

Некоторые вопросы эпидемиологии и клинического течения компульсивного переедания

БГМУ

Реферат представляет обзор научной литературы, посвященный современным представлениям об эпидемиологии компульсивного переедания, факторах риска его развития. Отражены данные о взаимосвязи КП с ожирением и коморбидными расстройствами.

Ключевые слова: компульсивное переедание, эпидемиология, ожирение.

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 Binge-eating disorder (КП). Данное расстройство было включено в приложение 4-го выпуска Диагностического и статистического справочника психических расстройств (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. Важно иметь в виду, что большинство людей, страдающих КП, имеют различные степени ожирения [7], как проблемы, имеющей, в свою очередь, неоспоримое медицинское звучание. Однако в критериях DSM IV отсутствуют различия между лицами, выполняющими критерии КП, страдающими ожирением и лицами, у которых ожирение отсутствует. При этом наличие ожирения зачастую определяет тяжесть КП и специфику терапевтических подходов [3]. Особенности эпидемиологии клинического течения КП у лиц с ожирением и без него явились поводом для данной публикации.

Эпидемиология.

Существующие на сегодняшний день исследования проблемы КП основаны преимущественно на клиническом интервью [20].

По данным исследований, оценивающих анкетные данные, КП, удовлетворяющее исследовательским критериям по DSM IV, встречается у 30% лиц, посещающих программы снижения веса, включая получающих бариатрическую хирургическую помощь [10]. Однако, оценка, основанная на интервью, а не на анкетных сообщениях, заполняемых самими респондентами, значительно ниже и колеблется от 9% до 19% [6]. По-видимому, КП является более часто встречаемым расстройством, чем НБ и нервная анорексия [6].

По данным исследований, среди лиц, страдающих КП, доля лиц с ожирением (индекс массы тела более 27,5 кг на массу тела в квадрате) была около 50%. В целом эпидемиологические исследования [11] показывают 2-3% распространенность в популяции КП и 5-8% – среди индивидов страдающих ожирением. Имеющиеся исследования показывают, что женщины страдают КП в полтора раза чаще, чем мужчины. Таким образом, гендерный дисбаланс менее проявлен, чем при других расстройствах пищевого поведения. Исследования показывают, что страдающий ожирением субъект с КП значительно моложе, чем перепадающие, страдающие ожирением субъекты [12]. Однако, по сравнению с лицами, страдающими булимией с «очистительным» поведением, лица, страдающие КП и ожирением, значительно старше [10].

Психосоциальные факторы риска развития КП.

Ретроспективные исследования развития КП, проводимые в популяции [11], изучали факторы, предшествующие началу КП. Исследования показывали, что по сравнению с женщинами без расстройств пищевого поведения или с другими психическими нарушениями, 60-80% процентов опрошиваемых отмечали в своей личной жизненной истории случаи сексуального (15%), или физического насилия (50%) [14], психологического насилия (56%), семейных проблем (например, психических нарушений у родителей, чрезмерной критики со стороны родителей, ощущение покинутости и одиночества, развод родителей). Для этих лиц была характерна пониженная самооценка, застенчивость, которая способствовала развитию КП. Сопутствующее ожирение (например, ожирение с детства, критические комментарии родителей о фигуре, весе) также является фактором риска [4] однако, по сравнению с КП, такой фактор риска, как ожирение, является более значимым для развития НБ [10].

Распространенность феномена компульсивного переедания среди детей и подростков.

По данным ряда исследований [6] у детей, страдающих ожирением в возрасте от 10-16 лет, о наличии булимических эпизодов сообщали 36%, и 6% отмечали подобные эпизоды два и более раз в неделю. Возраст первого объективного эпизода был около 11 лет, при этом возникновению булимического эпизода предшествовал избыточный вес. По данным анкетирования родителей детей [6] в возрасте 5-6 лет были получены данные о булимических эпизодах у 3% девочек и у 1% мальчиков. Была отмечена корреляция между булимическими эпизодами у ребенка и наличием у него избыточного веса, а также наличием у

матери расстройств пищевого поведения. Для исследования пищевого поведения у детей была предложена модификация опросника пищевого поведения, включающая более гибкие критерии и продолжительность расстройства в течение трех месяцев.

Клинические особенности и течение КП.

По данным исследований НБ часто развивается в контексте ограничительного пищевого поведения. У больных НБ ограничительное пищевое поведение рассматривается как предварительное условие для развития булимических эпизодов и является одним из этиологических факторов. Однако в отношении пациентов с КП данная связь является менее исследованной. Имеются данные [1] о том, что выраженность ограничительного пищевого поведения обычно значительно меньше у страдающих ожирением лиц с КП, чем при НБ и имеет место отрицательная корреляция с проявлением ограничительного пищевого поведения у лиц, страдающих ожирением без КП [3].

Лабораторные исследования [15] показали, что субъекты с КП потребляют большее количество калорий в течении булимического эпизода и вне него, чем контрольная группа без КП. Пациенты с НБ, с другой стороны, в период булимического эпизода потребляют большее количество калорий, чем лица с КП в период подобного эпизода, но употребление калорий у лиц с НБ в межприступный период значительно меньше.

Также было отмечено, что при КП, в отличие от НБ, “пищевые кутежи” чаще встречаются перед началом ограничительного пищевого поведения, о чем сообщают 50% пациентов. По данным разных авторов [18] 7% - 18% пациентов сообщает о том, что диетические ограничения предшествовали появлению эпизодов неумеренного потребления пищи с утратой чувства контроля при КП. По данным ряда исследований [16] существуют различия в группах лиц с КП, в которых булимический эпизод развивается перед диетическими ограничениями или после них. Первая группа характеризуется более ранней манифестацией симптомов КП, ранним развитием ожирения и значительно меньшей эффективностью когнитивно-поведенческой психотерапии КП. Вторая группа имеет более позднее начало (старше 16 лет), более благоприятный терапевтический прогноз – 75% эффективности при прохождении когнитивно-поведенческой психотерапии. Имеющиеся данные показывают важность ранней диагностики и терапевтического вмешательства у лиц, страдающих КП. Среди факторов риска в первой группе чаще отмечается манифестация симптомов КП после утраты значимого объекта (смерть родителя, развод родителей и т.д.), во второй группе чаще отмечались случаи сексуального насилия. Кроме этого в группе с более ранней манифестацией симптомов КП и ранним развитием ожирения чаще встречаются расстройства настроения и расстройства личности, расстройства пищевого поведения носят более выраженный характер. Однако данные наблюдения в отношении двух групп носят зачастую противоречивый характер и требуют дальнейших исследований. Суммируя вышесказанное, эти две группы показывают возможности различных этиологических причин возникновения КП.

Предполагается [14], что при булимическом эпизоде переживание модулирует отрицательные эмоциональные состояния, такие как чувство вины, сниженного

настроения, тревоги у пациентов, которые зачастую даже не совершают попытки ограничить прием пищи. Тревога отмечается [12] как наиболее часто встречающаяся эмоция у грузных пациентов, страдающих КП. Это выдвинуло на первый план важность исследования функциональных аспектов булимического эпизода, как способа регулирования своего состояния. Также обсуждается [9] двойная модель пути возникновения булимического эпизода при КП. В модели ограничительного пищевого поведения неудовлетворенность телом и внешним видом – ключевая переменная, вносящая свой вклад в развитие булимических эпизодов. Неудовлетворенность внешним видом создает предпосылки для развития ограничительного пищевого поведения, которое увеличивает вероятность развития булимического эпизода с одной стороны. С другой стороны эта же неудовлетворенность вызывает негативные эмоции и булимический эпизод используется, чтобы справиться с эмоциональным дискомфортом, обеспечивая больший комфорт и отвлечение от тревожных мыслей. Тем не менее, описываемая модель объясняет лишь часть феномена компульсивного переедания, оставляя не затронутой ту часть пациентов, которым булимический эпизод не приносит облегчения, а усугубляет их душевные страдания. Принимая во внимание многогранность обсуждаемого феномена, следует признать, что теории развития булимических эпизодов при КП требуют дальнейшего развития.

Течение компульсивного переедания.

Имеется ряд опубликованных данных [13,18] о течении КП, многие из них являются спорными из-за отсутствия четких критериев в отношении продолжительности и диагностических критериев выздоровления при КП. Так, по прошествии одного года, среди лиц, страдающих КП, 54% удовлетворяли полным диагностическим критериям, 46% частично удовлетворяли критериям КП. Пятилетнее проспективное исследование показало, что 18% соответствуют некоторым критериям КП. Исследуемые лица имели средний возраст 24.7 года и относительно низкий процент ожирения. Динамика увеличения веса в среднем 4.2 кг. за 5 лет и процент лиц, у которых индекс массы тела превышал 30 кг/м², увеличился с 22% до 39%. Данные показатели могут свидетельствовать о том, что при отсутствии лечения КП приводит к увеличению веса.

По данным популяционного продольного исследования в течении 4-х лет лиц с КП и НБ и их подпороговыми вариантами [8] через один год 64% продолжали отвечать критериям КП и 12% не имели симптомов нарушения пищевого поведения. Через 3 года 53% перемещались из группы удовлетворяющих критериям КП в группу с подпороговыми проявлениями КП. Через 4 года 18% лиц, включенных изначально в исследования, не отвечали критериям КП, остальные продолжали удовлетворять диагностическим критериям КП. Интересны данные об исследованиях женщин, прошедших курс лечения через 3,6,12 лет [15]: через 6 лет 5,9% соответствовали критериям КП, 7,4% перешли в категорию НБ с очистительным поведением. Через 12 лет 9.4% соответствовали критериям КП, 12.4% имели симптомы НБ с очистительным поведением, более чем 67% не имели клинически значимых признаков нарушения пищевого поведения. Однако существуют ретроспективные исследования [10]

показывающие, что при наблюдении в течение 20 лет КП является устойчивым нарушением пищевого поведения.

Ассоциация избыточного веса и КП.

Обзор литературы показывает, что субъекты, страдающие ожирением в сочетании с компульсивным перееданием, существенно отличаются от лиц страдающих ожирением без КП по следующим важным позициям: во-первых, более ранним возрастом развития ожирения, более частым и продолжительным периодом в течение жизни следования диете и часто колеблющимся в больших пределах весом, что представляет собой так называемый феномен «ножниц» [11].

Пациенты, страдающие КП, значительно отличаются с одной стороны от субъектов с нормальным весом и, с другой стороны, – с ожирением без КП в самых разнообразных аспектах пищевого поведения. Ассоциация феномена КП с ожирением становится все более заметной по мере увеличения индекса массы тела. Однако данная закономерность является не достаточно исследованной [5]. Пациенты с КП обнаруживают сходство с пациентами, страдающими НБ, в характере их дисфункциональных отношений с едой и переживаниями относительно веса и внешнего вида. Субъекты с КП обнаруживают значительно большую неудовлетворенность размерами и внешним видом своего тела, чем пациенты без КП [8]. Данная корреляция была обнаружена как в клинических исследованиях, так и в популяции и не была следствием депрессивных проявлений [17]. Кроме этого было отмечено, что обращающиеся за помощью пациенты с КП часто носят утягивающую одежду, пытаясь скрыть проявления избыточной массы тела, склонны к компульсивной перепроверке тех частей тела, которые на их взгляд поправились. Эти результаты показывают сходство пациентов с НБ и КП в отношении их чрезмерной озабоченности внешним видом и весом. Поэтому данные симптомы могли бы быть включены в диагностические критерии КП, так как эти особенности восприятия своего тела используются при проведении когнитивно-поведенческой терапии КП [5,6]. Однако, если по критерию возраста возникновения, уровню выраженности и частоты депрессивных проявлений пациентки с КП и НБ схожи, то их важное отличие состоит в том, что страдающие ожирением субъекты с КП обычно описывают значительно менее выраженное ограничительное пищевое поведение, чем пациенты с НБ. Исследования показали, что нет различий в проявлении ограничительного поведения у лиц, страдающих ожирением с КП и без него [6]. При исследовании психологического контекста переживаний при булимическом эпизоде у лиц с КП было отмечено, что по сравнению с булимическим эпизодом при НБ, эти лица испытывают значительно большее удовольствие от пищи, наслаждаясь ее запахом, вкусом, больший уровень расслабления и меньший уровень дискомфорта [9]. В связи с имеющимся сходством авторы отмечают обоснованность использования зачастую общих стратегий когнитивно–поведенческой терапии КП и НБ.

Коморбидность КП и психических расстройств.

В клинических и популяционных исследованиях была отмечена большая частота встречаемости психических расстройств у пациентов страдающих

ожирением и КП, чем у лиц с ожирением без КП [15], но значительно более низкая, чем у лиц с НБ. Эти психопатологические проявления включают более высокие показатели выраженности депрессии, тревоги, чаще встречающиеся навязчивые мысли неприятного, содержания повышенную раздражительность, вспыльчивость. Отмечается более высокая частота обращения к психотерапевту. Страдающие ожирением пациенты с КП сообщают о более низкой самооценке и более низком социальном функционировании [10]. Наличие КП “проявляет” психопатологическую симптоматику и снижает качество жизни, связанное со здоровьем.

Проведенные исследования показали высокий уровень коморбидности КП и депрессивного расстройства. Так, по имеющимся данным, риск заболеть депрессивным эпизодом легкой и средней степени тяжести в течение жизни у лиц с КП составляет от 31% до 91% по разным исследованиям [14]. Коморбидная психическая патология в значительно большей степени связана с проявлениями КП, чем с сопутствующим ожирением. Депрессивное состояние может способствовать развитию КП, делая субъекта более уязвимым и являться фактором, провоцирующим рецидив, в клинических случаях, где феномен КП рассматривается как способ совладания с дискомфортным состоянием. Существуют данные о том, что КП может предшествовать развитию аффективных симптомов. Однако данный вопрос нуждается в дальнейшем исследовании. Наличие депрессивного расстройства и другой сопутствующей психиатрической патологии у пациентов с КП должно учитываться при выборе психотерапевтических стратегий. Однако в анализируемых нами исследованиях [12] не отражено какого-либо влияния сопутствующей патологии на результат лечения КП при проведении когнитивно-поведенческой терапии. Также имеются данные о более высоком уровне тревоги и распространенности панического расстройства у лиц, страдающих ожирением и КП. Нуждается в дальнейшем исследовании вопрос о вероятно большей частоте [11] злоупотребления аддиктивными веществами по сравнению с лицами, страдающими ожирением без КП. Представляет интерес и нуждается в дальнейшем изучении тот факт, что в семьях женщин с КП чаще встречаются нарушения пищевого поведения, расстройства настроения и тревожные расстройства [11].

Ряд исследований, посвященных изучению в популяции феномена КП, указывают на то, что имеет больший риск развития депрессивного расстройства, панического расстройства, фобий или алкоголизма [3]. Однако имеющиеся данные нуждаются в уточнении, так как существуют исследования, не находящие существенных различий у женщин с КП и без него в популяции [10]. Проведенные исследования также отмечают, что у пациентов с НБ более выражены текущие аффективные проявления, чем у пациентов с неочистительной формой НБ и пациентов с КП [1]. Однако данные различия не являются устойчивыми и нуждаются в дальнейшем изучении.

Таким образом, накопление данных эпидемиологических и клинических исследований нарушений пищевого поведения свидетельствует о том, что КП широко распространено в популяции, часто встречается среди обратившихся за помощью по поводу снижения веса, КП является модулирующим фактором для коморбидной психической патологии при избыточной массе тела.

Литература

1. Abbott, D. W. On the relationship between binge eating and dietary restraint / D. W. Abbott [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. 1998. Vol. 44. P. 367–374.
2. 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.
3. Didie, E. R. Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor / E. R. Didie, M. Fitzgibbon // *Eating Behaviors*. 2005. Vol. 6. P. 35–41.
4. Eldredge, K. L. Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder / K. L. Eldredge, W. S. Agras // *International Journal of Eating Disorders*. 1996. Vol. 19. P. 73–82.
5. Fairburn, C. G. The assessment of eating disorders: Interview versus questionnaire / C. G. Fairburn, S. J. Beglin // *International Journal of Eating Disorders*. 1994. Vol. 16. P. 363–370.
6. Favaro, A. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample / A. Favaro, S. Ferrara, P. Santonastaso // *Psychosomatic Medicine*. 2003. Vol. 65. P. 701–708.
7. Fitzgibbon, M. L. Correlates of binge eating in Hispanic, black, and white women / M. L. Fitzgibbon [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. 1998. Vol. 24. P. 43–52.
8. Grissett, N. I. The clinical significance of binge eating in an obese population: Support for BED and questions regarding its criteria / N. I. Grissett, M. L. Fitzgibbon // *Addictive Behavior*. 1996. Vol. 21. P. 57–66.
9. Guss, J. L. Binge size increases with body mass index in women with binge eating disorder / J. L. Guss [et al.] // *Obesity Research*. 2002. Vol. 10. P. 1021–1029.
10. Hsu, L. K. Binge eating disorder in extreme obesity / L. K. Hsu [et al.] // *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 2002. Vol. 26. P. 1298–1403.
11. Lowe, M. R. Binge eating in obesity: Toward the specification of predictors / M. R. Lowe, G. C. Caputo // *International Journal of Eating Disorders*. 1992. Vol. 10. P. 49–55.
12. Marcus, M. D. Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder / M. D. Marcus, M. M. Moulton, C. G. Greeno // *Addictive Behaviors*. 1995. Vol. 20. P. 747–755.
13. Masheb, R. M. Binge eating disorder: A need for additional diagnostic criteria / R. M. Masheb, C. M. Grilo // *Comprehensive Psychiatry*. 2000a. Vol. 41. P. 159–162.
14. Mussell, M. P. Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: A descriptive study / M. P. Mussell [et al.] // *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 1996a. Vol. 20. P. 324–331.
15. Raymond, N. C. Energy intake patterns in obese women with binge eating disorder / N. C. Raymond. [et al.] // *Obesity Research*. 2003. Vol. 11. P. 869–879.
16. 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.

17. Striegel-Moore, R. H. Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder / R. H. Striegel-Moore [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159. P. 1902–1907.
18. Stunkard, A. J. Binge eating disorder and the night eating syndrome / A. J. Stunkard [et al.] // *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*. 1996b. Vol. 20. P. 1–6.
19. Yanovski, S. Z. Binge eating disorder affects outcome of comprehensive very low calorie diet treatment / S. Z. Yanovski [et al.] // *Obesity Research*. 1994. Vol. 2. P. 205–212.
20. de Zwaan, M. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder (BED) / M. de Zwaan [et al.] // *International Journal of Eating Disorder*. 1994. Vol. 5. P. 43–52