

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛОНГИТУДИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

**В.В. Марилов, М.С. Артемьева,
Р.А. Сулейманов, А.Е. Брюхин**

Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, 117198 Москва, Россия

В статье отражены результаты сорокалетнего изучения нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ) на кафедре психиатрии РУДН. За этот период изучено более 1500 больных. Выявлены преморбид, течение и исходы болезни. Показана роль генетических, биологических, социальных факторов в возникновении болезни. Изучены основные проявления болезни. Прослежен отдаленный катамнез и связь нервной анорексии с другими психическими заболеваниями. Разработаны методы диагностики и лечения, создан первый и единственный в стране Центр по лечению заболевания. На основе накопленных данных издана единственная в стране монография, посвященная нервной анорексии. Статья представляет обобщенный опыт кафедры по изучению данной тяжелой патологии.

В нашей стране интенсивное изучение нервной анорексии начала М.В. Коркина в 1956 г. [1]. Развитие в молодом возрасте, преимущественно у девушек, отказа от еды с целью похудения, выраженное истощение, аменорея, повышенная двигательная активность — основные признаки нервной анорексии [2]. В 1974 году профессором кафедры психиатрии РУДН В.В. Мариловым защищена первая в стране диссертация, посвященная клинике и лечению этого заболевания. Сотрудниками кафедры защищено 10 диссертаций, касающихся исследований различных аспектов нервной анорексии [3].

В генезе нервной анорексии и булимии тесно переплетены психогенные и биологические факторы. Определенную роль в генезе нервной анорексии и булимии играет наследственный фактор. Риск развития пищевых расстройств в 7-12 раз выше у родственников больных, чем в общей популяции. О значительной роли наследственного фактора в этиологии пищевых расстройств свидетельствует также более высокая конкордантность по этому заболеванию у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными (соответственно 48,5%-71,0% и 0-10%). Данные сравнительных генетических исследований подтверждают наличие сходных локусов 1, 2 и 13 хромосом у больных нервной анорексией и их ближайших родственников. Предполагается также, что по наследству передается не само заболевание, а предрасположенность к нему (депрессии, личностные особенности). Наряду с наследственным предрасположением значительную роль в этиологии пищевых расстройств отводят «приобретенному предрасположению», связанному с внутриутробными и ранними постнатальными экзогенно-органическими поражениями головного мозга. Одним из значимых факторов риска возникновения заболевания являются также интенсивные физические нагрузки, — отмечено, что более 60% будущих больных анорексией до заболевания занимались различными соревновательными видами спорта [5].

В то же время большинство исследователей сходятся во мнении, что нервная анорексия является порождением индустриального общества. Под влиянием мощного давления средств массовой информации в социуме формируется культ стройного женского тела — худого, одинаково похожего на сублильного юношу и девушку, в связи с чем с середины прошлого века во всем мире и до настоящего времени в нашей стране отмечается непрерывный рост заболеваемости нервной анорексией и булимией, а также определенный патоморфоз нервной анорексии в виде учащения булимических расстройств, возникновения заболевания в более молодом возрасте и учащении случаев мужской анорексии.

Единственное на сегодняшний день в нашей стране массовое эпидемиологическое обследование школьников в возрасте 10-17 лет в Нижнем Новгороде выявило 3,78% нервной анорексии, при этом группа риска по нервной анорексии составила 11,5%. Легкие формы заболевания, не отвечающие всем диагностическим критериям, отмечаются примерно у 10% взрослых женщин, примерно у 5% молодых женщин имеется булимия. Соотношение мужчин и женщин с нервной анорексией колеблется от 1:9 до 1:20. Недавние исследования показали также, что страхи и опасения, касающиеся прибавки в весе, наряду с избирательностью в еде, выявляются у 41% девочек и 29% мальчиков [7].

До конца 70-х годов прошлого столетия очень часто этиология и патогенез нервной анорексии трактовались с позиций психоанализа во всех его разновидностях, бихевиоризма, экзистенциализма. В свете этих концепций заболевание представляется как “регрессия психологического развития”, “подсознательный отказ от взросления и возможной беременности”, “бессознательное бегство от сексуальной жизни”, “проявление болезненного нарушения связи мать-ребенок”. Ряд современных авторов в настоящее время рассматривают нервную анорексию наряду с нервной булимией в рамках пищевого нарушения психосоматической природы [2].

Некоторыми авторами заболевание рассматривается как проявление эндогенной патологии и, в частности, шизофрении, другие считают его вариантом пограничных психических расстройств. Имеется и точка зрения, что нервная анорексия представляет собой неспецифический синдром, который может встречаться при различных психических заболеваниях. Наряду с этим, со времени первого клинического описания нервной анорексии психиатрами делались попытки выделить эту патологию в качестве самостоятельной диагностической единицы.

Облигатными при нервной анорексии и нервной булимии принято считать обсессивно-компульсивные, аффективные и соматоформные нарушения, расстройства личности [5]. Обсессивно-компульсивные нарушения, расстройства личности наблюдаются у 45-70% больных нервной анорексией. По данным Bellodi (2001) обсессивно-компульсивные расстройства обнаруживаются также у 46% ближайших родственников больных нервной анорексией и булимией. Palmer (1989) даже предлагает считать нервную анорексию одной из разновидностей невроза навязчивых состояний. У 25-30% больных с пищевыми расстройствами, по сообщениям различных авторов, диагностируются социофобии, при этом большинство исследователей подчеркивает, что указанные психические нарушения имели место до начала нервной анорексии [5].

Эпидемиологические исследования также указывают на высокую распространенность аддиктивного поведения среди пациентов с нервной анорексией и булимией, отмечая при этом ослабление социальных связей, свойственных больным нервной анорексией, алкоголизмом и наркоманиями. Пищевые расстройства сами по себе могут быть расценены как своеобразная форма пищевой зависимости, указывая на наличие в сравниваемых группах больных сходных мотивов поведения,

направленных на поиск и получение удовольствия, общие преморбидные личностные особенности и паттерны импульсивного поведения (клептомании, самоповреждения, суицидальные попытки) [5].

Нарушения синтеза и механизмов передачи моноаминов, развивающиеся при длительном голодании, сходны с таковыми при различных видах зависимостей от психоактивных веществ (повышение активности дофаминовой системы мозга с увеличением синтеза эндогенных опиоидов - β -эндорфинов, аналогичных по своему химическому строению и действию экзогенным опиатам) и являются вторичными по отношению к пищевым расстройствам, что подтверждают многочисленные данные об эффективности применения антидепрессантов, в первую очередь ингибиторов обратного захвата серотонина.

При нервной анорексии часто встречается ускоренное либо замедленное половое созревание. Результаты исследования, проведенного на кафедре психиатрии и медицинской психологии РУДН, обнаруживают у всех больных нервной анорексией различные виды патологии сексуального поведения, которые также могут быть отнесены к облигатным признакам заболевания [6].

Коморбидность нарушений пищевого поведения и аффективных расстройств — важная часть теоретических и практических исследований. Депрессия входит в структуру классической триады синдрома дисморфомании-дисморфофобии, тесно связанного с нервной анорексией. Депрессивные расстройства обнаруживаются у 60-96% больных пищевыми расстройствами. Отмечается также, что распространенность аффективных заболеваний у родственников больных пищевыми расстройствами 1-й и 2-й степеней родства в 3-4 раза чаще, чем в общей популяции. При этом у 40-59% больных нервной анорексией и булимией обнаруживают аффективные биполярные нарушения, что по мнению многих исследователей свидетельствует о тяжести нервной анорексией. Часто расстройства настроения не только сопутствуют, но и предшествуют пищевым расстройствам, возникая задолго до начала нервной анорексии и булимии, нередко в детском возрасте. По данным Braun (1994) 42% больных нервной анорексией задолго до начала ограничений в еде страдали расстройствами тревожного спектра. Исследования доманифестного периода нервной анорексии свидетельствуют о том, что склонность к страхам, разного рода опасениям, являясь отражением зарождающейся тревожности, мнительности отмечались с раннего детского возраста у 67% больных, претерпевая в дальнейшем трансформацию в «магическую» настроенность с развитием особого рода «интуиции» у 40% больных. У 45% больных с возраста 9-11 лет отмечались достаточно очерченные моно- и биполярные сезонные аффективные фазные состояния [5].

Общность патогенеза пищевых и аффективных расстройств находит также подтверждение в многочисленных данных, свидетельствующих об общих для этих заболеваний нарушениях нейромедиаторного баланса, в первую очередь обмена серотонина или 5-гидрокситриптамина, играющих важную роль не только в развитии нарушений пищевого поведения, но и в регуляции циркадных и сезонных ритмов, механизмах возникновения личностных и сексуальных расстройств, агрессивного поведения. В доказательство тесной связи пищевых и аффективных расстройств приводятся следующие факты: 1) значительное снижение концентрации в спинномозговой жидкости больных нейропептида 5-HIAA, — основного метаболита серотонина, который, по мнению ряда авторов, играет решающую роль в развитии не только пищевых расстройств, но и обсессивно-компульсивных и депрессивных нарушений; 2) сходные результаты дексаметазонового теста; 3) высокая отягощенность аффективными и пищевыми расстройствами у ближайших родственни-

ков больных; 4) сопутствующая как депрессиям, так и пищевым расстройствам алекситимия, обнаруживаемая у 49-63% больных нервной анорексией и булимией, а также данные о нормализации показателей шкал алекситимии до среднестатистического уровня у этих больных на фоне терапии антидепрессантами; 5) характерное для больных нервной анорексией и булимией недовольство внешностью, по мнению ряда авторов, также может быть расценено как проявление маскированной депрессии.

Для понимания патогенеза нервной анорексии всё чаще привлекают представления о преморбидно повышенной серотониновой активности определённых мозговых структур, свойственной психопатическим личностям возбудимого круга. Высказывается предположение, что пациенты с пищевыми расстройствами, ограничивая себя в приёме пищи, автоматически ограничивают поступление в организм, среди прочих, одной из незаменимых аминокислот — триптофана, являющегося биохимическим предшественником серотонина. Что, как следствие, приводит к снижению его изначально высокого уровня и временной нормализации нейротрансмиттерной активности в целом, проявляющейся в уменьшении симптомов тревоги и субъективном улучшении настроения, описываемом больными нервной анорексией на начальных этапах голодания.

Вместе с тем, среди причин развития депрессий у больных нервной анорексией, выделяют нарушение внутрисемейных взаимоотношений, физические и интеллектуальные перегрузки. Исследование особенностей доманифестного периода нервной анорексией и булимией, проведенного на кафедре психиатрии РУДН, свидетельствует о том, что у подавляющего большинства больных (91%) имели место неправильные условия воспитания: доминирование в воспитании одного из взрослых (86% случаев), воспитание с недостаточной ролью отца или его отсутствием (63%), конфликтный фон семейных отношений (46%), драки или избиение одного из супругов либо применение угроз и систематических физических наказаний по отношению к детям (21% случаев) [5].

Другим, малоизученным аспектом изучения нервной анорексией, привлекающим наибольший интерес исследователей в последнее десятилетие, представляются расстройства личности, выявляемые, по данным различных авторов, у 32-97% больных, при этом психопатические черты отмечаются задолго до развития заболевания и постепенно нарастают. Наличие психопатических черт значительно увеличивает риск возникновения пищевых расстройств [5]. Отмечается, что в основе развития личностных, аффективных и пищевых расстройств лежат общие генетические и социальные факторы.

Облигатными для всех больных принято считать такие особенности, как чрезмерная пунктуальность, аккуратность, прилежность, отсутствие гибкости, ригидность, эмоциональная незрелость, гипертрофированная зависимость от родителей, склонность к навязчивым сомнениям, стремление к самоутверждению и в то же время неспособность к решительным поступкам, принятию самостоятельных решений, чрезмерная привязанность к матери, зависимость от нее, склонность больных к уединённому приёму пищи, избегание ряда продуктов. У большинства больных нервной анорексией никогда не было близких друзей, а круг общения, как правило, исчерпывался 1-2 сверстниками. Катамнестические исследования свидетельствуют о наличии своевременно не диагностированной ранней детской шизофрении и других преморбидных расстройств аутистического спектра примерно у 25% больных нервной анорексией [5]. Этим объясняются, в частности, экстраординарный самоконтроль и сниженная физиологическая потребность в приёме пищи.

Катамнестические наблюдения за больными в течение 4-20 лет после стационарного лечения свидетельствуют, что о полном излечении можно говорить менее чем в 50% случаев. При этом даже большинство «излечившихся» пациенток не могут полностью вернуться к нормальной жизни, поскольку так или иначе продолжают придерживаться прежних стилей пищевого поведения, у них сохраняются депрессии, низкая самооценка, недовольство внешностью. Отмечено, что в 50% случаев реабилитация была полной, у 48% неполной у 13% происходила дезадаптация (катамнез 7 лет) [4].

При нервной анорексии наблюдается максимальная смертность среди всех пациентов с психическими расстройствами, при этом 2-е место по частоте причин смертности после соматических осложнений занимает суицид. В целом, смертность при нервной анорексии возрастает с продолжительностью катамнестического наблюдения и достигает 40% при длительности наблюдения более 10 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. — М.: Медицина, 1984. — 224 с.
2. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. — М.: Медицина, 1986. — 176 с.
3. Марилов В.В. Клиника и лечение больных нервной анорексией: Дисс... канд. мед. наук. — М., 1974. — 134 с.
4. Брюхин А.Е. Реабилитация больных нервной анорексией с тяжелыми вторичными сомато-эндокринными расстройствами: Дисс... канд. мед. наук. — М., 1997. — 164 с.
5. Сулейманов Р.А. Особенности доманифестного периода нервной анорексии: Дисс... канд. мед. наук. — М., 2005. — 169 с.
6. Олейников А. Н. Особенности сексуального поведения у больных нервной анорексией: Дисс... канд. мед. наук. — М., 2000. — 172 с.
7. Занозина А.В. Распространенность нервной анорексии в городской популяции школьников: Дисс... канд. мед. наук. — М., 2002. — 159 с.

LONGITUDINAL STUDY OF EATING DISORDERS

V.V. Marilov, M.S. Artemieva,
R.A. Souleimanov, A.E. Brioukhin

Department of Psychiatry
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya st., 8, 117198 Moscow, Russia

Longitudinal research was carried out to reveal early precursors during childhood and adolescence, course and outcomes of anorexia nervosa in more than 1500 patients with the disease during 20 years. Methods: clinical-anamnestic, clinical psychopathologic and experimental-psychological. The study revealed the role of psychopathologic heredity and a number of specific pathological signs and symptoms that have childhood and adolescent onset, share the phenomena of obsessional thoughts and ideas, compulsive rituals and behaviors, sexual disturbances, unusual personality styles as well as autistic-spectrum, affective and personality disorders, neurodevelopmental abnormalities, early language and psychomotor problems, viewed as the earliest predisposing factors in development of anorexia nervosa. Aetiology and pathogenesis of the disease were described.