

Т. Ю. Романовская

Некоторые аспекты диагностики компульсивного переедания

Аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии БГМУ

Реферат содержит обзор научной литературы и отражает вопросы диагностики компульсивного переедания, его клинического течения и прогноза развития.

Ключевые слова: нарушение пищевого поведения, компульсивное переедание.

Поводом для настоящей публикации явились разночтения, имеющиеся в литературе по исследованиям расстройств пищевого поведения, касающиеся критериев диагностики, распространенности отдельных феноменов, а также сопутствующих этим феноменам психопатологических расстройств. Современные попытки ревизии классификационных подходов, базирующихся на эмпирических данных [4,7], выявляют отчетливый феномен пищевого поведения определяемый как компульсивное переедание (КП).

В 1959 году Stunkard [18] опубликовал клиническое наблюдение о том, что некоторые страдающие ожирением пациенты описывают эпизоды переедания с ощущением того, что прием пищи находится вне их волевого контроля (т.е. испытывают ощущение неспособности остановить прием пищи или контролировать то, какая пища или в каком количестве употребляется). Он же охарактеризовал данный пищевой феномен, как имеющий «оргастический характер» и отмечал, что при этом «огромное количество пищи потребляется за относительно короткие промежутки времени». Также автор отмечал, что данные приступы переедания часто «вызываются определенным эмоциональным переживанием, или событиями и регулярно сопровождаются чувством внутреннего дискомфорта и вины». Хотя этот феномен выявляется на протяжении всего спектра нарушений пищевого поведения, его положение в современных классификационных подходах устойчиво закреплено лишь в структуре нервной булимии (НБ)(МКБ10,DSM IV). Тем не менее, клиническое наблюдение Stunkardt привело к появлению исследовательских

диагностических критериев расстройства пищевого поведения по типу компульсивного переедания (КП). Данное расстройство было включено в приложение 4-го выпуска Диагностического и статистического справочника (DSM IV 1994), как категория для дальнейшего исследования, в контексте атипичных расстройств пищевого поведения. Введение критериев КП в исследовательские критерии DSM IV стимулировало за прошедшее десятилетие большое количество научных исследований и подняло много критических вопросов относительно обоснованности, новизны данного диагноза. Соответствующая диагностическая категория отсутствует в десятом пересмотре Международной Классификации Болезней [12]. Принимая во внимание, что классификационные требования разрабатываются с учетом клинически выраженной патологии, целый ряд нарушений, не достигнувших классификационного порога, остаются зачастую без внимания. При этом они формируют резерв развернутых патологических проявлений, профилактические мероприятия при которых были бы обоснованными [1]. Это имеет прямое отношение к феномену компульсивного переедания.

Исследовательские критерии, рекомендованные в настоящее время для КП, представлены в Таблице 1.1.

Таблица 1.1. Предложенные диагностические критерии для КП (Американская Психиатрическая Ассоциация, 1990 г.)

А	Повторяющиеся эпизоды переедания, характеризующиеся (А1) употреблением большого количества пищи за определенный (например, двухчасовой) промежуток времени и (А2) чувством утраты контроля.
В	Наличие (как минимум 3 из 5) сопряженных поведенческих симптомов (высокая скорость еды, переедание при отсутствии чувства голода, прекращение еды лишь при появлении дискомфортных ощущений, еда в одиночку, чувство неудовлетворенности собой, чувство подавленности или вины после эпизода переедания).
С	Выраженный дистресс в связи с эпизодом обжорства.
D	Частые (минимальное количество – два раза в неделю) и

	повторяющиеся (не протяжении 6 месяцев и более) эпизоды переедания, ассоциированные с выраженным дистрессом.
Е	Во время эпизодов переедания не наблюдается регулярное дезадаптивное компенсаторное поведение (например, очистительные ритуалы, пост, изнуряющие физические нагрузки) и эти эпизоды не наблюдаются исключительно в структуре нервной анорексии и нервной булимии (НБ).

Диагностические критерии.

Феномен переедания представляет собой ключевое проявление клинически очерченных проявлений НБ и КП. В то же время, само определение КП не является полностью завершенным. Современная концепция переедания, основанная на эмпирическом подходе, рассматривает этот феномен в контексте двух факторов: употребление объективно большего количества пищи (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот промежуток времени при подобных обстоятельствах), ощущение того, что прием пищи находится вне волевого контроля (т.е. неспособность остановить прием пищи или контролировать, какая пища и в каком количестве употребляется). Наиболее полно эпизоды переедания обобщаются в следующей классификации:

		Количество еды	
		"Большое" (см. определение выше)	"Небольшое", но оцениваемое субъектом как избыточное
контроль	"Утрата контроля"	Объективный булимический эпизод	Субъективный булимический эпизод
	Нет "утраты контроля"	Объективное переедание	Субъективное переедание

Формально классификационный подход к термину КП определяет объективный булимический эпизод. В то же время субъективный булимический эпизод подобен объективному, за исключением критерия количества употребленной пищи. При отсутствии критерия утраты контроля принято говорить об объективном или субъективном переедании. Следует учитывать, что описанные паттерны переедания не являются взаимоисключающими и у одного и того же человека могут иметь место их различные сочетания. Диагностические критерии КП ограничены необходимостью наличия объективных булимических эпизодов. До сих пор остается проблематичным, каким образом оценивать данные эпизоды при КП и дифференцировать их с булимическими эпизодами при отсутствии очистительного поведения при НБ. Одним из существующих психометрических инструментов является полуструктурированное клиническое интервью EDE [7], разработанное для оценки феноменологии пищевого поведения, которое дифференцирует объективные и субъективные булимические эпизоды при КП и НБ, при этом оценка феномена опирается на проводящего интервью специалиста. При оценке субъективного и объективного булимического эпизода требуется выполнение критерия утраты контроля над приемом пищи (A2) и, в случае объективного эпизода, интервьюер фиксирует мнение пациента о том, что количество съеденной им пищи больше, чем то, что могло бы съесть большинство людей при подобных обстоятельствах. EDE также включает термин «прием пищи малыми порциями», определенный, как незапланированная еда между основным приемом пищи и перекусами, без ощущения потери контроля.

Представляет клинический интерес структурированный опросник для оценки пищевого поведения SIAB-EX-Fichter [11]. Этот инструмент дифференцирует три типа булимических эпизодов при КП: объективный, субъективный, атипичный, а также выделяет феномен «постоянное переедание». Особенность атипичных булимических эпизодов при КП в том, что пища не потребляется в коротком промежутке времени, а скорее употребляется более, или менее непрерывно в течение дня, или в течение части дня, например – вечером. Количество потребляемой пищи является небольшим – так, чтобы ее количество не соответствовало определению булимического эпизода в строгом смысле слова, при

этом существует только незначительная потеря контроля над приемом пищи. Определение атипичного эпизода уникально для SIAB-EX-Fichter и не отражено в других изданных инструментах исследования. Fichter и Quadflieg (2001) полагают, что такое определение компульсивного переедания намного точнее описывает феномен компульсивного переедания, наблюдающегося в клинической практике.

Критерий DSM IV определяет эпизод КП, как существующий в течение определенного промежутка времени (например, в пределах любого двухчасового периода), что является в связи с отсутствием компенсаторного поведения достаточно проблематичным, т.к. в клинической практике зачастую присутствует феномен употребления пищи на протяжении всего дня и без четко выделенных эпизодов. В соответствии с этим определением [13] ряд исследований сообщили, что почти 25% эпизодов КП у лиц, страдающих ожирением, длились весь день, определяя большую вариабельность предлагаемого критерия. Булимические эпизоды, растянутые на протяжении всего дня переедания, нарушают специфичность критерия DSM IV, как проявляющиеся «в отдельном промежутке времени». Fairburn (2003) признает, что особенно трудно отличить булимические эпизоды при КП от «неструктурированного переедания». Поэтому при постановке диагноза целесообразно оценивать количество дней переедания в неделю наряду с продолжительностью дискретного эпизода. Также иногда трудно определить, является ли съеденное количество действительно большим, и на самом деле, испытывается ли ощущение потери контроля. При обследовании лиц, страдающих КП, для объективных и, особенно, субъективных булимических эпизодов при КП обычно отмечается относительно низкий уровень согласованности между результатами анкетирования и данными, полученными в клинических интервью. Интересен факт, что анкетные опросы отражают более низкую частоту объективных булимических эпизодов при КП и субъективных булимических эпизодов КП, чем данные исследовательского интервью, что контрастирует с результатами, полученным при наличии НБ.

Таблица 1.2. Определения, использующиеся для оценки различных аспектов эпизодов приема пищи (DSM IV, SIAB, EDE).

Термин	Шкалы оценки
Объективный булимический эпизод при КП	Употребление объективно большого количества пищи с ощущением утраты контроля (DSM IV, SIAB, EDE).
Субъективный булимический эпизод при КП	Употребление субъективно большого количества пищи с ощущением утраты контроля (SIAB, EDE).
Потеря контроля	Ощущение того, что невозможно контролировать поглощение пищи или управлять этим процессом (DSM IV, SIAB), неспособность прекратить есть, ощущение неспособности предотвратить эпизод переедания, отказ от попыток в дальнейшем управлять данными эпизодами. (EDE).
Объективно большое количество еды	Количество пищи больше, чем обычно съедается при данных обстоятельствах (DSM IV).
Атипичные булимические эпизоды при КП	Пища не потребляется в коротком промежутке времени, употребляется более или менее непрерывно в течение дня, или в течение части дня, например – вечером. Количество потребляемой пищи является небольшим – так, чтобы ее количество не соответствовало КП в строгом смысле слова, при этом существует только незначительная потеря контроля над приемом пищи (SIAB).
Продолжительность эпизодов КП	Еда в определенном промежутке времени (например, в пределах любого двухчасового периода) (DSM IV). Час, или более, в течение которых пациент не ел, заканчивают эпизод (EDE).
Прием пищи малыми порциями	Незапланированная еда между основными приемами пищи и закусками, без ощущения потери

	контроля (EDE).
Перекус	Эпизод еды, при котором съеденное количество пищи является небольшим и соответствующим запланированному (EDE).

Даже при том, что выделены достаточно четкие критерии КП, отличие его от других типов переедания не является простым. В клинической практике КП зачастую трудно классифицировать. Многие пациенты испытывают трудности в точном описании и выделении отдельных эпизодов компульсивного переедания [15].

Так, например, при НБ эпизоды компульсивного переедания могут быть определены наличием «очистительного» поведения (вызывание рвоты, прием слабительного, мочегонного), которое обычно заканчивает эпизод переедания, тогда, как при КП завершение эпизода обычно не выделено таким очерченным поведением. Тем не менее, по данным исследований 13% пациентов страдающих КП вызывают периодически рвоту и 6,7% прибегает к использованию слабительных. Недавние исследования показывают, что субъекты без КП также фиксировали булимические эпизоды в течении периода самостоятельного контроля пищевого поведения [19].

Кроме того, булимические эпизоды при КП у людей, страдающих ожирением, возможно, могут отличаться при более детальном рассмотрении от булимических эпизодов, описанных у пациентов с нервной булимией [3]. Таким образом, существующее определение булимического эпизода, одинаковое для НБ и КП не отражает клиническую действительность.

Также, в DSM IV имеют место значительные различия между клинически значимыми и подпороговыми расстройствами пищевого поведения, в силу чего возникает потребность в расширении диагностических критериев. Лица с проблемами компульсивного переедания зачастую не выполняют критерий частоты эпизодов не реже двух дней в неделю. Существуют исследования, показывающие, что субъекты, страдающие КП с «подпороговой» выраженностью симптомов, незначительно отличаются от субъектов, отвечающих полным критериям, у них

часто обнаруживается склонность к переживанию чувства вины и внутреннего дискомфорта, сниженная самооценка, ухудшение социального функционирования и озабоченность своей фигурой и весом [14]. Полученные данные поднимают вопросы о полезности пересмотра критерия частоты булимических эпизодов при КП, который был выбран произвольно для соответствия критерию частоты булимических эпизодов при НБ. Кроме того, предполагается, что лица с КП, которые интерпретируют потребление объективно небольшого количества пищи, как эпизод переедания, часто являются более тревожными, чем те лица, кто использует данное определение только для истинных эпизодов «обжорства» [2].

В целом, в опубликованных исследованиях не выявлено строго установленных границ между полным синдромом КП и «подпороговыми» группами. Как следствие этого, существуют исследования, включающие подпороговые случаи [1] и, поэтому включение чувства вины и внутреннего дискомфорта относительно булимических эпизодов является важным критерием для диагностики КП. Этот внутренний дискомфорт возникает в течении и после булимического эпизода при КП и проявляется чувством вины, отвращения к себе, к своему телу, сниженной самооценки. Включение данного критерия, как было показано Spitzer'ом (1992) [16] при популяционных исследованиях заметно уменьшило количество субъектов, соответствующих критерию КП (от 33.8% до 21%) среди лиц, контролирующих вес, и более, чем в 2 раза (от 4,6 до 2%) при исследованиях в популяции. Однако, до конца не ясно, как измерить чувство внутреннего дискомфорта и вины. Можно ли судить об этом только по сообщению пациента, или по его эмоциональному состоянию, или это может проявляться в некотором ухудшении функционирования пациента в социальной среде? Кроме того, возможно, данный критерий преморбидно свойственен людям с высоким уровнем чувства внутреннего дискомфорта, вины, с заниженной самооценкой. С другой стороны, есть пациенты, которые выполняют все другие критерии, свойственные для КП, но отрицают чувство внутреннего дискомфорта и вины, связанные с эпизодами КП. Недостаточно отражены в существующих исследованиях границы между КП и НБ без «очистительного» поведения. В обеих диагностических категориях присутствуют текущие булимические эпизоды при отсутствии регулярной рвоты,

приема слабительного средства, или диуретиков. НБ без «очистительного» поведения диагностируется при помощи компенсаторного поведения по типу «ограничение пищи, определенное, как отсутствие еды в течение 24 часов» (замена термина «строгое соблюдение диеты», используемое в DSM III-R (Spitzer и др., 1993))[17]. Fairburn (1998) [9] сравнивал пациентов, страдающих НБ с «очистительным» поведением, НБ без «очистительного» поведения и с КП в течении одного года. Проведенные исследования не смогли четко дифференцировать НБ без «очистительного» поведения и КП при существующих диагностических критериях, в особенности касающихся типов эпизодов, их частоты, свойственных им психопатологических расстройств. Однако, пациенты, страдающие НБ с «очистительным» поведением имели более выраженные симптомы. При проведении когнитивно-поведенческой терапии лица, страдающие КП, показали лучшие результаты по сравнению с лицами, страдающими НБ с «неочистительным» поведением. НБ с «неочистительным» и «очистительным» (по определению DSM IV нервная булимия с очистительным поведением и нервная булимия без очистительного поведения) поведением имели приблизительно одинаковый результат терапии при однолетнем наблюдении. Кроме этого, имеются данные [9] указывающие на континуум тяжести сопряженных психиатрических симптомов от НБ с «очистительным» поведением через НБ без «очистительного» поведения к КП (наименее тяжелое проявление).

Таким образом, накопление данных эмпирических исследований нарушений пищевого поведения свидетельствуют в пользу целесообразности тщательного подхода к оценке феномена КП с учетом его многогранности и недостаточной диагностической обоснованности существующих исследовательских критериев, которые не отражают всю полноту проявлений данного феномена. Жестко структурированные клинические исследования необходимы для получения сопоставимых данных и их последующей экстраполяции в практику.

Литература

1. Скугаревский, О. А. Переедание: один синдром или разные диагнозы? Исследовательские замечания / О. А. Скугаревский // Актуальные вопросы психического здоровья: сб. науч. работ. 2005 .С. 162–164.
2. Beumont, P. J. V. Comments on the proposed criteria for eating disorders in DSM IV / P. J. V. Beumont, , D. Garner, S. W. Touyz // European Eating Disorders Review. 1994. Vol. 2. P. 63–75.
3. Brody, M. L. Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category / M. L. Brody, B. T. Walsh, M. J. Devlin // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1994. Vol. 62. P. 381–386.
4. Bulic, C. M. An empirical study of the classification of eating disorders / C. M. Bulic, P. F. Sullivan, K. S. Kendler // American Journal of Psychiatry. 2000. Vol. 157. P. 886–895.
5. De Zwaan, M. A comparison of different methods of assessing the features of eating disorders in post-gastric bypass patients: A pilot study / M. De Zwaan [et al.] // European Eating Disorders Review. 2004. Vol. 12. P. 380–386.
6. Devlin, M. J. Binge-eating disorder and obesity: A combined treatment approach / M. J. Devlin // Psychiatric Clinics of North America. 2001. Vol. 24. P. 325–335.
7. Faiburn, C. G., Cooper, Z. The Eating Disorder Examination (12 ed.). In C. G. Faiburn & G. T. Wilson (eds.), Binge eating: Nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press. 1993. P. 317–360.
8. Fairburn, C. C., Cooper, Z. The Eating Disorder Examination (12th edition). In C. C. Fairburn & G. T. Wilson (eds.) // Binge eating: Nature, assessment, and treatment. 1993. P. 317–360.
9. Fairburn, C. G. Risk factors for binge eating disorder: a community based case-control study / C. G. Fairburn [et al.] // Archives of General Psychiatry. 1998. Vol. 55. P. 425–432.
10. Fairburn, C. G. Risk factors for binge eating disorder: A community based case-control study / C. G. Fairburn [et al.] // Archives of General Psychiatry. 1998. Vol. 55. P. 425–432.
11. Fichter, M. M. Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for

DSM-IV and ICD-10; Updated (third) revision / M. M. Fichter [et al.] // International Journal of Eating Disorders. 1998. Vol. 24. P. 227–249.

12. ICD 10, Всемирная организация Здравоохранения, 1992.

13. Marcus, M. D. Characterization of eating disordered behavior in obese binge eaters / M. D. Marcus [et al.] // International Journal of Eating Disorder. 1992. Vol. 12. P. 249–255.

14. Reas, D. L. Body checking and avoidance in overweight patients with binge eating disorder / D. L. Reas [et al.] // International Journal of Eating Disorders. 2005. Vol. 37. P. 342–346.

15. Rossiter, E. M. The eating patterns of non-purging bulimic subjects / E. M. Rossiter, W. S. Agras, C. F. Telch // International Journal of Eating Disorders. 1992. Vol. 11. P. 111–120.

16. Spitzer, R. L. Binge eating disorder should be included in DSM-IV: A reply to Fairburn et al.'s "The classification of recurrent overeating: The binge eating disorder proposal" / R. L. Spitzer [et al.] // International Journal of Eating Disorders. 1993. Vol. 13. P. 161–169.

17. Spitzer, R. L. Binge eating disorder: A multisite field of the diagnostic criteria / R. L. Spitzer, M. J. Delvin // International Journal of Eating Disorders. 1992. Vol. 11. P. 191–204.

18. Stunkard, A. J. Eating patterns and obesity / A. J. Stunkard // Psychiatry Quarterly. 1959. Vol. 33. P. 284–295.

19. Yanovski, S. Z. Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss / S. Z. Yanovski, N. G. Sebring // International Journal of Eating Disorder. 1994. Vol. 15. P. 135–150.