



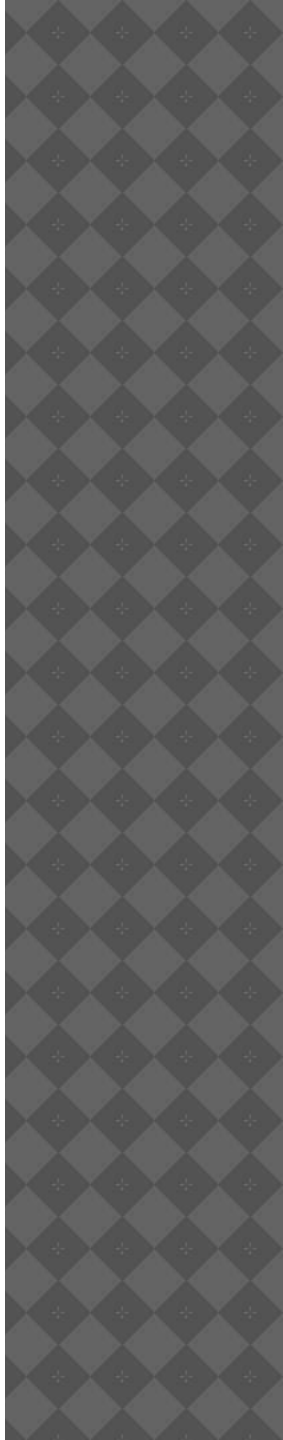
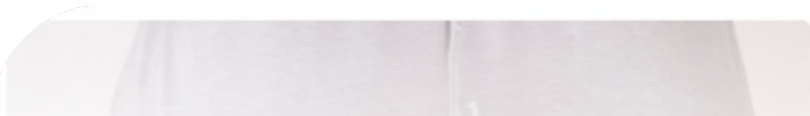
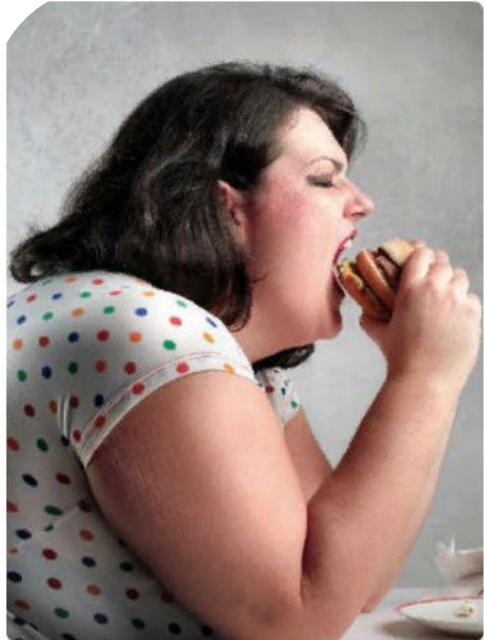
ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени академика Е. А. Вагнера

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. ак. Е. А. Вагнера МИНЗДРАВА РФ
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Выполнила: студентка 4 курса
Лечебного факультета
Группа ЛД 17-09
Шарипова А.Р.

Пермь 2020



А. Психиатрическая помощь

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

→ Установите и поддерживайте терапевтический альянс.

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

→ Сотрудничайте с другими врачами.

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

А. Психиатрическая помощь (продолжение)

Оцените симптомы расстройства пищевого поведения.

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

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

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

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

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

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

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

1. Условия лечения

Определите начальный формат лечения или измените его после обследования пациента.

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

Госпитализируйте при наличии следующих показаний:

Медицинские показания

Взрослые

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

Дети и подростки

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

Прежде всего, в случае расстройства пищевого поведения встает вопрос **о необходимости госпитализации**. Это решение должно быть основано на совокупности психических и соматических факторов, включая:

- ⦿ настоящую массу тела и ее продолжающееся снижение;
- ⦿ выраженные нарушения витальных функций;
- ⦿ сопутствующую психиатрическую патологию.

Сам по себе дефицит массы тела не может служить обязательным показанием для госпитализации или выписки пациента из стационара.





Недобровольная госпитализация при расстройствах пищевого поведения необходима при:

1. категорическом отказе пациента от лечения;
2. когда состояние пациента представляет серьезную угрозу для его жизни;
3. когда у пациента имеются тенденции к суициду. Стационарное лечение при подобных рисках должно быть начато **незамедлительно.**

Добиться определенного результата по нормализации пищевого поведения, изменению показателей массы тела, восстановлению витальных показателей, возможно при:

- ⦿ вовлечении пациента в индивидуальную и семейную психотерапию;
- ⦿ при ведении пациентами пищевого дневника. Использование пищевых дневников целесообразно не только для оценки качества получаемой пищи с позиций ее нутритивного статуса и объема, но и для уточнения пациентом и его лечащим врачом отношения к самому приему пищи, колебаний настроения на этом фоне, страха еды;
- ⦿ при применении психотерапевтических методик;
- ⦿ при присоединении психофармакотерапии.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ



При лечении нервной анорексии, необходимо достичь следующих целей:

- восстановление здоровой массы тела, который у женщин обеспечивает нормализацию менструального цикла, а мужчины сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей и подростков);
- формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию;
- развитие ощущения социального комфорта;
- лечение коморбидных психических расстройств;

- формирование стиля умеренных и адекватных физических нагрузок;
- проработка искаженных когниций в отношении веса тела, образа тела, страха полноты, погони за худобой и т. д.;
- улучшение семейного/межперсонального взаимодействия;
- выработка плана по профилактике обострений и выработка критериев повторной госпитализации.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНАРЕКСИИ

Терапия НА включает в себя несколько этапов:

1. восстановление здорового веса тела;
2. формирование пищевого поведения;
3. психотерапия;
4. фармакотерапия.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНАРЕКСИИ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА



Подходы к установлению границы желаемой массы тела:

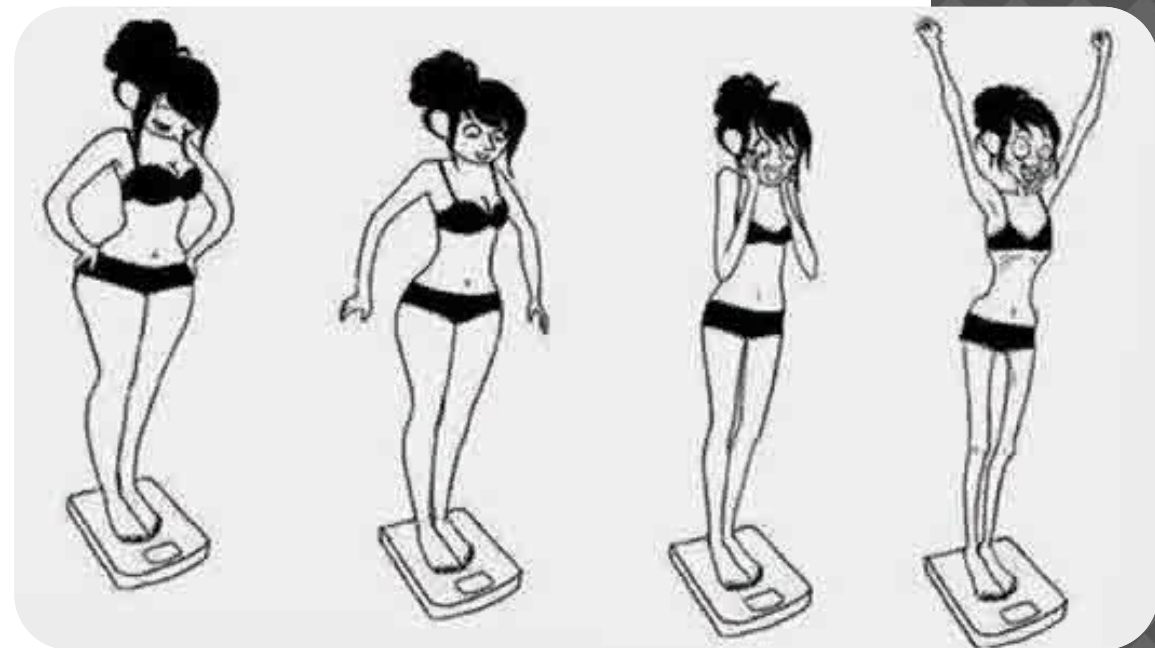
1. Установление ожидаемой массы с учетом имеющегося роста на основании центильных таблиц (с коррекцией на соответствующий возраст).
Индивидуализация целевой массы должна дополнительно учитывать нормализацию уровня ТЗ, лютеинизирующего гормона, соотношения эстроген/тестостерон, нормализацию температуры тела.
2. Установление целевого порога веса с опорой на массу тела, необходимую для восстановления менструальной функции.

ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНАРЕКСИИ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВОГО МАССЫ ТЕЛА

Базовые положения по восстановлению массы тела:

- пища предписывается больному в качестве лечебного средства и употребляется в нормальной форме;
- должно быть обеспечено круглосуточное наблюдение за пациентом. Наблюдение должно осуществляться как в процессе приема пищи, так и при выполнении гигиенических мероприятий, в процессе свободного времяпрепровождения;
- обеспечение психологической поддержки и использовании атмосферы группового поощрения. Постоянно персонал заверяет больного в том, что не имеет целью достижение им избыточной массы тела;

Результатом такого рода вмешательств является то, что пациент начинает трехразовый прием пищи, сопровождающийся умеренным уровнем тревоги.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНАРЕКСИИ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВОГО ВЕСА ТЕЛА

Следует указать на ряд методов, использование которых недопустимо:

1. принуждение пациентов к еде;
2. использование в качестве единственного метода пассивную интерпретативную терапию без устремлений разрушить болезненный стереотип питания;
3. изолированное использование средств, стимулирующих аппетит без сопутствующей психологической поддержки;
4. не разрешаются дискуссии о весе или калорийности.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ. ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Для пациента, имеющего выраженную кахексию, начальное количество пищи может составлять от 1200 до 1500 ккал в день в зависимости от массы тела пациента при поступлении. Пища вначале должна содержать малые количества жиров, соли и лактозы для естественного восстановления ферментативного баланса желудочнокишечного тракта.

- ◉ *Калорийность пищевого рациона повышается на 500 ккал за 4–5 дней до тех пор, пока не будет достигнут суточный уровень калорийности в интервале от 3500 до 4500 ккал/сут.*



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ. ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ



В случае неэффективности указанных мероприятий может быть оправданным перевод больного на парентеральное питание через назогастральный зонд (преимущественно), в том числе круглосуточное парентеральное питание. По продолжительности курсов лучше обойтись 3–4-кратным кормлением (в отличие от одномоментного продолжительного кормления) по причине вероятности возникновения метаболических нарушений или субъективного дискомфорта пациента.

Парентеральное питание требуется крайне редко при угрожающих жизни состояниях и является менее предпочтительным по психологическим аспектам.

ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ. ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Медицинское наблюдение на протяжении периода набора массы тела является обязательным. При клиническом наблюдении обращается внимание на:

- ❖ оценка жизненных функций;
- ❖ потребление пищи и жидкости наряду с их выделением
- ❖ мониторинг электролитов;
- ❖ наличие отеков;
- ❖ быстрый набор массы тела (связанной преимущественно с водной перегрузкой);
- ❖ признаки сердечной недостаточности;
- ❖ симптомы со стороны ЖКТ, особенно запоры и вздутие.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ. ПСИХОТЕРАПИЯ

2. Анорексия

в. Психологическая помощь

Цели психологической помощи в том, чтобы пациент

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

Установите и поддерживайте психотерапевтические отношения с пациентом.

Подразумевается понимание средующих моментов:

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

2. Анорексия

в. Психологическая помощь (продолжение)

→ Как только начался набор веса, надо заняться психотерапией.

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

ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ. ФАРМАКОТЕРАПИЯ



Психотропные препараты не являются основополагающими и абсолютно необходимыми в начальном периоде терапии НА

Исключение составляет:

- ❑ кратковременное назначение анксиолитических средств (например, лоразепам, феназепам или диазепам);
- ❑ малые дозы нейролептиков (например, хлорпротиксен, флупентиксол, оланзапин, рисперидон, хлорпромазин) для купирования выраженных обсессивных и тревожных проявлений, а также для прицельного ослабления предвосхищающей тревоги перед едой накануне ее потребления.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ. ФАРМАКОТЕРАПИЯ

2. Анорексия с. Лекарства

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

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

Помните о побочных эффектах.

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

ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ. ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Антидепрессивную терапию целесообразно назначать для профилактики возобновления расстройства у больных с нормализованной массой тела и для лечения наблюдающихся при НА депрессивных, тревожных, обсессивно-компульсивных проявлений и иных расстройств импульсивности.

После восстановления веса используйте антидепрессанты для лечения депрессии или тревожности.

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

ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ. ФАРМАКОТЕРАПИЯ

2. Анорексия с. Лекарства (продолжение)

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

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

→ **Займитесь восстановлением плотности костей.**

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

○ Анамнез жизни и заболевания

Пациентка Л., 24 года. Пациентка обратилась к врачу-диетологу с целью нормализации питания. На момент обращения вес пациентки был 58 кг. С ее слов, анорексией она страдает порядка 9–10 лет (срок болезни на момент обращения).

Пациентка выросла в семье, состоящей из четырех человек — отца, матери, младшей сестры. Отец деспотичен, предъявлял повышенные требования к членам семьи. Между отцом и матерью часто были ссоры, при которых присутствовала пациентка. Нередко в ходе ссоры отец использовал физическую силу против матери. Со слов пациентки, несколько раз она слышала упреки в свой адрес по поводу лишнего веса.

Менструация у пациентки с 13 лет. В возрасте 19 лет регулы прекратились в связи с настоящим заболеванием.

В 14 лет пациентка начала проявлять интерес к различным диетам, исключать определенные продукты из своего питания — сладкие продукты, хлебобулочные, продукты, содержащие, по ее мнению, большое количество жиров. Изменила режим приема пищи — снизила объем пищи, принимаемой в вечернее время, иногда исключала ужин. При этом отмечалось снижение веса на 4–5 кг за период в 3 месяца. Данные изменения были отмечены родителями и самой пациенткой позитивно.

○ Данные осмотра

Состояние удовлетворительное. Жалобы на быструю утомляемость, сниженную работоспособность, склонность к запорам.

Антропометрические данные: рост — 170 см, вес — 58 кг, ИМТ — 20,1, окружность плеча — 25 см, измерение кожно-жировой складки трицепса (КЖСТ) — 14 мм.

Биохимические показатели: общий белок — 71 г/л, альбумин — 38 г/л, трансферрин — 4,2 г/л.

Кожные покровы бледные, сухие. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

○ Результаты обследования

По результатам лабораторных методов исследования:

общий анализ крови — анемия легкой степени тяжести, гипохромная;

биохимический анализ крови — снижение уровня калия, снижение уровня сывороточного железа.

Признаков недостаточного питания на момент осмотра нет.

Диагноз — редукция нервной анорексии, анемия легкой степени тяжести, гипохромная, гипокалиемия.

Оценка состояния питания

При детальной оценке фактического питания выявлено:

- калорийность — 1900–2000 ккал;
- углеводы — 330–340 г, из них простые — 210–220 г;
- белки — 50–60 г;
- общие жиры — 60–65 г, из них насыщенные — 30–33 г;
- клетчатка — 15–17 г.

Рацион дефицитен по витаминам группы В (В1, В6, В12), А, Е, С, основным микроэлементам — железу, магнию, цинку. Обращает на себя внимание избыток углеводов, в том числе простых, недостаток белков, недостаток клетчатки.

Все это создает благоприятные условия для развития алиментарно-зависимых состояний — полигиповитаминоза, анемии, сахарного диабета 2-го типа, повышается риск сердечно-сосудистых заболеваний, инфекционных заболеваний, заболеваний пищеварительной системы, нарушений обмена веществ.

Диетотерапия

- При составлении рациона для данной пациентки необходимо было учесть ее пожелания:
- объем продуктов на один прием пищи не более 200–250 мл;
- частые приемы пищи — интервалы не более 3 часов;
- возможность питания в общественных заведениях и минимум блюд, которые пришлось бы готовить самой;
- не исключать полностью высокоуглеводные продукты — сладкую выпечку, шоколад и т. д.;
- не использовать в рационе мясо, птицу, колбасные изделия, орехи, так как плохо переносит эту пищу в психологическом плане;
- оставить без изменений ночной перекус — молоко и мед.

- Пациент: В настоящее время я придерживаюсь следующего меню и режима приема пищи:
- 09:00 — чай/кофе + фрукт.
- 11:00 — кофе с молоком и 1 ч. л. сахара + сдобная выпечка.
- 13:00 — фрукт + протеиновый батончик — 50 г или протеиновый коктейль — 200 мл.
- 15:00 — кофе с сахаром + печенье 30–40 г.
- 17:00 — чай с сахаром + сдобная выпечка.
- 19:00 — молоко 200 мл + фрукт.
- 21:00 — шоколад 20 г + молоко 200 мл.
- 22:30 — молоко 200 мл + мед 10 г.

Расчет химического состава и энергетической ценности.

Энергетическая ценность рациона рассчитана по формуле, предложенной ВОЗ для женщин в возрасте 18–30 лет:

$$ОО = (0,0621 \times \text{фактическую массу тела в кг} + 2,0357) \times 240.$$

Полученная величина умножается на коэффициент физической активности: $ОО = (0,0621 \times 58 + 2,0357) \times 240 = 1353$ ккал.

Суммарный расход энергии = $1353 \times 1,3 = 1758$ ккал (так как отсутствует необходимость снижать вес, использовался интервал 1800–1850 ккал).

Распределение калорийности рациона по приемам пищи:

Завтрак — 10 %.

2-й завтрак — 20 %.

Обед — 25 %.

Перекус 1-й — 10 %.

Перекус 2-й — 10 %.

Ужин — 20 %.

Перекус вечерний — 5 %.

Завтрак	яблоко — 150 г выпечка сдобная — 100 г кофе с молоком и сахаром — 200 мл
2-й завтрак	каша овсяная на молоке с сахаром — 200 г курага — 30 г чай с сахаром — 200 мл
Обед	рыбное суфле — 50 г суп- пюре из кабачков с картофелем — 200 г чай с сахаром — 200 мл
Перекус 1-й	мороженое ванильное — 100 г груша — 150 г
Перекус 2-й	йогурт 3%-й — 150 г печенье овсяное — 30 г
Ужин	белковый коктейль — 200 мл банан — 150 г
Перекус вечерний	молоко — 200 мл + мед — 5 г
Итого за день: 1813 ккал, белки — 68 г, жиры — 61 г, углеводы — 248 г, пищевые волокна — 25 г	

ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ БУЛИМИИ

Общие принципы лечения нервной булимии:

- ⦿ уменьшение или прекращение нарушенных стереотипов пищевого поведения (переедание, очистительное поведение);
- ⦿ расширение диапазона потребляемых продуктов,
- ⦿ корректировка недостатка питательных веществ;
- ⦿ занятие физическими упражнениями умеренной интенсивности;
- ⦿ лечение коморбидных расстройств и клинической симптоматики, ассоциированной с нарушенным пищевым поведением.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ БУЛИМИИ

Терапия НБ включает в себя несколько этапов:

1. Формирование пищевого поведения;
2. Психотерапия;
3. Фармакотерапия.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ БУЛИМИИ. ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Поскольку при НБ масса тела больных находится обычно в пределах нормальных значений, ее восстановление, как правило, не является терапевтической целью. Однако, такие пациенты все же нуждаются в установлении паттерна регулярного питания без эпизодов переедания, наряду с вниманием к увеличению калорийности пищи и расширению выбора продуктов.

Среди целей коррекции пищевого статуса больных НБ следует указать:

- ликвидацию диетических ограничений;
- коррекцию дефицита пищевого рациона;
- расширение меню потребляемой пищи;
- поощрение адекватного и здорового уровня физической активности вопреки изнуряющим физическим нагрузкам.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ БУЛИМИИ. ПСИХОТЕРАПИЯ

3. Булимия

в. Психологическая помощь

Цели психологической помощи в том, чтобы пациент

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

К другим целям могут относиться

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

ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ БУЛИМИИ. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

К ГТ относится когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

- Когнитивно-бихевиоральная терапия уделяет большое внимание выражению и пониманию эмоциональных реакций. Аналогично обсуждение гипотетических ситуаций и осуществление «Сократического диалога» может быть полезным для того, чтобы больной увидел, что его реакции в специфических ситуациях являются искаженными.
- Прежде всего, такой вид психотерапии необходим для подтверждения подкрепления эмоциональных проявлений как неотъемлемой части прошлого и настоящего опыта пациента следует считать обязательным.
- На опыте терапевта как модели эмоциональной выразительности больной со временем обучается тому, что открытое выражение эмоций не приводит к отвержению или неспособности контролировать поведение.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ БУЛИМИИ. СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Семейная терапия может ставить множество целей:

- перестройка внутрисемейных границ;
- уменьшение роли больного в родительских и семейных разногласиях;
- удерживаясь от порицания, помогает членам семьи осуществлять более эффективное взаимодействие друг с другом, а пациенту — становиться более независимым индивидом;
- в тех ситуациях, когда члены семьи не способны к изменению своего поведения, то необходимо отделение больного от семьи на протяжении лечения и иногда после него.
- Подходы, используемые в семейной терапии, охватывающей все возрастные категории и всех членов семьи, характеризуются прагматизмом, эклектичностью и гибкостью и используют элементы структурной, стратегической и когнитивно-бихевиоральной интервенций.



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ БУЛИМИИ. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Стоит отметить ряд особенностей при применении антидепрессантов при терапии булимии:

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



ТЕРАПИЯ НЕРВНОЙ БУЛИМИИ. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- **СИОЗС:** Эффективны и производят минимальные побочные эффекты. Помогают при депрессии, тревожности, обсессиях, симптомах импульсивного расстройства и тем пациентам, кому недостаточно психологической помощи. **Флуоксетин** — единственный препарат, одобренный FDA для лечения булимии. Доза может быть выше, чем при лечении депрессии. Обычные побочные эффекты: бессонница, тошнота, астения, расстройства в сексуальной сфере.
- **ТЦА:** Лучше не применять. Нужно учитывать угрозу для жизни и токсичность при передозировке.
- **ИМАО:** Не применять в случаях неконтролируемого переедания с последующим очищением желудка. **Бупропион:** Не применять из-за повышения риска судорог.



ПСИХОГЕННОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Программы контроля над весом, включающие низкокалорийные диеты, помогают снизить вес и ослабить симптомы психогенного переедания.

Часто бывает сложно поддерживать нормальный вес и вместе с набором веса может вернуться психогенное переедание.

Пациентов с психогенным перееданием и ожирением, которые в первую очередь хотят уменьшить вес, следует лечить так же, как других людей с ожирением.



ПСИХОГЕННОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ ПСИХОТЕРАПИЯ

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



ПСИХОГЕННОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИЯ



Лечение антидепрессантами способствует прекращению психогенного переедания, но в основном не приводит к значительному снижению веса.

- СИОЗС производят минимальные побочные эффекты и показывают эффективность на максимальной рекомендованной дозе.
- Сибутрамин, регулятор аппетита, эффективен и может способствовать значительному снижению веса.
- Топирамат, антиконвульсант, может остановить переедание и снизить вес, но его применение затруднено из-за побочных эффектов.
- Определите, будет ли польза от комбинации психотерапии и фармакотерапии.
- Комбинированное лечение часто применяется в клинической практике, хотя доказательства его эффективности ограничены.



Пациентка М., 27 лет

Анамнез жизни и заболевания

Пациентка обратилась с целью нормализации пищевого рациона. С ее слов, она страдает анорексией с 15 лет. Последние семь лет болезни периодически случаются приступы переедания, после которых пациентка вызывает рвоту.

В течение последнего года она не работает, так как, с ее слов, текущее заболевание мешает ей в этом.

Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена.

Воспитывалась матерью, так как в возрасте 12 лет родители развелись. Отношения с матерью напряженные, со слов пациентки, она «всегда предъявляла к ней повышенные требования».

В возрасте 15 лет впервые пациентка отмечает появление идей о необходимости снижения веса. С этой целью находит популярную литературу, изучает ее.

Отказывается от еды в школьной столовой, так как ей кажется, что «еда там слишком калорийная», периодически пропускает приемы пищи дома, объясняя это тем, что не голодна. Практически исключает высокоуглеводистую пищу. В результате этих действий вес снижается за 6 месяцев на 5–7 кг от исходного (исходный вес 60 кг).

Примерный рацион в этот период выглядит так:

- ⦿ Завтрак — каша на воде без сахара — 100 г.
- ⦿ Обед — овощи свежие или приготовленные — 150 г, 1 ч. л. растительного масла, курица или рыба в отварном виде — 50 г.
- ⦿ Ужин — яблоко — 1 шт., кефир обезжиренный — 200 мл.
- ⦿ Периодически появляются эпизоды полного отказа от еды, с употреблением только воды или чая без сахара.

Несколько раз отмечались приступы компульсивного переедания, после которых пациентка самостоятельно вызывала рвоту.

Дополнительно использовала мочегонные препараты, отруби.

За два года от первичного этапа до аноректического снижение веса составило порядка 20 кг. Исходный вес — 60 кг, после снижения — порядка 40 кг, рост на тот момент 172 см, ИМТ — 13,5. Отмечается выраженный дефицит массы тела.

Данные осмотра

Антропометрические данные: рост — 174 см, вес — 71 кг, ИМТ — 23,5, объем груди — 98 см, окружность плеча — 27,5 см, КЖСТ — 13,5 мм.

Биохимические показатели: общий белок — 67 г/л, альбумин — 41 г/л, трансферрин — 3 г/л.

Кожные покровы нормальной окраски, сухие, тургор кожи удовлетворительный. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

По результатам лабораторных методов исследования: существенных отклонений не выявлено. Однако показатель общего белка находится на нижней границе нормы.

Также были проведены ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ЭКГ. Значимых отклонений выявлено не было.

Пациент: В зависимости от того, во сколько просыпаюсь, мое меню и время приема пищи выглядит следующим образом:

Вариант 1

- 08:30 — завтрак — салат из свежей капусты — 150 г, масло подсолнечное — 1 ст. л., хлеб бородинский (1 кусок полный), 1 яблоко.
- 12:10 — перекус — 1 яблоко.
- 12:40 — обед — картофель отварной — 200 г, масло подсолнечное — 1 ст. л., помидор свежий — 150 г, рыба малосольная жирная — 40 г.
- 14:50 — перекус — 2 яблока.
- 15:40 — ужин — картофель отварной — 200 г, масло подсолнечное — 1 ст. л., помидор свежий — 170 г, рыба малосольная жирная — 50 г.
- 18:30 — перекус — ряженка 4%-я — 500 мл, варенье — 30 г.

Оценка состояния питания

1-й вариант рациона:

- *калорийность составляет — 1776 ккал;*
- *белки — 51 г;*
- *жиры — 76 г;*
- *углеводы — 209 г;*
- *пищевые волокна — 27 г.*

Обращает на себя внимание недостаток общей калорийности, снижение количества белка и сложных углеводов в рационе, при этом отмечается избыток жиров.

Рацион дефицитен по витаминам — А, В1, В2, В3, минералам — магнию, цинку, селену, йоду.

РАСЧЕТ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ

Энергетическая ценность рациона: $OO = (0,0621 \times 71 + 2,0357) \times 240 = 1546$ ккал.

Суммарный расход энергии = $1546 \times 1,3 = 2010$ ккал.

При этом: белки — 75 г; жиры — 65 г; углеводы — 275 г; пищевые волокна 25–35 г.

Учитывая пожелания пациентки, исходя из рассчитанной калорийности, для ежедневного использования была предложена «пищевая пирамида», рекомендованная Американской кардиологической ассоциацией и Американской диетологической ассоциацией.

Исходя из «пищевой пирамиды», ежедневный рацион пациентки должен включать:

углеводные продукты — 8 порций;

белковые продукты — 6–8 порций;

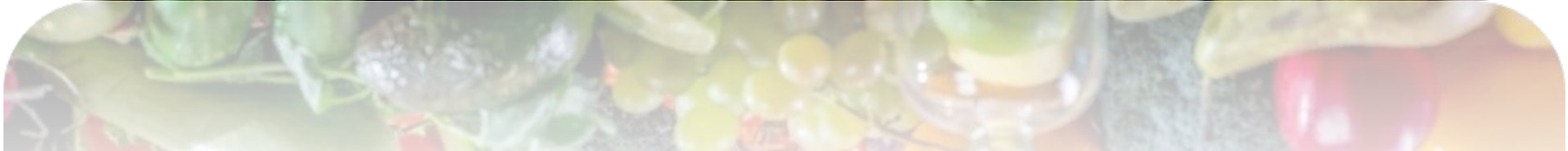
овоци — 5 порций;

фрукты — 5 порций;

молочные продукты — 2 порции;

жиры — 3 порции.

Завтрак	яйцо вареное — 1 шт. ломтики свежего огурца — 100 г бутерброд с сыром (хлеб — 20 г + сыр 50%-й — 30 г)
2-й завтрак	яблоко, запеченное с медом и корицей, — 200 г печенье сдобное — 40 г изюм — 20 г
Обед	щи вегетарианские — 250 г рис бурый отварной — 150 г + 5 г сливочного масла тефтели натуральные из куриного филе — 90 г мармелад желейный — 20 г чай без сахара
Полдник	смузи — 300 г: фрукты (апельсин, киви, банан) — 200 г йогурт без добавок 3,2%-й — 100 г миндаль — 15 г
Ужин	греча рассыпчатая — 150 г нарезка из свежих овощей — 150 г мясо кальмара тушеное — 60 г чай без сахара
Перед сном	йогурт без добавок питьевой 1,5%-й — 150 мл
Итого за день: 2014 ккал, белки — 77 г, жиры — 68 г, углеводы — 273 г, пищевые волокна — 25 г	



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

