

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

*Найденова Эльвира Васильевна,
врач-психиатр ЦПМПК*

Особый интерес к нервной анорексии возник в последние десятилетия, что обусловлено ее все большим распространением - «60-е годы стали настоящим бумом для больных этого рода». Анорексию в 1960-х гг. называли синдромом Твигги (именем известной в то время модели, которая голоданием довела себя до клинической смерти), позже - синдромом Барби. «Аноректический взрыв в популяции» W. Baeyer (1965) прямо или косвенно связывает с «эмансипацией женщин», включением их в производственную деятельность и широкую сферу общения.

Пищевое поведение человека относится к инстинктивным формам деятельности, т.е. определяется врожденными потребностями. Его нарушения могут быть вызваны разными причинами. Расстройства пищевого поведения сложны, в них замешаны две группы нарушений. Первая из них непосредственно связана с едой и весом. Вторая затрагивает отношение к себе и взаимоотношения с окружающими.

W. Baeyer (1965) считает, что нервная анорексия принадлежит к кругу заболеваний, «характерных для определенного века, определенного культурного уровня». Отличительной чертой нервной анорексии является статистика смертности пациентов с этой патологией.

В настоящее время в МКБ-10 (ICD-10) имеются следующие диагностические определения для описания нарушений пищевого поведения:

- F50.0 – нервная анорексия;
- F50.1 – атипичная нервная анорексия;
- F50.2 – нервная булимия;
- F50.3 – атипичная нервная булимия;
- F50.4 – переедание – реакция на дистресс;
- F50.5 – психогенная рвота;
- F98.2 – расстройство питания у младенцев;
- F98.3 – поедание несъедобного (пика).

Диагностика нервной анорексии осуществляется согласно международной классификации болезней (ICD-10) и ставится при наличии следующих показателей. Вес тела составляет менее 85% от принятой нормы или индекс массы тела – менее 17. Данный показатель высчитывается по формуле: вес (в килограммах) разделить на квадрат роста (в метрах).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

Нервная анорексия (anorexia nervosa) переводится с греческого как отсутствие позывов к еде, т.е. отсутствие аппетита, при наличии физиологической потребности в питании. Она характерна при сильных

психических нарушениях. Краткая анорексия практически не угрожает здоровью пациента (может наблюдаться при беспокойстве, хронических болях, повышении температуры тела, смене вкусов, часто сопровождающих взросление или старение). Однако при длительной анорексии снижается сопротивляемость организма и повышается восприимчивость его к различным заболеваниям. Хроническая анорексия может вылиться в опасное для жизни истощение. Это заболевание, характеризующееся частичным или полным отказом от пищи, чаще диагностируется у девочек-подростков и юных девушек (весьма редко у мужчин этого же возраста) и выражающееся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном стремлении к похуданию, нередко достигающему выраженной кахексии с возможным летальным исходом.

Специалисты выделяют несколько видов анорексии:

- первичная анорексия характеризуется отсутствием чувства голода, связанного с неврологией, гормональными нарушениями или злокачественными опухолями;
- нервная анорексия - ограничение или отказ от еды, связанный с желанием похудеть;
- психическая анорексия - отсутствие аппетита из-за психиатрических расстройств (депрессия, мания отравления); лекарственная анорексия наступает в результате приема подавляющих аппетит препаратов, антидепрессантов, психостимуляторов.

Чаще всего больным ставят диагноз «нервная анорексия». Нервная анорексия обычно тесно связана с дисморфоманией - болезненной убежденностью в каком-либо мнимом или чрезвычайно переоцениваемом недостатке собственной внешности и очень упорным стремлением этот «недостаток» исправить. Для больных с болезненными мыслями об «излишней полноте» методом такой «коррекции» является стремление «худеть любым путем». Мотивом такого поведения, обычно тщательно диссимулируемого, является болезненная убежденность в собственной излишней («безобразной», «уродливой», «неэстетичной») полноте всего тела или отдельных его частей. Этиология нервной анорексии представлена сочетанием психологических, биологических и преморбидный период часто можно выявить тревожные расстройства, которые иногда сопровождаются серьезными аффективными состояниями (например, депрессией). Установить точные причины анорексии сложно, но наиболее вероятно, что ее вызывает множество факторов. Таким образом, становится очевидным, что не существует одной причины, которая может повлиять на возникновение анорексии. В настоящее время рассматриваются следующие основные факторы риска развития анорексии.

Генетические факторы. Стремление к худобе и навязчивость наиболее тесно связаны с нервной анорексией. Исследования по изучению связей сфокусированы на изучении генов, имеющих отношение к специфическим нейробиохимическим факторам пищевого поведения. Ген мозгового нейротрофического фактора (BDNF) также задействован как ген

восприимчивости к нервной анорексии. Этот белок участвует в регулировании пищевого поведения на уровне гипоталамуса, в том числе и в регулировании уровня серотонина, снижение которого вызывает депрессию. Генетическая уязвимость, вероятно, заключается в предрасположенности к определенному социальным факторам. В психологическом профиле больных в типе личности к психическому расстройству (аффективное расстройство или тревожное расстройство) или к дисфункции нейромедиаторных систем. Следовательно, генетическая предрасположенность и уязвимость могут проявиться в неблагоприятных условиях, например при неправильной диете или после эмоционального стресса.

Социальные факторы. Анорексия стала очень модной и активно пропагандируется в средствах массовой информации. Худоба сейчас - признак успешности, признак того, что ты можешь контролировать свои поступки и благодаря этому чего-то добиться. В медицинских кругах распространено следующее определение анорексии: синдром Барби - добровольный отказ от пищи. Еще раньше он получил название синдрома Твигги - по имени экстравагантной модели, которая голоданием довела себя до клинической смерти. О массовости распространения анорексии говорить пока рано, но очевидно, что использование строгих диет, мочегонных средств, провокация рвоты после приема пищи или изнурительные физические нагрузки - распространенная мировая практика борьбы с неудовлетворенностью своей внешностью.

Психологические факторы. В психоаналитической феноменологии анорексии отказ от пищи выглядит всего лишь как средство. Целью выступает определенное желание, структурированное на сознательном и бессознательном уровнях. Сознательно - это стремление соответствовать определенному идеалу, который зачастую есть не что иное, как конвенционально навязанный масс-медиа образ женственности. Бессознательное желание и несформулированные цели выглядят, скорее, как отказ от женственности и выражение внутреннего протеста на фоне четких психологических расстройств. Психоаналитическое наблюдение показывает, что особыми факторами при анорексии являются бессознательные агрессивные импульсы к обладанию, такие как зависть и ревность. Эти импульсы, если они подавляются совестью, могут вести к тяжелым нарушениям аппетита. Кроме того, нервной анорексии может предшествовать крайний интерес к пище, достигающий даже до булимии. Так, по некоторым оценкам, риск развития нервной анорексии при депрессии увеличивается в 2,2 раза, при фобиях - в 2,4 раза, а при алкогольной зависимости - в 3,2 раза.

Биологические факторы - избыточная масса тела и раннее наступление первой менструации. Кроме того, причина заболевания может крыться в дисфункции регулирующих пищевое поведение нейромедиаторов, таких как серотонин, дофамин, норадреналин. Исследования наглядно продемонстрировали дисфункцию всех трех указанных выше медиаторов у пациентов с расстройствами пищевого поведения.

Семейные факторы - больше шансов возникновения расстройства пище-

вого поведения у тех, кто имеет родственников или близких, страдающих нервной анорексией, нервной булимией или ожирением. При наличии члена семьи или родственника, страдающего депрессией, злоупотреблением алкоголем или наркотиками или зависимостью от них, также повышается риск возникновения расстройства.

Личностные факторы - к психологическим факторам риска относятся перфекционистски-обсессивный тип личности, особенно для ограничительного типа нервной анорексии. Низкая самооценка, чувство собственной неполноценности, неуверенности и несоответствия требованиям являются факторами риска развития нервной анорексии. Худоба рассматривается как путь к успеху. И выбор делается именно в ее пользу, так как этот путь требует наименьших усилий: достаточно просто перестать есть. Не надо учиться или работать.

Культуральные факторы. К ним относятся: проживание в индустриально развитой стране и акцент на стройности (худобе) как главном признаке женской красоты. Стрессовые события, такие как смерть близкого родственника или друга, сексуальное или физическое насилие, также могут быть факторами риска развития расстройства пищевого поведения.

Возрастной фактор. С точки зрения психологов отечественной психологической школы возраст является одним из важнейших условий, определяющих предрасположенность к нервной анорексии. Группой риска является подростковый и юношеский возраст. В последние десятилетия наметилась динамика снижения возраста манифестации заболевания. Относительно недавно нервная анорексия считалась исключительно женским заболеванием. Однако, как выяснилось в последние годы, подобным расстройством страдают и мальчики препубертатного возраста. Правда, гораздо реже - примерно в 5 % случаев. Остальные же 95 % случаев приходятся на девочек и женщин в возрасте от 12 до 30 лет, как правило, из материально благополучных семей. Причем пик заболеваемости приходится на 13-14 и 17-19 лет. В школе такие дети отличаются прекрасной успеваемостью. Нередко они чуть-чуть полноваты и из-за насмешек сверстников решают придерживаться диеты, а когда начинают худеть, то отрицают это.

Антропологические факторы. С точки зрения доктора медицинских наук, психофизиолога Вадима Ротенберга, нервная анорексия связана с поисковой активностью человека.

Органические факторы. К развитию анорексии может приводить нарушение одного или нескольких механизмов:

- **наркотическая зависимость от чувства голода.** Опиаты (вещества, подобные морфию), выделяемые в состоянии голода и пониженного веса тела, усиливают выработку дофамина в центре голода, расположенном в коре головного мозга;
- **влияние катехоламинов.** Известно, что в процессе размножения и дифференцирования кровяных клеток в организме выделяются специфические вещества, факторы роста, которые называют колониестимулирующими факторами (CSF). У них высок уровень кате-

холаминов (среди них адреналин, норадреналин). Предполагается, что их повышенный уровень служит пусковым моментом для развития болезни;

- **повышение секреции серотонина** (серотонин подавляет чувство голода);
- **генетический компонент:** у однойяцевых близнецов отмечается 40-50 %-ная вероятность развития болезни у обоих.

В настоящее время к факторам риска нервной анорексии относят следующие:

- женский пол;
- нарушения питания в семейном анамнезе;
- перфекционалистическую личность;
- трудности в преодолении отрицательных эмоций;
- трудности в улаживании конфликтов;
- низкую самооценку.

Типы нервной анорексии:

1. Ограничивающий тип.

При этом типе нервной анорексии у больного не наблюдается регулярных эпизодов переедания и «очищения» (т. е. вызывания рвоты или злоупотребления слабительными средствами, диуретиками либо клизмами).

2. Тип с перееданием и «очищением». При данном эпизоде анорексии больной регулярно практикует переедание с дальнейшим очищением (т. е. провоцирует рвоту или злоупотребляет слабительными средствами, диуретиками или клизмами).

КЛИНИКА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ.

Термин «анорексия», который буквально означает отсутствие аппетита, в целом неправильный, поскольку такие пациенты в действительности страдают от голода, а их мысли постоянно заняты едой. Больные анорексией могут готовить изысканные блюда для других, создавать запасы пищи, устраивать странные ритуалы, которыми сопровождают свой процесс приема пищи. Это в определенной степени напоминает поведение лиц с обсессивно-компульсивными расстройствами, к тому же такие странности часто не ограничиваются пищей. Как правило, больные нервной анорексией скрывают свои привычки, касающиеся питания, в большой тайне, а попытки выявить в этой сфере проблемы наталкиваются на неистовый отпор. Часто они носят одежду большего, чем нужно, размера, чтобы не было заметно их похудение, или отказываются от совместного приема пищи. Пациентов подросткового возраста в большинстве случаев приводят к врачу родители в связи с тем, что их состояние и поведение вызывают беспокойство, или же больные обращаются по своей инициативе с жалобами на недомогание, усталость, головную боль, головокружение, желудочные расстройства, запоры, стрессовое состояние либо депрессию. При обследовании больных с такими жалобами всегда следует помнить о возможных нарушениях питания, поскольку они, как правило, отрицают наличие проблем с приемом пищи и отвергают какие-либо вмешательства, направленные на выявление

анорексии. Различают следующие периоды (стадии) заболевания при нервной анорексии.

Дисморфоманический период - преобладают мысли о собственной неполноценности и ущербности в связи с мнимой полнотой. Характерно подавленное настроение, тревога, длительное рассматривание себя в зеркале. В этот период возникают первые попытки ограничивать себя в еде, поиск идеальной диеты. Мысли об излишней полноте могут быть либо сверхценными, либо бредовыми. Этот период нервной анорексии длится от 2 до 4 лет.

Анорексический период возникает на фоне стойкого голодания. Достигается снижение веса 20-50 %, что сопровождается эйфорией и ужесточением диеты, «чтобы похудеть еще больше». При этом больной активно убеждает себя и окружающих в отсутствии у него аппетита и изнуряет себя большими физическими нагрузками. Выраженными проявлениями потери массы тела становятся чрезмерная слабость, головокружения, повреждение кровеносных сосудов на лице, одутловатость щек, уменьшение пульса и артериального давления. Из-за искаженного восприятия своего тела больные недооценивают степень похудения, игнорируют голод, худобу, слабость. Все мысли у больных сосредоточены на еде, больные любят угощать других блюдами собственного приготовления. Если в силу обстоятельств или во время еды больные съедают больше обычного, они как можно скорее вызывают рвоту, иногда прямо в общественном туалете.

Искусственно вызываемая рвота у ряда больных может сопровождаться приступами булимии. Объем циркулирующей в организме жидкости уменьшается, что вызывает гипотонию и брадикардию. Это состояние сопровождается зябкостью, сухостью кожи и аллопецией. Еще один клинический признак - прекращение менструального цикла у женщин и снижение полового влечения и сперматогенеза у мужчин. Также нарушается функция надпочечников вплоть до надпочечниковой недостаточности. Жировая прослойка не определяется, кости проступают сквозь кожу. Интересно, что ткань молочных желез у многих больных сохранна. Кожа сухая, шелушащаяся, часто имеет желтое окрашивание вследствие каротинемии (особенно заметна желтизна ладоней). Усилен рост волос на теле (как правило, это пушковое оволосение, но встречается и грубый гирсутизм). На этом этапе важное место в клинической картине заболевания занимают ипохондрические расстройства - вторичные гастроэнтероколиты, гастроэнтероптоз, развивающиеся результате ограничения в еде или неправильного пищевого поведения, сопровождаются болями в области желудка и по ходу кишечника после приема пищи, упорными запорами. Происходит фиксация больных на неприятных ощущениях в желудочно-кишечном тракте. Типичный для этого этапа нервной анорексии страх перед едой обусловлен не только боязнью поправиться, но и возможностью появления тягостных и болевых ощущений в эпигастральной области. На этом этапе нервная анорексия приобретает клиническую завершенность, заостряются имеющиеся до заболевания психопатические черты характера.

Кахексический период - период необратимой дистрофии внутренних органов. Наступает через 1,5-2 года. В этот период снижение веса достигает 50 % и более от своей массы. При этом возникают безбелковые отеки, у больных полностью исчезает подкожная жировая клетчатка. Нарастают дистрофические изменения кожи и мышц, развивается миокардиодистрофия, нарушается водно-электролитный баланс, резко снижается уровень калия в организме. Данный этап, как правило, необратим. Дистрофические изменения приводят к необратимому угнетению функций всех систем и органов и смерти. В период выраженной кахексии больные полностью утрачивают критическое отношение к своему состоянию и по-прежнему продолжают упорно отказываться от еды. Будучи крайне истощенными, они нередко утверждают, что у них имеется избыточная масса тела. Иными словами, имеется бредовое отношение к своей внешности, в основе чего лежит нарушение восприятий собственного тела.

Период редукции нервной анорексии - при своевременном и адекватном лечении происходит постепенное восстановление нарушенного психосоматического и питательного статуса.

ЛЕЧЕНИЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ.

Не существует универсального и эффективного лекарства против анорексии. Так, раньше в лечении анорексии широко применялись такие методы терапии, как гормонотерапия, инсулинотерапия, электросудорожная терапия, ударные дозы нейролептиков, психотерапия, включая различные варианты психоанализа. В последние годы, однако, выявился более дифференцированный подход к лечению различных вариантов нервной анорексии: стали широко использовать антидепрессанты для лечения как «классической» нервной анорексии, так и ее булимического варианта. Лечение анорексии направлено на достижение подъема веса до показателей, максимально близких к идеальным и составляющих 95 % от нормы. Это позволяет исправить большинство физиологических и ментальных отклонений в организме, восстановить менструальный цикл (или привести к началу месячных, если речь идет о девочках более раннего возраста), организовать нормальный процесс питания, исключив тем самым вредные привычки, характерные для анорексии, возвращение к функционированию в рамках семьи и общества и предупреждение рецидивов заболевания.

В легких случаях лечение анорексии может быть амбулаторным, но чаще больных приходится госпитализировать из-за резкого истощения. Лечение нервной анорексии состоит в профилактике и лечении серьезных осложнений этого состояния. Как правило, терапевтическая тактика базируется на комплексном подходе, предусматривающем психотерапию, формирование навыков здорового питания, а при необходимости также медикаментозное лечение. Госпитализируют лишь пациентов с риском соматических либо психических осложнений. Нельзя допускать, чтобы пациенты воспринимали госпитализацию как наказание. Все мероприятия, которые необходимо провести в стационаре, следует заранее обсудить с больным и его семьей.

Элементами дискуссии является выработка здоровых навыков питания, обсуждение базисных внутренних конфликтов (как, например, низкая самооценка, возможности формирования новых стратегий поведения и т. п.) и поощрение усовершенствования стиля общения. Ведущим методом лечения больных с нервной анорексией на фоне выраженной недостаточности питания и дефицитом или дисбалансом макро- и микронутриентов, вызывающим функциональные, морфологические и энергетические расстройства и нарушения гомеостаза, является, с одной стороны, сочетание медикаментозной терапии с различными видами психотерапии, с другой стороны, подбор адекватного индивидуального рациона питания для каждого этапа медицинской реабилитации больного с нервной анорексией.

Лечение нервной анорексии требует дифференцированного, индивидуализированного (персоналицированного), этапного подхода к лечению и зависит во многом от индивидуальных обстоятельств и наличия различных симптомов анорексии, но в целом должно быть направлено:

- на возвращение пациента к нормальному весу;
- нормализацию самостоятельного приема пищи;
- устранение физических нарушений, возникших в результате анорексии;
- психологическую коррекцию нездорового отношения к приему пищи;
- формирование адекватного восприятия собственной внешности;
- организацию поддержки со стороны родственников.

В лечении анорексии традиционно различают два этапа.

Этап первый - неспецифический (диагностический). Лечение на этом этапе предусматривает:

- улучшение физического состояния больного. Для этого после тщательного обследования терапевтом или диетологом состояния пищевого (нутриентного) статуса больным анорексией назначают, как правило, высококалорийную диету с 6-8-разовым режимом приема пищи и щадящим вариантом кулинарной обработки. В соответствии с приказом Минздрава России от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» используемые виды нутритивной поддержки включают: парентеральное питание, энтеральное питание, систему стандартных диет и лечебное питание с применением смесей энтерального питания. (Несомненно, что целью лечения в данной ситуации должно быть возвращение к норме состава органов и тканей организма, что требует наличия соответствующего метаболического механизма).

- на этом этапе больные получают общеукрепляющие средства, витамины, кровезаменители, им назначается постельный режим;
- для преодоления отказа от еды назначают инсулин, который усиливает аппетит и ферментные препараты (Креон, Эрмиталь, Мезим форте и т.п.), для лучшего усвоения белка на фоне снижения внешнесекреторной

функции поджелудочной железы у больных с анорексией. Через несколько недель «неспецифического» лечения анорексии достигается повышение массы тела. Считается, что прибавка веса в 2-4 кг в течение 4 недель является оптимальной.

Лечебное питание больных нервной анорексией составляет важную часть их комплексного лечения и направлено прежде всего на нормализацию водно-солевого, электролитного, углеводного, жирового и белкового обмена. Организация адекватного, персонифицированного питания больных с нервной анорексией требует внимания ко многим сферам. Важное значение для составления оптимальной персонифицированной программы питания на начальном этапе лечения отводится тщательному изучению пищевого статуса больного и контроль над возобновлением питания в контексте его культурных, этических и религиозных истоков.

Этап второй - специфический (лечебный). Лечение на этом этапе предусматривает:

- перевод больных на общий режим. К продолжающейся общеукрепляющей терапии добавляют мягкие транквилизаторы и антидепрессанты; присоединяется рациональная психотерапия (объяснение вреда голодания, ценностная переориентация), в отдельных случаях

эффективен гипноз. Следует учитывать личностные особенности больного и хвалить пациента за соблюдение процедур, желание сотрудничать с врачом;

- для устранения неприятных ощущений в теле можно применять сеансы аутогенной тренировки;

- групповая поведенческая психотерапия служит на данном этапе основой положительного результата и направлена на устранение эмоциональных нарушений, связанных с приемами пищи, коррекцию пищевого поведения, формирование правильного отношения к своей внешности;

- для успеха терапии очень важна работа с родственниками, призванными создавать правильный режим для больных и осуществлять контроль за их лечением.

Нервная анорексия (неважно под каким «соусом» она проходит: страсть к диете, нежелание быть женщиной, либо как-то иначе) стала в массовых масштабах встречаться лишь тогда, когда люди стали жить хорошо. Не зря в народе говорят: «С жиру бесится». Но в случаях психического заболевания, принявшего аноректический сюжет (содержание бреда ведь может быть каким угодно — но всегда то, чем живут здоровые люди), от него можно и умереть, если вовремя не госпитализироваться в стационар.

Нервная анорексия лечится только медиками, однако роль родителей и педагогов здесь велика: ведь именно им приходится чаще всего сталкиваться с детьми, заболевшими этим расстройством. Поэтому очень важно, чтобы

родители и педагоги были ориентированы в проявлениях этого расстройства и оказывали своевременную помощь. Только союз врачей, педагогов и родителей может помочь тем, кто обнаруживает признаки патологически протекающего пубертатного криза там, где патологии нет, а имеется возрастное заострение черт характера, надо набраться терпения и постепенно перевоспитывать такого подростка, учить его критически относиться к себе, быть более мягким, терпимым и сдержанным.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Асатиани Н.М. Некоторые особенности клиники и патогенеза неврозов навязчивых состояний и психастений. – В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. – Л., 1967.
2. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии. – М., 1986.
3. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. – Л., 1977.
4. Лакосина Н.Д. Динамика невротического развития. – В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. – Л., 1967.
5. Сергеев В.Н., Михайлов В.И., Тарасова Л.В. Формирование, клиника и лечение нервной анорексии // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2013. № 7. С.11-24.