

ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА И СУИЦИДНО ПОВЕДЕНИЕ

доц. д-р Петър Петров

Медицински Университет – Варна и УМБАЛ „Света Марина“ Варна,
Клиника по детско-юношеска психиатрия

***Резюме:** Анорексия и булимия нервоза, както и разстройството с пристъпно преяждане са сериозни психични разстройства. Освен наличието на значима психиатрична коморбидност, тези разстройства се асоциират и с високи нива на суицидалност. Самоубийството е втората водеща причина за смърт при пациенти с анорексия нервоза. Въпреки различията в честотата и моделите на суицидалността при отделните хранителни разстройства, има универсални рискови фактори, които повишават риска за тяхното асоцииране. В тази група влизат тежестта на хранителното разстройство, наличие на коморбидност, Алекситимия, нарушени фамилни взаимоотношения и други.*

***Ключови думи:** анорексия, булимия, пристъпно преяждане, хранително разстройство, коморбидност, алекситимия.*

EATING DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIOR

Assoc. Prof. Petar Petrov MD, PhD

Medical University „P.Stoyanov“ – Varna and University Hospital „St. Marina“ –
Varna, Child and Adolescent Psychiatric Clinic

Resume: Anorexia and Bulimia nervosa, as well as binge-eating disorder are serious psychiatric disorders. In addition to presence of significant psychiatric comorbidity, these disorders are associated with high levels of suicidality. Suicide

is the second leading cause of death in patients with anorexia nervosa. Despite differences in frequency and models of suicidality between eating disorders, there are risk factors, which increase the risk of their association. In this group we can include severity of the eating disorder, comorbidity, Alexithymia, disturbance in family relationships etc.

Keywords: anorexia, bulimia, binge-eating, eating disorder, comorbidity, alexithymia.

Хранителните разстройства – анорексия нервоза, булимия нервоза и разстройство с пристъпно преяждане са сериозни психични разстройства. Коморбидността при тях, особено с разстройства на настроението, тревожни разстройства, злоупотреба с ПАВ, личностови разстройства и несуйцидно самонараняване е много висока [1][2][3][4][5]. В самата група на хранителните разстройства съществуват немалки разлики между отделните единици (основно анорексия и булимия нервоза, но в последните години и разстройство с пристъпно преяждане) по отношение на рискови фактори, основен сетинг за работа с пациентите, лечение и други. Една друга съществена разлика между анорексия и булимия нервоза е смъртността. Въпреки отчетената в множество публикации и мета-анализи тенденция за понижаване през последните 20 години, смъртността от анорексия нервоза на този етап се приема за най-високата сред всички психиатрични разстройства [6]. Смъртността от булимия нервоза винаги е била оценявана като сравнително ниска [7]. Като се има предвид, че самоналожено гладуване е основната характеристика на анорексия нервоза, докато повечето пациенти с булимия нервоза са с нормално тегло, разликата в смъртността свързана с двете разстройства е очаквана. Въпреки това е важно да се отбележи, че пациентите с анорексия нервоза е много по-вероятно да умрат от причини,

които не са директно свързани със загубата на тегло, в сравнение с пациентите с булимия нервоза [8]. Докато медицинските усложнения свързани със загубата на тегло са водещата причина за смърт сред пациентите с анорексия нервоза, то самоубийството е втората водеща причина за смърт в тази група [9][10], а суицидното поведение се отчита като значително повишено при булимия нервоза и разстройство с пристъпно преяждане, в сравнение с общата популация [11][12].

Суицидалността представя риска от осъществяване на суицид (самоубийство). Това е клъстер от свързани със смъртта мисли и поведения, от суицидна идеация, през намерения и план, до извършването на суициден опит или завършен суицид. Нагласата към подобен тип поведение може сравнително лесно да бъде измерена [13].

Проведени са 2 големи проучвания върху научните публикации свързващи хранителните разстройства със суицидалността. Първото е публикувано през 2006 година и разглежда периода от 1985 до 2004 година [8], второто е публикувано през 2014 година и обхваща 2005 – 2013 година включително [14]. Има известни различия по отношение на обхвата и методологията, но те са продиктувани от промени в класификацията, диагностиката и интереса към хранителните разстройства. Отчетените резултати и оформените тенденции са основната находка при подобни разработки.

➤ Анорексия нервоза

Суицидалността е често срещан феномен сред пациентите с анорексия нервоза. Между 20 и 43% от тях потвърждават наличието на актуална суицидна идеация [15][16]. Други данни показват, че 23% от възрастните, които някога през живота си са диагностицирани с анорексия нервоза са имали и суицидна идеация през живота си. Тези показатели са високи в

сравнение с общата популация (5.6-14.4%) [17], но не и в сравнение с други значими психиатрични диагнози – 80% при биполярно разстройство [18] и 40% при шизофрения [19].

Рискът от суициден опит, който не е фатален (не завършва със смърт) се оценява между 9 и 25% [16][20][21][22], което отново е по-високо в сравнение с общата популация (2-9%) [17]. Този риск нараства при коморбидност на анорексия нервоза с друга психопатология (депресивно разстройство, злоупотреба с ПАВ). В огромен брой от случаите (80%) на извършен суициден опит от пациент с анорексия нервоза, самите пациенти съобщават, че по време на опита са се чувствали подтиснати и тъжни [20].

По отношение на завършен суицид при пациенти с анорексия нервоза, по-новите мета-анализи на публикуваните данни показват, че 18 пъти е по-голяма вероятността те да умрат от суицид, в сравнение с общата популация [23]. Този резултат е съпоставим с всички значими психиатрични разстройства – 19.7 за депресия, 17.1 за биполярно разстройство и 12.9 за шизофрения [24].

Има сигнификантна разлика по отношение на извършените суицидни опити между субтиповете на анорексия нервоза - 7.4% от рестриктивния субтип рапортуват за поне един суициден опит през живота си, докато за субтипа с пристъпно преяждане/очистване тази стойност е между 20 и 30% [25]. Различни са и механизмите, които формират суицидното поведение при различните субтипове на разстройството.

➤ Булимия нервоза

Наличието на моментна и пожизнена суицидна идеация се потвърждава съответно от 15-23% [16] и 26-38% [15] от страдащите от булимия нервоза. Това са стойности, които са напълно съпоставими с тези при анорексия нервоза.

Данните за нефатален суициден опит също са много близки – 25-35% за пациентите с булимия нервоза [8].

Проведените проучвания в световен мащаб по отношение на завършен суицид при пациенти с булимия нервоза са много малко. Най-вероятно защото по-старите данни показват много ниска вероятност за суицид при булимия нервоза. Резултатите от тях показват 7 пъти по-голяма вероятност жени страдащи от булимия нервоза между 15 и 34 години да умрат от суицид в сравнение със същата група в общата популация [23]. Въпреки силно ограничените данни в тази насока може да се предположи, че при съпоставими стойности за суицидна идеация и суицидни опити между анорексия и булимия нервоза, все пак рискът за смърт от суицид е по-малък в групата на булимия.

➤ Разстройство с пристъпно преяждане

Все още са малко проведените проучвания свързващи разстройството с пристъпно преяждане или „други специфични разстройства в храненето“ със суицидалност. Предвид направените класификационни промени и сравнително нови диагностични категории ще е необходимо време за събиране на данни. Тези две разстройства обаче са най-често диагностицираните в групата на хранителните разстройства [26] и интересът по тази причина е огромен. От това, което показват събраните до момента данни и проведеният наскоро мета-анализ [27], между 26.3 и 51.7% от пациентите с разстройството с пристъпно преяждане потвърждават наличието на моментна суицидна идеация, а между 2.3 и 34% от пациентите с тази диагноза са имали суициден опит.

Още по-притеснителни са резултатите, които показват връзката между разстройството с пристъпно преяждане и суицидалността в юношеска възраст. През последните 10 години се натрупват все повече данни в тази

посока, като това много напомня на събирането на данни за връзката между несуицидно самонараняващо поведение и хранителните разстройства в юношеска възраст. Много вероятно е да бъдат свързани разстройството с пристъпно преяждане, несуицидното самонараняващо поведение и суицидалност, като най-пряката връзка поне първоначално изглежда да е импулсивното поведение.

Освен по-голямата вероятност за възникване на суицидна идеация и суицидни опити в юношеска възраст [12][28] е отчетено, че при юношите страдащи от разстройство с пристъпно преяждане, началото на суицидната идеация, планиране и/или опити са последващи дебюта на хранителното разстройство. При възрастните обикновено разстройството с пристъпно преяждане дебютира след дебюта на суицидалността [27]. Подобни проспективни проучвания са голяма рядкост при пациентите с хранителни разстройства. Те помагат за изграждане на модел и дават много по-конкретни насоки за последваща работа.

Като цяло последните данни сочат, че всички хранителни разстройства са силно асоциирани със суицидна идеация и суицидно поведение. Между една четвърт, до една трета от пациентите диагностицирани с някое от основните три хранителни разстройства са мислили за самоубийство, а около една трета от пациентите с анорексия нервоза и булимия нервоза имат суициден опит. Макар и различно изразен, рискът да умрат от самоубийство е по-висок при всички хранителни разстройства, в сравнение с общата популация. Това налага изследване на суицидният риск при всички тези пациенти в рутинната клинична практика.

Фигура 1



Наличие на суицидалност при девойки с хранителни разстройства (по Koutek J et al, 2016)

Почти целият изследователски ресурс е насочен в посока на риск от суицид при девойки и жени страдащи от хранителни разстройства [23] и специализирани програми за лечението им в Европа и Северна Америка. Малко се знае за мъжката популация.

Отделните проучвания включени в представените анализи успяват да идентифицират някои основни рискови фактори, асоциирани с повишен риск от суицидалност и суицидно поведение сред пациентите с хранителни разстройства:

- Тежест на хранителното разстройство
- Коморбидност с други психиатрични диагнози (особено депресивно разстройство)

- Злоупотреба с психо-активни вещества
- Експесивни физически натоварвания
- Алекситимия
- Несуицидно самонараняващо поведение
- Значими нарушения в семейните взаимоотношения

Цялостният риск от суицидалност сред пациентите с хранителни разстройства се увеличава още повече в юношеска възраст, където има и силна свързаност между суицидното поведение и извършването на суицидни опити [29]. Това допълнително увеличава риска от реализиране на суицид в юношеска възраст.

Трябва винаги да се има предвид, че при несуицидното самонараняване, което също е силно асоциирано с хранителните разстройства, избраният метод може да носи висок риск от леталитет, без самият нараняващ се да има за цел да извърши суицид. По същият начин и страдащите от хранителни разстройства трябва да бъдат запознати с рисковете, които носи избраното от тях хранително поведение за живота и здравето им.

Дори когато не доведе до фатални последици, комбинацията между хранително разстройство, несуицидно самонараняване и суицидалност в юношеството формира патологични личностови характеристики (най-често в рамките на гранично личностово разстройство).

Самоубийството е един от най-високите приоритети за публичното здравеопазване в световен мащаб. Целта на Световната Здравна Организация за превенция на самоубийството включва идентифицирането на високо рискови групи [30]. По отношение на хранителните разстройства е важно да бъдат оценени както клиничните прояви, така и допълнителните рискови фактори за суицидно поведение. Това дава ценни насоки при опита за интервенции насочени към превенция на суицидния риск.

Според проучванията около 80% от извършилите самоубийство са посетили лекар в последната година преди суицидния акт, като повече от половината от тях – през последния месец [31][32]. Обективната преценка на ситуацията, разпознаването на суицидния потенциал и оказването на адекватна помощ изисква от специалистите, работещи с рискови пациенти, отлично познаване на сигналите предвещаващи опасност, рисковите фактори за развитие на суицидно поведение и мерките за превенция на самоубийството [33]. Всичко това далеч не е ограничено в рамките на клиничната работа. Голяма част от пациентите с хранителни разстройства имат реализиран повече от един суициден опит. Всеки пореден опит за самоубийство е свързан с по-голяма вероятност за последващ опит. Познаването на психопатологията, личностовите характеристики и другите рискови фактори позволява изграждане на модел на суицидното поведение, позволяващ и превантивни действия [34].

Собствената ми практика в клинични условия, където се лекуват значителен брой пациенти с хранителни разстройства в детско-юношеска възраст, показва че при липса на активно търсене и внимание по отношение на суицидалността, тя често остава скрита за лекуващия екип. Това налага насочено изследване на суицидната идеация и суицидното поведение при тези пациенти, до степен на скрийнинг при всички пациенти с хранителни разстройства.

Литература:

1. O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 2003; 23:57–74.
2. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, et al. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: A multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004; 65:1000–1006.
3. Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP & Herzog DB. How do eating disorders and alcohol use disorders influence each other? *International Journal of Eating Disorders*, 2005; 38:200–207.
4. Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 1994; 16:1–34.
5. Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders*, 2000; 5:52–61.
6. Sullivan PF. Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Fairburn CG & Brownell KD (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd edition) (pp. 226–232). New York: The Guilford Press. 2002.
7. Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1997; 154:313–321.
8. Franko D, Keel P. Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 2006; 26:769–782.

9. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 2011; 68:724-731.
10. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 2011; 152:1073-1074.
11. Crow S, Peterson C, Swanson S, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*, 2009; 166:1342-1346.
12. Forrest LN, Zuromski KL, Dodd DR, Smith AR. Suicidality in adults and adolescents with binge eating disorder: results from the national comorbidity survey replication and adolescent supplement. *Int J Eat Disord*, 2017; 50:40-49.
13. Pridmore S, Varbanov S, Aleksandrov I, Shahtahmasebi S. Social Attitudes to Suicide and Suicide Rates. *Open Journal of Social Sciences*, 2016; 4:39-58.
14. Kostro K, Lerman JB, Attia E. The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. *Journal of eating disorders*, 2014; 2:19.
15. Favaro A, Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatr Scand*, 1997; 95:508-514.
16. Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004; 26:129-135.
17. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 2008; 30:133-154.
18. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, et al. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry*, 2005; 66:1456-1462.

19. Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry*, 1997; 154:199-204.
20. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, Crawford S, Manfred MF, Halmi KA, Johnson C et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med*, 2008; 70:378-383.
21. Crow SJ, Swanson SA, le Grange D, Feig EH, Merikangas KR. Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*, 2014; 55:1534-1539.
22. Forcano L, Alvarez E, Santamaría JJ, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes. *Compr Psychiatry*, 2011; 52:352-358.
23. Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 2011; 124:6-17.
24. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta review. *World Psychiatry*, 2014; 13:153-160.
25. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2009; 18(1):31–47.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
27. Conti C, Lanzara R, Scipioni M, et al. The Relationship between Binge Eating Disorder and Suicidality: A Systematic Review. *Front. Psychol*, 2017; 8:2125.
28. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2011; 68:714–723.

29. Dancyger IF, Fornari VM. A review of eating disorders and suicide risk in adolescence. *Scientific World Journal*, 2005; 5:803–811.
30. World Health Organization. *Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework*. Geneva: World Health Organization. 2012.
31. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*, 2002;159(6):909-916.
32. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry*, 1998; 173:462-474.
33. Върбанов Св, Маринов П. Оценка на суицидния риск в първичната здравна помощ. *Българско списание за психиатрия*, 2016; 1(3):226-231.
34. Върбанов Св. Стрес-диатеза модел на суицидно поведение. *Мединфо*, 2019; 6:54-58.