

Рекомендації щодо менеджменту розладів харчової поведінки

Розлади харчової поведінки — це група психічних розладів, яка характеризується порушенням звичок, пов'язаних із прийомом їжі, та супутніми проблемами у фізичному та психологічному стані. До вашої уваги представлено стислий огляд рекомендацій «Eating disorders: recognition and treatment», розроблених Національним інститутом здоров'я та клінічного вдосконалення Великої Британії (NICE, 2017). Завдяки деталізації найефективніших методів лікування нервової анорексії, розладів харчової поведінки і нервової булімії ці настанови спрямовані на поліпшення догляду пацієнтів із зазначеними станами або розладами.

Згідно із Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) основні форми розладу харчової поведінки включають: нервову анорексію, нервову булімію, переїдання/блювоту, які пов'язані з іншими психічними порушеннями, та інші форми. Щодо останнього пункту, інші розлади харчової поведінки (F50.8 відповідно до кодування), МКХ не уточнює, які це саме порушення можуть бути, але, ймовірно, що йдеться про психогенне переїдання, унікаючий/селективний прийом їжі, психогенну втрату апетиту та ін.

Найпоширенішими розладами є анорексія та булімія. Анорексія характеризується обмеженням прийому їжі та значною втратою ваги, тоді як булімія — епізодами переїдання та самоочищення (наприклад, прийом проносних чи стимулювання блювання). Основні діагностичні критерії для згаданих порушень представлено в таблиці.

Слід зазначити, що діагностичні критерії для розладів харчової поведінки від Американської психіатричної асоціації (APA), а саме Діагностичні та статистичні критерії для психічних порушень (DSM-5), дещо відрізняються від таких у МКХ-10 [1]. Наприклад, DSM-5 пропонує визначати тяжкість нервової анорексії за індексом маси тіла (ІМТ), при цьому: легкий ступінь відповідає $IMT \geq 17 \text{ кг/м}^2$; середній ступінь — $IMT 16-16,99 \text{ кг/м}^2$; тяжкий ступінь — $15-15,99 \text{ кг/м}^2$; надтяжкий ступінь — $< 15 \text{ кг/м}^2$ [2].

Клінічна настанова від NICE

Опубліковані настанови від NICE стосовно розладів харчової поведінки включають детальний опис головних принципів допомоги, ідентифікацію розладів та оцінку стану пацієнту, рекомендації щодо терапії, найбільш поширені коморбідні стани та їх лікування, ведення жінок у стані вагітності з розладами харчової поведінки, амбулаторне лікування та рекомендації, коли слід використовувати примусові інтервенції. Зупинимось більш детально на деяких основних моментах [3].

Відповідно до рекомендацій, особи з розладами харчової поведінки мають бути продіагностовані та проліковані за найближчої нагоди, оскільки ці порушення є потенційно небезпечними для життя. Сам процес лікування може проходити як амбулаторно, так і стаціонарно, залежно від стану пацієнта. У тяжких випадках пацієнти з розладами харчової поведінки можуть потребувати госпіталізації до відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Таблиця. Діагностичні критерії для анорексії та булімії відповідно до МКХ-10 (WHO, 1993)

Анорексія		Булімія	
A	Втрата ваги, або у дітей недостатній набір ваги, що призводить до втрати щонайменше 15 % від нормальної або очікуваної ваги відповідно до віку та зросту	A	Рекурентні епізоди переїдання (щонайменше двічі на тиждень за останні 3 місяці), при яких великий обсяг їжі споживається за короткі проміжки часу
B	Втрата ваги є самоіндукованою шляхом обмеження прийому їжі	B	Постійна занепокоєність стосовно їжі та сильне бажання або нестримний потяг до їжі
C	Сприйняття себе як занадто повної людини, нав'язливі думки щодо власної повноти, що призводить для встановлення для себе наднизького порогу ваги	C	Пацієнт намагається протидіяти збільшенню ваги (через їжу) шляхом індукування блювання, індукування випорожнення, періодичним голодуванням або використанням супресантів апетиту, препаратів щитовидної залози, діуретиків тощо
D	Різноманітні ендокринні порушення із залученням гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної осі, що в жінок зазвичай проявляються у вигляді аменореї, а у чоловіків — у вигляді втрати сексуального інтересу та потенції	D	Самосприйняття себе як надмірно повної людини з нав'язливими думками про надмірну вагу (що часто призводить до занадто низької ваги)
E	Критерії A та B для булімії відсутні	–	–

Анорексія

Ведення осіб з анорексією має включати психоосвіту стосовно розладу, моніторинг ваги, психічних і фізичних ризиків та будь-яких інших факторів ризику, а також мультидисциплінарний метод із відповідною координацією між службами та залученням членів родини (або піклувальників). При лікуванні нервової анорексії слід пам'ятати, що основною ціллю є досягнення здорової ваги/нормального середнього ІМТ. Збільшення ваги відіграє ключову роль у підтримці інших психологічних, фізичних змін для одужання.

Лікуванням першої лінії при анорексії, тобто основним, є психологічні інтервенції (якщо стан пацієнта дозволяє, наприклад, не потребує госпіталізації до реанімаційного відділення). Для дорослих рекомендовано один із трьох нижчезказаних видів психологічного лікування:

1) індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, сфокусована на лікуванні розладів харчової поведінки (CBT-ED);

2) психотерапія Маудслі для лікування нервової анорексії у дорослих (MANTRA);

3) підтримувальний клінічний менеджмент анорексії (SSCM).

CBT-ED зазвичай включає до 40 сесій упродовж 40 тижнів, тобто раз на тиждень, але за потреби перші 2–3 тижні можна проводити по дві сесії. Така терапія скерована на зміну патернів харчування, когнітивне реструктурування, регуляцію настрою, тренінг соціальних навичок, зміну переконань у сприйнятті власного тіла, самооцінки та попередження рецидивів. Кожна із технік детально описана у відповідних посібниках. Важливим моментом є також пояснення ризиків стосовно низької ваги та недостатнього раціону харчування (пацієнт має усвідомлювати можливі наслідки для здоров'я), підвищення самоефективності та моніторинг прийому їжі та пов'язаних із ним думок (переконань) чи емоцій. Робота за цим напрямом передбачає домашні завдання для допомоги пацієнту в практичній реалізації вивченого у повсякденному житті.

MANTRA типово складається з 20 сесій: перші 10 тижнів сесії проводять раз на тиждень, а наступні — за гнучким графіком/за потреби. Основним є мотивування пацієнта та заохочення щодо психотерапевтичної роботи. У слухний момент додаються заходи стосовно правильного харчування та інших симптомів, а також змін у поведінці. Психотерапевт спонукає пацієнта до вироблення

«неанорексичної ідентичності». До роботи також залучають членів родини для допомоги у зміні поведінки. Членам родини також слід проводити психоосвіту.

SSCM переважно налічує 20 або більше щотижневих сесій. Цей метод включає оцінювання, ідентифікацію та регулярний огляд основних проблем хворого. Він скерований на вироблення позитивних взаємин між пацієнтом і терапевтом, а також на осмислення зв'язку між наявними симптомами та порушеннями харчової поведінки. Терапевт, як правило, встановлює ціллю набір ваги у певних межах та заохочує пацієнта до її досягнення. Використовує психоосвіту, освіту щодо режиму харчування та поради. Обов'язково проводиться моніторинг фізичного стану.

Для дітей і молодих людей також рекомендована сімейна терапія, сфокусована на лікуванні анорексії (FT-AN), яка зазвичай складається з 20 сесій, що проводяться протягом року. Цей метод використовує ресурси сім'ї у допомозі пацієнту одужати.

NICE не рекомендує використовувати медикаментозні препарати для лікування нервової анорексії, однак це не стосується лікування коморбідних (супутніх) станів.

Булімія

Як терапію першої лінії (основного лікування) нервової булімії NICE також рекомендує використовувати психологічне лікування. Однак тут є свої особливості. Так, спочатку рекомендовано використовувати так звану керовану (терапевтом) самопомогу, сфокусовану на булімію. Вона має включати:

- використання матеріалів для самопомоги на основі когнітивно-поведінкового підходу;
- короткі підтримуючі сесії з терапевтом (4–9 сесій тривалістю 20 хв).

У випадку, якщо самопомога яким-небудь чином не підходить чи не влаштовує пацієнта, або протягом 4 тижнів не продемонструвала свою ефективність, NICE рекомендує курс повноцінної когнітивно-поведінкової терапії СВТ-ЕД. Для дітей і молодих людей також рекомендовано використовувати сімейну терапію, сфокусовану на лікування булімії (FT-BN).

NICE не рекомендує застосовувати препарати для лікування нервової булімії, проте це не стосується використання медикаментів для коморбідних станів.

Література

1. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research World Health Organization. Geneva: WHO, 1993.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Eating disorders: recognition and treatment: NICE guideline [NG69] National Institute for Health and Care Excellence. London: NICE, 2017.

Підготував Віталій Безшейко

*Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.nice.org.uk*