

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ И НЕРВНОЙ БУЛИМИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В.В. Грачев, Н.А. Косенко

*Кафедра детской психиатрии и психотерапии РМАПО, Москва,
Кафедра психиатрии ФПК и ППС,
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Как отмечает большинство исследователей, систематика расстройств пищевого поведения (РПП) далека от совершенства [27, 31, 44, 67, 72]. В публикациях последнего десятилетия было показано, что значительное число больных с РПП, демонстрируя отчетливую анорексическую и булимическую симптоматику, не отвечают полностью критериям нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ) основных систем классификации психической патологии: МКБ и DSM. В МКБ-10 эти формы рассматриваются в рамках рубрик атипичная НА и НБ [71], в DSM-IV-TR [8], редакции DSM использовавшейся в 2000–2013 годах, они попадали в категорию неуточненные РПП (НРПП), а в последней 5-й версии DSM [9], вышедшей в свет в мае 2013 года, в категории другие уточненные расстройства кормления и питания и неуточненные расстройства кормления и питания.

В исследовательской литературе эти формы определяются как субклинические, парциальные или подпороговые НА и НБ [18, 26, 31, 44, 51, 60], для удобства подразделения выделяют булимический и аноректический варианты РПП, а также РПП с дефицитом массы тела или избыточным весом [22, 24, 31, 49].

Термин подпороговые РПП обычно используется в случае, если у больного встречаются все симптомы типичной НА или НБ, но выраженность одного или нескольких из них не соответствует критериям диагностических рубрик (например, приступы переедания/очищения отмечаются реже, чем указывается в диагностических критериях). Термин парциальные РПП используется в случаях выявления у больного неполного набора симптомов НА или НБ (например, наличие компенсаторного поведения при отсутствии собственно отчетливых приступов переедания или наоборот) [51, 62]. Определение расстройств круга НА и НБ, не соответствующих в полной мере критериям типичных форм, как субклинических подвергается справедливой критике, так как термин «субклинические» подразумевает малую тяжесть заболевания, в то время как данные многочисленных исследований убе-

дительно указывают на значительные нарушения психического и социального функционирования у больных с этими патологическими состояниями [29, 65].

Не всеми исследователями полностью принимается также термин атипичные РПП (АРПП), так как их распространенность соизмерима, а по данным ряда исследователей заметно превышает, особенно в подростковом возрасте, распространенность типичных НА и НБ вместе взятых [29, 60]. В то же время, термин АРПП представляется нам удобным для целей настоящего изложения; в обзоре под АРПП будет пониматься спектр форм, не полностью соответствующих критериями НА и НБ основных систем классификации психической патологии, использовавшихся в научной литературе последние два десятилетия: МКБ-10, 4-я и 5-я редакции DSM.

АРПП особенно характерны для подросткового возраста, в этой возрастной категории они являются наиболее часто встречающимися РПП, отмечаясь у большинства больных и в разы превышающими распространенность типичных форм [27, 31, 51, 62].

В первом десятилетии XXI века у девушек подростков в возрасте 12–20 лет распространенность АРПП в экономически развитых странах составила 9,4–17,5% [30, 36, 51, 69]. В более позднем исследовании 2012 года АРПП были выявлены у 4,78% подростков, проживающих в США, без разделения по половой принадлежности [44]. По данным португальского эпидемиологического исследования 2007 года [46], РПП расценивалось как неуточненное или атипичное у трех четвертей подростков женского пола и молодых женщин (до 23 лет), обратившихся в специализированные клиники. В США, по данным К.Т.Едди [24], атипичные формы были диагностированы у 59,1% подростков, включенных в программы по лечению РПП. Лонгитудинальные исследования показывают, что последние десятилетия распространенность АРПП постепенно возрастает относительно типичной НА и НБ [10, 31, 34].

Значительные колебания показателей распространенности определяются различием методологических подходов и отсутствием четких критериев АРПП. Если для НА и НБ существуют достаточно ясные диагностические параметры, учитывающие индекс массы тела, выраженность изменения веса, частоту эпизодов переедания/очищения и особенности соматического статуса, то наиболее часто встречающийся вариант РПП диагностируется как бы по остаточному принципу, диагноз устанавливается на основании исключения типичных форм. Связанная с этим неизбежная гетерогенность группы АРПП затрудняет работу практических врачей и исследователей, так как этот диагноз несет мало информации о симптоматике больного, прогнозе заболевания и необходимых терапевтических подходах [31, 65]. Попытка разрешения существующих проблем была осуществлена в новой 5-ой редакции DSM [9].

В этой редакции были смягчены критерии диагноза типичных НА и НБ. Так из критериев НА была исключена аменорея и добавлено уточнение, позволяющее диагностировать НА даже при отсутствии высказываемого больным страха полноты или прибавки в весе, который может диссимулироваться или вытесняться по механизмам психологической защиты. Для установления диагноза НБ в соответствии с критериями DSM-5 достаточна частота эпизодов переедания/очищения 1 раз в неделю, в предыдущей редакции DSM (DSM-TR-IV) [8] требовалось не менее 2-х таких эпизодов в неделю. В значительном числе исследований, в том числе в работах, основанных на мета-анализе данных других авторов, было показано, что НА, не сопровождающаяся аменореей, и НБ с частотой приступов переедания 1 раз в неделю не отличаются от типичных НА и НБ по выраженности остальных клинических проявлений, особенностям течения заболевания, прогнозу, степени нарушения социального функционирования, а также представленности коморбидных психических и соматических расстройств [11, 21, 54, 65]. Такое расширение рамок типичных расстройств, по мнению экспертной группы разрабатывающей DSM-5 [9], должно уменьшить представленность клинически слабо очерченных АРПП.

Еще одним шагом, направленным на более четкую дифференциацию РПП, было выделение из расстройств булимического спектра приступообразного или компульсивного переедания (ПП). Перевод на русский язык этого расстройства не как компульсивного, а именно как приступообразного переедания представляется более соответствующим содержанию диагностической категории DSM-5, где основным диагностическим критерием является как раз наличие приступов с поглощением значительных количеств пищи, а в уточнениях подчеркивается неясность этиологии и патологических механизмов. Следует также отметить, что как компульсивное можно

рассматривать и переедание регулярно принимаемыми небольшими количествами пищи.

ПП определяется как эпизоды переедания, которые должны отвечать, по крайней мере, трем из следующих критериев: больной ест быстрее чем обычно, ест до состояния физического дискомфорта, съедает большие количества пищи, когда не голоден, ест в одиночестве (так как бывает смущен тем, что другие могут увидеть, как и сколько он ест), испытывает сильные негативные эмоции, сниженное настроение и чувство вины после эпизода переедания. Такие эпизоды должны происходить, по крайней мере, 1 раз в неделю в течение 3 месяцев и их развитие не является следствием дистресса. Характерным является чувство потери контроля за количеством съедаемого. Главное отличие ПП от НБ заключается в отсутствии устойчивого компенсаторного поведения, то есть действий, направленных на избегание набора веса в результате приступа переедания (самоиндуцированных рвот, употребления слабительных и мочегонных препаратов, интенсивных физических упражнений), а также переживаний по поводу своего веса и фигуры до манифестации булимических приступов [9]. Отмечается, что ПП часто приводит к выраженному ожирению.

Для лучшей дифференциации АРПП в DSM-5 был введен раздел «другие уточненные расстройства пищевого поведения и кормления», который объединил 5 относительно четко очерченных атипичных форм: 1) атипичная НА (все критерии НА за исключением выраженности потери веса); 2) НБ с низкой частотой (менее 1 раза в нед.) и меньшей продолжительностью заболевания (менее 3 мес.); 3) ПП с низкой частотой (менее 1 раза в нед.) и меньшей продолжительностью заболевания (менее 3 мес.); 4) очистительное расстройство (повторяющиеся эпизоды очистительного поведения после употребления нормального или небольшого количества пищи у лиц с весом и ИМТ в пределах нормальных возрастных значений); 5) синдром ночной еды (повторяющиеся эпизоды ночной еды, проявляющиеся едой после пробуждения от сна или чрезмерным потреблением пищи в период после вечернего приема пищи, не объяснимые индивидуальными особенностями цикла «сон – бодрствование» или местными социальными нормами, и вызывающие значительный дистресс и ухудшение социального функционирования).

В ходе обсуждения новой редакции DSM ряд исследователей предлагал рассматривать указанные выше атипичные формы как отдельные полностью самостоятельные расстройства, однако такое предложение не получило достаточной поддержки экспертов рабочей группы DSM-5, по их мнению, полученные к настоящему моменту данные недостаточны для таких утверждений [39, 61, 63, 65]. Собранные в раздел «другие уточненные расстройства пищевого поведения и кормления» патологические состояния могут проявляться в рамках уже

выделенных диагностических категорий, а представленные в DSM-5 критерии определяются как исследовательские — необходимые для дальнейшего изучения этих АРПП.

Представляется, что предложенные DSM-5 изменения систематики не разрешают в полной мере стоящих проблем, что было отмечено рядом специалистов в области РПП еще в ходе обсуждения [14, 25, 27]. Как показывают исследования, при использовании новых критериев наблюдается некоторое увеличение представленности типичных форм, но при сопоставимом числе или даже преобладании атипичных. Также можно говорить о некотором размывании диагностических критериев типичных РПП.

В лонгитудинальном исследовании, проведенном в США с использованием критериев DSM-IV-TR в группе девушек подростков, проходивших ежегодное обследование в течение 8 лет, распространенность НБ составила 1,6%, атипичных форм — 7,7%, причем еще у 4,4% отмечалось очистительное расстройство, а у 5,6% — ПП [62]. При повторном анализе с использованием критериев новой 5-ой редакции DSM, диагноз НБ был установлен у 2,6% обследованных девушек, атипичной НБ — у 4,4%, очистительного расстройства — у 3,4% и еще у 3,4% — ПП [61]. По данным ряда авторов, использование критериев DSM-5 позволяет сократить распространенность АРПП примерно в 2 раза, но тем не менее эта группа составляет от 30 до 55% обследуемой выборки больных [7, 14, 50]. Таким образом, можно сказать, что по-прежнему значительное число РПП остается трудно классифицируемыми, а их прогноз и терапевтические подходы недостаточно ясными. Особенно, по мнению A. Virgegard и соавт. [14], это относится к младшим подросткам, у которых сокращение группы атипичных расстройств пищевого поведения было минимальным.

Часть исследователей считают недостаточно обоснованным выделение различных форм атипичных расстройств и не видят значимых клинических различий между ними [25]. И действительно, на практике в подростковом возрасте часто оказывается затруднительным однозначно определить РПП как атипичную НА с эпизодами очистительного поведения или подпороговую НБ или очистительное расстройство. E. Touchette [66] в ходе канадского эпидемиологического исследования с использованием структурированного диагностического интервью в группе, включавшей 833 подростка женского пола, выявил атипичную НБ у 3,8% девушек, а еще у 10,8% трудноклассифицируемое субклиническое расстройство в виде приступов переядания и очищения. K.L. Allen и соавт. [6] на основании данных своего проспективного популяционного исследования отмечают нестабильность таких диагнозов, как очистительное расстройство и ПП по DSM-5, по их мнению, эти расстройства, диагностированные в раннем подростковом возрасте, скорее являются предикторами развития НБ в позднем.

Отдельную диагностическую проблему представляют больные с жалобами на переядание с последующим очистительным поведением, которые в действительности съедают обычное или небольшое количество пищи, что привело к разделению булимических эпизодов на объективные и субъективные [27, 49]. В ходе разработки новой 5-ой редакции DSM в литературе обсуждалась целесообразность выделения НБ с субъективными булимическими приступами в отдельную диагностическую категорию. Однако, по мнению большинства специалистов, в подростковом возрасте выраженность пищевых нарушений и коморбидных психических расстройств определяется не субъективным или объективным характером эпизода, а наличием ощущения потери контроля за количеством съеденного.

В работах 80-х и начала 90-х годов высказывалось мнение, что парциальные синдромы НА и НБ должны по мере течения заболевания трансформироваться в полностью соответствующие критериям, предполагался континуум форм НА и НБ от субклинических до развернутых, а АРПП рассматривались как основная точка приложения для программ ранней интервенции [23, 47]. Однако последующие катамнестические и проспективные исследования показали, что такой переход наблюдается относительно редко и гораздо чаще встречается обратная ситуация — превращение типичных РПП в атипичные [5, 38, 53, 68]. В этом случае, по мнению ряда авторов, больные с АРПП представляют собой стадию промежуточную между полностью развернутым синдромом РПП и ремиссией [5, 31].

По данным G. Milos [48], трансформация атипичных форм в типичные имеет место менее чем в четверти случаев, преимущественно в спектре булимических расстройств, причем такой переход более характерен для больных подросткового возраста, и особенно при манифестации заболевания в раннем подростковом периоде [42, 58]. Многими исследователями отмечается то факт, что в значительном числе случаев АРПП так и остаются атипичными даже при многолетнем течении. В группе больных, наблюдавшихся G.C. Patton и соавт. [51], с раннего подросткового возраста у 38% девушек длительно сохранялись низкие показатели ИМТ и недовольство своей внешностью, однако трансформации в типичную НА не происходило.

Наиболее исследованы исходы АРПП с булимической симптоматикой, в исследованиях с катамнестическим прослеживанием менее 5 лет частота случаев ремиссии при АРПП с булимической симптоматикой выше, чем при типичной НБ, но эти различия динамики исчезают при длительных сроках наблюдения [13, 17, 58]. Так в исследовании C.M. Grilo [32], частота ремиссий составила 75% для обоих расстройств. Этот результат был подтвержден другим исследованием с 20-летним катамнезом [38]. Частота ремиссий при других АРПП близка к выявленной для атипичной НБ [5, 36].

АРПП характерны в первую очередь для подростков, лишь относительно небольшое число случаев персистирует во взрослый период, отсутствует также нарастание их распространенности с возрастом, что было показано в проспективных исследованиях [45, 51]. По данным G.C.Patton и соавт. [51], наблюдавших около 2 000 подростков с 14,5 до 24–25 лет только у 15% девушек парциальные РПП сохраняются при достижении возраста 20 лет.

Исследователи нередко отмечают, что у больных АРПП коморбидная психическая патология встречается заметно чаще, чем при типичных формах, так D.LeGrange и соавт. [44] выявили, что коморбидные психические нарушения наблюдаются у $\frac{3}{4}$ больных атипичными формами. U.Schmidt с соавт. [58] обнаружили распространенность депрессивного и обсессивно-компульсивного расстройства у больных с подпороговой НБ большую, чем при полном синдроме. P.Santonastaso и соавт. [56] зафиксировали большую частоту суицидальных попыток и аутоагрессивного поведения у больных с атипичной рестриктивной НА, чем типичной. В другом исследовании подтвержденное суицидальное поведение было отмечено у одной четверти больных атипичной НА, причем в подростковом возрасте такое поведение встречалось достоверно чаще, чем при полностью соответствующей критериям форме заболевания [44].

Авторы отмечают значительную, превышающую аналогичные показатели при типичной форме заболевания, распространенность употребления наркотических и психоактивных веществ у больных с атипичной НБ [35, 40, 43]. По данным H.V.Curran и соавт. [19], АРПП наличествуют в анамнезе значительного числа женщин, употребляющих психостимуляторы (экстази). Другой группой исследователей было установлено, что употребление амфетаминов характерно для женщин, в подростковом возрасте наблюдавшихся с АРПП [51]. Анализируя взаимосвязь между АРПП и употреблением психоактивных веществ в подростковом возрасте, D.Krahn и соавт. [40] пришли к выводу, что соблюдение строгих диет в младшем-среднем подростковом возрасте положительно коррелирует с алкоголизацией, курением и употреблением каннабиоидов в старшем, авторы рассматривают континуум нарушений поведения с замещением АРПП алкоголизацией. Сходные данные приводят G.C. Patton и соавт. [51], наблюдавшие большую группу подростков женского пола с АРПП в течение 10 лет и в возрасте 24 лет выявившие алкогольную зависимость у 16% девушек, а употребление амфетаминов у 17%. В мультицентровом исследовании, проводившемся в пяти европейских странах, распространенность алкоголизма была значимо более высокой у больных АРПП в сравнении с типичными [41].

Наличие парциальных РПП в среднем подростковом возрасте (14–17 лет) определяет высокий риск развития коморбидных тревожных и депрессивных

расстройств, которые сохраняются и после сглаживания АРПП, считается, что их частота у молодых женщин, перенесших в подростковом возрасте АРПП, в 2–3 раза выше, чем у сверстниц [31, 45, 51]. По данным уже упоминавшегося проспективного исследования G.C.Patton и соавт. [51], аффективная патология наблюдалась при достижении возраста 20 лет у 44% больных, наблюдавшихся с 14,5 лет с парциальными НА и НБ. В США у подростков с подпороговой НА обнаруживается достоверно большая распространенность тревожных расстройств, чем при полностью отвечающей диагностическим критериям форме заболевания [44].

Наличие АРПП в подростковом возрасте коррелирует с нарушениями социальной адаптации [47, 64], так в исследовании, включившем 87 молодых женщин с атипичной НА и НБ, было продемонстрировано, что у 68% больных наблюдается низкое качество жизни в сравнении со здоровыми сверстницами, высокий психологический дистресс и незрелые стратегии совладения [33]. Проспективные исследования обнаруживают раннее (до 16 лет) начало половой жизни, которое отмечается у 34% девушек с АРПП и низкий образовательный уровень: 25% больных бросили школу в возрасте до 12 лет, а к 24 годам 36% не имели профессиональной квалификации и не учились [51].

В приведенных клинико-динамических исследованиях рассматривается взаимодействие собственно дизонтогенетических механизмов РПП и психогенно-средовых. В то же время третий частый компонент этиопатогенеза пограничных расстройств в детско-подростковом возрасте – энцефалопатический специально не рассматривается, тогда как известно, что именно его наличие во многих случаях обуславливает как атипичность основного симптомокомплекса, так и частоту поведенческих нарушений у его носителей [3]. Это делает актуальным дополнение исследований РПП соответствующими параклиническими методами (ЭЭГ, нейровизуализация, нейропсихологическое тестирование).

Больные с АРПП не ищут лечения и стараются избежать вмешательства медиков и психологов даже в большей степени, чем с типичными [18, 23, 37, 55]. Несмотря на нарастающую распространенность и значительные социально-психологические последствия, приходится признать, что терапевтические подходы к АРПП в настоящее время остаются недостаточно разработанными. В исследованиях, посвященных терапии РПП, больные с различными атипичными формами нередко объединяются в одну группу, а нередко рассматриваются в комплексе с типичными НА и НБ [12, 57, 70].

При отсутствии разработанных общепринятых терапевтических подходов клиницисты пытаются использовать методы, эффективные у больных с типичными РПП, с учетом преобладающих при атипичной патологии клинических проявлений [29, 31, 51], что представляется не совсем обоснованным, так

как большинство исследователей сходятся на том, что АРПП переходят в типичные относительно редко [31].

Нет полного согласия и о времени начала терапии АРПП: в то время как одни исследователи выступают за максимально раннее начало интенсивного лечения [31], другие полагают, что, особенно у подростков, следует начинать активную терапию только, если нездоровое питание, действия, направленные на контроль веса, интенсивный страх полноты и нарушения восприятия своего тела сохраняются, по крайней мере, в течение нескольких месяцев [16, 51].

По мнению большинства современных авторов, антидепрессанты и, в первую очередь флуоксетин, снижают частоту эпизодов переедания как при типичной, так и атипичной НБ [34, 59]. У больных с расстройствами круга НБ когнитивно-бихевиоральная терапия является терапией первой очереди, относительно недавнее исследование, оценивающее новую 20-недельную программу лечения таких больных, показало устойчивый результат более чем в половине случаев [28]. По мнению F.D.Garcia [31], в литературе отсутствуют данные достоверно показывающие эффективность какого-либо типа психотерапии у больных с атипичной НА, однако терапия у специалистов и в специализированных учреждениях значительно более эффективна.

Последнее время значительное внимание уделяется поиску стратегий предотвращения и «раннего вмешательства» при АРПП, которые основываются на их максимально раннем выявлении [20, 31]. Программы предотвращения РПП проводимые в школах направлены на коррекцию представлений о фигуре и весе тела, а также нездоровом пищевом поведении и его последствиях. Хотя некоторые из образовательных программ дают обнадеживающие результаты, убедительные данные об их эффективности, методах проведения и референтных группах недостаточны [31, 52].

На повестке дня стоит проблема разработки целостного многоуровневого полипрофессионального подхода к терапии пациентов с АРПП. Одной из таких моделей является пятиуровневая терапия, включающая медикаментозный, нейропсихологический, синдромальный и социально-личностный блоки [4]. С другой стороны, перечисленные факты, свидетельствующие о дезадаптации в возрастно-значимых сферах жизнедеятельности, показывают важность психосоциальной реабилитации и психосоциальной терапии [1, 2] с формированием мотива к укреплению социальных взаимодействий, развитию социальных связей и активной жизненной позиции, созданию условий для роста социальной компетентности.

Основываясь на данных проанализированной литературы можно сделать вывод, что в настоящее время АРПП представляются гораздо более распространенными у девушек подростков, чем думали ранее, ассоциируются со значительным негативным влиянием на психическое здоровье, высоким суицидальным риском и приводят к устойчивым нарушениям

социального функционирования, нередко сохраняющимся и даже нарастающим при переходе в период взрослости. Несмотря на, казалось бы, субклинический характер собственно пищевых нарушений становится ясным, что больные с АРПП требуют серьезного отношения, целенаправленного выявления коморбидной патологии и динамического прослеживания. Приведенные данные литературы подчеркивают важность оценки коморбидных расстройств, а первую очередь аффективной патологии, личностных девиаций, употребления психоактивных веществ у этого контингента больных. Коморбидное сочетание аффективной патологии и АРПП, по-видимому, оказывается особенно неблагоприятным, приводя к снижению самооценки, выраженной самостигматизации, количественному и качественному дефициту интерперсональных связей и нарушениям формирования социальных навыков. Необходима разработка более ясных и четких диагностических критериев АРПП с выделением их клинических вариантов, что необходимо для большей точности исследовательской работы и разработки эффективных терапевтических подходов.

АРПП требуют значительного внимания специалистов, не столько потому, что в определенном (относительно небольшом) числе случаев они могут трансформироваться в типичные формы, сколько в связи с высоким уровнем коморбидной психической патологии, распространенность которой с возрастом значимо нарастает, причем нередко коморбидная патология выходит на первый план в клинической картине заболевания [31, 41, 45, 51]. По-видимому, во многих случаях АРПП представляют собой особую патологическую группу и не могут определяться только как легкие краевые формы НА и НБ или как этап их клинического развития, что подтверждается тем, что значительное число атипичных форм, манифестировавших в подростковом возрасте, так и остаются атипичными на всем протяжении заболевания. В.Buddeberg-Fischer и соавт. [16] отмечают, что АРПП являются частью более широкого психопатологического синдрома. Представляется заслуживающим внимание мнение G.C.Patton и соавт. [51], что парциальные подростковые синдромы НА и НБ часто могут рассматриваться как один из маркеров повышенной чувствительности к стрессовым факторам и предрасположенности к определенному кругу психических и поведенческих расстройств, чем состояния однозначно и специфически связанные с динамикой НА и НБ.

Можно высказать предположение, что в значительном числе случаев подростковые АРПП наблюдаются в структуре особого психопатологического диатеза с преобладанием тимопатических радикалов и являются наиболее драматическим его клиническим проявлением в этом возрастном периоде. В дальнейшем АРПП сглаживаются, и на первый план выступает иная психопатологическая симптоматика, в первую очередь аффективная и ассоциированная с ней. Преобладание в клинической кар-

тине психопатологического диатеза в подростковом возрасте расстройств круга НА и НБ определяется, по-видимому, с одной стороны, патопластической ролью этого периода, для которого характерен повышенный интерес к собственному телу и склонность к формированию сверхценных образований вообще

и дисморфофобического содержания в особенности, а с другой – социокультуральными воздействиями современного общества, где, особенно до недавнего времени, через средства массовой информации безальтернативно пропагандировался идеал худобы и стройности, как факторов успеха в жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2007. 491 с.
2. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 3. С. 5–9.
3. Шевченко Ю.С. Систематизация психических расстройств // Детская и подростковая психиатрия / Под ред. Ю.С.Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. С. 72–96.
4. Шевченко Ю.С., Северный А.А. Концепция многоуровневой терапии как идеология межпрофессионального взаимодействия // Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). 2013. Т. 13, № 2. С. 35–40.
5. Agras W.S., Crow S., Mitchell J.E. et al. A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes // *Int. J. Eat. Disord.* 2009. Vol. 42, N 6. P. 565–570.
6. Allen K.L., Byrne S.M., Oddy W.H. et al. Early onset binge eating and purging eating disorders: course and outcome in a population-based study of adolescents // *J. Abnorm. Child. Psychol.* 2013. Vol. 41, N 7. P. 1083–1096.
7. Allen K.L., Byrne S.M., Oddy W.H. et al. DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents // *J. Abnorm. Psychol.* 2013. Vol. 122, N 3. P. 720–732.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2000. 955 p.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2013. 991 p.
10. Ash J.B., Piazza E. Changing symptomatology in eating disorders // *Int. J. Eat. Disord.* 1995. Vol. 18, N 1. P. 27–38.
11. Attia E., Roberto C.A. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? // *Int. J. Eat. Disord.* 2009. Vol. 42, N 7. P. 581–589.
12. Bara-Carril N., Williams C.J., Pombo-Carril M.G. et al. A preliminary investigation into the feasibility and efficacy of a CD-ROM-based cognitive-behavioral self-help intervention for bulimia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.* 2004. Vol. 35, N 4. P. 538–548.
13. Ben-Tovim D.I., Walker K., Gilchrist P. et al. Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study // *Lancet.* 2001. Vol. 357, N 9264. P. 1254–1257.
14. Birgegard A., Norring C., Clinton D. DSM-IV versus DSM-5: implementation of proposed DSM-5 criteria in a large naturalistic database // *Int. J. Eat. Disord.* 2012. Vol. 45, N 3. P. 353–361.
15. Buddeberg-Fischer B., Bernert R., Schmid J. et al. Relationship between disturbed eating behavior and other psychosomatic symptoms in adolescents // *Psychother. Psychosom.* 1996. Vol. 65, N 6. P. 319–326.
16. Chamay-Weber C., Narring F., Michaud P.A. Partial eating disorders among adolescents: a review // *J. Adolesc. Health.* 2005. Vol. 37, N 5. P. 417–427.
17. Clausen L. Time to remission for eating disorder patients: a 2(1/2)-year follow-up study of outcome and predictors // *Nord. J. Psychiatry.* 2008. Vol. 62, N 2. P. 151–159.
18. Crow S.J., Stewart Agras W. et al. Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: a multicenter study // *Int. J. Eat. Disord.* 2002. Vol. 32, N 3. P. 309–318.
19. Curran H.V., Robjant K. Eating attitudes, weight concerns and beliefs about drug effects in women who use ecstasy // *J. Psychopharmacol.* 2006. Vol. 20. P. 425–431.
20. Currin L., Schmidt U. A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders // *J. Ment. Health.* 2005. Vol. 14, N 6. P. 611–624.
21. Dalle Grave R., Calugi S. et al. Is amenorrhea a clinically useful criterion for the diagnosis of anorexia nervosa? // *Behav. Res. Ther.* 2008. Vol. 46, N 12. P. 1290–1294.
22. Dalle Grave R., Calugi S., Machesini G. Underweight eating disorder without over-evaluation of shape and weight: Atypical anorexia nervosa? // *Int. J. Eat. Disord.* 2008. Vol. 41, N 8. P. 705–712.
23. Dancyger I.F., Garfinkel P.E. The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa // *Psychol. Med.* 1995. Vol. 25, N 5. P. 1019–1025.
24. Eddy K.T., Celio Doyle A., Hoste R.R. et al. Eating disorder not otherwise specified in adolescents // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2008. Vol. 47, N 2. P. 156–164.
25. Ekeroth K., Clinton D., Norring C. et al. Clinical characteristics and distinctiveness of DSM-5 eating disorder diagnoses: findings from a large naturalistic clinical database // *J. Eat. Disord.* 2013. Vol. 1, N 44. P. 1–11.
26. Fairburn C.G., Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome «not otherwise specified» (NOS) category in DSM-IV // *Behav. Res. Ther.* 2005. Vol. 43, N 6. P. 691–701.
27. Fairburn C.G., Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality // *Br. J. Psychiatry.* 2011. Vol. 198, N 1. P. 8–10.
28. Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A. et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up // *Am. J. Psychiatry.* 2009. Vol. 166, N 3. P. 311–319.
29. Fairburn C.G., Walsh B.T. Atypical eating disorders (eating disorders not otherwise specified) // *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook / C.G. Fairburn, K.D. Brownell (Eds.).* New York, NY: Guilford Press, 2002. P. 171–177.
30. Favaro A., Ferrara S., Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample // *Psychosom. Med.* 2003. Vol. 65, N 4. P. 701–708.
31. Garcia F.D., Delavenne H., Dechelotte P. Atypical eating disorders: a review // *Nutr. Diet. (Suppl.).* 2011. Vol. 3. P. 67–75.
32. Grilo C.M., Pagano M.E., Skodol A.E. et al. Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology // *J. Clin. Psychiatry.* 2007. Vol. 68, N 5. P. 738–746.
33. Hay P., Buttner P., Mond J. et al. Quality of life, course and predictors of outcomes in community women with EDNOS and common eating disorders // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2010. Vol. 18, N 4. P. 281–295.
34. Hay P.J., Mond J., Buttner P. et al. Eating disorder behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia // *PLoS ONE.* 2008. Vol. 3. e1541.
35. Herzog D.B., Franko D.L., Dorer D.J. et al. Drug abuse in women with eating disorders // *Int. J. Eat. Disord.* 2006. Vol. 39. P. 364–368.
36. Isomaa R., Isomaa A.L., Marttunen M. et al. The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents: a two-step 3-year follow-up study // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2009. Vol. 17, N 3. P. 199–207.
37. Keel P.K. Purging disorder: subthreshold variant or full-threshold eating disorder? // *Int. J. Eat. Disord.* 2007. Vol. 40 (Suppl). P. 89–94.
38. Keel P.K., Gravener J.A., Joiner T.E.Jr. et al. Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified // *Int. J. Eat. Disord.* 2010. Vol. 43, N 6. P. 492–497.
39. Keel P.K., Striegel-Moore R.H. The validity and clinical utility of purging disorder // *Int. J. Eat. Disord.* 2009. Vol. 42, N 8. P. 706–719.
40. Krahn D.D., Kurth C.L., Gombert E. et al. Pathological dieting and alcohol use in college women – a continuum of behaviors // *Eat. Behav.* 2005. Vol. 6. P. 43–52.
41. Krug I., Treasure J., Anderlueh M. et al. Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study // *Drug. Alcohol. Depend.* 2008. Vol. 97, N 1–2. P. 169–179.
42. Lahortiga-Ramos F., De Irala-Esteviz J., Cano-Prous A. et al. Incidence of eating disorders in Navarra (Spain) // *Eur. Psychiatry.* 2005. Vol. 20, N 2. P. 179–185.
43. Le Grange D., Binford R.B., Peterson C.B. et al. DSM-IV threshold versus subthreshold bulimia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.* 2006. Vol. 39, N 6. P. 462–467.
44. Le Grange D., Swanson S.A., Crow S.J. et al. Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population // *Int. J. Eat. Disord.* 2012. Vol. 45, N 5. P. 711–718.
45. Lewinsohn P., Striegel-Moore R.H., Seeley J. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2002. Vol. 41. P. 1284–1292.
46. Machado P.P., Machado B.C., Goncalves S. et al. The prevalence of eating disorders not otherwise specified // *Int. J. Eat. Disord.* 2007. Vol. 40, N 3. P. 212–217.
47. Mann A.H., Wakeling A., Wood K. Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls // *Psychol. Med.* 1983. Vol. 13. P. 573–580.
48. Milos G., Spindler A., Schnyder U. et al. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study // *Br. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 187. P. 573–578.
49. Mond J.M., Latner J.D., Hay P.H. et al. Objective and subjective bulimic

- episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: Another nail in the coffin of a problematic distinction // *Behav. Res. Ther.* 2010. Vol. 48, N 7. P. 661–669.
50. Ornstein R.M., Rosen D.S., Mammel K.A. et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders // *J. Adolesc. Health.* 2013. Vol. 53, N 2. P. 303–305.
 51. Patton G.C., Coffey C., Carlin J.B. et al. Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder // *Br. J. Psychiatry.* 2008. Vol. 192, N 4. P. 294–299.
 52. Pratt B.M., Woolfenden S.R. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002. Vol. 2. CD002891.
 53. Ro O., Martinsen E.W., Hoffart A. et al. Two-year follow-up after inpatient treatment // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2005. Vol. 13. P. 255–263.
 54. Roberto C.A., Steinglass J., Mayer L.E. et al. The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa // *Int. J. Eat. Disord.* 2008. Vol. 41, N 6. P. 559–563.
 55. Rockert W., Kaplan A.S., Olmsted M.P. Eating disorder not otherwise specified: the view from a tertiary care treatment center // *Int. J. Eat. Disord.* 2007. Vol. 40 (Suppl). P. 99–103.
 56. Santonastaso P., Bosello R., Schiavone P. et al. Typical and atypical restrictive anorexia nervosa: weight history, body image, psychiatric symptoms, and response to outpatient treatment // *Int. J. Eat. Disord.* 2009. Vol. 42, N 5. P. 464–470.
 57. Schmidt U., Landau S., Pombou-Carril M.G. et al. Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided selfcare in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial // *Br. J. Clin. Psychol.* 2006. Vol. 45 (Pt 1). P. 111–121.
 58. Schmidt U., Lee S., Perkins S. et al. Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? // *Int. J. Eat. Disord.* 2008. Vol. 41, N 6. P. 498–504.
 59. Shapiro J.R., Berkman N.D., Brownley K.A. et al. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials // *Int. J. Eat. Disord.* 2007. Vol. 40, N 4. P. 321–336.
 60. Smink F.R., van Hoeken D., Hoek H.W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates // *Curr. Psychiatry. Rep.* 2012. Vol. 14, N 4. P. 406–414.
 61. Stice E., Marti C.N., Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women // *J. Abnorm. Psychol.* 2012. Vol. 122, N 2. P. 445–457.
 62. Stice E., Marti C.N., Shaw H. et al. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents // *J. Abnorm. Psychol.* 2009. Vol. 118, N 3. P. 587–597.
 63. Striegel-Moore R.H., Franko D.L., Garcia J. The validity and clinical utility of night eating syndrome // *Int. J. Eat. Disord.* 2009. Vol. 42, N 8. P. 720–738.
 64. Striegel-Moore R.H., Seeley J.R., Lewinsohn P.M. Psychosocial adjustment in young adulthood of women who experienced an eating disorder during adolescence // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2003. Vol. 42. P. 587–593.
 65. Thomas J.J., Vartanian L.R., Brownell K.D. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM // *Psychol. Bull.* 2009. Vol. 135, N 3. P. 407–433.
 66. Touchette E., Henegar A., Godart N.T. et al. Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls // *Psychiatry. Res.* 2011. Vol. 185. P. 185–192.
 67. Uher R., Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11 // *World Psychiatry.* 2012. Vol. 11, N 2. P. 80–92.
 68. Vrabel K.R., Rosenvinge J.H., Hoffart A. et al. The course of illness following inpatient treatment of adults with longstanding eating disorders: a 5-year follow-up // *Int. J. Eat. Disord.* 2008. Vol. 41, N 3. P. 224–232.
 69. Wade T.D., Bergin J.L., Tiggemann M. et al. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort // *Aust. NZ J. Psychiatry.* 2006. Vol. 40. P. 121–128.
 70. Walsh B., Kaplan A.S., Atia E. et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial // *JAMA.* 2006. Vol. 295. P. 2605–2612.
 71. World health organization. ICD-10: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines // London: Gaskell (Royal College of Psychiatrists), 1992.
 72. Zimmerman M., Francione-Witt C., Chelminski I. et al. Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in a general psychiatric outpatient practice // *J. Clin. Psychiatry.* 2008. Vol. 69, N 3. P. 381–384.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ И НЕРВНОЙ БУЛИМИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В.В. Грачев, Н.А. Косенко

В настоящее время атипичные формы нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ) представляются гораздо более распространенными у девушек-подростков, чем считалось ранее, ассоциируются со значительным негативным влиянием на психическое здоровье, высоким суицидальным риском и приводят к устойчивым нарушениям социального функционирования. Атипичные расстройства пищевого поведения (АРПП) требуют значительного внимания специалистов, не столько потому, что в определенном числе случаев они могут трансформироваться в типичные, сколько в связи с высоким уровнем коморбидной психической патологии, которая нередко выходит на первый план в клинической картине заболевания. По-видимому, во многих случаях подростковые АРПП представляют собой особую патологическую группу и не могут определяться только как легкие крайние формы НА и НБ или как этап их клинического развития. Подростковые атипичные формы НА

и НБ часто являются частью более широкого психопатологического синдрома и могут рассматриваться как один из маркеров повышенной чувствительности к стрессовым факторам и предрасположенности к определенному кругу психических и поведенческих расстройств. Можно высказать предположение, что в значительном числе случаев подростковые АРПП наблюдаются в структуре особого психопатологического диатеза с преобладанием тимопатических радикалов и являются наиболее драматическим его клиническим проявлением в этом возрастном периоде. В дальнейшем АРПП сглаживаются, и на первый план выступает иная психопатологическая симптоматика, в первую очередь аффективная и ассоциированная с ней.

Ключевые слова: атипичные расстройства пищевого поведения, атипичная нервная анорексия, атипичная нервная булимия, психопатологический диатез.

ATYPICAL FORMS OF ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA IN ADOLESCENCE

V.V. Grachev, N.A. Kosenko

Nowadays, atypical forms of anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) seem to be more common among adolescent girls than expected, and they are associated with significant negative effects on their mental health and high suicidal risk, and they cause persistent social malfunctioning. Atypical eating disorders (AED) require the attention of professionals both because in some cases atypical forms they can transform into typical ones, and, more importantly, because of high rates of comorbid mental disorders, which may seem to dominate in the clinical picture. Probably, in many cases, adolescent AED happen to be a special group of disorders and they should not be defined as light forms of AN / BN or as a stage in their development. Adolescent atypical AN and BN not infrequently form a part of a wider

psychopathological syndrome and they could be considered as a marker of increased vulnerability to stress factors and predisposition to a specific group of mental and behavioural disorders. One could suggest that in significant number of cases adolescent AED occur in the structure of a special psychopathological diathesis with prevalent thymopathic characteristics and happen to be the most dramatic clinical manifestation in this age phase. In the course of aging, AED become less intense, and other psychopathological symptoms come to the foreground, first of all affective ones and those associated with affective symptoms.

Key words: atypical eating disorders, atypical anorexia nervosa, atypical bulimia nervosa, psychopathological diathesis.

Грачев Виталий Викторович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской психиатрии и психотерапии РМАПО, Москва; e-mail: grachev@mail.ru

Косенко Наталья Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС, Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар; e-mail: natakos73@mail.ru