с НА наиболее выражен в течение первой недели возобновления питания. Увеличение веса приводит к уменьшению большинства физиологических осложнений голодания, а риск медицинских последствий снижается в течение последующих недель возобновления питания.

Рефидинг-синдром является наиболее серьезным осложнением и может проявляться рядом клинических симптомов, включая рабдомиолиз, гемолитическую анемию, судороги, аритмию, сердечную недостаточность или остановку сердца, кому и внезапную смерть (da Silva et al. 2020; Rio et al. 2013). Гипофосфатемия, развивающаяся в условиях острой нутритивной реабилитации (т. е. гипофосфатемия при возобновлении питания), является отличительным биохимическим маркером синдрома возобновления питания (Garber et al., 2016); однако развитие рефидинг-синдрома встречается редко и может быть предотвращено тщательным медицинским наблюдением (Garber et al., 2016; Golden et al., 2015a). Уровни фосфора, магния, калия и кальция в сыворотке крови пациента следует определять ежедневно до тех пор, пока они не стабилизируются. Если у пациентов наблюдается постоянная рвота, рекомендуется регулярный контроль уровня калия в сыворотке крови. Фосфор, добавки магния и/или калия следует давать по показаниям, и в большинстве

случаев их можно принимать перорально. В дополнение к мониторингу нарушений электролитного баланса часто наблюдается гипогликемия, в том числе постпрандиальная гипогликемия (Braude et al., 2020; Guinhut et al., 2021; Kinzig et al., 2007).

Первоначальная оценка должна включать жизненные показатели, потребление пищи и жидкости, если это показано, а также мониторинг отеков, быстрого увеличения веса (связанного в первую очередь с перегрузкой жидкостью) и застойной сердечной недостаточности. Как правило, с отеком можно справиться, обеспечив пациентов обучением и успокоением. Тем не менее пациенты, злоупотребляющие слабительными или диуретиками, подвергаются риску развития тяжелых отеков при внезапном прекращении их приема, предположительно из-за задержки соли и воды, вызванной повышенным уровнем альдостерона, связанным с хроническим обезвоживанием. Следует соблюдать осторожность при внутривенной регидратации у пациентов с тяжелым истощением, особенно у лиц, злоупотребляющих слабительными или диуретиками. Любые внутривенные жидкости следует вводить медленно и разумно титровать, чтобы свести к минимуму накопление жидкости в интерстициальном пространстве и отек.

ЭКГ следует выполнять по показаниям в зависимости от основных показателей жизнедеятельности пациента, наличия нарушений электролитного баланса, наличия аритмий или удлинения интервала QTc на предшествующих ЭКГ и других клинических факторов. Для детей и подростков с тяжелой недостаточностью питания, а также для пациентов с недавними обмороками или отклонениями на ЭКГ (например, удлиненный интервал QTc, выраженная брадикардия) может быть желателен кардиомониторинг, особенно в ночное время, до тех пор, пока состояние пациента не стабилизируется.

Нарушения моторики желудочно-кишечного тракта чрезвычайно распространены у людей с расстройствами пищевого поведения (Norris et al., 2016; Schalla and Stengel, 2019; West et al., 2021). Эти расстройства усугубляются или могут быть прямыми последствиями голодания, переедания и очистительного поведения. Симптомы нарушения моторики также могут усиливаться во время раннего возобновления питания, но обычно улучшаются

при восстановлении веса. Например, при возобновлении питания пациенты могут испытывать боль в животе и вздутие живота во время еды, что является результатом замедленного опорожнения желудка, сопровождающего недоедание. Эти симптомы могут реагировать на кратковременное применение средств, стимулирующих моторику, таких как метоклопрамид, но необходим мониторинг для выявления лекарственно-индуцированного паркинсонизма, острой дистонии или поздней дискинезии. Запор можно облегчить с помощью слабительных, размягчающих стул, слабительных с клетчаткой или других осмотических средств, таких как полиэтиленгликоль. При длительном голодании или у пациентов со злоупотреблением слабительными в анамнезе запоры могут стать тяжелыми и редко прогрессировать до острой кишечной непроходимости. Использование стимулирующих слабительных, таких как сенна или бисакодил, обычно не рекомендуется; однако, если эти лекарства используются, их следует тщательно контролировать и оставлять при серьезных запорах, которые не реагируют на слабительные, размягчающие стул, слабительные с клетчаткой и осмотические препараты.

## Психологические аспекты нутриционной реабилитации

Амбивалентность в отношении лечения, направленного на восстановление веса, является отличительной чертой НА. Увеличение массы тела возникающее в результате изменения его формы и функционирования может причинять беспокойство и вызывать сомнения в правильности лечения. Кроме того, пациенты, нуждающиеся в госпитализации, обычно обращаются за медицинской помощью под определенным давлением со стороны окружающих, что может способствовать высокому уровню воспринимаемого принуждения. Важно отметить, что понимание и мотивация к выздоровлению обычно улучшаются с обращением вспять состояния голодания, нормализацией поведения в отношении еды и контроля веса, а также лечением сопутствующих состояний.

Увеличение веса также приводит к улучшению психологических осложнений выраженного голодания (semistarvation). Хотя нет уверенности в

том, что ненормальные пищевые привычки пациентов будут улучшаться просто в результате увеличения веса, существуют убедительные доказательства того, что другие симптомы расстройства пищевого поведения уменьшаются по мере восстановления и поддержания веса. Например, клинический опыт показывает, что с восстановлением веса увеличивается выбор продуктов питания, уменьшается накопление пищи, а навязчивые идеи о еде уменьшаются по частоте и интенсивности, хотя они не всегда исчезают. Внимание, концентрация и другие когнитивные эффекты выраженного голодания также улучшаются при возобновлении питания.

В то же время персонал должен помогать пациентам справляться с их опасениями по поводу увеличения веса и изменения образа тела, учитывая, что пациенту особенно трудно приспособиться к этим изменениям. На самом деле среди клиницистов существует общее мнение о том, что искаженное отношение к весу и форме тела с наименьшей вероятностью улучшается при восстановлении веса и, как правило, отстает от изменений веса и пищевого поведения. Таким образом, важно предупредить пациентов о следующих аспектах раннего выздоровления: когда они начинают выздоравливать и чувствуют, что их тело становится больше, особенно когда они приближаются к цифрам веса, которые могут пугать, у людей может возникнуть повторный всплеск тревожных и депрессивных состояний, симптомы, раздражительности и иногда суицидные мысли. Эти симптомы настроения, навязчивые мысли, не связанные с едой, и компульсивное поведение часто не устраняются, но обычно уменьшаются в течение нескольких месяцев после восстановления веса, если вес поддерживается и не повторяются ограничительное питание, переедание или очистительное поведение. Если симптомы настроения, а также навязчивые идеи и компульсии, не связанные с едой, сохраняются, следует провести дополнительную оценку для выявления сопутствующих расстройств и, при необходимости, провести дополнительное лечение любых таких расстройств.

## Физическая активность во время нутритивной реабилитации

Индивидуальная оценка мотивации, преимуществ и рисков физических упражнений должна проводиться для каждого пациента в рамках планирования лечения и переоцениваться по мере возобновления питания. При планировании лечения следует также учитывать, были ли компульсивные или вынужденные упражнения частью поведения пациента, связанного с расстройством пищевого поведения (Dittmer et al., 2018; Dobinson et al., 2019). Для всех пациентов активность должна быть адаптирована к потреблению пищи, расходу энергии, МПК и сердечной функции пациента. Для пациентов с выражено недостаточным весом физические упражнения всегда должны тщательно контролироваться; их следует ограничить до 1,5 часов в неделю или прекратить, если вес не растёт. После достижения безопасного веса программа упражнений должна быть направлена на улучшение физической формы, а не на расход калорий. Акцент на фитнесе должен быть сбалансирован с восстановлением позитивных отношений пациентов к своему телу, помогая им вернуть себе контроль и получать удовольствие от физической активности, а не чувствовать себя обязанным заниматься физическими упражнениями. Следовательно, программа упражнений должна быть подходящей для развития и доставлять удовольствие, а также иметь конечные точки, которые не определяются временем, потраченным на расход калорий, или влиянием на вес и форму тела. Силовые тренировки для укрепления здоровья костей и командные виды спорта, такие как футбол, баскетбол, волейбол или теннис, предпочтительнее одиночных занятий. Для соревнующихся спортсменов решение о возвращении человека к полноценному участию в спорте потребует уравнивания факторов, связанных со здоровьем, рисков участия в определенных видах спорта и других факторов, которые могут повлиять на принятие решения об участии (De Souza et al., 2014; Fredericson et al., 2021; Quesnel et al., 2019).

## Использование лекарств для поддержки набора веса во время нутриционной реабилитации

Имеются ограниченные данные о пользе лекарств для поддержки набора веса во время нутриционной реабилитации. Кроме того, существующие данные клинических испытаний почти полностью основаны на исследованиях взрослых. Следовательно, решение о том, необходимо ли использовать психотропные препараты, и если да, то какие препараты выбрать, будет основываться на возрасте пациента и клинической картине. Кроме того, многие пациенты с НА крайне неохотно принимают лекарства, особенно те, которые, как им известно, приводят к увеличению веса. Эти вопросы необходимо сочувственно и всесторонне обсуждать с пациентами, а в случае детей и подростков – с их семьями в рамках совместного принятия решения. Ограниченные эмпирические данные не показывают каких-либо преимуществ селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) с точки зрения увеличения веса (Barbarich et al. 2004; Fassino et al. 2002; Halmi et al. 2005; Kaye et al. 2001; Ruggiero et al. 2003; Walsh et al. 2006; Yu et al. 2011); тем не менее эти препараты широко используются (Garner et al., 2016; Monge et al., 2015), относительно хорошо переносятся и могут быть рассмотрены для пациентов с устойчивыми симптомами депрессии, тревоги или обсессивно-компульсивного расстройства. Если антидепрессанты рассматриваются для лечения сопутствующих расстройств у подростков и взрослых в период становления, клиницисты должны обратить внимание на предостережения в рамках, касающихся антидепрессантов, и обсудить потенциальные преимущества и риски лечения антидепрессантами с пациентами и их семьями (U.S. Food and Drug Administration 2018). Из других антидепрессантов бупропион противопоказан к применению у пациентов с очистительным поведением (например, прием слабительных, провоцирование рвоты), учитывая повышенный риск судорог, наблюдавшийся в ранних клинических исследованиях у пациентов с НБ, которые получали высокие дозы бупропиона с немедленным высвобождением (Horne et al., 1988; Pesola and Avasarala, 2002). Лекарства, удлиняющие интервал QTc, отдельно или в сочетании с другими

лекарствами, также следует с осторожностью использовать у пациентов с очистительным поведением (Funk et al. 2018; Woosley et al. 2022). Лекарства, такие как оланзапин, могут быть полезны у отдельных пациентов для увеличения веса; однако необходимо учитывать потенциальные побочные эффекты (например, нарушение контроля над уровнем глюкозы, метаболический синдром, акатизию, экстрапирамидные эффекты) (Attia et al. 2019). Несмотря на высокий уровень тревожности у некоторых пациентов, связанный с приемом пищи, использование бензодиазепинов в качестве анксиолитиков не приносит пользы (Steinglass et al., 2014) и сопряжено с риском злоупотребления. Электросудорожная терапия (ЭСТ), как правило, бесполезна у лиц с НА, за исключением лечения тяжелых сопутствующих расстройств, таких как большое депрессивное расстройство или кататония, для которых ЭСТ показана в других случаях (Andersen et al. 2017; Pacilio et al. 2019; Shilton et al. 2020).

Гормональная терапия (например, трансдермальный эстрадиол, человеческий гормон роста) с точки зрения помощи в наборе веса во время нутриционной реабилитации, по-видимому, не дает каких-либо преимуществ, но исследования были ограничены (Bloch et al. 2012; Divasta et al. 2012; Faje et al. 2012; Golden et al. 2002; Gordon et al. 2002; Klibanski et al. 1995; Misra et al. 2011). Использование гормональной терапии для улучшения МПК описано в следующем разделе «Лечение для улучшения минеральной плотности костей у пациентов с нервной анорексией».

## Лечение для улучшения минеральной плотности костной ткани у пациентов с нервной анорексией

У людей любого пола с анорексией может наблюдаться потеря МПК, обычно оцениваемая с помощью DXA. Для снижения риска остеопении, остеопороза и переломов костей (например, в области бедер или позвоночника) оптимально сосредоточиться на восстановлении веса (El Ghoch et al., 2016). Другие методы лечения остеопении или остеопороза имеют ограниченные доказательства и возможные риски, которые следует сопоставлять с

потенциальной пользой для здоровья костей у пациентов с анорексией. Например, пероральная заместительная гормональная терапия иногда назначалась для улучшения МПК у пациентов с аменореей, но нет убедительных подтверждающих доказательств ее эффективности ни у взрослых, ни у подростков (Bloch et al. 2012; Divasta et al. 2012, 2014; Faje et al. 2012; Golden et al. 2002; Gordon et al. 2002; Hornberger et al. 2021; Klibanski et al. 1995; Misra et al. 2011; Strokosch et al. 2006). Кроме того, Американский колледж акушеров и гинекологов (2018) рекомендует не использовать комбинированные оральные контрацептивы у лиц с расстройствами пищевого поведения, когда единственной целью является лечение аменореи. Кроме того, эстроген может способствовать слиянию эпифизов, и его не следует вводить до завершения роста (Allen et al., 2021; Mosekilde et al., 2013; Shim, 2015). Использование эстрогена также требует прерывистого введения прогестерона, а появление ежемесячных кровотечений может дать ложную уверенность в адекватности веса пациента, даже когда требуется дополнительное увеличение веса. Для подростков старшего возраста (костный возраст  $\geq 15$  лет) которые не могут набирать и поддерживать прибавку в весе и имеют Z-показатель МПК  $< -2,0$ , можно рассмотреть применение пластыря с  $17\beta$ -эстрадиолом (100 мкг два раза в неделю) с циклическим пероральным прогестероном на 10–12 дней каждый месяц (Misra et al. 2011). Бисфосфонаты могут рассматриваться у взрослых с остеопорозом, особенно при наличии переломов в анамнезе, но их следует использовать с осторожностью у женщин детородного возраста из-за возможного тератогенного риска. Кроме того, применение этих препаратов может быть связано с негативными последствиями, в том числе с нечастым возникновением остеонекроза челюсти. Данные об использовании деносумаба минимальны и ограничиваются сообщениями о случаях (Anand and Mehler, 2019; Jamieson and Pelosi, 2016).

Если потребление кальция с пищей является недостаточным или если уровень витамина D  $< 30$  нг/мл, следует рассмотреть вопрос о дополнительном приеме кальция и/или витамина D, хотя нет никаких доказательств того, что такие добавки нормализуют МПК. Кроме того, увеличение потребления кальция с пищей предпочтительнее добавок. Если используются добавки, ограничение

доз кальция до 1200 мг/день может свести к минимуму риски использования, которые включают повышенную вероятность образования камней в почках или сердечно-сосудистой кальцификации. Если уровень витамина D низкий (<30 нг/мл), рекомендуемое лечение включает восполнение запасов витамина D эргокальциферолом 50 000 МЕ 1 раз в неделю в течение 6–8 недель в сопровождении поддерживающей дозы 1 000–2 000 МЕ витамина D2 или D3 ежедневно (Golden et al., 2014; Institute of Medicine, 2011b). Также было предложено, чтобы силовые тренировки способствовали здоровью костей после восстановления веса; однако информация о пользе этого подхода ограничена.

## Поддержание/стабилизация веса

Имеются ограниченные данные в поддержку конкретных вмешательств, направленных на профилактику рецидивов, и отсутствие консенсуса в этой области в отношении того, как определять рецидив, ремиссию и выздоровление. Тем не менее имеющиеся данные свидетельствуют о том, что пациенты подвергаются наибольшему риску рецидива в течение первого года после лечения, а повышенный риск распространяется на второй год (Berends et al., 2018). Продолжительность лечения будет варьироваться в зависимости от подхода к лечению и индивидуальных потребностей пациента; тем не менее, продолжение лечения после того, как пациенты завершили восстановление веса, важно для поддержания набора веса и предотвращения возврата к прежним паттернам пищевого поведения в этот период высокого риска. После интенсивного лечения и успешного восстановления веса, адекватное потребление калорий, но более низкое разнообразие рациона и потребление жиров могут быть связаны с более высоким риском рецидива и могут сигнализировать о необходимости дополнительной нутритивной реабилитации (Schebendach et al. 2008, 2012). Имеющиеся данные не указывают на конкретную пользу от использования СИОЗС в дополнение к КПТ для снижения риска рецидива у пациентов с восстановленным весом (Walsh et al., 2006), хотя

эти препараты могут использоваться для лечения сопутствующих заболеваний на этапе лечения для поддержания веса.

## **ПОЛОЖЕНИЕ 11: Психотерапия взрослых с нервной анорексией**

АПА *рекомендует* (1B): взрослых с НА следует лечить психотерапией, направленной на расстройство пищевого поведения, которая должна включать нормализацию поведения в отношении приема пищи и контроля веса, восстановление веса и устранение психологических аспектов расстройства (например, боязнь увеличения веса, нарушение образа тела).

### **Реализация**

Психотерапия подходит в качестве начального вмешательства во всех возрастных группах. Она также подходит на этапах восстановления веса и профилактики рецидивов. В дополнение к сосредоточению внимания на нормализации поведения в еде и контроле веса, а также на восстановлении веса, психотерапия должна включать рассмотрение других факторов, таких как нормализация образа тела и когнитивные функции, связанные с приемом пищи.

Во время острого переживания полезно предоставить пациентам с НА индивидуальное психотерапевтическое лечение, которое обеспечивает эмпатическое понимание, объяснения, похвалу за позитивные усилия, обучение, поддержку, поощрение и другое позитивное поведенческое подкрепление. Начало психотерапии, направленной на расстройство пищевого поведения, также является неотъемлемой частью лечения НА, хотя время должно быть индивидуализировано в зависимости от состояния здоровья пациента и готовности к психотерапии. Например, у сильно истощенных пациентов попытки проведения формальной психотерапии могут оказаться неэффективными. Цели психотерапевтических вмешательств включают помощь пациентам с анорексией: 1) обсудить свой опыт болезни; 2) сотрудничать с их питанием и физической реабилитацией; 3) изменить поведение и дисфункциональные установки (например, когнитивные

искажения), связанные с расстройством пищевого поведения; 4) определить эволюционные, семейные и культурные предпосылки их болезни; 5) устранение коморбидной психопатологии, психологических конфликтов, адаптивных преимуществ симптомов, а также семейных или культурных факторов, усиливающих или поддерживающих расстройства пищевого поведения; 6) улучшить свои навыки преодоления трудностей и их межличностное и социальное функционирование; 7) возобновить соответствующие возрасту жизненные роли (например, школа, работа, отношения); и 8) решать другие проблемы, связанные с качеством жизни. На этапах лечения, направленных на поддержание веса, психотерапия также может помочь пациентам решить остаточные проблемы, связанные с образом тела, формой тела и принятием веса. На этом этапе психотерапия может помочь пациентам определить области для дальнейшего прогресса (например, дальнейшая нормализация пищевого поведения и физической активности, возобновление функциональных жизненных ролей) и узнать, как избежать или свести к минимуму риск рецидива, включая конкретные опасения по поводу возможного жестокого обращения, пренебрежения или травм развития, а также подходы к тому, чтобы лучше справляться с важными проблемами развития и другими важными жизненными проблемами или стрессорами в будущем. На реакцию пациентов на терапевта, включая перенос, могут влиять характеристики терапевта (например, возраст, пол, этническая принадлежность, размер тела), и важно обратить внимание на эти вопросы, если они есть. Кроме того, клиницисты должны следить за своими реакциями контрпереноса на пациентов с хроническим расстройством пищевого поведения, которые часто включают в себя осаждение, деморализацию и чрезмерную потребность изменить пациента. Консультации с другими клиницистами могут быть полезными в управлении этими реакциями. Что касается конкретных видов психотерапии, исследования часто описывают эти вмешательства как разные, но черты психотерапии часто являются общими (см. Таблицу 8), и психотерапевтические вмешательства, используемые в клинической практике, часто пересекаются.

Некоторые подходы, такие как семейная терапия (FBT), подчеркивают ограниченную по времени модель лечения; однако для людей с длительной НА психотерапевтическое лечение часто требуется в течение по крайней мере 1 года и может занять много лет. Для пациентов, чье заболевание устойчиво к лечению, могут быть предприняты более обширные психотерапевтические меры, чтобы привлечь и помочь мотивировать пациентов, поскольку пациенты могут испытывать значительную ремиссию даже после многих лет болезни (Dobrescu et al. 2020; Eddy et al. 2017; Eijsen et al. 2021).

Среди исследованных психотерапий те, которые обладают умеренной эффективностью при лечении нервной анорексии у взрослых, включают КПТ (сфокусированную на приеме пищи и широкую направленность), фокальную психодинамическую психотерапию (ФПТ), межличностную терапию (ИПТ), модель лечения нервной анорексии по Модсли у взрослых (MANTRA) и специализированное поддерживающее клиническое управление (SSCM). Программа «Опытные сиделки, помогающие другим» (ECHO) направлена на поддержку лиц, осуществляющих уход за пациентами с нервной анорексией, но также может способствовать улучшению результатов. Психотерапевтические методы, которые считаются эффективными при лечении подростков и взрослых, обсуждаются в Утверждении 12.

## Когнитивно-поведенческая терапия нервной анорексии

Многие из более ранних клинических испытаний, посвященных когнитивно-поведенческой терапии для лечения нервной анорексии, были основаны на рекомендациях, предоставленных Garner et al. (1997). Суть когнитивно-поведенческой терапии при нервной анорексии заключается в том, чтобы сфокусироваться на изменении связанного с весом поведения и представлений о еде и весе путем преодоления когнитивных искажений (F.A. Carter et al. 2011; J.C. Carter et al. 2009; Dalle Grave et al. 2013a; Garner et al. 1997; McIntosh et al. 2005; Pike et al. 2003). Это включает в себя бросающие вызов рационализации, которые подкрепляют ограничительное питание либо положительно (например, то, что поведение, связанное с ограничением и

снижением веса, является «здоровым» или указывает на контроль или владение своим поведением), либо отрицательно (например, употребление одной порции калорийных продуктов приведет к катастрофическому увеличению веса или потере контроля над едой). В последнем случае подкрепление может включать в себя уменьшение опасений по поводу увеличения веса, но оно может включать и более сложные значения, такие как, например, избегание психосексуального развития и интимных межличностных отношений. Первоначально лечение делает упор на создание терапевтического альянса и повышение мотивации к лечению, отчасти за счет создания этой персонализированной формулировки и признания терапевтом способов, которыми подкрепляется поведение по снижению веса. КПТ включает прямое внимание к симптомам расстройства пищевого поведения и изучение основных убеждений (т. е. схем) и тем, таких как самоконтроль и перфекционизм. Как правило, во время сеанса врач и пациент вместе проверяют вес пациента, а также просматриваются записи самоконтроля пациента и домашние задания из предыдущего сеанса. Сначала основное внимание уделяется установлению режима регулярного питания, а затем увеличению размера и разнообразия блюд и закусок. Стратегии по уменьшению очищающего поведения также рассматриваются, если это уместно.

Экспериментальная модель изменений используется на протяжении всего лечения, чтобы проверить новое поведение как способ получения новой информации, чтобы бросить вызов убеждениям о ценности потери веса. Терапевтические отношения также могут служить моделью того, как человек взаимодействует с другими, что затем позволяет выявить дисфункциональные основные убеждения и бросить вызов когнитивным искажениям с целью уменьшения социального избегания и увеличения межличностной близости. Психосоциальное образование проводится на протяжении всего лечения с акцентом на негативные последствия голодания для физического здоровья, а также на психосоциальные эффекты, такие как повышенная ригидность и избегание общения.

## Расширенная когнитивно-поведенческая терапия

Расширенная КПТ (CBT-E) относится к более формализованной версии когнитивно-поведенческой терапии для расстройств пищевого поведения, основанной на мануальной терапии, которая является трансдиагностической по своей направленности и предназначена для нарушения когнитивно-поведенческих процессов, поддерживающих психопатологию расстройства пищевого поведения (Fairburn 2008; Fairburn et al. 2003). Лечение основывается на индивидуальной формулировке трудностей пациента, разработанной в начале терапии, а затем пересматриваемой по показаниям. Хотя CBT-E изначально была разработана для взрослых амбулаторных пациентов с расстройствами пищевого поведения (Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2003), впоследствии она была адаптирована для использования у подростков (Dalle Grave and Calugi, 2020; Dalle Grave et al., 2013b) и у пациентов, которым требуется уход более высокого уровня (Dalle Grave et al. 2013a). Пациентам с недостаточным весом, нуждающимся в восстановлении веса, CBT-E проводится примерно за 40 сеансов в течение 40 недель, в то время как для тех, у кого вес незначителен, CBT-E обычно проводится за 20 сеансов в течение 20 недель. Независимо от продолжительности лечения, первоначально акцент делается на лечении психопатологии расстройства пищевого поведения (т. е. сфокусированной CBT-E) с добавлением модулей, направленных на один или несколько «внешних» поддерживающих механизмов (например, клинический перфекционизм, низкая самооценка, выраженные межличностные проблемы), когда эти признаки выражены и мешают прогрессу лечения (i.e., broad CBT-E; Cooper and Fairburn 2011).

Первоначальное внимание в лечении с помощью CBT-E сосредоточено на достижении взаимопонимания пациента с расстройством пищевого поведения и вовлечении пациента в лечение. Также делается акцент на индивидуальном обучении, которое касается регулярного питания и беспокойства по поводу веса.

Таблица 8. Компоненты психотерапии для лечения нервной анорексии

	CBT-AN	CBT-E	FP T	SSCM	MANTR A	ECHO	AFT	FBT
Взвешивание во время сеанса	X	X		X	X			X
Индивидуальная формулировка случая	X	X	X		X		X	X
Мотивационная фаза лечения	X	X	X		X	X	X	
Фокус на межличностных проблемах/эмоциональная экспрессия	X	X	X	X	X	X	X	(косвенно)
Мониторинг симптомов, включая прием пищи	X	X	X	X	X	X	X	X
Изучение связи симптомов/приема пищи с когнициями	X	X						
Фокус на развитии деятельности / увлечений,	X	X		Если поднят пациент		X		X

чтобы свести к минимуму чрезмерную озабоченность по поводу веса / фигуры.				НТОМ				
Использование экспериментального мышления для изменения отношения и поведения	X	X			X			X
Родительский контроль за приемами пищи						X		X

Примечание. АFT = индивидуальная терапия, ориентированная на подростков; СВТ-АН = когнитивно-поведенческая терапия нервной анорексии; СВТ-Е = расширенная когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения; ЕСНО = опытные опекуны, помогающие другим; FBT = семейная терапия/лечение; ФПТ = фокальная психодинамическая психотерапия; MANTRA=Модель Модсли для лечения нервной анорексии у взрослых; SSCM = специализированное поддерживающее клиническое ведение.

Цель СВТ-Е состоит в том, чтобы пациенты сами решили набрать вес, а не навязывали им это решение. Следующий этап лечения направлен на восстановление веса и процессы, поддерживающие расстройство пищевого поведения пациента. Обычно это включает в себя решение проблем, связанных с фигурой, приемом пищи и крайними диетическими ограничениями, а также повышение способности пациента справляться с повседневными событиями и изменениями настроения. Каждые 4 недели сеанс частично посвящен обзору

прогресса и препятствий, а также планированию последующего лечения. Заключительная фаза СВТ-Е посвящена тому, чтобы помочь пациенту добиться успеха в поддержании своего веса.

## Фокальная психодинамическая психотерапия

FPT, по сравнению с СВТ и родственными подходами, уделяет больше внимания межличностным отношениям и пониманию, а не познанию и поведению (Friederich et al., 2019; Wild et al., 2009; Zipfel et al., 2014). В начале лечения формулируется структурированный операциональный психодинамический диагноз, который описывает опыт пациента с АН (включая его физическое и психологическое воздействие), модели межличностных отношений, основные конфликты (например, близость, привязанность, самооценку, контроль), и сильные стороны, а также трудности в функционировании эго (Cierpka et al. 2007; Schneider et al. 2008). FPT обычно состоит из 40–50 сеансов, которые сначала проводятся два раза в неделю, а затем еженедельно в течение 6 месяцев или около того, постепенно уменьшаясь до менее частых сеансов с возможностью последующих сеансов после окончания терапии.

Первая фаза лечения, которая длится 4–6 недель, включает в себя установление терапевтического альянса, повышение самооценки и помощь пациентам в вербализации своих внутренних переживаний. Это включает в себя выявление убеждений, способствующих анорексии, которые усиливают пищевое поведение, а также других убеждений, ценностей и чувств, связанных с самоощущением пациента. Перед каждым сеансом лечения вес пациента измеряется независимым лицом, которое сообщает о весе лечащему врачу; однако на этом начальном этапе терапевт избегает преждевременного сосредоточения внимания на увеличении веса. Во время второй фазы лечения повышенное внимание уделяется весу и связям между пищевым поведением и чувствами, особенно в отношении межличностных отношений. Кроме того, основное внимание уделяется скрытым психологическим темам и конфликтам, которые, по-видимому, связаны с пищевым поведением пациента.

Заключительная фаза FPT направлена на то, чтобы помочь пациенту перенести информацию, полученную в результате терапии, в повседневную жизнь, предвидеть и обсудить подходы к преодолению рецидива, а также обсудить чувства и темы отношений, возникающие в связи с завершением терапии.

### Специалист по поддерживающему клиническому менеджменту

SSCM обычно состоит из 20 или более сеансов в неделю и помогает людям с анорексией устранять симптомы расстройств пищевого поведения в успокаивающем контексте (McIntosh et al., 2006). В рамках SSCM элементы клинического ведения включают информирование о расстройстве; постоянный мониторинг симптомов, включая взвешивание во время сеанса; и отслеживание питания и связанного с ним поведения по снижению веса. Это следует за подробным анамнезом, в котором пациент и терапевт согласовывают целевые симптомы для мониторинга. Обзор этих целевых симптомов на каждом сеансе направлен на то, чтобы помочь пациентам выявить связи между симптомами и пищевым поведением. Также проводится мониторинг физического здоровья, проводится психологическое просвещение о здоровом питании и последствиях устойчивых симптомов и потери веса. После того, как целевые симптомы обсуждены и устранены, оставшаяся часть сеанса посвящена содержанию, выбранному пациентом. По мере прогрессирования лечения и улучшения симптомов большая часть сеанса сосредоточена на выбранном пациентом контенте.

### Модель Модсли лечения нервной анорексии у взрослых

Модель, лежащая в основе MANTRA, предполагает, что НА имеет четыре основных взаимодействующих элемента (Byrne et al. 2017; Schmidt et al. 2012, 2015, 2016). К ним относятся стиль обработки информации, характеризующийся ригидностью мышления и вниманием к деталям, которые могут упускать из виду более широкий контекст; нарушения социального и эмоционального функционирования, препятствующие установлению дружеских отношений и

развитию близости; голодание, усугубляющее эти проблемы, и вера в то, что НА является их решением; и межличностная сеть, которая может непреднамеренно приспособливаться или способствовать поведению и/или может демонстрировать высокий уровень выраженных эмоций.

Лечение с помощью MANTRA основано на гибкой доставке модулей рабочей тетради MANTRA и обычно состоит из 20 сеансов. На начальном этапе лечения терапевт использует стратегии мотивационного интервьюирования и разрабатывает индивидуальную формулировку случая в сотрудничестве с пациентом, которая исследует затраты и предполагаемые преимущества НА. Результаты нейропсихологического тестирования включены в эту формулировку, чтобы проиллюстрировать, как индивидуальный стиль обработки информации может влиять на функционирование. Эта совместная концептуализация представляется пациенту в виде письма и диаграммы. На этапе изменения решаются проблемы с социальным и эмоциональным функционированием с помощью поведенческих экспериментов, направленных на устранение этих нарушений. Для людей с хронической НА есть модуль по развитию идентичности за пределами нервной анорексии.

### Опытные сиделки, помогающие другим

В ЕСНО опекуны или студенты-психологи с минимальным предшествующим клиническим опытом оказывают коучинговую поддержку по телефону опекунам, которые в настоящее время лечат НА своего ребенка в амбулаторных условиях (Hodsoll et al., 2017; Magill et al., 2016; Salerno et al., 2016). Поддержка основана на опубликованной книге (Treasure et al. 2007) и использует стратегии мотивационного интервьюирования. ЕСНО основана на модели межличностной поддержке НА. Согласно этой модели, люди могут непреднамеренно подкреплять поведение НА через поведенческие паттерны опекуна, такие как приспособление, поощрение и выраженные эмоции (например, критика, чрезмерная защита). Таким образом, помощь лицам, осуществляющим уход, в развитии навыков, уменьшающих такое поведение, может улучшить результаты подростковой нервной анорексии. Родители

проводят самооценку, в ходе которой они определяют, участвуют ли они в каком-либо поведении, которое может непреднамеренно усилить поведение, связанное с расстройством пищевого поведения. Затем родители разрабатывают персонализированные стратегии для устранения такого поведения. Кроме того, родителей учат принципам изменения поведения и когнитивным стилям, связанным с расстройствами пищевого поведения, чтобы помочь им лучше понять опыт своего ребенка.

## **ПОЛОЖЕНИЕ 12: Семейная терапия подростков и взрослых с нервной анорексией**

АПА *рекомендует* (1B): чтобы подростки и молодые взрослые с нервной анорексией, за которыми ухаживает опекун, получали семейную терапию, ориентированную на расстройство пищевого поведения, которая должна включать обучение лиц, осуществляющих уход, направленное на нормализацию пищевых привычек, контроль веса и восстановление веса.

### **Реализация**

FBTs включает обучение лиц, осуществляющих уход, эффективна для лечения НА у подростков. Она менее изучена, но, вероятно, также будет полезна для молодых взрослых в возрасте от 18 до 26 лет. Семейная терапия не ограничивается членами семьи, а может включать и других лиц, осуществляющих уход за больным, не являющихся членами семьи, с которыми проживает пациент.

FBT для НА — это подход, который фокусируется на последствиях резкой потери веса как на центральном элементе психологии НА (Le Grange 1999; Lock and Le Grange 2013). Фокус FBT заключается в привлечении родителей в качестве экспертов по воспитанию их детей, а также в том, чтобы они контролировали и брали на себя ответственность за возвращение ребенка или подростка к оптимальному диапазону веса. Один из центральных принципов FBT — занять неидеологическую позицию по отношению к возникновению

расстройства. Одна из целей этого акцента — смягчить значительную вину, которую исторически испытывали родители ребенка с НА. Терапевт действует как эксперт по знаниям и посредник; однако именно родители придумывают решения того, как лучше кормить своего ребенка. Этому процессу способствует сессионный семейный обед, на который родители приносят еду, которой они будут кормить своего ребенка. Этот прием пищи во время сеанса является важной частью терапии и позволяет терапевту наблюдать за подходами, которые используют родители. Например, если собственное пищевое поведение родителей является ненормальным или ограничительным, это может повлиять на их подход к вовлечению ребенка в прием пищи. С помощью мягких расспросов терапевт помогает родителям прийти к стратегиям, которые были бы наиболее оптимальными для ребенка в контексте их семьи. Например, можно изучить культурные убеждения и обычаи, связанные с едой, и использовать их для выработки подхода родителей к еде ребенка.

В начале каждого сеанса FBT терапевт взвешивает пациента и обсуждает текущие проблемы, эмоции и мысли пациента. Эти данные представляются семье для использования при обсуждении стратегий в домашних условиях, которые работают или нуждаются в улучшении. Другие элементы терапии могут включать предоставление информации о питании и решение вопросов, связанных с приемом пищи и нормализацией образа тела. По мере перехода терапии к Фазе 2 на подростка возлагается больше ответственности за самостоятельное питание, а на Фазе 3 обсуждается переход к типичному подростковому развитию. Когда пациент не набрал достаточного веса после 1 месяца лечения, был протестирован вариант FBT, в котором родители чаще участвуют в семейных обедах с более интенсивным родительским коучингом (Lock et al., 2015b). Эти занятия предназначены для того, чтобы помочь родителям включиться в решение проблем, устранить барьеры на пути реализации и активизировать семью в связи с тяжестью заболевания и необходимостью интенсивной поддержки и наблюдения. Также может потребоваться адаптация лечения к более высокому уровню помощи (Freizinger et al., 2021; Halvorsen et al., 2018; Huryk et al., 2021; Spettigue et al., 2019).

Лечение возможно понадобится адаптировать в зависимости от потребностей развития пациента. Например, в случае с молодыми взрослыми, по сравнению с молодыми подростками, может быть полезно, чтобы молодой взрослый высказал свое мнение о типе поддержки во время приема пищи, который они предпочитают, и конкретно рассмотрел соответствующие возрасту ситуации, такие как посещение колледжа, начало работы или проживание отдельно от семьи (Chen et al. 2016; Dimitropoulos et al. 2018; Gorrell et al. 2019). Были разработаны адаптации или дополнительные подходы к FBT (Gorrell et al. 2019; Lock et al. 2015b; Richards et al. 2018), включая многосемейные форматы (Baudinet et al. 2021; Eisler et al. 2016) и ориентированный на родителей формат, в котором терапевт встречается в основном с родителями, а мониторинг пациента осуществляется другим членом лечебной бригады (Le Grange et al., 2016).

Некоторым подросткам и молодым взрослым FBT может быть труднодоступен из-за географических или других ограничений. Небольшие исследования и значительный опыт во время пандемии COVID-19 показывают, что FBT можно предоставлять с использованием платформы телемедицины, чтобы сделать помощь более доступной (Andersen et al., 2017; Hellner et al., 2021; Matheson et al., 2020). Для других пациентов FBT может быть неосуществимым из-за предпочтений пациента или семьи, а также отсутствия вовлеченных членов семьи или опекунов, не являющихся членами семьи, которые могут и хотят участвовать в лечении. Некоторые люди не достигали значительного ответа от терапии FBT. В таких обстоятельствах могут быть полезны другие семейные или индивидуальные подходы к психотерапии.

Терапия, ориентированная на подростков (AFT), первоначально называлась эго-ориентированной индивидуальной терапией, направлена на то, чтобы помочь пациентам идентифицировать свои эмоции и научиться переносить негативные аффективные состояния (Fitzpatrick et al., 2010; Lock et al., 2010; Robin et al. 1999). Терапевт интерпретирует поведение и эмоции пациента, чтобы помочь ему отличить эмоциональные состояния от телесных потребностей, таких как прием пищи. Другие темы в лечении включают акцент на сепарации и индивидуации. Психообразование, связанное с питанием и

последствиями недоедания, включено в лечение. Восстановление веса происходит за 32–40 сеансов АФТ; однако, в отличие от FBT, в котором родители или другие опекуны берут на себя ответственность за прием пищи пациентом, АФТ побуждает пациента изменить свое собственное пищевое поведение и набрать вес. Встречи с семьей могут происходить с помощью АФТ, но они используются для оценки работы родителей и предоставления обновлений о прогрессе. В исследованиях этого подхода результаты АФТ были сравнимы с FBT в конце лечения, но с меньшей вероятностью приводила к полной ремиссии НА при последующем наблюдении. Что касается других психотерапевтических методов, изучалась системная семейная терапия (Agras et al., 2014), а также СВТ-Е (Le Grange et al., 2020); оба, по-видимому, имеют результаты, сопоставимые с результатами FBT.

## Нервная булимия

### ПОЛОЖЕНИЕ 13: Когнитивно-поведенческая терапия и лечение ингибиторами обратного захвата серотонина у взрослых с нервной булимией

АПА *рекомендует* (1С): лечение взрослых с нервной булимией когнитивно-поведенческой терапией, ориентированной на расстройства пищевого поведения, и назначение ингибиторов обратного захвата серотонина (например, 60 мг флуоксетина в день) либо вначале, либо при минимальном ответе на психотерапию или его отсутствии на 6 неделе лечения.

### Реализация

Целями лечения пациентов с НБ являются: 1) уменьшение и, по возможности, устранение эпизодов переедания и очищения; 2) лечение физических осложнений БН; 3) повышение мотивации пациентов к сотрудничеству в восстановлении здорового питания и участию в лечении; 4) информирование о здоровом питании и режимах питания; 5) поощрение

увеличения разнообразия продуктов питания и минимизация пищевых ограничений; 6) поощрение здоровых, но не компульсивных паттернов физических упражнений; 7) помощь пациентам в переоценке и изменении дисфункциональных мыслей, отношений, мотивов, конфликтов и чувств, связанных с расстройством пищевого поведения; 8) обращение к другим темам, которые могут лежать в основе расстройств пищевого поведения (например, проблемы развития, формирование идентичности, проблемы с образом тела, самооценка, сексуальные и агрессивные трудности, регуляция аффекта, гендерная роль, семейная дисфункция, стили совладания, решение проблем); 9) лечение сопутствующих психических состояний, включая расстройства настроения и регуляцию импульсов, самооценки и поведения; 10) заручение поддержкой семьи и обеспечение семейного консультирования и терапией, когда это уместно; и 11) предотвращение рецидива.

Потребление пищи важно оценивать для всех пациентов с НБ, независимо от их массы тела или ИМТ, потому что нормальный вес не предполагает адекватного потребления пищи. Адекватное потребление питательных веществ и структурированное питание могут предотвратить тягу и способствовать насыщению. Кроме того, помощь пациенту в разработке структурированного плана питания может помочь уменьшить количество эпизодов диетических ограничений и позывов к перееданию и очищению организма. Вмешательства в области питания также важны для увеличения разнообразия потребляемых продуктов. Консультации по питанию с зарегистрированным диетологом-нутрициологом часто необходимы для реализации плана питания и внесения корректировок в решении возникающих проблем (например, сопутствующих заболеваний, частых изменений рабочего графика или поездок) (Academy for Eating Disorders Nutrition Working Group 2021; Hackert et al. 2020).

Возможны несколько подходов для начального лечения взрослых с НБ. У многих пациентов наблюдается снижение приступов переедания и очищения при использовании только когнитивно-поведенческой терапии; тем не менее, комбинация КПТ с высокими дозами флуоксетина (60 мг/день) связана с несколько лучшим ответом, чем только флуоксетин (Goldbloom et al., 1997). По

этой причине начальное лечение может также включать комбинацию КПТ и СИОЗС (например, высокие дозы флуоксетина). Решения о начале лечения только психотерапией по сравнению с комбинированным лечением будут зависеть от таких факторов, как тяжесть симптомов, сопутствующие расстройства и предпочтения пациента. Тем не менее наилучшие долгосрочные результаты достигаются, когда первоначальный ответ на лечение относительно быстрый (Mitchell et al., 1993). Таким образом, если к 6 неделям лечения ответ на только психотерапию минимален или отсутствует, обычно оправдано добавление СИОЗС. Антидепрессанты или другие психофармакологические средства также могут использоваться для лечения специфических сопутствующих расстройств, таких как депрессивные, тревожные, обсессивно-компульсивные или посттравматические стрессовые расстройства.

### Фармакотерапия нервной булимии

Из СИОЗС флуоксетин предпочтительнее в качестве лекарственного средства выбора, поскольку он обладает наибольшей убедительностью научных данных, показывающих эффективность при НБ (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group 1992; Goldstein et al., 1995; Kanerva et al., 1995; Mitchell et al., 2001). ), независимо от влияния на настроение (Goldstein et al., 1999). Флуоксетин также продемонстрировал пользу в небольшом исследовании лиц, которые не ответили на психотерапию или у которых случился рецидив после психотерапии (Walsh et al., 2000). Если симптомы, по-видимому, не реагируют на лекарства, важно оценить, принимал ли пациент лекарства и повлияло ли на всасывание лекарств провоцирование рвоты. Кроме того, исследования показывают, что высокие дозы флуоксетина (например, 60 мг/день) более эффективны при лечении НБ, чем дозы 20 мг/день (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group 1992). Что касается наблюдения за побочными эффектами во время лечения, бессонница, тошнота и астения наблюдались у 25–33% пациентов при дозе 60 мг/сут, а сексуальные побочные эффекты были обычными в многоцентровых исследованиях флуоксетина (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group 1992; Goldstein

et al. 1995; Kanerva et al. 1995; Mitchell et al. 2001). Следует также учитывать возможность межлекарственных взаимодействий, поскольку флуоксетин действует как мощный ингибитор изофермента CYP2D6 и может ингибировать изофермент CYP2C19 в высоких дозах (Lexicomp 2021). Для пациентов, которые ответили на флуоксетин, ограниченные данные поддерживают продолжение флуоксетина для предотвращения рецидива (Romano et al. 2002), как правило, в течение как минимум 9 месяцев.

Другие антидепрессанты СИОЗС могут использоваться у пациентов, которые не переносят флуоксетин или предпочитают другое лекарство; однако данные о влиянии других СИОЗС или других антидепрессантов на НБ ограничены. Тем не менее, учитывая потребность в более высоких дозах флуоксетина для клинического эффекта при НБ, дозы на верхней границе среднего диапазона доз оправданы, если используется другой антидепрессант СИОЗС. Однако с циталопрамом следует соблюдать осторожность, поскольку его применение связано с удлинением интервала QTc в дозах >40 мг/сут (Lexicomp 2021). Кроме того, клиницисты должны обратить внимание на предостережение в рамках, касающихся антидепрессантов у молодых людей, и обсудить потенциальные преимущества и риски лечения антидепрессантами с пациентами, если такие лекарства будут назначены (U.S. Food and Drug Administration 2018). Из других антидепрессантов бупропион противопоказан для использования у лиц с НБ, учитывая повышенный риск судорог, наблюдаемый у лиц с булимией в ранних клинических испытаниях высоких доз бупропиона с немедленным высвобождением (Horne et al., 1988; Pesola and Avasarala, 2002). Для лиц, получающих лечение литием, необходимо соблюдать осторожность, чтобы избежать токсичности из-за обезвоживания у пациентов, которые вызывают рвоту или очищение с помощью слабительных средств.

## Психотерапия при нервной булимии

### Когнитивно-поведенческая терапия

Лечение НБ с помощью СВТ обычно проводится в индивидуальном формате, но групповая СВТ также эффективна (Agras et al. 1989; Chen et al. 2003; Davis et al. 1999; Fairburn et al. 1993; Freeman et al. 1988; Ghaderi 2006; Grenon et al. 2017; Griffiths et al. 1994, 1996; Leitenberg et al. 1988; Nevonon and Broberg 2006; Sundgot-Borgen et al. 2002; Treasure et al. 1994). СВТ для НБ обычно проводится на основе подхода СВТ-Е Fairburn и его коллег (Fairburn 2008). В большинстве клинических испытаний участники получили от 14 до 21 сеанса когнитивно-поведенческой терапии, каждый продолжительностью 40–60 минут, хотя в нескольких исследованиях использовался сокращенный курс лечения до 8 недель, а в одном исследовании было до 60 сеансов лечения. СВТ иногда назначали еженедельно, а иногда с частотой два раза в неделю в начале лечения, с уменьшением частоты до еженедельной в течение большей части лечения и с уменьшением до одного раза каждые 2 недели в конце лечения. В клинической практике некоторым пациентам может потребоваться более 21 сеанса КПТ для полного ответа на лечение, а некоторым может потребоваться более длительный период с менее частыми сеансами для поддержания результатов лечения.

СВТ-Е для НБ включает нескольких этапов (Fairburn 2008). На первом этапе пациенты получают информацию о НБ и влиянии диеты, провоцирования рвоты или очищения как формам контроля веса. Их также учат заниматься самоконтролем симптомов, просят определять ситуации, которые провоцируют переедание или очищение, и поощряют установить регулярный режим питания, по крайней мере, три адекватных приема пищи каждый день. Также могут быть включены поведенческие подходы, такие как более медленное и осознанное питание. Развитие терапевтического альянса является еще одним важным компонентом этой начальной фазы лечения. Второй этап лечения включает больший упор на решение проблем, разработку более конструктивных копинг-стратегий и сосредоточение внимания на когнитивной

реструктуризации, включая выявление дисфункциональных убеждений, связанных с едой, питанием, весом и фигурой, которые увековечивают булимическое поведение. При наличии показаний можно также изучить другие дисфункциональные убеждения, связанные с такими проблемами, как межличностные отношения, низкая самооценка и перфекционизм. После выявления этих негативных мыслей пациенты учатся оценивать их и противопоставлять этим мыслям альтернативы. Оцененные поведенческие задачи также могут использоваться для проверки этих альтернатив. Пациентов поощряют расширять разнообразие продуктов питания и включать в свой рацион продукты, которых они раньше избегали. Заключительный этап лечения направлен на сохранение прогресса по сравнению с предыдущими этапами лечения и развитие навыков и самоэффективности для снижения риска рецидива.

## Другие виды психотерапий

Доказательства эффективности психотерапий, отличных от когнитивно-поведенческой терапии, более ограничены; однако некоторые клиницисты включают в лечение другие психотерапевтические подходы, такие как межличностная или психодинамическая терапия (Agras et al., 2000; Murphy et al., 2012; Poulsen et al., 2014; Stefini et al., 2017; Thackwray et al., 1993). Хотя большинство психотерапевтических вмешательств были изучены в относительно коротких, ограниченных по времени испытаниях, лица, которые не ответили на первоначальный курс лечения, могут получить пользу от изменения подхода к лечению или увеличения продолжительности лечения. Более длительные сроки лечения могут также потребоваться лицам с более тяжелыми симптомами или с сопутствующими заболеваниями. Другие терапевтические модификации также могут быть рассмотрены в зависимости от возраста пациента, семейного положения, когнитивного и психологического развития, психодинамических проблем, когнитивного стиля, коморбидной психопатологии и предпочтений. Например, интегративная когнитивно-аффективная терапия показала эффективность по сравнению с

СВТ-Е в одном исследовании и подчеркивает взаимодействие между регуляцией эмоций, межличностными отношениями, когнитивными паттернами, адаптивным преодолением трудностей и самоуправляемым поведением, включая симптомы булимии (Wonderlich et al. 2014). Обучение навыкам диалектико-поведенческой терапии (DBT) недостаточно изучено у пациентов с НБ, но может быть полезным для лиц с другими психическими расстройствами, при которых показано DBT (Ben-Porath et al. 2020; Kröger et al. 2010; Safer et al. др. 2001).

### Другие интервенции при нервной булимии

В зависимости от предпочтений пациента или наличия других методов лечения НБ в качестве начального лечения можно использовать целенаправленную самопомощь (GSH). GSH включает подход (Fairburn 2013) под руководством медицинского работника, не специализирующегося на расстройствах пищевого поведения (например, специалиста в области психического здоровья, терапевта первичной медико-санитарной помощи) или специалиста по взаимной поддержке. Примечательно, что добавление коучинга и рекомендаций представляется более важным для получения лучших результатов, чем только самопомощь (Bailer et al., 2004). Использование веб-подходов показало возможность доступа GSH, и телемедицинские подходы к СВТ также осуществимы и демонстрируют хорошую эффективность (Mitchell et al. 2008; Zerwas et al. 2017). Если через 4 недели лечения ответ на GSH минимален или отсутствует, показано направление к медицинскому работнику, имеющему опыт лечения расстройств пищевого поведения.

### **ПОЛОЖЕНИЕ 14: Семейная терапия подростков и взрослых с нервной булимией**

АПА *предлагает* (2С): подростки и молодые люди с нервной булимией, у которых есть опекуны, должны получать семейную терапию, ориентированную на расстройство пищевого поведения.

## Реализация

Как и при лечении НА, FBT имеет доказательства преимуществ при лечении НБ у подростков или взрослых, проживающих в семье или у других опекунов, которые могут участвовать в лечении (Le Grange et al., 2007, 2015; Schmidt et al. 2007). FBT для НБ аналогичен ручному подходу для НА (Le Grange 1999; Lock and Le Grange 2013), как описано в положении 12; тем не менее он фокусируется на решении проблемы скрытности, стыда и дисфункциональных моделей питания НБ путем развития более тесного сотрудничества с родителями или другими опекунами. В результате подросткам и формирующимся взрослым помогают возобновить типичную траекторию развития.

В некоторых случаях FBT может быть неосуществимым из-за географических ограничений или ограничений доступа, предпочтений пациента или семьи или отсутствия вовлеченных членов семьи или опекунов, которые могут и хотят участвовать в лечении. В других обстоятельствах пациент мог лечиться с помощью FBT без полного ответа. Для таких людей может быть рассмотрена CBT, либо адаптированная для подростков, либо с использованием подхода GSH под руководством терапевта (Dalle Grave et al., 2021; Le Grange et al., 2015; Schmidt et al., 2007).

Использование флуоксетина или других СИОЗС для лечения НБ у подростков недостаточно изучено, хотя в некоторые исследования для взрослых были включены формирующиеся взрослые. Если лечение антидепрессантами показано при сопутствующем расстройстве, флуоксетин хорошо изучен в лечении депрессии и тревожных расстройств в этой возрастной группе (Cipriani et al., 2016; Wang et al., 2017) и имеет наилучшие доказательства эффективности при НБ у взрослых (см. Положение 13). Однако, если рассматривается вопрос об использовании антидепрессантов, потенциальные преимущества и риски лечения следует обсудить с пациентами (а также с родителями или опекунами, в зависимости от обстоятельств), а клиницисты должны обратить внимание на предостережения в рамках,

касающиеся антидепрессантов у подростков и юношей (U.S. Food and Drug Administration 2018).

## **ПОЛОЖЕНИЕ 15: Психотерапия у пациентов с приступообразным перееданием**

АПА *рекомендует* (1С): лечение пациентов с приступообразным перееданием с помощью когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на расстройство пищевого поведения, или межличностной терапии в индивидуальном или групповом форматах.

### **Реализация**

Психотерапия с СВТ или IPT показывает краткосрочные и долгосрочные преимущества в отношении результатов (Hilbert et al., 2019). Целями лечения больных с ПП являются: 1) уменьшение и, по возможности, устранение переедания; 2) повышение мотивации пациентов к участию в лечении и сотрудничеству в восстановлении моделей здорового питания; 3) обучение здоровому питанию и режимам питания; 4) поощрение увеличения разнообразия продуктов питания и минимизация ограничений в еде, если таковые имеются; 5) помощь пациентам в переоценке и изменении основных дисфункциональных мыслей, отношения, мотивов, конфликтов и чувств, связанных с перееданием; 6) рассмотрение других тем, которые могут лежать в основе расстройств пищевого поведения (например, проблемы развития, формирование идентичности, проблемы с образом тела, самооценка, сексуальные и агрессивные трудности, регуляция аффекта, гендерная роль, семейная дисфункция, стили совладания, решение проблем); 7) лечение сопутствующих психических состояний, в том числе расстройств настроения и регуляции импульсов, самооценки и поведения; 8) заручение поддержкой семьи и обеспечение семейного консультирования и терапией, когда это уместно; и 9) предотвращение рецидива.

Потребление пищи важно оценивать для всех пациентов с ПП, независимо от их массы тела или ИМТ, потому что нормальный вес не означает надлежащее потребление пищи. Могут присутствовать диетические ограничения или подавление веса, но они не могут быть идентифицированы без подробного анамнеза питания. Кроме того, ограничительные меры, направленные на снижение веса, могут способствовать перееданию. Отсутствие продовольственной безопасности в анамнезе также было связано с расстройствами пищевого поведения, в том числе с перееданием (Hazzard et al. 2020). Помощь пациенту в разработке структурированного плана питания с адекватным потреблением питательных веществ может уменьшить диетические ограничения, если таковые имеются, а также может способствовать насыщению, предотвращать тягу и уменьшать побуждения к перееданию. Меры по питанию также ценны для увеличения разнообразия употребляемых продуктов. Консультации по питанию с дипломированным диетологом-нутрициологом часто необходимы для реализации плана питания и внесения коррективов для решения возникающих проблем (например, сопутствующие состояния физического здоровья, частые изменения графика работы или командировки) (Academy for Eating Disorders Nutrition Working Group 2021; Hackert et al. 2020).

## Когнитивно-поведенческая терапия

Из психотерапий ПП наиболее широко изучена когнитивно-поведенческая терапия (Agras and Bohon 2021). Имеются существенные доказательства, подтверждающие ее эффективность при поведенческих и психологических симптомах, независимо от того, проводится ли она в индивидуальном или групповом формате. В индивидуальных форматах исследования СВТ при ПП обычно включают 16–22 еженедельных сеанса по 40–60 минут, тогда как в групповом формате используются 8–19 сеансов продолжительностью 60–150 минут. Группы варьируются по размеру от 6 до 12 человек, и сеансы обычно проводятся еженедельно, хотя частота сеансов может быть снижена к концу лечения. В клинических испытаниях СВТ

основывалась на одном из нескольких руководств (Fairburn 1995; Fairburn et al. 1993; Telch et al. 1990), но общий подход включает три фазы лечения. На начальном этапе основное внимание уделяется установлению терапевтических отношений, усилению мотивации, предоставлению информации о ПП и поощрению трехразового сбалансированного питания с регулярными перекусами. Пациентов также учат контролировать потребление пищи, эпизоды переедания и связанные с ними мысли и чувства. На втором этапе выявляются предпосылки к эпизодам переедания, и людей учат распознавать и бороться с дисфункциональными когнитивными функциями, которые вызывают переедание или которые связаны с едой, массой тела или фигурой. Разрабатываются подходы к решению проблем и более эффективные методы преодоления трудностей. На этом этапе некоторые исследователи также включают идентификацию негативных схем, которые способствуют когнитивным искажениям, добавляют практики с методами управления стрессом или решают такие проблемы, как образ тела или самооценка. Третий этап направлен на поддержание улучшений и стратегий предотвращения рецидивов.

Эффекты СВТ через интернет и GSH на основе СВТ скромны в снижении эпизодов переедания, но эти методы можно использовать в качестве начального подхода, особенно если другие методы лечения ПП недоступны (Agras and Bohon 2021; Carrard et al. 2011; Grilo et al. 2005a, 2013; Loeb et al. др., 2000; Вагнер и др., 2016). Однако, если эти подходы не приводят к улучшению, показано направление на более специализированное лечение.

## Межличностная психотерапия

ИРТ также оказалась эффективной в снижении эпизодов переедания (Karam et al., 2019; Wilfley et al., 1993, 2002). В исследованиях индивидуальной ИРТ использовалось 19 сеансов по 50–60 минут в течение 24 недель, из них 3 сеанса в первые 2 недели, еженедельные сеансы в течение 12 недель и 4 сеанса каждые 2 недели. Исследования групповой ИРТ включали 20 еженедельных сеансов по 90 минут каждый, 3 индивидуальных сеанса (до лечения, в середине

лечения и после лечения) и еженедельную персонализированную письменную обратную связь.

Терапия IPT начинается с детальной оценки прошлых и текущих симптомов и связей с межличностным и социальным контекстом пациента. На основе этой оценки, которая занимает примерно 4–7 сеансов, психотерапевт разрабатывает межличностную формулировку случая, обсуждает и согласовывает формулировку с пациентом, совместно разрабатывает цели лечения и обеспечивает психообразование в отношении диагностики и подходов к лечению. Цели лечения обычно направлены на решение одной из четырех проблемных областей: горя, межличностных ролевых споров, смены ролей и/ или дефицита межличностных отношений. На втором этапе лечения, который состоит примерно из 8–10 сеансов, психотерапевт фокусируется на том, как переживание связано с текущими межличностными ситуациями. Психотерапевт использует этот опыт, чтобы помочь пациенту внести изменения в целевую межличностную проблемную область. Заключительный этап лечения направлен на прекращение и помогает пациенту спланировать способы сохранения достигнутых результатов и решения межличностных проблем в будущем.

## **ПОЛОЖЕНИЕ 16: Препараты для взрослых с приступообразным переживанием**

АПА *предлагает* (2С): взрослых с приступообразным переживанием, которые предпочитают лекарства или не ответили только на психотерапию, следует лечить либо антидепрессантами, либо лиздексамфетамином.

### **Реализация**

Психотерапия, СВТ или IPT, рекомендуется для лечения ПП. Тем не менее некоторые взрослые с ПП могут предпочесть медикаментозное лечение психотерапии, в то время как другие люди не реагируют только на психотерапию или имеют ПП от умеренной до тяжелой степени, которым может

помочь дополнительная фармакотерапия. В таких обстоятельствах можно рассмотреть два подхода к медикаментозной терапии ПП: антидепрессанты или лиздексамфетамин.

Хотя СВТ сама по себе как правило имеет больший эффект, чем одни только антидепрессанты при лечении ПП (Devlin et al. 2005, 2007; Grilo et al. 2005b, 2012b; Ricca et al. 2001), терапия антидепрессантами оказалась полезной для уменьшения переедания, независимо от того, имеется ли сопутствующее депрессивное или тревожное расстройство (Guerdjikova et al., 2008; Hudson et al., 1998; Leombruni et al., 2008; Pearlstein et al., 2003). Кроме того, у многих людей с ПП имеется сопутствующее расстройство, которое требует лечения антидепрессантами (Devlin et al., 2005). На основании имеющихся данных исследований недостаточно информации, чтобы рекомендовать один антидепрессант или класс антидепрессантов по сравнению с другим. Следовательно, выбор антидепрессанта обычно осуществляется путем совместного принятия решений на основе переносимости, профиль побочных эффектов и возможность лекарственного взаимодействия. По этой причине трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминоксидазы используются реже, чем другие антидепрессанты. Кроме того, для пациентов с очистительным поведением в настоящее время или очистительным поведением в анамнезе бупропион противопоказан, учитывая повышенный риск судорог, наблюдаемый у лиц с НБ в ранних клинических испытаниях высоких доз бупропиона с немедленным высвобождением (Horne et al. 1988; Resola and Avasarala 2002). Если у пациентов есть опасения по поводу увеличения веса при приеме антидепрессантов, исследования как правило не показывают изменения веса ни в ту ни в другую сторону, при приеме антидепрессантов у пациентов с ПП.

Лиздексамфетамин также был связан с умеренными краткосрочными эффектами при ПП (Guerdjikova et al., 2016; McElroy et al., 2015b, 2016a, 2016b, 2017). Кроме того, продолжение лечения лиздексамфетамином было связано с меньшим риском рецидива, чем при прекращении приема лиздексамфетамина (Hudson et al., 2017). Тем не менее, лиздексамфетамин в основном изучался у пациентов с ожирением в учреждениях первичной медико-санитарной помощи,

и его преимущества у других пациентов с ПП неясны. При использовании у лиц с ПП начальная доза составляет 30 мг один раз в день утром с увеличением дозы на 20 мг в неделю до терапевтической дозы 50–70 мг один раз в день (Guerdjikova et al. 2016; McElroy et al. 2015b, 2016a, 2016b, 2017). Нет необходимости корректировать дозировку для лиц с печеночной дисфункцией, хотя лекарственные взаимодействия могут возникать с другими лекарствами, которые метаболизируются с помощью печеночных ферментов CYP2D6 (Lexicomp 2021; Takeda Pharmaceuticals et al. 2021). Людям с нарушением функции почек показаны более низкие дозы (например, максимальная доза 50 мг/сут при скорости клубочковой фильтрации [СКФ] от 15 до <30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>; максимальная доза 30 мг/сут при СКФ <15 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> или при терминальной стадии заболевания почек требующий гемодиализа) (Lexicomp 2021; Takeda Pharmaceuticals et al. 2021). Общие побочные эффекты лиздексамфетамина включают бессонницу, снижение аппетита, боль в верхней части живота и ксеростомию; тем не менее, эти эффекты, как правило, хорошо переносятся при сравнимых показателях прекращения исследования при применении лиздексамфетамина и плацебо (Guerdjikova et al., 2016; Lexicomp, 2021; McElroy et al., 2015b, 2016a; Takeda Pharmaceuticals et al., 2021). Как и в случае с другими стимулирующими препаратами, лечение лиздексамфетином может быть связано с умеренным снижением веса и увеличением частоты сердечных сокращений, артериального давления, тревогой или нервозностью. Необходима осторожность, если он используется у лиц с гипертонией или сердечными заболеваниями, и может потребоваться более частый мониторинг показателей жизнедеятельности. Лица с психотическими симптомами или биполярным расстройством или те, у кого есть факторы риска этих состояний, могут испытывать ухудшение симптомов при лечении стимуляторами. Перед принятием решения о лечении лиздексамфетином, а также во время лечения следует также учитывать возможность злоупотребления стимуляторами или зависимости от них.

Топирамат, отдельно или в сочетании с КПТ, также изучался у лиц с ПП и ожирением (Claudino et al., 2007; McElroy et al., 2003, 2007b; Nourredine et al., 2021). Хотя лечение топираматом ассоциировалось со снижением переживания,

отсев в этих рандомизированных исследованиях был высоким, а побочные эффекты чаще встречались у участников, получавших топирамат, по сравнению с плацебо. Когнитивная дисфункция часто наблюдается при применении топирамата даже в относительно низких дозах (Lexicomp 2021). Другие побочные эффекты включают повышенный риск гиперхлоремического метаболического ацидоза, нефролитиаза и проблем с глазами (Lexicomp 2021). Коррекция дозы может потребоваться у пожилых пациентов и у лиц с почечной или печеночной недостаточностью. Для лиц с детородным потенциалом важно использование эффективной контрацепции; внутриутробное воздействие топирамата было связано с повышенным риском развития у потомства расщелин полости рта или маленького роста для гестационного возраста (Lexicomp 2021).