

К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМАТИКЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Кошель Дарья Олеговна

студент, Донской государственный технический университет, РФ, г. Ростов-на-Дону

Проблематика расстройств пищевого поведения приобрела особую актуальность в последнее время. Пандемия Covid-19, постоянные стрессовые ситуации, вызванные текущими геополитическими аспектами, обостряют данный вопрос. Расстройства пищевого поведения (далее по тексту – РПП) — это психологические состояния, характеризующиеся нездоровыми, навязчивыми или неупорядоченными привычками в еде. Расстройства пищевого поведения сопровождаются как эмоциональными, так и физическими симптомами.

Обращаясь к статистическим данным, можно отметить, что расстройства пищевого поведения затрагивают по меньшей мере 9% населения во всем мире, являясь при этом одними из самых смертельных психических заболеваний, уступая только передозировке опиоидами. Отмечают 10 200 смертей в год являются прямым результатом расстройств пищевого поведения, — то есть почти каждый час в мире умирает 1 человек от последствий, связанных с РПП, а экономические издержки на лечение расстройств пищевого поведения составляют 64,7 миллиарда долларов в год.

Согласно МКБ-10 выделяют следующие формы РПП:

- нервная анорексия,
- атипичная нервная анорексия,
- нервная булимия,
- атипичная нервная булимия,
- психогенное переедание,
- психогенная рвота [6].

Нервная анорексия— это состояние, при котором люди избегают еды, строго ограничивают ее или едят очень небольшое количество только определенных продуктов. Они также могут многократно взвешиваться. Даже при опасной недостаточности веса они могут считать себя полноватыми.

Существует два подтипа нервной анорексии: рестриктивный (ограничительный) подтип и подтип переедания-очищения.

Ограничительный подтип заключается в том, что люди с ограничительным подтипом нервной анорексии строго ограничивают количество и тип потребляемой пищи.

Подтип очищения же отмечают у людей, страдающих от переедания и при этом также сильно ограничивающие количество и тип потребляемой пищи. Кроме того, у них могут быть эпизоды переедания и очищения — употребление большого количества пищи за короткое время с последующей рвотой, с использованием слабительных или мочегонных средств для избавления от съеденного.

Атипичная нервная анорексия - расстройство, отвечающее некоторым чертам нервной анорексии, но полная клиническая картина которого не позволяет поставить этот диагноз. Так, один из ключевых симптомов вышеуказанного расстройства, такой, как аменорея или выраженная боязнь ожирения, может отсутствовать при наличии заметной потери массы тела и поведения, направленного на достижение похудения. Стоит отметить, что этот диагноз не следует ставить, если имеются свидетельства наличия соматического заболевания, вызывающего потерю массы тела.

Важно отметить, что проявление любого вида нервной анорексии как формы РПП имеет чрезвычайно высокий уровень летальности по сравнению с другими психическими расстройствами. Люди с анорексией подвержены риску смерти от медицинских осложнений, связанных с голоданием. Самоубийство является второй по значимости причиной смерти людей с диагнозом «нервная анорексия».

Нервная булимия - это состояние, при котором у людей наблюдаются повторяющиеся и частые эпизоды употребления необычно большого количества пищи и чувство отсутствия контроля над этими эпизодами. За этим перееданием следует поведение, которое компенсирует переедание, такое как принудительная рвота, чрезмерное использование слабительных или мочегонных средств, голодание, чрезмерные физические нагрузки или комбинация этих действий. Что касается веса, люди с нервной булимией могут иметь немного недостаточный, нормальный или избыточный вес.

Атипичная нервная булимия - расстройство, имеющее некоторые признаки нервной булимии, но полная клиническая картина не позволяет поставить этот диагноз (могут иметь место повторные приступы переедания и чрезмерное употребление слабительных средств без значительных изменений массы тела или может отсутствовать типичная сверхзабоченность собственной фигурой и массой тела).

Психогенное переедание - переедание вследствие стрессовых событий, таких, как тяжелая утрата, несчастный случай, рождение ребенка и т.д.

Почти все время от времени переедают, а иногда, в зависимости от обстоятельств (например, во время праздников), может быть культурно целесообразно съесть большое количество пищи. Такие ситуации бывают случайными, социальными и праздничными. Напротив, психогенное переедание отражает характер повторяющихся эпизодов переедания, которые сопровождаются потерей контроля и вызывают у человека значительный дистресс; люди, занимающиеся перееданием, часто испытывают депрессию, отвращение или стыд за свои привычки в еде. Кроме того, психогенное переедание предполагает очень быстрое потребление того, что большинство людей считает необычно большим количеством пищи, прием пищи до дискомфорта, прием пищи в тайне и прием пищи, даже когда он не голоден.

Психогенная рвота- вызываемая рвота может иметь повторяющийся характер в следствии диссоциативных или ипохондрических расстройств, где она может быть одним из соматических симптомов, также сопровождаться беременностью, когда в происхождение тошноты также играют роль эмоциональные факторы.

Также выделяют другие расстройства пищевого поведения, куда входят поедание несъедобного неорганического происхождения у взрослых, поедание несъедобного (извращённый аппетит) у взрослых, психогенная утрата аппетита.

Таким образом, расстройства пищевого поведения представляют собой комплексные психические заболевания, развивающиеся на основе психопатологического ядра, то есть чрезмерного внимания к массе тела и фигуре при определении самооценки, что недавно было подтверждено сетевым анализом [3, с. 53]. Это психопатологическое ядро также включает дезадаптивный перфекционизм, импульсивные черты, дисфункциональные стратегии регуляции эмоций и социальные когнитивные дефициты, которые приводят к ряду ненормальных форм поведения, начиная от крайнего ограничения диеты и заканчивая неконтролируемым перееданием с опорожнением или без него, рвотой и злоупотреблением слабительными или мочегонными средствами, а также чрезмерные физические нагрузки.

Расстройства пищевого поведения характеризуются высоким уровнем сопутствующей физической патологии, при этом, как отмечалось ранее, нервная анорексия достигает самого высокого уровня смертности среди всех психических расстройств. Это подчеркивает необходимость нескольких уровней лечения, включая амбулаторные учреждения, а также реабилитационные и стационарные отделения, в зависимости от тяжести клинической картины.

Кроме того, для достижения полного и качественного выздоровления рекомендуется комплексный подход, включающий доступ к физическим, диетическим, психологическим и психиатрическим вмешательствам. Психиатры с соответствующей подготовкой и опытом имеют наилучшие возможности для налаживания связей с врачами общей практики, отделениями неотложной помощи, психиатрическими учреждениями и специализированными службами. Они играют ключевую роль в координации других клиницистов как в диагностике, так и в процессах лечения [6, с. 198].

К сожалению, текущая скорость доступа к специализированным сервисам неудовлетворительна. Возможными причинами этого являются сложность путей получения помощи и двойственное отношение пациентов к изменению или отрицанию своей болезни, а также некоторые недостатки в переходе от подростковой к взрослой психиатрической помощи. Актуальность этого вопроса выше при расстройствах пищевого поведения, чем при других психических заболеваниях, поскольку есть данные о том, что раннее вмешательство, т.е. в первые три года, дает более благоприятные результаты [5, с. 197].

Для решения проблем расстройств пищевого поведения необходимы обученные специалисты, а также продвижение образовательных программ для практикующих врачей, способствующих получению новых знаний о различных типах РПП. Для последней цели предложение совместного принятия решений и создание благоприятной среды могут быть особенно эффективными. Применение основанных на доказательствах методов лечения этих расстройств является критической областью, которую необходимо развивать, но терапевтический альянс был идентифицирован как неспецифический терапевтический фактор, который в значительной степени способствует выздоровлению [4, с. 179].

Актуальность участия семьи не подвергается сомнению, особенно у подростков. Члены семьи играют важную роль в выявлении расстройства и облегчении доступа к специализированной помощи, особенно у молодежи. Следовательно, важно, чтобы психиатры предоставляли им соответствующую поддержку и информацию, уменьшая страх и стигматизацию, связанные с расстройствами пищевого поведения. Кроме того, необходимо продвигать профилактические программы, такие как вмешательства в школах и проекты электронного здравоохранения, хотя необходимо дополнительно изучить условия и средства реализации.

В соответствии со стадийной моделью расстройств пищевого поведения персистенция заболевания связана с нейрофункциональными изменениями (особенно в отношении привычек к обучению с вознаграждением) и социальной изоляцией, что может способствовать развитию расстройства в тяжелую и длительную стадию. Эти процессы, а также такие переменные, как индекс массы тела, приступы переедания, межличностное взаимодействие, сопутствующие психиатрические заболевания, семейные проблемы и мотивация к выздоровлению, должны учитываться психиатрами и специализированными специалистами в области психического здоровья, чтобы адаптировать лечение к индивидуальным пациентам [1, с. 5]. Хотя руководства по лечению содержат конкретные параметры для оценки уровня медицинского риска и требований к госпитализации, психиатрам рекомендуется учитывать текущее определение тяжести расстройства пищевого поведения, которое все еще находится в разработке.

Таким образом, можно сделать вывод, что расстройство пищевого поведения сегодня есть большая и прогрессирующая с каждым днем проблема, требующая внимания. Сегодня в СМИ и социальных сетях эта проблема романтизируется, однако нужно помнить, что психические расстройства - это некрасиво. Они не делают людей особенными и нужными. Они - чудовища, которые рушат жизни.

Список литературы:

1. Kan C, Cardi V, Stahl D et al. Eur Eat Disord / Ref. Libr. – 2019. Vol.5. №27. – P. 3-7.
2. Levinson CA, Vanzhula IA, Brosol LC et al. Curr Psychiatry Ref. Libr. – 2018. Vol.7. №20. – P. 20-69.
3. National Institute for Health and Care Excellence . Eating disorders: recognition and treatment. Version 2.0. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2017.
4. Treasure J, Stein D, Maguire S. Early Interv Psychiatry Ref. Libr. – 2015. Vol.9. №5. – P. 173-184.
5. Weigel A, Löwe B, Kohlmann S. Eur Eat Disord Ref. Libr. – 2019. Vol.3. №27. – P. 195-204.
6. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/index.php?pid=4048> (дата обращения: 14.10.2022).