



PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT AND TREATMENT OF BULIMIA

Davlatmirzaeva Nazokat Abrorbek kizi

2-year student (bachelor) of the Uzbek-Kazan SOP

Directions "Psychology (by type of activity)"

Turgunova G.B.

Academic Supervisor: Teacher of the Uzbek-Kazan SOP

Annotation

This article aims to address Bulimia Nervosa in the context of psychosomatic illnesses. A complete definition of this disease is given based on the ICD. In itself displays the latest statistics of suffering from this disease around the world. The results of studies carried out within the framework of this problem were presented. As a theoretical basis, N. Pezeshkian's "Positive psychotherapy" was chosen in order to consider this disease in the framework of psychosomatics and use this therapy as one of the effective methods of both clinical and psychological treatment of Bulimia nervosa.

Key words:

Bulimia nervosa, psychosomatic illness, Positive psychotherapy

Проблема нарушений пищевого поведения в современной медицине занимает особое место. Нервная булимия (НБ) выступает как одна из основных форм нарушений пищевого поведения и характеризуется трудностью лечения, длительным течением с многочисленными рецидивами, высокой субъективной тяжестью симптомов [Коркина, Цивилько, Марилов, 1986].

Начиная с 1980 года, нервная булимия входит в самую распространенную в мире американскую классификацию психических расстройств DSM, в том числе действующую в настоящее время версию *DSM-IV-TR* (2000). До 1980 года в разделе расстройств пищевого поведения (eating disorders) DSM была только нервная анорексия (anorexia nervosa); в DSM-III (1980) появилась нервная булимия (bulimia nervosa), а также «атипичное пищевое расстройство» (atypical eating disorder); в очередной версии DSM-III-R (1987) последнее определили более четко и назвали «неспецифическим расстройством пищевого поведения» (eating disorders not otherwise specified, EDNOS); наконец, в DSM-IV (1994) в рамках рубрики EDNOS особо выделили «бинджевое расстройство» (binge-eating disorder, BED) [Бабин А.Г. «Современная классификация нервной булимии»].

Уровень смертности среди больных анорексией и булимией, занимает первое место по сравнению со всеми остальными психологическими заболеваниями. Расстройства пищевого поведения (РПП), в том числе и НБ, относятся к самым распространённым хроническим заболеваниям среди молодежи. В западных странах булимия наблюдается у 1-2% женщин. Каждый десятый заболевший – мужчина. 25% девушек в возрасте от 16 до 22 лет используют переедание и дальнейшее очищение (булимию), как способ контроля своего веса. 95% всех диет и ограничений в питании не приносит результатов из-за возврата веса после их окончания. 35% диет, которые начинались, как "нормальные" переходят в патологическое ограничение в питании и 20-25% из них приводят к пищевой зависимости. Около 50% всех страдающих булимией и анорексией – это модели.

В МКБ Нервной булимии даётся следующее определение: «...(от греч. βοῦς - бык и λιμός - голод, также волчий голод, кинорексия) -расстройство приёма пищи, для которого характерны

повторные приступы переедания и чрезмерная озабоченность контролированием массы тела, что приводит человека к принятию крайних мер, призванных уменьшить влияние съеденного на массу тела» Основными признаками являются: постоянная озабоченность едой и непреодолимая *тяга* к пище; больной периодически не может удержаться от переедания, когда за короткое время принимается большое количество пищи. Больной пытается противодействовать эффекту ожирения от съедаемой пищи с помощью одного или более следующих приемов. Вызывание у себя рвоты; злоупотребление слабительными средствами; альтернативные периоды голодания; использование препаратов, в частности, подавляющих аппетит.

Если булимия развивается у больных диабетом, они могут пренебрегать инсулиновой терапией. Психопатологическая картина включает болезненный страх ожирения, и больной устанавливает для себя четко определяемый предел веса тела, который намного ниже преморбидного веса, представляющего собой в глазах врача оптимальный или нормальный вес. [1].

Возникновению булимического приступа переедания часто предшествует появление и нарастание внутреннего напряжения и эмоционального дискомфорта. После окончания приступа вслед за кратковременным периодом эйфории в процессе переедания и вызывания искусственной рвоты наблюдается период тоскливого аффекта с переживанием чувства вины и раскаяния [Цивилько, Брюхин, 2001].

Симптомы булимии характеризуются изменением пищевого поведения, а также различными физиологическими признаками.

К **физиологическим симптомам** булимии можно отнести: резкие перепады массы тела: пациенты то толстеют, то внезапно худеют; общая слабость организма; воспалительные процессы в области гортани; частые заболевания горла; стоматологические проблемы, возникающие на фоне искусственно вызываемой рвоты: разрушаются зубы, темнеет эмаль, воспаляются дёсны; нарушения обменных процессов в организме; воспалительные процессы в органах пищеварения; опухшие щеки и гипертрофированные слюнные железы; сильное обезвоживание, дряблость кожи, частые дерматиты, кожные высыпания и прыщи.

Психологические симптомы более разнообразны, и выделить их гораздо сложнее. Тем не менее, большинство случаев булимии связано именно с психологическими факторами. Наиболее частыми причинами можно назвать следующие: депрессия; нехватка серотонина; навязчивые расстройства; повышенная тревожность; заниженная самооценка; излишний перфекционизм; неврозы; эмоциональное перенапряжение; отягощённая наследственность.

Психосоматика такого заболевания обычно выражена достаточно ярко, и догадаться, что перед вами — человек, страдающий булимией, несложно, если обращать внимание на такие изменения в поведении: частое переедание и торопливость в поглощении пищи; плохое пережёвывание; частое хождение в туалет после еды для вызова рвоты; признаки психологических нарушений здоровья; замкнутость и скрытность; частые приступы сильного голода; «волчий» аппетит.

Для людей с НБ характерны специфические ритуалы, которыми окружён акт приёма пищи. Во время еды они могут пить большое количество жидкости, принимать очень маленькие порции, соблюдать специфические диеты (исключать определённые продукты), разрезать пищу на крошечные кусочки или чрезмерно пережёвывать её в полости рта.

Пациенты, страдающие нервной булимией, как правило, сохраняют здоровую рефлексия насчёт своего состояния и пищевого поведения, потому стараются скрыть этот факт от родных и друзей. Больные могут избегать приёма пищи с другими людьми или совершать частые походы в уборную во время или после еды. Возможно повышенное желание уединения в ванной комнате с включенной водой, чтобы скрыть звук рвоты. Пациенты с НБ также могут пойти на неожиданные прогулки ночью после еды или пойти на кухню после того, как все остальные будут в постели. Нередко больные жуют мятую или жевательную резинку, чтобы скрыть запах рвоты при дыхании. Они могут также носить мешковатую одежду, чтобы скрыть размер их тела или отдельных его частей.

Как ни странно, наиболее подвержены нервной булимии дети из обеспеченных семей. В таких семьях дети обязаны соответствовать высоким требованиям родителей, что часто приводит к проблемам с самооценкой. Такие люди ищут в еде тот источник любви и тепла, которого им недостаёт в жизни.

В других исследованиях, проведённых в рамках данной проблематики, в целях выявления основных групп людей, где высокая распространённость заболевания, были получены следующие результаты:

- Нидерландские исследования, опубликованные в «Международном журнале расстройств пищевого поведения» показали, что количество диагнозов «анорексия» и «булимия» оставалось в Нидерландах примерно на одном уровне в периоды 1985-1989 и 1995-1999 гг.

- Случаи булимии участились в 1980-х и начале 1990-х гг. и с тех пор оставались на одном уровне или же их количество незначительно уменьшилось.

- Британское исследование показало, что с диагнозами «анорексия» и «булимия» наблюдается определенная стабильность как среди мужчин, так и среди женщин, хотя случаи выявления расстройств, не подпадающих под определения этих двух диагнозов, увеличились у обоих полов. (Диагнозы под устаревшей аббревиатурой EDNOS, ныне в классификации DSM-5 — OSFED, что значит по-русски «другие специфические нарушения кормления или приема пищи»).

- Американская NEDA («Национальная ассоциация расстройств пищевого поведения») исследование в США, Великобритании и Европе показало: В любой момент у 1 % молодых женщин и 0,1 % молодых мужчин можно диагностировать булимию. В 2007 г. в рамках исследования был проведен опрос среди 9282 англоговорящих американцев на тему разных психических расстройств, в том числе расстройств пищевого поведения. Результаты опроса, опубликованные в журнале «Биологическая психиатрия», показали, что 1,5 % опрошенных женщин и 0,5 % мужчин когда-либо страдали от булимии. Исследователи в течение нескольких лет наблюдали за группой девочек-подростков из 496 человек. К моменту, когда наблюдаемым исполнилось 20 лет, выяснилось следующее: 5,2 % девочек подходили под критерии DSM-5, описывающие булимию или компульсивное переедание. С учетом неспецифических расстройств пищевого поведения получалось, что 13,2 % девочек имели к 20 годам то или иное расстройство этого вида. Используя информацию из нескольких источников, Эрик Стайс и Кара Бохон выяснили: у 1,1-4,6 % женщин и 0,1-0,5 % мужчин со временем развивается булимия; частичная булимия развивается у 2-5,4 % девочек-подростков.

- По данным исследований проведенных "American Journal of Psychiatry" общий коэффициент смертности при нервной анорексии - 4%, при нервной булимии - 3,9%, при других расстройствах пищевого поведения - 5, 2%.

Лечение булимии включает в себя не только коррекцию психического состояния больного. Врачам также необходимо устранить последствия заболевания или минимизировать нанесённый вред организму.

Лечение булимии должно производиться комплексно. Оно включает себя как психотерапию, так и лечение антидепрессантами, и изменение пищевого поведения.

Разработаны особые методы когнитивно-поведенческой терапии, которые направлены на изменение пищевого поведения. Они позволяют изменить неадаптивные способы поведения на более функциональные. По сути, они помогают изменить мышление пациента, сместить его фокус внимания с еды.

Среди можно выделить «Позитивную психотерапию» Носсрата Пезешкиана.

Позитивная психотерапия основывается на 3 принципах — надежды, баланса (гармонизации) и консультирования, которые соответствуют 3 этапам работы с пациентом как в процессе отдельного занятия, так и на протяжении всего психотерапевтического курса:

- профилактика
- собственно терапия
- реабилитация и последующая помощь

Позитивная психотерапия включает в себя следующие основные стратегии:

- ▶ Работа с одним пациентом
- ▶ партнерские проблемы
- ▶ Нервный срыв
- ▶ Нуклеарная семья (Отец-Мать-ребёнок)
- ▶ Работа с расширенной семьей
- ▶ Психосоматика и семья
- ▶ Психозы в позитивной семейной терапии
- ▶ Позитивная групповая психотерапия
- ▶ Группы самопомощи

В целом, саму теорию позитивной психотерапии в психосоматической медицине можно отструктурировать следующим образом:

- *Позитивное видение человека*- каждый, без исключения, человек обладает двумя базовыми способностями: к познанию (когнитивность) и к любви (эмоциональность). Способность к познанию означает: способность учиться и учить [2]. Способность к любви означает: способность любить и быть любимым. Первичные и вторичные способности - актуальные способности. Способности к познанию и любви присущи каждому человеку. Все другие способности могут быть развиты из этих двух базовых или рассматриваться как проявления их различных комбинаций и применяться к многообразным жизненным ситуациям. Обе базовые способности находятся в функциональной взаимосвязи: соответствующее развитие одной из них поддерживает и облегчает развитие другой. В зависимости от физического состояния, окружающей среды и времени, в которых живет человек, эти способности дифференцируются и образуют неизменяемую структуру сущностных черт (неповторимость).

- *Актуальные способности и концепции* (внутренняя динамика конфликта). На их основе был разработан дифференциально-аналитический опросник как относительно всеобъемлющая система понятий. Актуальными эти способности являются потому, что они постоянно фигурируют в повседневной жизни в различных ситуациях. Актуальные способности являются психодинамически действующими. Они взаимосвязаны с такими психодинамическими категориями, как Сверх-Я [3] и Я-идеал, и такими глубинно-психологическими категориями, как чувство самооценности и комплекс неполноценности, а также "желательным" и "нежелательным" поведением в поведенческой терапии. Актуальные способности дают нам дополнительные дифференциально-диагностические указания и на основе познания содержания конфликтной сферы открывают новые возможности воспитания, самопомощи, психогигиены и конфликтцентрированной психотерапии. В повседневных описаниях и оценках, а также в обоюдной партнерской оценке вторичные актуальные способности играют решающую роль [2].

Модели для подражания (раннее развитие)

- ❖ родители и братья или сестры (а также ровесники) по отношению к ребенку (Я);
- ❖ родители между собой (Ты);
- ❖ родители к окружающему миру (Мы);
- ❖ родители к религии/мировоззрению (Пра-Мы).

Эти модели для подражания представляют собой возможности реализации всеми людьми своей способности устанавливать отношения. Актуальные способности могут быть представлены здесь как фильтр социальных отношений.

- Также 9 тезисов позитивной психотерапии, которые играют немаловажную роль в терапии и которых должны учитывать психотерапевты и психологи данного процесса:

- ✓ Учёт позитивных аспектов каждой болезни.
- ✓ Учёт содержания конфликта и его динамику в теории микротравм.

- ✓ Транскультурное мышление - основа позитивной психотерапии.
- ✓ Учёт концепций, мифологий и восточных притчей в терапевтической ситуации психотерапевтического мероприятия.
- ✓ Каждый человек неповторим.
- ✓ Учёт членов семьи как индивидуумы и социальные факторы.
- ✓ Понятия позитивной психотерапии доступны каждому: равенство шансов в психотерапии.
- ✓ Позитивная психотерапия предлагает базовую концепцию для работы с любыми болезнями и расстройствами.
- ✓ Учёт различных методов и специальных направлений (метатеоретические и метапрактические аспекты) [2].

На этапе работы используются:

позитивная интерпретация проблемы пациента (например, нервная анорексия — проявление способности терпеть ограничения, сопереживать голодающим всего мира и т. п.)

транскультурный подход — расширение представлений пациента о проблеме посредством знакомства с иным (часто — прямо противоположным) реагированием и отношением к сути его проблемы в других культурах.

притчи и анекдоты с психотерапевтическим радикалом (Н.Пезешкиан и другие авторы выделяют 9 психотерапевтических функций притчи).

А также терапевтическая модель, которая состоит из:

- наблюдение/дистанцирование
- инвентаризация
- ситуативное обозрение
- вербализация
- расширение системы целей

Автор терапии предлагает пациентам позитивное толкование болезней, которое играет немаловажную роль в ином представлении болезни пациентом, кроме того дает хорошие результаты в процессе коррекции. И в этом и состоит основная идея позитивной психотерапии. То есть уход от обыденного понятия какого-либо психосоматического заболевания и позитивное толкование, самовнушение и самонастрой.

Очень важно принять то, что булимия – это тяжёлое, опасное для жизни и здоровья заболевание. Ни в коем случае нельзя пытаться лечить его самостоятельно. Это не тот случай, когда человек может взять себя в руки, встряхнуться и резко начать вести нормальный образ жизни. Мышление булимика подчинено его болезни, и, в первую очередь, его необходимо изменить на более рациональное и соответствующее реальности, а это никак нельзя сделать в одиночку.

Список использованной литературы:

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Раздел V «Психические расстройства и расстройства поведения», адапт. для РФ. — М.: Минздрав России, 1998. — 512 с.
2. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с Нем. Носсрат Пезешкиан. 2е издание. М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. 464 с. (серия «Позитивная психотерапия»).
3. Казакова И.А. Коррекция эмоциональных особенностей при психосоматических расстройствах.
4. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу. Перевод с английского под ред. профессора Э. Г. Эйдемиллера. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 912 с. — ISBN 978-5-94723-046-8.