

- «Нервная анорексия —
- подростковая глупость или серьёзное заболевание?»
- Марина Мосина, практикующий психолог

Казалось бы, что может быть глупее?

- Когда подросток нормального телосложения вдруг объявляет себя «толстым», перестает есть, или даже начинает вызывать рвоту после еды, принимает слабительные и мочегонные препараты, часами качает пресс или бегает по стадиону, доводя себя до состояния скелета, взрослым порой кажется, что ничего глупее и придумать невозможно!
- Когда-то и медицинско-психологическое сообщество считало, что анорексия – это сознательное решение капризной девчонки – эгоистичной, тщеславной, упрямой. Раз она захотела заболеть, ей просто нужно захотеть выzdороветь. Ей нужно стать полностью сформировавшейся личностью, отделившейся от семьи, и любой ценой восстать против худобы как культурного идеала.
- Однако, по мере накопления данных мнение врачей и психологов изменилось...

Немного истории

Впервые нервную анорексию описал английский врач и священник Ричард Мортон в 1689 г. под названием «нервная чахотка», хотя упоминание об этой патологии встречалось и раньше. В частности, в трудах Авиценны от 1155 г. можно найти описание психического состояния юноши, весьма напоминающего клинику нервной анорексии.

В России одна из первых публикаций на эту тему принадлежит педиатру А. А. Киселю. В 1894 г. он описал нервную анорексию истерического генеза у 11-летней девочки (в том же году работа была опубликована во французской печати).

Но в последние десятилетия (начиная с 1960-х годов) количество заболевших увеличивается. Анорексию стали называть болезнью века.

Модная тема

Тема нервной анорексии сейчас «в моде», ей посвящают статьи в СМИ и передачи на ТВ. Еще несколько лет назад встречались передачи, полные осуждения (как в адрес самих больных, так и в адрес их родителей), изобилующие бес tactными высказываниями ведущих, вызывающие лишь нездоровый интерес обывателя.

В последнее время появились более информативные передачи с участием врачей, где наглядно разъясняются механизмы возникновения болезни. Однако научные исследования нервной анорексии начаты не так уж давно, и ученым-исследователям еще многое предстоит открыть . Я хочу поделиться с вами как некоторыми научными данными, так и собственным профессиональным опытом практикующего психолога, которому приходилось работать с данной проблемой.

Признаки нервной анорексии:

1. Отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы для данного возраста и роста. Невозможность добиться прибавки веса в период роста, что приводит к снижению массы тела на 15% по сравнению с ожидаемой.
2. Сильный страх перед увеличением массы тела или возможностью потолстеть, даже если реальный вес не достигает нормы. **С понижением веса страх потолстеть не снижается!** И иногда даже наоборот: чем вес ниже, тем больше озабоченность по его поводу.
3. Изменение восприятия своего веса и формы тела и их чрезмерное влияние на самооценку, отказ от признания серьезности того факта, что вес находится ниже нормы.
За потерей веса часто следует аменорея. Иногда аменорея может начинаться и раньше, еще до потери веса.

Подвиды нервной анорексии:

- 1. **Ограничительный** — с ограничением в текущей фазе болезни кол-ва пищи, но без регулярного переедания и последующих очистительных процедур (вызывания рвоты и необоснованного использования слабительных и мочегонных средств, клизм и т.п.). Потеря веса достигается за счет голодания, диет и чрезмерной физической активности.
- 2. **Очистительный** — с регулярным перееданием и/или использованием очистительных процедур (вызвание рвоты, необоснованное применение слабительных и мочегонных препаратов, клизм и т. п.) в текущей фазе. Очистительные процедуры могут применяться как после переедания, так и после употребления совсем небольшого кол-ва пищи.

Немного статистики

- В руководстве Американской Психиатрической Ассоциации приводятся такие данные по пациентам, госпитализированным с анорексией: через 4 года только 44 % имели нормальный вес и нормальный цикл.
- По разным данным от 5 до 10% заболевших анорексией умирают в течение 10 лет с начала заболевания, и 18-20 % - в течение 20 лет. По международным данным, примерно в третьей части случаев анорексия становится хронической.
- 5 % - это прямая смертность, от истощения. Остальное — косвенная (суициды и отсроченные психосоматические осложнения)
- 25% больных предпринимают попытку суицида.
- Нервная анорексия дает самую высокую смертность среди психических р-в.
- Только 23% получают медицинскую помощь.
- В России тоже есть своя статистика. При обследовании студенток трех крупных российских ВУЗов симптомы расстройств пищевого поведения обнаружились у 46 процентов девушек.

Другие РПП и сопутствующие им расстройства

- Нервная булимия — это р-во пищевого поведения, включающее эпизоды переедания с последующим вызыванием рвоты.
- Известный исследователь РПП итальянский психотерапевт Джорджио Нардоне выделяет еще и третий тип рпп - вызванную рвоту, когда пациент начинает получать удовольствие от самого этого процесса.
- По результатам проведенных Дж.Нардоне исследований, хуже всех поддается лечению именно анорексия (ему удалось добиться положительного результата в 56% случаев)
- Коморбидность: около 50% страдающих РПП, имеют тяжелые тревожные р-ва: ГТР, ОКР, социофобия. Также РПП могут сочетаться с ПТСР и СДВГ. Часто — импульсивность во многих сферах, злоупотребление алкоголем или наркотиками. Часто встречаются также депрессии, БАР. Важно понять, что первично. Это — задача врача психиатра.

Факторы риска

1. Генетические факторы. Близнецовые исследования продемонстрировали огромное влияние генетики (58-70%)

2. Биологические факторы — избыточная масса тела и раннее наступление первой менструации. Кроме того, причина заболевания может крыться в дисфункции регулирующих пищевое поведение нейромедиаторов - серотонина, дофамина, норадреналина (нейромедиаторы — это химические в-ва, с помощью которых нейроны мозга общаются между собой).

Семейные факторы риска

- Больше шансов возникновения расстройства пищевого поведения у тех, кто имеет родственников или близких, страдающих нервной анорексией, нервной булимией или ожирением, а также депрессией, алкоголизмом, наркоманией.
- К семейным факторам риска можно отнести также нестабильную обстановку в семье, нарушение детско-родительских и/или супружеских отношений.
- В семьях больных нервной анорексией часто к детям предъявляются жесткие, нередко завышенные требования. Эмоциональные связи между членами семьи недостаточны, подросток не чувствует необходимой ему поддержки, внимания и любви.
- В литературе можно встретить указание на то, что в таких семьях часто отец довольно безразличен к ребенку, а мать, напротив, гиперконтролирующая. Однако в моей практике были случаи, когда, наоборот, именно отец был гиперопекающим и гиперконтролирующим, что вызывало активный протест дочери.
- В семье может быть особое отношение к еде, склонность придерживаться диетических ограничений, частые разговоры о диетах, худобе, как идеале красоты, пренебрежительное отношение к людям с избыточной массой тела и т.п.(пример: мать занимается подбором персонала и делится с дочерью тем, что избегает принимать на работу людей с лишним весом).

Личностные факторы риска

- Низкая самооценка, депрессия, чувство собственной неполноценности, неуверенности и несоответствия требованиям, тревожность.
- Высокие требования к себе, выраженная связь самооценки с весом и формами тела..
- Часто это девушки с интеллектом выше среднего, высокочувствительные, эмоционально хрупкие, отличницы с высоким самоконтролем и с «железной волей».
- У таких людей имеется склонность к аутоагрессии, для них злиться на родителей и окружающих - нельзя (плохо, опасно), но приемлемо испытывать агрессию к себе. Нервную анорексию можно отнести к самоповреждающему поведению, наряду с сэлфхармом.
- У страдающих анорексией наблюдается искажение восприятия и оценки своего внешнего вида и веса. Некоторые воспринимают как «толстое» все свое тело, некоторые считают «толстыми» только некоторые его части (обычно бедра, живот, ягодицы).
- Потеря веса воспринимается как свидетельство «сильной воли», высокой самодисциплины и способности к самоконтролю.

Другие факторы риска

- 5. Культуральные факторы — проживание в индустриально развитой стране, где акцент делается на стройности (худобе) как главном признаке женской красоты.
- 6. Психологические факторы - стрессовые события, такие как смерть близкого, предательство, сексуальное, физическое или эмоциональное насилие, буллинг, критика внешности, безответная любовь и т.п..
- 7. Возрастной фактор — группой риска является подростковый и юношеский возраст.
- 8. Средовые факторы - пропаганда худобы в непосредственном окружении (распространенность нервной анорексии выше в тех сферах, где предъявляются жесткие требования к весу: спорт, балет, танцы, модельный бизнес и т. п.)
-

Что такое «нормальный вес»?

- В интернете легко найти калькулятор, который мгновенно посчитает ИМТ, но он выдает усредненное значение, не учитывая индивидуальных различий, а они тоже важны.
- Поэтому лучше учитывать также и данные таблицы роста и веса для разных типов телосложения.
- Важно понимать и разъяснять подросткам, что девушка с широкой костью никогда не сможет выглядеть как кукла Барби, и это не является ее недостатком.

Рост, см	Вес мужчины, кг. / Телосложение			Вес женщины, кг. / Телосложение		
	Астеники	Нормостеники	Гиперстеники	Астеники	Нормостеники	Гиперстеники
148				42.0 - 44.8	43.8 - 48.9	47.4 - 54.3
150				42.7 - 45.9	44.5 - 50.0	48.2 - 55.4
152				43.4 - 47.0	45.6 - 51.0	49.2 - 56.5
154				44.4 - 48.0	46.7 - 52.1	50.3 - 57.6
156				45.4 - 49.1	47.7 - 53.2	51.3 - 58.6
158	51.1 - 54.7	53.8 - 58.9	57.4 - 64.2	46.5 - 50.2	48.8 - 54.3	52.4 - 59.7
160	52.2 - 55.8	54.9 - 60.3	58.5 - 65.3	47.6 - 51.3	49.9 - 55.3	53.5 - 60.8
162	53.2 - 56.9	55.9 - 61.9	59.6 - 66.7	48.7 - 52.3	51.0 - 56.8	54.6 - 62.2
164	54.3 - 57.9	57.0 - 62.5	60.7 - 68.8	49.8 - 53.4	52.0 - 58.2	55.9 - 63.7
166	55.4 - 59.2	58.1 - 63.7	61.7 - 69.6	50.8 - 54.6	53.3 - 59.8	57.3 - 65.1
168	56.5 - 60.6	59.2 - 65.1	62.9 - 71.1	52.0 - 56.0	54.7 - 61.5	58.8 - 66.5
170	57.9 - 62.0	60.7 - 66.7	64.3 - 72.9	53.4 - 57.9	56.1 - 62.9	60.2 - 67.9
172	59.4 - 63.4	62.1 - 68.3	66.0 - 74.7	54.8 - 58.9	57.5 - 64.3	61.6 - 69.3
174	60.8 - 64.9	63.5 - 69.9	67.6 - 76.2	56.3 - 60.3	59.0 - 65.8	61.3 - 70.8
176	62.6 - 66.4	64.9 - 71.3	69.0 - 77.6	57.7 - 61.9	60.4 - 67.2	64.5 - 72.3
178	63.6 - 68.2	66.5 - 72.8	70.4 - 79.1	59.1 - 63.6	61.8 - 68.6	65.9 - 74.1
180	65.1 - 69.6	67.8 - 74.7	71.9 - 80.9	60.5 - 65.1	63.3 - 70.1	67.3 - 75.9
182	66.5 - 71.0	69.2 - 76.3	73.6 - 82.7	62.0 - 66.5	64.7 - 71.5	68.8 - 77.7
184	67.9 - 72.5	70.7 - 78.1	75.2 - 84.5	63.4 - 67.9	66.1 - 72.7	70.2 - 79.5
186	69.4 - 74.0	72.1 - 79.0	76.7 - 86.2			
188	70.8 - 75.8	73.5 - 81.7	78.5 - 88.0			
190	72.2 - 77.2	75.3 - 83.5	80.3 - 89.8			
192	73.6 - 78.6	77.1 - 85.3	81.8 - 91.6			
194	75.1 - 80.1	78.9 - 87.0	83.2 - 93.4			

Степени тяжести болезни

- Лёгкая — ИМТ от 17 и выше
- Средняя -- ИМТ 16 - 17
- Тяжелая -- ИМТ 15-16
- Экстремально тяжелая — ИМТ ниже 15
- При легкой степени и небольшой длительности заболевания часто удается получить эффект за счет только одной психотерапии, без участия психиатра.
- При тяжелой и экстремально тяжелой степени психотерапия уже невозможна, так как нарушены когнитивные функции, нужно спасать жизнь медицинскими методами.
- В б-ве случаев эффективнее всего СОЧЕТАНИЕ психотерапии и медикаментозного лечения (необходима помочь врачей: терапевта, психиатра , эндокринолога, диетолога, но также и квалифицированного психолога).

Можно пройти тест

- Для скрининга нервной анорексии применяется Тест отношения к приёму пищи (EAT-26), разработанный Институтом психиатрии Кларка университета Торонто. Он находится в открытом доступе в интернете.

Что стоит за всем этим?

- Если обобщить данные литературы и собственной практики, то все же за анорексией с ее страхом «потолстеть» всегда стоят, в той или иной форме, важнейшие человеческие потребности: потребность в безопасности и потребность быть любимой, быть признанной, значимой, ценной. И эти глобальные потребности реализуется через:
- стремление стать совершенной, что воспринимается как эквивалент успешности в социуме (не зря анорексию называют «болезнью отличниц»)
- нежелание взросльеть, стремление сохранить свое тело «детским».
- У каждой больной проявление этих потребностей может принимать индивидуальную форму.

Если «зажечь свет»

- За страхом набора веса и желанием быть совершенной стоят социальные страхи:
- страх быть отвергнутой
- страх осуждения
- страх брать на себя ответственность
- В процессе работы с моими клиентами я обнаруживала самые разные хитросплетения потребностей и страхов:
- потребность наказывать себя (связана с ненавистью к себе, с наказаниями в детстве и детской верой в то, что наказания исправляют человека)
- потребность чувствовать больше безопасности, защищенности, поддержки через более снисходительное отношение к себе окружающих как к «ребенку» (связана с неуверенностью в себе и добром отношении людей)
- Страх стать взрослой, влюбиться, потерять контроль и оказаться в разрушительных отношениях (связан с дисфункциональными отношениями в семье и рассказами матери о негативных сторонах влюбленности как проявления потери контроля)
- страх тяжелой беременности (связано с наблюдением тяжелого протекания беременности у матери) и т.д..

Почему вес, а не нос?

Когда я только начинала работать с клиентками, страдающими РПП, я удивлялась, почему девушек не расстраивает, скажем, форма носа, разрез глаз или размер обуви? Казалось бы, ведь и эти особенности могут показаться несовершенными их критически настроенному обладателю! Но нет, их беспокоит именно вес и толщина, причем главным образом - толщина бедер! Почему? Кто угадает?

Страх выглядеть «слабовольной»

- Эти девушки считают (и тут они правы), что форма носа или размер обуви от них не зависит, и потому они не виноваты в их несовершенстве. А толщина бедер — зависит, и им кажется, что, если бедра «толстые», то окружающие будут обращать на это внимание и ОСУЖДАТЬ ЗА СЛАБОВОЛИЕ! Вот такая интересная фантазия!
- Для кого-то это звучит странно, но ценность контроля и сильной воли — одна из особенностей характера людей, склонных к развитию нервной анорексии, поэтому ничего удивительного тут нет.
- А на вопрос, почему так важна именно толщина бедер, мне еще предстоит найти ответ.

Негативное отношение окружающих — не всегда фантазия

Однако, иногда мысли о негативном отношении окружающих — отнюдь не фантазия!

Вот пример. Девушка с детства занималась спортом, поступила в спортивный колледж в другой город, куда переехала одна, без родителей, без друзей. Столкнулась с травлей со стороны тренера. Однокурсники с удовольствием присоединились. Родители не сразу поняли, что происходит, и не сразу разрешили уйти из колледжа.

- Результатом стало похудение до 29 кг при росте 157 см. Это почти смертельно!
- Ко мне девушка обратилась уже после начала лечения у психиатра с жалобой на «голос в голове», который по-прежнему заставлял вызывать рвоту. Симптом достаточно тревожный, наводящий на мысль о шизофрении. Но в данном случае это не было признаком шизофрении, «голос в голове» был просто субличностью, которая старалась защитить девочку от повторения травли, страха и унижения. Договориться с «голосом», чтобы он стал не тираном, а помощником, удалось в течение часа с помощью техник эмоционально-образной терапии.

От родителей зависит многое!

- Избегайте некорректных критических замечаний по поводу внешности и веса подростка!
- Не стоит делать акцент на том, что худой человек намного привлекательнее для окружающих и успешнее в социуме!
- Важно поддерживать ребенка при неудачах, хвалить за успехи, даже незначительные.
- Как бы вы порой ни злились на своего ребенка, говорите только о своих чувствах, избегайте слов, которые могут дать ему основание думать, что он «плохой»!
- Поощряйте детей делиться их чувствами и эмоциями, даже негативными, касающихся в частности и отношения к собственному телу.
- Необходимо с детства формировать здоровый подход к питанию и физическим упражнениям, учить заботиться о своем теле. Лучше всего это делать своим примером.
- Любые ограничения в питании должны быть оправданы, сбалансированы, проводятся под врачебным и родительским надзором.
- Избегайте использовать пищу в качестве награды или наказания.
- Важно расширять круг интересов и увлечений ребенка, развивать творческие навыки и умения.
- Полезно обучить ребенка видеть различия между реальностью и идеальной картинкой, транслируемой СМИ, где нередко худоба приравнивается к красоте, счастью и успеху
- Разговаривайте с подростком о жизненных ценностях!

Чего делать нельзя:

- Кричать на ребенка, ругать, отчитывать за то, что «плохо ест»
- Обзывать, критиковать, обвинять, оскорблять
- Применять любые виды наказаний за то, что «плохо ест» (физические — тем более)
- Насильно заставлять есть (причем не только при возникновении симптомов нервной анорексии, а вообще всегда)
- Пугать психиатром и «психушкой». Это огромное заблуждение — что, если «хорошо напугать», человек сразу выздоровеет!
- Чем больше давления, тем сильнее протест, тем сильнее проявления анорексии!

Что делать можно и нужно:

- Если подросток часто говорит о ненависти к себе и своему телу, о том, что считает себя «страшным» и «толстым», о желании похудеть при нормальном весе, это повод для безотлагательного обращения к психологу. Если там, где вы проживаете, нет возможности обратиться к психологу очно, сейчас можно получить помошь психолога дистанционно. Как минимум, можно порекомендовать подростку обратиться на сайт «Помощь рядом. РФ», где он сможет бесплатно получить психологическую помощь и поддержку.
- Если ребенок уже долгое время сильно ограничивает себя в питании, теряет вес, вызывает рвоту, применяет слабительные и мочегонное (или вы подозреваете это), то нужно немедленно обращаться к врачу! (педиатру, психиатру, эндокринологу, диетологу, но и помошь психолога остается актуальной, так как одно только медикаментозное лечение , без психотерапии, как правило, не эффективно).
- Недостаточно побудить больную больше есть! Насильственное кормление через зонд, которое практикуется в стационарах при тяжелой форме анорексии, хотя и помогает набрать вес, но не меняет отношения пациентки к себе и своему заболеванию. А без этого говорить об исцелении не приходится.
- Если вы живете в крупном городе, то там могу быть специализированные учреждения для лечения анорексии (в Москве недавно открылся ЦИРПП, но там лечение платное)
- Бесплатно врач-психиатр принимает в ПНД

Что почитать о нервной анорексии

- Ольга Федоровна Шипилова «АНА навсегда: исповедь отличницы. Анорексия длиною в жизнь»
- Жюстин «Этим утром я решила перестать есть»
- Елена Мотова «Мой лучший друг — желудок»
- Юлия Лапина «Тело, еда, секс и тревога: Что беспокоит современную женщину. Исследование клинического психолога»
- Джорджио Нардоне «В плену еды»(для психологов)

Контакты:

- Я рада буду помочь тем, кто нуждается в помощи психолога (как подросткам, так и взрослым)
- Мой адрес mmosina@mail.ru
- Номер в Вотсапе 8-926-538-31-34