Содержание

Введение

1. Пищевое поведение

2. Виды расстройств пищевого поведения

3. Диагностика нервных расстройств питания

4. Методы лечения нервных расстройств питания

5. Нервная анорексия

5.1 Возможные причины анорексии

5.2 Психологические признаки и особенности восприятия окружающего мира у больных нервной анорексией

5.3 Психологические проблемы больных страдающих нервной анорексией

Заключение

Список использованных источников

Введение

С каждым днем растет число заболеваний нарушения пищевого поведения. И анорексия, и булимия считаются психическими заболеваниями, природа их остается малопонятной, как природа и других душевных болезней, и они также плохо поддаются лечению.

От анорексии страдают где-то от 2 до 5 процентов подростков и молодых женщин; при отсутствии лечения смертность достигает почти 20 процентов. Считается, что еще 5 процентов страдают от булимии, но смертельных случаев она почти не дает. Женщины с нарушенными привычками питания могут страдать от ряда расстройств, начиная от расстройств сердечной деятельности и до аменореи, при которой прекращаются менструации, остеопороза, при котором происходит снижение плотности костей, обычно развивающееся у женщин после менопаузы.

Приведем в качестве примера анорексию. Медики считают, что в цивилизованных странах от анорексии страдают примерно 2-5% девушек и молодых женщин. И что самое печальное – цифры эти ежегодно растут. Девушки заболевают чаще юношей; соотношение мужчин и женщин 1:10. Хотя в последнее время участились случаи заболевания и среди мужчин. Врачи утверждают, что в целом число больных в последние десятилетия увеличилось — они называют это "анорексическим взрывом в популяции".

Все приведенные выше факты говорят об актуальности выбранной темы исследования.

Цель данной курсовой работы проанализировать психологические аспекты нарушения пищевого поведения.

1. Пищевое поведение

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2005). Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Пищевое поведение определяют не только потребности, но и полученные в прошлом знания. Хотя потребность в энергии и создает такое биологическое влечение, как чувство голода, на конкретное поведение (что человек будет есть) влияют сформировавшиеся привычки и стратегии мышления (Фрэнкин, 2003).

Биологические потребности с учетом индивидуального опыта и конкретных условий относятся к физиологическим потребностям. С ними тесно связаны привычки — сформированные в процессе развития стереотипные действия высокой степени прочности и автоматизации (Шостак, Лытаев, 1999). Пищевые привычки определяются традициями семьи и общества, религиозными представлениями, жизненным опытом, советами врачей, модой (Конышев, 1985), экономическими и личностными причинами.

Хотя питание, безусловно, является физиологической потребностью, психологическая мотивация также влияет на пищевое поведение — как здоровое, так и патологическое. Например, потребность поесть может быть вызвана не только желанием "накормить себя", но и положительными (например, счастье) и отрицательными (например, злость, депрессия) эмоциями. Не последнюю роль играют внутренние социальные установки, нормы и ожидания в отношении потребления пищи.

Ожирение возникает в результате воздействия множества разнообразных психологических факторов, среди которых чаще встречаются следующие:

* Фрустрация при утрате объекта любви. Например, ожирение, чаще у женщин, после смерти супруга, разлуки с сексуальным партнером или даже после ухода из родительского дома ("пансионное ожирение"). Известно, что утрата близкого человека может сопровождаться подавленностью и одновременно — повышением аппетита ("заесть горькую пилюлю"). Дети часто реагируют повышенным аппетитом на рождение младшего ребенка в семье.
* Общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты могут стать поводом к импульсивному перееданию.
* Ситуации, требующие особых усилий и повышенного напряжения (например, подготовка к экзаменам, профессиональные перегрузки), пробуждают у многих людей повышенные оральные потребности, которые приводят к усиленному потреблению пищи или курению.

Во всех этих ситуациях еда играет роль заместителя удовлетворения. Она укрепляет связи, создает ощущение безопасности, ослабляет боль, чувство утраты и разочарования; еще в детстве многие люди усвоили, что при боли, болезни или потерях им дают сладости для утешения, этот опыт может стать основой для неосознанных психосоматических реакций у взрослого.

Необходимо также отметить социальное значение еды. Питание человека с самого рождения связано с межличностным общением. Впоследствии еда становится неотъемлемой частью процесса общения, социализации: празднования различных событий, установления и формирования деловых и дружеских взаимоотношений. В свою очередь, традиции, пищевые привычки отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность, а также семейное воспитание в сфере пищевого поведения.

При анализе психосоциальных аспектов ожирения выделяют следующие функции пищевого поведения: поддержание гомеостаза, релаксация, получение удовольствия, коммуникация, самоутверждение (оно связано с представлением о престижности пищи и "солидной" внешности), познание, поддержание ритуала или привычки, компенсация, награда, защита и удовлетворение эстетической потребности (Креславский, 1981).

Таким образом, пищевое поведение человека направлено на удовлетворение не только биологических и физиологических, но также психологических и социальных потребностей.

Была разработана современная концепция накопления избыточного веса, не только объясняющая причины трудностей в похудении, но и дающая реальный шанс с легкостью снизить вес и сохранить вожделенную стройность. Это так называемая биопсихосоциальная модель. В соответствии с перечисленными функциями еды в ней выделяется три группы причин, приводящих к лишним килограммам :

Во-первых, физиология организма, или биологические причины: малоподвижный образ жизни, наследственная предрасположенность, состояние энергетического обмена. Далее мы подробно рассмотрим взаимосвязь обменных процессов с душевным состоянием, пока же только подчеркнем, что биологическая составляющая избыточного веса во многом зависит от составляющей психологической.

Во-вторых, причины психологические. Сейчас же коротко напомним, что психологические причины характеризуются двумя моментами.

1. Психологическая зависимость от пищи, когда еда используется для коррекции настроения, подобно алкоголю или никотину. И если мужчинам свойственно "заливать" горе или скуку спиртным, то для женщин наиболее социально приемлемый способ "утешиться" \_ это возможность переплавить свои негативные эмоции в жир. Торты и шоколадки повышают настроение, не вызывая порицания со стороны общества.

2. Так называемая гиперфагическая (греч. hyper-phagia, гипер+ phagein— есть, поедать, пожирать) реакция на стресс, когда пища используется во время или после стресса. В этом случае переедание своего рода предмет "забавы", стремление заслониться от реальности. Но делать вывод о полноценном антистрессовом эффекте преждевременно, поскольку в этом случае создается лишь видимость душевного благополучия. Проблема, не находя решения, "загоняется вглубь" и периодически дает о себе знать.

Третья группа причин избыточного веса — это социум. Иными словами, использование пищи и, вследствие этого, переедание для улучшения общения с близкими, друзьями, коллегами. В данном случае лишние килограммы могут быть и результатом воспитания в чересчур хлебосольной семье, и следствием привычки расслабляться в дружеской компании за столом, ломящимся от яств, и средством общения в рабочем коллективе.

2. Виды расстройств пищевого поведения

К расстройствам пищевого поведения относят нервную анорексия, нервную булимию, компульсивное переедание, патологическое срыгивание.

По данным западных психиатров расстройствами пищевого поведения страдает 4% женщин в возрасте от 14 до 20 лет. У мужчин такие расстройства встречаются значительно реже.

В подростковом возрасте часто отмечается повышенное внимание к своей внешности, а также мнению окружающих о ней. Большое значение имеют принятые в обществе стандарты красоты, которые во второй половине XX века можно определить как хрупкую, воздушную, грациозную фигурку. Нет ничего плохого в том, что девушка следит за своим весом, если это не выходит за границы нормы. Но иногда лишь слегка избыточный вес или просто лицо с широкими скулами вызывают болезненное отношение к "своему дефекту": снижается настроение, появляется ощущение, что окружающие замечают это "уродство" и подсмеиваются, обмениваются многозначительными взглядами. То есть развивается дисморфофобический синдром - болезненное переживание своего "физического недостатка". Тогда начинаются поиски наиболее приемлемого для себя способа похудания, при этом болезненная борьба с лишним весом может принимать различные формы.

А. Нервная анорексия.

Психиатры ставят этот диагноз, когда пациент весит по крайней мере на 15 % ниже нормы. Стараясь снизить вес, больные усиленно занимаются физическими упражнениями, стремятся постоянно быть на ногах, полагая, что это увеличит расход энергии. Одновременно они начинают упорно ограничивать себя в приеме пищи, несмотря на испытываемое чувство голода. Чтобы избежать конфликтов с родителями из-за недостаточного приема пищи, пациенты создают видимость нормального питания, например, незаметно прячут, а потом выбрасывают "съедаемую" пищу. Некоторые используют для похудания слабительные и мочегонные средства, вызывают рвоту, применяют различные пищевые добавки для снижения веса. Стойкое и активное ограничение в еде приводит к существенному падению веса тела, дистрофическим изменениям наиболее важных жизненных органов, соматоэндокринным расстройствам, кахексии. Наиболее тяжелые случаи нервной анорексии могут привести к летальному исходу.

При потере веса развивается аменорея (прекращаются месячные). Физическая активность постепенно снижается, больные меньше двигаются, больше лежат. Развиваются дистрофические изменения кожи, мышц, внутренних органов. Больные выглядят бледными и истощенными, снижается артериальное давление и температура, появляются признаки анемии, регистрируется значительное снижение сахара крови, нарушается деятельность желудочно-кишечного тракта. Ничего не понимающие обеспокоенные родители часто приглашают терапевтов или гинекологов, и поскольку больные тщательно скрывают истинные причины голодания, а вторичные эндокринные расстройства весьма выражены, здесь возможны диагностические ошибки. Между тем, в таких случаях нужно срочно вызывать психиатра. Чем раньше он начнет лечение, тем меньше опасность развития необратимых осложнений.

Б. Нервная булимия.

Она может сопровождать нервную анорексию, но может возникнуть и самостоятельно. Пациенты с нервной булимией следят за своим весом, много занимаются физкультурой, регулярно соблюдают диету, но по крайней мере два раза в неделю у них возникают приступы обжорства. За короткое время они могут съесть огромное количество высококалорийной пищи, при этом часто буквально заглатывают еду, не прожевывая ее и не чувствуя вкуса. Их "кутежи" заканчиваются, когда от переедания начинает болеть живот, и тогда жертва болезни пытается вызвать рвоту или использует большое количество слабительных или мочегонных средства. Такой цикл может повторяться несколько раз в неделю, а в тяжелых случаях несколько раз в день. Друзья и родственники могут и не знать, что близкий им человек страдает этим расстройством, потому что пируют такие пациенты, как правило, в одиночку. В отличие от пациентов, страдающих нервной анорексией, они не теряют вес так быстро, они могут весить чуть меньше или даже чуть больше нормы для их роста, но их соматическое состояние ухудшается. У тех больных, которые прибегают к рвоте, слизистая горла, зубы, пищевод постоянно подвергаются воздействию кислого желудочного содержимого. За счет этого горло часто покрасневшее, распухают слюнные железы и лицо выглядит припухшим, даже полнее чем обычно, портятся зубы, воспаляется слизистая. У больных нарушается деятельность поджелудочной железы, которая приводит к гипогликемии. У тех, кто злоупотребляет слабительными и мочегонными средствами, возникают проблемы с кишечником или почками. Поскольку организм не получает необходимых для нормальной жизнедеятельности веществ, нарушается электролитный баланс, а в далеко зашедших случаях развивается обезвоживание, истощение и все те изменения внутренних органов, о которых мы говорили при нервной анорексии.

Расстройства пищевого поведения ясно иллюстрируют связь между психическим и физическим здоровьем. Психические нарушения при нервной анорексии и нервной булимии непосредственно влияют на физическое здоровье пациента, приводят к серьезным нарушениям соматического состояния пациента. Возникающие при нервной анорексии истощение организма и снижение иммунитета способствуют развитию инфекционных заболеваний (туберкулез, пневмония), которые могут приводить к смертельным исходам. Частота смертельных случаев при нервной анорексии превышает 20 %. Поэтому так важно как можно раньше начать лечение. Инициативу должны проявить близкие заболевшего, потому что сами пациенты к врачу не обращаются или обращаются очень поздно при возникновении серьезных осложнений со здоровьем.

Если подростки без видимой причины начинают отказываться от еды, жалуются на снижение аппетита, активно занимаются физическими упражнениями, чересчур активны и заметно теряют в весе, родители должны своевременно обратить на это внимание и организовать тщательное соматическое и психиатрическое обследование.

В. Компульсивное переедание

Некоторые подростки с приступами обжорства к разгрузке не прибегают, но многие из них потом всю жизнь упорно борются с избыточным весом. Этот синдром называют по-разному: булимия, нервная булимия без разгрузок. Он аналогичен нервной булимии, за исключением осложнений, связанных с разгрузками. Как и при нервной булимии, приступы обжорства чередуются с периодами самоограничения в еде. Психопатологическая симптоматика этих двух заболеваний тоже сходна, однако больные с компульсивным перееданием обращаются к врачу позже, обычно с намерением похудеть. Их чаще можно видеть в соматических клиниках, чем в психиатрических.

Распространенность компульсивного переедания - 2%. Однако у лиц с ожирением приступы обжорства отмечаются в четверти или даже в трети случаев, и частота их возрастает вместе со степенью ожирения. Поэтому можно полагать, что приступы обжорства - фактор риска ожирения и что у немалой части тучных людей имеется расстройство пищевого влечения. Приступы обжорства затрудняют лечение ожирения, подтачивают веру больного в свои силы. Кроме того, при ожирении с приступами обжорства риск осложнений еще выше, чем при простом ожирении. Так, частые колебания веса - независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, а приступы обжорства, очевидно, способствуют таким колебаниям.

Приступы обжорства у тучных людей поддаются и лечению антидепрессантами, и психотерапии. Поэтому эти методы можно использовать как дополнение к терапии ожирения, хотя эффективность такой сочетанной терапии пока не изучена.

Г. Патологическое срыгивание.

Это довольно редкое, но опасное для жизни заболевание, которым страдают в основном грудные дети. Характерна ранняя задержка развития в сочетании со срыгиванием. Складывается впечатление, что ребенок "научился" срыгивать, чтобы дважды получить удовольствие от вкуса молока. Однако молоко при этом вытекает изо рта, и в результате ребенок остается недокормленным. Этиология патологического срыгивания неизвестна. Замечено, однако, что у матерей таких детей родительские чувства часто бывают слабо развитыми и они не уделяют ребенку должного внимания.

3. Диагностика нервных расстройств питания

Индустрия кино привнесла в нашу жизнь определенные идеалы красоты: стремление иметь стройную фигуру, быть непременно похожими на топ-моделей и звезд эстрады. Не удивительно, что молодые девушки, еще не нашедшие своего места в жизни и не достигшие желаемых целей, во всем обвиняют свою внешность. Резкое изменение имиджа в виде сброшенных килограммов может казаться ответом на все вопросы. К сожалению, изнурительные диеты в конце концов приведут к заболеванию, которое будет контролировать каждую минуту, каждый шаг своей жертвы. В результате научных исследований было отмечено, что риск развития булимии и анорексии не связан с социальным статусом, уровнем доходов, профессией, образованием и характером жертвы. Психологи отмечают, что наиболее подвержены заболеванию женщины с низким уровнем самооценки. Они импульсивны и часто жалуются на отсутствие контроля над своей жизнью. Ученые указывают на большую роль наследственного фактора в возникновении заболевания.

У пациенток с данным диагнозом обычно наблюдаются различные фобии, приступы паники, страха и склонность к алкоголизму. 50% таких женщин страдают от постоянных депрессий.

Согласно полученным данным, вероятность стать жертвой нервного расстройства питания возрастает в 2,2 раза у женщин, страдающих депрессиями; в 2,4 раза – фобиями; вероятность агрессивного развития заболевания возрастает в 3,2 раза у пациенток с алкогольной зависимостью.

Верный диагноз должен быть поставлен еще до возникновения заболевания как неизбежного факта. Врач обязан отреагировать на любые отклонения, связанные с контролем веса: навязчивое желание похудеть, изматывающие тренировки, болезненное восприятие своего тела. Совсем не обязательно ждать более серьезных симптомов резкого снижения веса, прекращения месячных, истощения, резкой и хронической утомляемости, остановки или замедления полового развития, возрастания риска остеопороза.

Кроме очевидных симптомов существуют и такие, которые практически невозможно диагностировать до появления следующих признаков: недостаток витаминов, минералов, протеинов и калорий, баланс которых определяет развитие молодого организма.

Зачастую при установлении диагноза врачи руководствуются общими представлениями о заболевании, так называемыми "мифами". Рассмотрим наиболее укоренившиеся из них.

В действительности люди, страдающие булимией, анорексией невроза и приступами обжорства могут быть как полными, так и "щепками".

Диагноз не имеет ничего общего с размерами и массой тела, диагноз вытекает из поведения и самооценки.

Люди, страдающие подобными заболеваниями, зачастую обвиняются в слабой воле, однако на самом деле, они пытаются решить вопрос самостоятельно, без посторонней помощи, хотя последняя будет им просто необходима в процессе выздоровления.

Несмотря на то, что перечисленные заболевания ассоциируются исключительно с женщинами, 35% среди жертв – мужчины, из них среднего возраста – 10% и 25% -- дети с диагнозом "булимия" и анорексия невроза.

Перечисленные заболевания достаточно серьезны и опасны, к ним нельзя относиться всего лишь как к последствию одного из видов диет. 15% пациентов с диагнозом "анорексия" погибают от недостатка пищи и необходимых организму элементов, приблизительно 1000 женщин ежегодно умирают от анорексии или булимии. Одна из десяти болезней заканчивается самоубийством, сердечным приступом или истощением.

Диагностические критерии для пациентов с нервно-психической булимией.

А. Рецидивирующие эпизоды поглощения огромного количества пищи, которые характеризуются:

1) употреблением очень большого количества продуктов, гораздо большего, чем поглощаемые большинством людей в течение такого же периода времени и при аналогичных обстоятельствах;

2) отсутствием контроля за едой в течение этого эпизода.

Б. Периодически возникающее необычное поведение, желание предотвратить прибавку массы тела с помощью нестандартных мероприятий. Например, пациенты самостоятельно вызывают рвоту, в избыточном количестве употребляют слабительные средства, мочегонные препараты, очистительные клизмы или другие лечебные мероприятия, проводят курсы голодания, выполняют чрезмерные физические упражнения.

В. Частота эпизодов неконтролируемого поглощения пищи и указанных выше особенностей поведения составляет в среднем по крайней мере 2 раза в неделю и продолжается в течение 3 мес.

Г. На самооценку поведения избыточное влияние оказывают форма и масса тела.

Д. Эти расстройства не встречаются во время эпизодов нервно-психической анорексии.

Хотя некоторые ученые считают, что пациенты с нервно-психической булимией очень похожи на пациентов с нервно-психической анорексией, тем не менее у первых в меньшей степени имеются изменения фигуры, для них существует несколько больший выбор лечения, к тому же они легче поддаются терапии.

Другие признаки нервно-психической булимии.

Нервно-психическая булимия, как и анорексия, значительно чаще возникает у молодых женщин. Нервно-психическая булимия встречается более часто, и, по данным различных авторов, она может быть обнаружена у 1-3 % всех девушек-подростков и молодых женщин.

Характерной особенностью нервно-психической булимии является то, что пациенты пытаются скрывать свой неуемный аппетит или особенности поведения, которые проявляются обычно во время стрессовых ситуаций. Рвоту у таких пациентов обнаружить, как правило, не удается, потому что пациенты могут ее сдерживать до тех пор, пока не войдут в туалет или в ванную комнату. Хотя рвота и является наиболее характерной компенсаторной реакцией организма и встречается в 80-90 % случаев, приблизительно 1/3 пациентов для облегчения состояния пользуются слабительными средствами.

У пациентов с нервно-психической булимией имеются очень большие проблемы в налаживании контактов с другими людьми; в отличие от пациентов с нервно- психической анорексией, у них нередко имеется зависимость от каких-либо веществ, особенно от алкоголя. У % таких пациентов присоединяются сопутствующие изменения личности.

При объективном обследовании редко удается обнаружить какие-либо явные патологические изменения. Пациенты с нервно-психической булимией, как правило, не имеют нарушений питательного статуса, у них здоровый внешний вид, и другие люди, которые знакомы с пациентами хорошо, даже члены их семей, иногда могут ничего не знать об их заболевании. При объективном обследовании у пациентов с повторяющейся рвотой выявляются такие же нарушения, как и у пациентов с нервно-психической анорексией.

4. Методы лечения нервных расстройств питания

Процесс выздоровления сложен и болезненен. В первую очередь необходимо перешагнуть через страх и неуверенность в поисках помощи. Бороться в одиночку намного сложнее.

Советы американских специалистов:

1. Ешьте цельные продукты, в частности зерно или бобы. Чем больше рафинированных продуктов мы едим, тем больше хочется есть. Не обязательно страдать булимией, чтобы осознать это. Избегая подобных продуктов, можно избавиться от зависимости от них.

2. Решите для себя, что вы действительно хотите перемен. Если кто-то примет решение за вас, будет очень легко саботировать лечение.

3. Цените свое тело. Вам не обязательно быть похожей на других – оставайтесь собой.

4. Попробуйте самостоятельно изменить свое поведение. Специалисты утверждают, что для многих женщин это очень трудно, почти невозможно. Однако у некоторых получается. Легче всего тем, кто совсем недолго страдает анорексией или булимией.

5. Настройтесь на успех. Если у вас булимия, ешьте регулярно.

Сильный голод является естественной причиной обжорства, вне зависимости от наличия или отсутствия булимии.

6. Проконсультируйтесь с психотерапевтом. Найдите специалиста, с которым вы будете чувствовать себя комфортно. Если у вас будет хорошее настроение, шансы на выздоровление повысятся.

7. Попробуйте обратиться в клинику, специализирующуюся на лечении больных с расстройствами питания. Позвоните туда и спросите, в чем суть их лечебной программы, насколько опытны их специалисты и какова эффективность их методов лечения.

8. Пройдите медосмотр, заострив внимание врачей на вашем состоянии.

Вы можете страдать от недостатка витаминов и минеральных веществ.

Специалисты с большим опытом лечения заболеваний, подобных вашему, скорее определят, что вам необходимо.

В случаях крайнего истощения для спасения жизни больных могут потребоваться госпитализация и насильственное кормление. Психотропные средства – транквилизаторы или антидепрессанты – дают, по-видимому, лишь кратковременный эффект. Многие врачи в качестве основных методов лечения используют семейную терапию, индивидуальный психоанализ, поведенческую терапию и эндокринное лечение, причем все эти подходы имеют примерно равную эффективность. В настоящее время считается, что наилучшие результаты дает комбинированный подход с применением некоторых или всех перечисленных видов лечения.

Психотерапия должна быть направлена на выявление побудительных мотивов, чувств и стремлений больных. Психотерапевт или психотерапевтическая группа должны настойчиво и последовательно, но крайне осторожно развивать у больных уверенность в себе и стремление к излечению. Семейная терапия может помочь разрешить основные семейные трудности, например запутанные отношения между членами семьи, чрезмерную опеку и строгость по отношению к больному, его неспособность выходить из конфликтных ситуаций.

Вследствие разнообразного и тяжелого течения нервно-психической анорексии необходимо, чтобы лечением таких пациентов занимались опытные врачи в специализированных центрах. Лечение при этом обязательно должно быть многофакторным. Консервативное лечение направлено на восстановление массы тела и коррекции метаболических нарушений. Строго говоря, пациенты с умеренными (65-80 % от идеальной массы тела) и тяжелыми (менее 65 % от идеальной массы тела) нарушениями массы тела или низким прогностическим питательным индексом должны быть госпитализированы в клинику, где им назначают специальное лечебное питание с соответствующими добавками.

В обязательном порядке у таких пациентов необходимо применять психологическое лечение — как самостоятельно, так и в комбинации:

1) с поведенческой терапией, например выработкой различных условных рефлексов;

2) с когнитивной (познавательной) терапией, например оценкой и изучением искажений мыслительных процессов;

3) с семейными консультациями;

4) с фармакологическим лечением, например применением хлорпромазина или антидепрессантов

Как правило, нервная анорексия вызывается различными психосоциальными причинами (например, проблемами в семье, на работе и т.п.)

В тех случаях, когда не обнаружено органических причин нервной анорексии, а недостаточное функционирование щитовидной железы, надпочечников и половых желез (аменорея, нерегулярные месячные) являются всего лишь следствием недоедания, прежде всего необходимо исключить в дифференциальном диагнозе гипертиреоз, туберкулез, злокачественные опухоли, особенно в области мочеполовых органов.

Основу терапии нервной анорексии составляет устранение конфликтных ситуаций (психотерапия при непосредственном участии членов семьи) и постепенное приведение распорядка жизни в нормальное состояние.

Нервно-психическая булимия протекает по-разному. Иногда она принимает хроническое течение, иногда — рецидивирующее, с различными интервалами ремиссии. Длительное течение заболевания не описано.

Пациентов с нервно-психической булимией лечат амбулаторно. Курс лечения включает как когнитивную терапию (распознавание ненормального поведения пациента), так и терапию, направленную на непосредственную коррекцию ненормального поведения. Антидепрессанты полезно применять в составе комплексной терапии, а не как единственное средство лечения.

Нередко специалисты, незнакомые с нервной булимией, сами провоцируют это расстройство у пациента, говоря: "Как же так можно есть? Надо взять себя в руки!" Но ведь болезнь-то как раз и подразумевает, что человек просто не в состоянии взять себя в руки без посторонней помощи.

Мы считаем, что любая коррекция излишнего веса должна проходить под наблюдением нескольких врачей — диетологов, эндокринологов, и конечно же, психотерапевтов. Причем, в первую очередь, за лечение должен отвечать именно психотерапевт, так как только он может определить, какое именно снижение веса в психическом плане будет безопасно для каждого конкретного человека. Если имеют место быть симптомы нервной булимии, то сначала необходимо вылечить это расстройство. Для этого мы применяем специальную программу, которая состоит из ряда последовательных психологических упражнений. Их цель состоит в том, чтобы научить человека выходить без потерь из тяжелых жизненных ситуаций, высвободить внутреннее "Я" и помочь полнее реализовать его на практике. После работы с нами человек перестает избегать конфликтных ситуаций и начинает изыскивать новые возможности для снятия стрессов помимо еды и курения.

Обычно программа включает в себя от 5 до 8 занятий, которые проводятся в течение 2-х месяцев, с последующим годичным наблюдением за пациентом.

Принцип таков, что человек лечит себя сам, а психоаналитик выступает в роли некоего тренера, помогающего человеку развить и реализовать внутренние возможности. И самое главное, то, что человек сумел достигнуть сам, уже никто не будет в состоянии у него отнять. Поскольку это становиться часть его самого, его внутренней сущностью. Другими словами, стабильный результат и полное отсутствие желания "заедать" свои проблемы.

Психологическая помощь при расстройствах питания состоит из двух частей или подходов: телесноориентированной терапии и психоанализа. Каждый из подходов - это отдельное занятие, рассчитанное на 1-1,5 часа.

Телесноориентированная терапия.

Идея телесноориентированной терапии состоит в следующем: все наши мысли, желания, неудовлетворенности и т.п. несут отпечаток на нашем теле. То есть, если когда-либо имело место неудовлетворение, испуг, злость, гнев, раздражение, стресс - все это отражается на нашем теле определенными блоками или зажимами. Развивая свое тело, или раскрепощая его, мы снимаем один за другим эти блоки. Одновременно со снятием блоков происходит обратный процесс на психическом уровне - мы снимаем стереотипы стрессового поведения в нашем сознании, которые закрепились в нас вместе с испугом, злостью и т. п.

Занятия по телесноориентированной терапии складываются из двух блоков.

Каждый блок длится 30-40 минут (зависит от состояния человека).

Первый блок - в данном случае это выстраивающие тело упражнения, в основу которых положена оздоровительная китайская гимнастика тай-цзи-цюань. Второй блок состоит из медитационных практик, главным образом расслабляющих, уравновешивающих, гармонизирующих и самое главное - предающих уверенности в себе.

Психоанализ.

Психологическая консультация строиться по канонам психоанализа и предполагает выявление глубинных мотивов поведения, приведших к расстройствам.

Предполагается одновременная работа двух методов. Так как в этом случае достигается максимальная проработка сразу двух уровней: сознательного и бессознательного.

5. Нервная анорексия

Анорексия нервная, заболевание, характеризующееся потерей веса, чрезмерным страхом полноты, искаженным представлением о своем внешнем виде и глубокими обменными и гормональными нарушениями. Возможны также утрата аппетита, прекращение менструаций, повышенная физическая активность, а иногда и усиление аппетита с искусственно вызываемой после еды рвотой, излишняя озабоченность пищей и ее приготовлением, приступы обжорства и стремление к похуданию. Больные зачастую упорно отрицают наличие у себя каких-либо связанных с приемом пищи нарушений.

Нервная анорексия относится к тому ряду психических заболеваний, в трактовке которых наиболее отчетливо проявляется противоречивость интерпретации патологии представителями разных психиатрических школ.

Если отечественные психиатры описывают эту патологию при шизофрении и при так называемых пограничных психических заболеваниях , то в большинстве зарубежных стран нервная анорексия и шизофрения четко разводятся как абсолютно разные, независимые друг от друга психические заболевания, редко сочетающиеся друг с другом по случайным связям. При этом нервная анорексия относится к типичным вариантам психосоматической патологии или к разновидности расстройств так называемого пищевого поведения.

Тенденцию отнесения нервной анорексии к расстройствам шизофренического круга можно объяснить тем, что в процессе развития этого заболевания личность приобретает особенности, которые иногда ошибочно расцениваются как проявление <мягкого шизофренического дефекта>.

Нервная анорексия относительно редка; в США - 15 случаев на 100 000 населения в год. Поскольку заболевание хроническое, то общая распространенность нервной анорексии выше - 0,1-0,7%. Болеют в основном девушки. Пик заболеваемости приходится на подростковый возраст, хотя начало заболевания возможно как в детском, так и в юношеском возрасте. Болезненная убежденность в собственной полноте и стремление похудеть обычно не носят при нервной анорексии характер навязчивости. Сосредоточенность на весе и фигуре не противоречит внутренним установкам, а потому не сопровождается тревожностью. Лишь в редких случаях нервная анорексия сочетается с неврозом навязчивых состояний, и тогда можно выявить обычные для этих больных навязчивости (страх загрязнения, заражения и т. п.) и ритуалы.

Обычно заболевание начинается в раннем подростковом возрасте, но иногда может впервые проявиться и гораздо позднее – после 30 и даже 40 лет. Пока не обнаружится потеря веса, больные анорексией описываются как мягкие, увлеченные, трудолюбивые люди без явных признаков нервно-психических расстройств. Почти всегда их семьи социально весьма успешны и принадлежат к средним или высшим слоям общества. 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.

Когда истощение становится явным и родственники не могут больше игнорировать это обстоятельство, приходится, наконец, обращаться к врачу.

Он должен провести тщательное обследование, чтобы отличить истинную анорексию от других соматических или психических заболеваний (таких, как тяжелые токсикозы, нарушения обмена веществ или глубокое нарушение мышления с формированием бреда), при которых потеря аппетита, похудание или то и другое вместе являются лишь вторичными симптомами. На этой стадии для больных анорексией (в типичных случаях – девочек-подростков) характерны враждебность, угнетенность, скрытность, повышенное беспокойство. Они могут жаловаться на зябкость и запоры. Лабораторные анализы обнаруживают признаки обменных и гормональных сдвигов, характерных для голодания. Несмотря на явную опасность, связанную с отказом от пищи, больные не хотят менять свое поведение, с трудом осознают свое болезненное состояние и упорно сопротивляются лечению. Например, больная девушка ростом 173 см и весом всего 27 кг продолжает считать себя полной.

Возможны выраженная потеря массы тела, чрезмерная слабость, головокружения, нарушения менструальной функции, эрозивно-язвенные поражения пищевода, эрозии эмали внутренней поверхности зубов вследствие повторных рвот, повреждение кровеносных сосудов на лице, уменьшение пульса и артериального давления.

Иногда наблюдаются нарушения функции щитовидной железы, секреции гормона роста, а также кортизола, гонадотропина и вазопрессина. При длительном течении нервной анорексии возможны нарушения электролитного баланса, обусловленные дефицитом калия и натрия вследствие дегидратации, мышечные спазмы и даже остановка сердца.

Если используются слабительные средства, то эти нарушения еще больше усугубляются вследствие потери калия.

Основные признаки нервной анорексии:

* снижение веса более чем на 15% исходного
* болезненная убежденность в собственной полноте даже несмотря на низкий вес
* аменорея.

В результате снижения веса перестраиваются обменные процессы, возникает аменорея, наступают психические изменения. Сами больные на снижение веса и утомляемость внимания не обращают. К врачу их обычно приводят родственники, обеспокоенные их значительным похуданием. Лишь у части больных имеются соматические жалобы, обусловленные осложнениями (повреждения опорно-двигательного аппарата в результате физических нагрузок, сердечно-сосудистые нарушения вследствие голодания и гипокалиемии).

Личность больных нервной анорексией отличается высоким невротизмом и тревожностью, которая в стрессовой ситуации реализуется в диффузную тревогу. К личностным особенностям следует отнести также высокий уровень общей враждебности и интрапунитивности, склонность к обсессивно-фобическим и дистимическим реакциям и тенденцию к соматизации тревоги. Отмеченные особенности способствуют выбору в ситуации фрустрации главным образом интрапунитивного типа реагирования. Выраженность его усиливается при увеличении продолжительности заболевания. Регистр психических расстройств при нервной анорексии ограничивается главным образом нарушениями тревожно-депрессивного, обсессивного и астенического круга.

Многие изменения личности и поведения при нервной анорексии - следствие голодания; они возможны у любого голодающего человека. Это сосредоточенность мыслей на еде, медленное пережевывание пищи, депрессия, утомляемость, снижение половой активности, социальная изоляция, ухудшение когнитивных функций (неспособность к сосредоточению, низкие результаты тестов на интеллект, нарушение суждения). Примерно у половины больных нервной анорексией бывают приступы обжорства, за которыми следует разгрузка. Такой тип поведения более характерен для импульсивных, менее скованных личностей. Некоторые полагают, что это не нервная анорексия, а нервная булимия, однако единства мнений здесь пока нет.

В течение последних лет показано, что нервная анорексия - это не только психогенная проблема. Например, установлено, что у людей, страдающих заболеваниями, связанными с нарушениями приема пищи, имеет место химический дисбаланс, сходный с тем, который наблюдается у пациентов с депрессией.

Также показано, что в некоторых случаях анорексия является следствием дефицита цинка.

У пациентов с нервно-психической анорексией могут возникать осложнения, связанные с голоданием. У них могут быть умеренная лейкопения и нормоцитарная анемия; кроме того, при специальном обследовании можно обнаружить нарушения эндокринных функций с увеличением содержания адренокортикотропного гормона и смещением гормонального рисунка гипоталамо- гипофизарной оси к схеме препубертатного периода жизни.

У таких пациентов могут развиваться различные последствия тяжелой и длительной рвоты. При повторяющейся рвоте возникают так называемые эметогенные нарушения. У пациентов, использующих большие дозы слабительных препаратов для очищения желудочно-кишечного тракта, могут развиваться особенно тяжелые электролитные нарушения, в частности гипокалиемия. Иногда у пациентов, которые принимают ипекак (ipecac), может развиваться миопатия миокарда и скелетной мускулатуры. И наконец, у таких пациентов не исключено повышение концентрации амилазы в крови (как правило, изоамилазы слюны).

Большинству больных анорексией помогает стационарное или амбулаторное лечение. Однако у некоторых все же остаются хронические или длительные нарушения пищевого поведения и регуляции веса тела. Смертность в результате полного истощения достигает 5%, причем непосредственной причиной смерти обычно бывают какая-нибудь распространенная инфекция или необратимые нарушения обмена веществ. У значительной части больных в более позднем возрасте появляются явные признаки психоза, некоторые (немногие) кончают жизнь самоубийством.

Первопричина анорексии неизвестна. Однако полагают, что основные нарушения связаны с исходным чувством страха и незрелостью психосексуальной сферы, что сопровождается отказом от какой-либо сексуальной активности и является ведущим механизмом развития заболевания. Потребность больных "контролировать" свое тело свидетельствует о подспудном страхе потерять такой контроль.

В настоящее время проводятся многочисленные исследования, направленные на выяснение роли биологических факторов, гормональных или нейрохимических, в патогенезе данного состояния, однако пока подобные связи не обнаружены.

Необходимы дальнейшие исследования, чтобы уточнить, насколько распространена нервная анорексия. Остается, в частности, невыясненным, почему она практически не встречается среди малообеспеченных слоев населения или у представителей черной расы.

Как показали долгосрочные наблюдения, летальность при нервной анорексии достигает 15% (в отличие от традиционно принятых 5%). Примерно в половине случаев причиной смерти является самоубийство - это еще раз говорит о том, что при нервной анорексии выражены эмоциональные расстройства и что в каждом случае необходимо оценить риск самоубийства.

5.1 Возможные причины анорексии

Кто же и почему страдает от анорексии? Конечно же, большую часть больных составляют девушки в возрасте примерно 14-28 лет, которые страдают в основном от так называемой нервно-психической анорексии. То есть от пищи они отказываются вполне сознательно, пытаясь достичь фигуры манекенщицы из модного журнала. Но об этом мы поговорим во второй части статьи.

Собственно, основными причинами анорексии становятся заболевания, которые, так или иначе, сказываются на потере аппетита.

Вот лишь некоторые из них:

Расстройства эндокринной системы и нарушения обмена веществ

(недостаточность функции гипофиза или гипотоламуса, недостаток гормонов щитовидной железы и т.д.)

Заболевания органов пищеварения (аппендицит, цирроз печени, гастрит, гепатит)

Заболевания мочеполовой системы (например, хроническая почечная недостаточность)

Раковые заболевания

Невротические реакции и психические нарушения (например, постоянное беспокойство, затяжная депрессия)

Любые хронические боли

Плохая гигиена ротовой полости

Повышение температуры тела (в результате любых заболеваний)

Анорексия может стать последствием приема некоторых лекарств или злоупотребления ими. Например, это происходит при употреблении лекарственных препаратов неприятного вкуса, подавляющих функцию желудочно- кишечного тракта или действующих на центральную нервную систему (например, амфетамина, как в принципе и других психостимуляторов, в том числе и кофеина), и некоторых антибиотиков

Увеличение уровня глюкозы в крови в результате внутривенного вливания растворов, может также привести к анорексии.

К сожалению, анорексия встречается не только у взрослых, но и у совсем маленьких детей. Вот только виноваты в этом почти всегда сами родители.

Медики установили, что у малышей анорексия развивается чаще при насильственном кормлении, нарушении правил прикорма. То есть вмешательство в естественные потребности ребенка в еде рано или поздно приводит к нарушениям аппетита. И все эти уговоры "ложечка за маму, ложечка за папу…" часто приводит к прямо обратному результату, когда ребенок просто отказывается от еды.

5.2 Психологические признаки и особенности восприятия окружающего мира у больных нервной анорексией

Особенностью больного анорексией является то, что они имеют искаженное представление о своем теле. Не имеет значения, насколько они худые, они все равно считают себя толстыми, хотя знают, что по объективным критериям у них заниженный вес. Наряду с таким неправильным представлением о себе они отрицают очевидное. Многие женщины с расстройствами питания отказываются признать, что с ними не все в порядке, поэтому лечить их трудно. "Степень отрицания очень сильная, — говорит д-р Зильберштейн. —

У больных анорексией контролирование веса тела превращается в важную жизненную цель. Это для них хотя и неудачный, а в некоторых случаях и угрожающий жизни, но способ решать свои проблемы.

Для того чтобы помочь женщинам восстановить более реально представление об их теле и уменьшить чувство изоляции и собственной "ненормальности", которое могло заставить их отрицать то, что они больны, используют групповую терапию.

Хотя женщины с расстройствами привычек питания обычно погружены в заботы о диете, многие имеют слабое представление об основах правильного питания и нуждаются в консультации специалиста. Они также плохо понимают, что с ними происходит, когда применяют жесткое ограничение в пище для контроля — по существу, для снятия за счет голодания — глубоко запрятанных чувств тревоги и депрессии. "Зачастую они нуждаются в психотерапии, — говорит д-р Зильберштейн, — которая должна помочь им разобраться в своих чувствах".

Клиницисты обнаружили, что в лечении пищевых расстройств могут оказаться полезными антидепрессанты.

Больным аменореей врач может порекомендовать эстрогенозаместительную терапию, чтобы не допустить раннего снижения плотности костной ткани.

В некоторых случаях нужна семейная терапия, потому что семья продолжает влиять таким образом, что способствует прогрессированию болезни. В зависимости от состояния, женщина может лечиться амбулаторно или в больнице. Даже после успешного лечения наблюдаются остаточные явления, хотя женщина, которая лечилась от болезни, связанной с нарушением питания, может все еще испытывать некоторые затруднения.

5.3 Психологические проблемы больных страдающих нервной анорексией

Искаженное мышление у людей с анорексией проявляется в плохо приспособленных к реальной жизни установках и неправильном самовосприятии.

Они часто говорят себе: "Я должен стать совершенным во что бы то ни стало", "Я стану лучше, если подвергну себя лишениям" и "Я не буду чувствовать себя виноватым, если прекращу есть".

У страдающих анорексией возникают различные психологические проблемы. Проведенные эксперименты - участниками в них стали люди с нормальным весом, которые начали соблюдать полуголодную диету, - показали, что психологические проблемы появляются в результате голодания. Люди с подобным расстройством часто впадают в депрессию и имеют низкую самооценку; у кого- то начинаются проблемы со сном, других одолевают навязчивые идеи. Такие люди могут устанавливать твердые правила приготовления пищи. В одном из исследований испытуемые с анорексией и люди, страдающие другими навязчивыми идеями, набрали равно высокие баллы при оценке степени их компульсивности.

К тому же, страдающие нервной анорексией имеют тенденцию во всем стремиться к совершенству.

Растет число молодых мужчин с серьезными нарушениями режима питания, и все большее их количество стараются избавиться от этого расстройства. Однако мужчины составляют лишь 5-10% от общего числа имеющих подобные проблемы. Причины таких половых различий не совсем ясны. Одно из возможных объяснений состоит в том, что мужчины и женщины подвергаются различному социальному и культурному давлению. Так, при проведении опроса было обнаружено, что когда студентов колледжа просят описать идеальное мужское тело, они, как правило, говорят о "мужественном, сильном и широкоплечем мужчине", а когда просят описать идеальное женское тело - о "стройной девушке, с небольшим недобором веса". Хотя акцент на мускулистом, сильном и атлетическом теле, как идеальном для мужчин, снижает вероятность возникновения у мужчин психических расстройств, связанных с процессом питания, это может создавать другие проблемы - например, злоупотребление стероидами или повышение веса путем увеличения мышечной массы.

Причиной того, что женщины более подвержены психическим расстройствам, может быть и то, что при попытках сбросить вес мужчины и женщины прибегают к разным методам. Согласно клиническим наблюдениям, для того чтобы похудеть, мужчины чаще усердствуют, выполняя физические упражнения, а женщины - садятся на диету. А у человека, придерживающегося строгой диеты, с большей вероятностью появляются проблемы с питанием.

Психические расстройства, связанные с приемом пищи, диагностируются у мужчин с большим трудом, чем у женщин. Многие из мужчин просто не допускают, что у них могут появиться традиционно "женские проблемы". К тому же, часто в таких случаях и врачу трудно опознать расстройство из-за отсутствия явных симптомов. Отсутствие менструаций - очевидный признак анорексии у женщин, не может быть показателем у мужчин. И намного сложнее протестировать мужскую репродуктивную систему - например, проверить уровень тестостерона.

Мужчины, у которых развиваются подобные нарушения, нередко ставят перед собой те же цели, что и женщины. Некоторые из них, например, признаются, что хотели бы иметь не сильную, мускулистую фигуру с широкими плечами, а "идеальную, стройную фигуру", близкую к идеальной фигуре женщины. Во многих случаях, однако, причины, инициирующие возникновение расстройства, у мужчин и у женщин различны. У мужчин, например, они чаще, чем у женщин, вызываются потребностями работы или спорта. Согласно одному исследованию, 37% мужчин с нарушенным режимом питания имели работу или занимались таким видом спорта, для которых контроль веса был очень важен, в то время как у женщин эта цифра достигала лишь 13%. Наиболее часто серьезные нарушения в режиме питания встречаются среди жокеев, борцов, пловцов и спортсменов, занимающихся бодибилдингом. Жокеи обычно перед скачками проводят около четырех часов в сауне, теряя при этом до 7 фунтов веса; они также могут ограничивать потребление пищи, принимать легкие слабительные и мочегонные средства, насильно вызывать у себя рвоту. Борцы тоже обычно ограничивают прием пищи за три дня перед соревнованиями, "делают вес", часто теряя от 2 до 12% массы. Некоторые бегают, одевая несколько слоев теплой или резиновой одежды, чтобы потерять до 5 фунтов веса перед взвешиванием. В то время как большинство женщин с нарушенной системой питания постоянно озабочены проблемой веса, жокеи и борцы, как правило, беспокоятся о нем только в период спортивного сезона. После соревнований они начинают усиленно есть и пить, чтобы набраться сил для тренировок, и вновь вспоминают о весе только перед следующим контрольным взвешиванием. Эти сезонные циклы потери и восстановления веса вредны для организма, так как при этом изменяется метаболическая активность спортсмена, что непосредственно отражается на его здоровье.

Заключение

В средствах массовой информации встречается множество материалов о расстройствах пищевого поведения. Одна из причин роста общественного интереса - трагический итог, который могут иметь эти заболевания. В 1982 году нация была потрясена смертью Карен Карпентер, популярной певицы и ведущей телешоу. Серьезную озабоченность также вызывает распространенность подобных проблем среди девочек-подростков и молодых женщин.

Практикующие врачи теперь понимают, что сходство между анорексией и булимией может быть столь же важным, как различия между ними. Так, страдающие анорексией, убедясь в потере веса, могут начать переедать и у некоторых из них, таким образом, может развиться булимия. И наоборот, у людей с булимией иногда развивается анорексия.

Число людей, подверженных анорексии и булимии растет неимоверно: худоба становится навязчивой национальной идеей. Люди стремятся сбросить как можно больше килограммов и в результате доходят до опасной грани. Тут возможны две схемы питания: ограничение потребляемых продуктов и обжорство с последующим очищением желудка.

Основные особенности нервной анорексии и булимии - стремление к худобе, страх набрать вес, предубежденное отношение к пище, когнитивные расстройства, психологические проблемы и проблемы со здоровьем, включая отсутствие менструальных циклов.

Список использованных источников

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология. – Екатеринбург: 1999.

2. Батуев А.С. Высшая нервная деятельность. - М.: 1991.

3. Данилова Н. Н. Психофизиология. - М.: 1999.

4. Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология ВНД. - М.: 1989

5. Ермолаева М.В. Психология развития. – М.: 2000.

6. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных.— М.: 1998.

7. Карвасарский Б. Д. Неврозы.— М.: 1980.

9. Карева М. А., Марилов В. В. Психологический анализ случая нервной анорексии.— В кн.: Патопсихологические исследования в психиатрической клинике.— М.: 1994

10. Коркина М. В. Нервная анорексия непроцессуальной природы (к вопросу о ее нозологической принадлежности и взаимоотношениях с синдромом дисморфомании]. — В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. Спб.: 1997.

11. Крайг Г. Психология развития. – СПб.: 2002.

12. Марилов В. В. Динамика нервной анорексии в рамках пограничных состояний. — В кн.: Проблемы теоретич. и клин. мед. развивающихся стран. — М.: 1995.

13. Марилов В. В. Роль психотерапии в комплексном лечении больных нервной анорексией. — В кн.: Проблемы теоретической и клинической медицины развивающихся стран. — М.: 1995.