



Психопатологические аспекты нервной анорексии

Бобров А.Е.

Бобров Алексей Евгеньевич – д-р мед. наук, профессор, заведующий отделом консультативной и дистанционной психиатрии¹

✉ 107076, г. Москва, ул. Потешная, 3/10, Российская Федерация.

Тел.: +7 (495) 963 76 84.

E-mail: bobrov2004@yandex.ru

Распространенность нервной анорексии среди женщин составляет 0,5%, а смертность от этого расстройства достигает 5–17%. Психопатологическая структура нервной анорексии определяется нарушениями поведения, а также патологией потребностно-волевой сферы, мышления и восприятия. Кроме того, психические нарушения при этом заболевании проявляются в сфере эмоциональной регуляции, в личностных особенностях и самосознании. Ключевой психопатологической характеристикой больных нервной анорексией служит недостаточная когнитивно-личностная

дифференциация, которая обуславливает нарушения самосознания и образа «Я». Нервная анорексия должна дифференцироваться с депрессией и расстройствами шизофренического спектра. Ее этиопатогенез сопряжен как с наследственными, так и с психосоциальными факторами. Большое значение имеют психоэндокринные нарушения, однако их роль остается мало изученной.

Ключевые слова: нервная анорексия, психические расстройства, расстройства личности, когнитивные нарушения, психоэндокринология.

Нервная анорексия – психическое расстройство, характеризующееся неприятием пациентом своего телесного образа и выраженным стремлением к его коррекции при помощи ограничений в приеме пищи, создания препятствий для ее усвоения или стимулирования метаболизма.

Распространенность и медико-социальная значимость

Распространенность нервной анорексии существенно зависит от происходящих в мире культурных и экономических сдвигов. Частота этого расстройства по крайней мере в странах

Европы остается относительно стабильной [1] и среди женщин в возрасте от 15 до 40 лет составляет примерно 0,5% [2]. Нервную анорексию регистрируют у пациентов обоих полов и разного возраста. Однако наиболее уязвимой группой являются женщины в возрасте от 15 до 20 лет, на долю которых приходится около 40% всех больных [1, 3]. Нервная анорексия – серьезное заболевание. От 5 до 17% таких больных умирают [4], причем около 20% из них совершают суицид [5].

Нервная анорексия нередко сочетается с другими формами расстройств приема пищи или трансформируется в них, прежде

¹ Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России; 107076, г. Москва, ул. Потешная, 3/10, Российская Федерация



Структура психопатологических нарушений при нервной анорексии

всего – в нервную булимию. При этом возможна и обратная трансформация. В результате общая распространенность расстройств этого спектра достигает у женщин 5%.

Диагностические критерии

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра выделены следующие диагностические критерии нервной анорексии [6]:

1. Масса тела равна ожидаемому значению или меньше его на 15%, а индекс массы тела¹ составляет 17,5 или ниже. Для больных в пубертатном возрасте необходимо сделать коррекцию на то, что в период роста пациент не в состоянии набрать необходимый вес.

2. Потеря массы тела вызывается самим пациентом за счет ограничения приема пищи, индуцирования рвоты, приема слабительных средств, препаратов, подавляющих аппетит, и/или диуретиков, а также чрезмерных физических упражнений.

3. Искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую окраску, при которой сохраняется сильный страх перед избыточным весом. Как следствие пациент считает допустимой для себя лишь низкую массу тела.

4. Наличие эндокринных нарушений, в том числе дисфункций гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, проявляющихся у женщин аменореей (исключение: вагинальные кровотечения

на фоне заместительной гормональной терапии), у мужчин – потерей полового влечения и потенции. Могут отмечаться повышение уровней соматотропного гормона и кортизола, изменение периферического метаболизма тиреоидных гормонов, а также аномалии секреции инсулина.

5. В пубертатном возрасте возможна задержка полового созревания (прекращение роста тела, недоразвитие грудных желез и первичная аменорея у девочек, ювенильность гениталий у мальчиков). При выздоровлении пубертатный период может завершаться нормально, но менархе наступает поздно.

Психопатологическая структура

Приведенные диагностические критерии отражают только самые общие и внешние проявления нервной анорексии. Ее клиническую сущность не следует сводить к нарушениям приема пищи и пищевого поведения, как это нередко происходит. Более того, патологическое снижение массы тела при нервной анорексии нельзя отождествлять с попытками обычной косметической коррекции внешности. Ключевая проблема пациента с нервной анорексией – болезненное нарушение восприятия собственного тела, а точнее, телесного образа «Я». Корни этого расстройства находятся в структуре личности и психологических механизмах оценки реальности. Происхождение психических нарушений при нервной анорексии связано как с наследственными факторами, так и с особенностями индивидуального развития и обусловлено сильным влиянием окружающей среды.

Нервная анорексия характеризуется широким спектром нарушений и симптомов, которые проявляются в поведении, потребностно-волевой сфере, мышлении, восприятии, а также в сфере аффектов (рисунок). Большое значение имеет патология личности и самосознания.

Нарушения поведения

В структуре психопатологических нарушений при нервной анорексии прежде всего следует выделить уровень поведения. Наиболее яркими и очевидными симптомами расстройств поведения выступают сознательные ограничения в приеме пищи и жидкости (чрезмерная приверженность каким-либо диетам, ограничения по объему или составу пищи, сокращение частоты питания) или полный отказ от приема пищи. Иногда пациенты для уменьшения чувства голода прибегают к приему химических соединений, подавляющих аппетит. Поскольку к этой

¹ Индекс массы тела рассчитывается по формуле: масса тела (кг) / рост² (м)



категории в первую очередь относятся психостимуляторы, включая тонизирующие смеси, крепкий чай и кофе, то нередко в результате их приема у больных развиваются своеобразные формы аддиктивного поведения.

Подчеркнем: ограничения приема пищи – облигатный признак нервной анорексии. Он выявляется у всех больных, несмотря на нередкие попытки его скрыть или замаскировать. Так, многие пациенты пытаются обосновать свой отказ от приема пищи плохим самочувствием после еды, слабым пищеварением или отсутствием чувства голода. Они связывают строгую диету с подозрением на наличие диабета, якобы имеющейся у них склонностью к запорам, повышенному газообразованию или пищевой аллергией. Тем не менее все эти декларируемые причины не являются главными. Здесь речь идет о неудовлетворенности своим внешним видом и попытках больных противодействовать «полнящим», на их взгляд, эффектам приема пищи.

Вместе с тем встречаются больные, которые придерживаются строгих диетических ограничений вследствие опасений перед полнотой как фактором, неблагоприятным для их здоровья. Сюда относятся случаи так называемой орторексии, когда пациенты сохраняют болезненную убежденность в необходимости придерживаться «правильной» или «специально подобранной» диеты. При этом отмечается несомненная близость к состояниям, известным в психиатрии как «ипохондрия здоровья». По причине более благоприятного соматического прогноза такие расстройства следует отличать от нервной анорексии.

Из других нарушений поведения при нервной анорексии назовем попытки больных ускорить метаболизм и увеличить энергетические затраты организма. С этой целью они прибегают к истощающим физическим упражнениям, бегу, стоянию после еды, а также использованию некоторых гормональных и стимулирующих препаратов. Сюда же можно отнести «увлечение» баней и теплой одеждой как средствами, способствующими увеличению потоотделения. Особенно часто такие нарушения поведения встречаются у спортсменок и профессиональных танцовщиц.

Еще одним широко распространенным симптомом нервной анорексии является искусственно вызываемая рвота. Пациенты провоцируют рвотный акт сразу после еды или спустя некоторое время, как только им удастся уединиться. Такая форма поведения нередко отмечается

в социальных ситуациях, когда в силу тех или иных обстоятельств пациенты вынуждены принимать пищу совместно с другими людьми. Рвота может индуцироваться механически с помощью безусловного рвотного рефлекса, но нередко, по словам больных, она возникает как бы «непроизвольно» или «по привычке». В таких случаях обычно речь идет о специфических формах психогенной или условнорефлекторной рвоты. Близким к индуцированной рвоте симптомом является индуцированная диарея и несколько реже диурез. У пациенток с этой симптоматикой вырабатывается устойчивый патологический стиль приема слабительных или мочегонных средств для снижения массы тела. Аналогичным целям служат и практикуемые некоторыми больными «очистительные» промывания желудка или клизмы.

К важным проявлениям поведенческих нарушений при нервной анорексии следует отнести так называемые пищевые эксцессы, или пищевые «запой». Они характеризуются потреблением больших количеств пищи за относительно короткий промежуток времени. В ходе пищевых эксцессов больные не в состоянии произвольно контролировать прием пищи, выбирать продукты. Они поедают их чрезвычайно быстро, как правило, в одиночестве, стараясь скрыть свое поведение от других людей. Возникновение и поддержание пищевых эксцессов не сопряжены с естественным чувством голода. Пациенты описывают свое желание принимать пищу как способ успокоиться, снять напряжение, отвлечься, «заесть» тревогу или недовольство. У некоторых начало эксцесса провоцируется желанием вознаграждать себя или отдохнуть. Часто причиной пищевых эксцессов выступает психологическая фиксация на вопросах, связанных с едой, а также неспособность справиться с желанием поесть, постоянная скука [7]. Пищевые эксцессы, как правило, сопровождаются тяжелыми эмоциональными переживаниями. После очередного эпизода «запоя» пациенты испытывают к себе презрение, отмечают сильную подавленность, возникновение чувства вины и даже суицидальных мыслей. Обычно пищевые эксцессы не связаны с рвотой, приемом слабительных средств и усиленной физической активностью. Однако их могут провоцировать стрессовые события. Часто подобные состояния развиваются перед сном или во время ночных пробуждений и чрезвычайно редко в состоянии активности и полного бодрствования. Важным элементом пищевых эксцессов выступает определенное сужение

сознания с абсорбцией, деперсонализационно-дереализационными явлениями и даже амнезиями. Все это указывает на диссоциативный характер феномена и его тесную связь с хроническим психическим стрессом.

Пищевые эксцессы не являются обязательным компонентом нервной анорексии. Вместе с тем этот поведенческий синдром указывает на общность патогенеза нервной анорексии и булимии и отражает нарушение важных психофизиологических механизмов, обеспечивающих взаимодействие метаболических процессов и поведения. Подтверждением тому служит возникновение пищевых эксцессов у исходно здоровых лиц, подвергавшихся голоданию [8]. Наличие пищевых эксцессов при нервной анорексии может свидетельствовать о неблагоприятном течении заболевания либо о его трансформации в булимию.

Нарушения поведения при анорексии представляют собой проявление патологического личностного стиля. Для него характерен контроль над субъективным психическим состоянием, который достигается посредством ограничения приема пищи, ускорения метаболизма и усиления эвакуаторных функций желудочно-кишечного тракта. У больных нервной анорексией выделяют две разновидности поведенческого стиля: ограничительную и очистительную. При первом варианте в поведении пациентов преобладают действия, направленные на ограничение приема пищи по объему и энергетической ценности, при втором варианте – на вызывание рвоты, диареи и на усиленный расход энергии. Очистительный вариант нервной анорексии обычно имеет более тяжелое течение и сопровождается более выраженными и быстро наступающими соматическими осложнениями, а также более глубокими психопатологическими расстройствами в виде тревоги, депрессии и патологии личности.

У больных нервной анорексией могут наблюдаться нарушения поведения, носящие викарный, гиперкомпенсаторный или предрасполагающий характер и которые можно описать как условно взаимосвязанные с анорексией. Прежде всего, к ним следует причислить дисфункциональные внутрисемейные и межличностные стереотипы взаимоотношений. Встречаются также такие относительно неспецифические патологические формы поведения, как разнообразные аддикции, клептомания, эксплозивность, сексуальные нарушения, компульсии, ипохондрия и др. Для многих больных нервной анорексией

характерен психофизический инфантилизм с задержкой сексуального развития и формирования полоролевой идентичности. Часто встречается повышенная взрывчатость и конфликтность, нередко отмечается развитие поведенческих аддикций (в особенности связанных с физическими упражнениями).

Нарушения потребностно-волевой сферы

При описании нарушений в потребностно-волевой сфере у больных нервной анорексией выделяют первичные инстинктивные нарушения и вторичные нарушения социально-психологических потребностей. Считается, что инстинктивные потребности у больных нервной анорексией не подавляются, они только искажаются за счет глубоких изменений в сфере вторичных психосоциальных потребностей. В частности, голодание у больных анорексией обусловлено не отсутствием витальной потребности в пище и жидкости, а ее вторичной трансформацией за счет усиления потребности в безопасности и принятии социальным окружением. Отсюда у таких пациентов, особенно на начальных стадиях формирования расстройства, повышенное стремление следовать идеализированным социальным стандартам красоты, а также чрезмерное внимание к физиологическим функциям и соматическому здоровью.

Важно подчеркнуть, что во многих клинических ситуациях у пациентов с нервной анорексией наблюдается усиление пищевой потребности, которое блокируется еще большим конкурирующим усилением других потребностей. При этом усиление потребности в пище обычно выражается не прямо, а через иные смещенные виды деятельности. В качестве примера назовем склонность больных «закормливать» родственников, а также домашних животных [9]. Деятельность, связанная с диетологией и поддержанием «здорового образа жизни», для многих больных нервной анорексией становится в жизни определяющей.

Усиление потребностей в безопасности и принятии социальным окружением обычно проявляется в своеобразном стиле поведения, который характеризуется настороженной недоверчивостью, эмоциональной отстраненностью и в то же время – несамостоятельностью, стремлением к одобрению, поиском психологической защиты и поддержки. У этих больных можно наблюдать избирательно повышенную психологическую открытость, а также тенденции к психологическому симбиозу и идеализации. При этом часто



отмечается негативное отношение к близким и окружающим, склонность к импульсивным реакциям протеста, отказа и обвинения, обесценивание и осуждение ранее идеализированных фигур.

Многим пациентам с нервной анорексией свойственна выраженная психологическая незрелость, проявляющаяся в запаздывании созревания целого ряда потребностей и побуждений. В результате страдает не только формирование сбалансированного отношения к реальности, но и овладение социально приемлемыми способами достижения жизненных целей. Все это сочетается с обостренной чувствительностью и неудовлетворенностью, возрастанием общего эмоционального напряжения.

Патология влечений при нервной анорексии клинически проявляется расстройствами личности. Нарушения в потребностно-волевой сфере могут также проявляться в форме злоупотребления алкоголем (14–19% больных) и психоактивными веществами (6–14% больных). При этом химические зависимости особенно часто отмечаются у пациентов с очистительным вариантом анорексии и пищевыми эксцессами [10]. Кроме того, у больных с анорексией повышен уровень агрессивности [11]; более 16% пациентов с этим диагнозом совершали попытки суицида [12]. Установлена связь между анорексией и снижением сексуального влечения [13, 14, 15]. Часто нервная анорексия сочетается с трихотилломанией, клептоманией. У ряда пациентов отмечается повышенная склонность к курению, употреблению кофеина и шоколада.

Нарушения мышления и восприятия

Важнейшим компонентом психопатологического состояния больных нервной анорексией являются когнитивные расстройства, центральным из которых считается синдром дисморфомании [9]. Этот синдром представляет собой сочетание искаженного восприятия собственного тела с идеаторной продукцией в виде сверхценных или навязчивых идей уродства. У ряда таких пациентов отмечаются серьезные нарушения способности к эмпатии, во многих случаях наблюдается пониженная способность к распознаванию чувств. Перечисленные симптомы нередко сопровождаются тревогой или стойким психологическим напряжением.

Дисморфоманические проявления при анорексии имеют два основных варианта. Первый вариант – сверхценная анорексия – характеризуется стойкой убежденностью пациента

в наличии физического несовершенства и сопровождается насыщенным аффектом напряжения, недовольства, а также неприятием малейших попыток разубеждения со стороны. Вторым вариантом – обсессивная анорексия – определяется постоянными сомнениями и колебаниями пациента в отношении правильности своего поведения. У многих возникает чувство болезни и частичное осознание патологического характера присущего им стиля поведения. Отношение к ограничению приема пищи носит характер тревожных колебаний. Время от времени варианты переходят друг в друга, но первый вариант оказывается более устойчивым и одновременно более неблагоприятным в прогностическом отношении.

Причиной стойкой убежденности пациентов в наличии у них избыточного веса или неправильного распределения жировых тканей является несоответствие реальности внутреннего образа тела. Эти нарушения, по всей видимости, обусловлены особой функциональной организацией когнитивной сферы, характеризующейся недостаточной дифференциацией и подвижностью систем репрезентации смысловых конструкторов, а также повышенной склонностью к диссоциативным состояниям [16]. В частности, некоторые исследователи связывают неприятие своего тела у больных анорексией с их неспособностью адаптировать систему оценок образа своего тела к его изменяющейся конфигурации в период пубертата и юности [17].

Исследования когнитивных нарушений при нервной анорексии в настоящее время проводятся в двух направлениях. Первое из них – нейрокогнитивное, оно базируется на нейропсихологической методологии и ориентировано на поиск взаимосвязей между когнитивными дисфункциями и топическими или системно-структурными нарушениями в деятельности мозга. Второе направление можно обозначить как когнитивно-личностное. Оно ориентируется на рассмотрение универсальных психологических закономерностей и стилей познавательной деятельности личности в целом. При нервной анорексии отмечаются разнообразные нейрокогнитивные нарушения, обычно имеющие легкую или умеренную степень выраженности. К ним относятся несбалансированность внимания и оценок, дефицит мышления и памяти, недостаточная когнитивная гибкость и др. Эти нарушения могут создавать основу для характерного когнитивного сдвига, в результате которого у больных формируется предвзятое отношение

к проблемам внешности и приема пищи. Вместе с тем нейрокогнитивный подход не дает ответа на происхождение когнитивного сдвига при нервной анорексии, а только описывает условия, предрасполагающие к его возникновению [18].

Между тем клинический опыт свидетельствует, что больные нервной анорексией значительную часть времени погружены в мысли и переживания, связанные с контролем над приемом пищи, весом и формой тела. Для объяснения этого феномена в рамках когнитивно-личностного направления используется понятие когнитивной схемы, которая определяет характер отбираемой индивидуумом информации и ее субъективную интерпретацию. Как показывают клинические и экспериментально-психологические исследования, у больных нервной анорексией происходит формирование дисфункциональной когнитивной схемы. Под ее влиянием самооценка, идентичность и построение деятельности начинают определяться совокупностью отношений к пище, весу и форме тела [19]. Такая схема существенно обедняет Я-концепцию и придает ей дисгармоничную направленность. Сохранению дисфункциональной когнитивной схемы способствуют два механизма. Один из них – механизм патологических руминаций (стереотипно повторяющиеся мысли, связанные с предметом озабоченности, возникновение которых не вызвано объективными требованиями ситуации и не способствует продуктивному разрешению имеющихся проблем) [20]. Второй – это избегание переживаний (активное обесценивание нежелательных мыслей, чувств и телесных ощущений, а также усилий по контролю над ними) [21].

При нервной анорексии имеют место оба психологических механизма, причем на клиническом уровне складывается впечатление, что механизм руминаций преобладает при обсессивной форме анорексии, а избегания переживаний – при сверхценной. С учетом сказанного лечение данного расстройства должно быть нацелено на поиск способов «выхода» из дисфункциональной когнитивной схемы [22].

Нарушения эмоциональной регуляции

Большую роль в выработке и поддержании психологических механизмов при нервной анорексии играют патологические эмоциональные состояния, а также нарушения процессов эмоциональной регуляции, которые обычно рассматриваются в рамках синдрома аффективных расстройств.

По данным литературы, нервная анорексия в 20–89% случаев сочетается с большим

депрессивным расстройством, а в 55–60% – с тревожными расстройствами [23, 24, 25, 26]. Частота коморбидности нервной анорексии с биполярным расстройством также повышена [27]. В сравнении со здоровыми лицами у пациентов с нервной анорексией существенно чаще выявляются генерализованное тревожное расстройство детского возраста, сепарационная тревога, паническое расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство [28]. Родственники больных анорексией достоверно чаще страдают тревожными расстройствами, чем в среднем в популяции [29]. Тревожные расстройства рассматриваются как фактор риска развития нервной анорексии: так, наличие обсессивно-компульсивного расстройства в подростковом возрасте с высокой достоверностью позволяет предсказать развитие нервной анорексии к 30 годам [30]. Все это позволяет отнести нервную анорексию к спектру обсессивно-компульсивных расстройств [31].

Существуют несомненные феноменологические различия между депрессивными состояниями при нервной анорексии и классическими депрессивными состояниями. В частности, депрессия при нервной анорексии характеризуется большей выраженностью враждебности и тревоги, чем при большом депрессивном расстройстве. Несмотря на очевидную связь между расстройствами тревожно-депрессивного круга и расстройствами приема пищи, назначение антидепрессантов при лечении депрессии у больных нервной анорексией зачастую не дает существенного клинического эффекта. Это заставляет задуматься о том, что патогенетические пути формирования депрессии при анорексии и аффективных расстройствах различны. Возникновение депрессии при анорексии можно объяснить влиянием физического состояния и голодания на настроение, однако определенных и однозначных данных, подтверждающих это предположение, пока нет. Имеющаяся же информация противоречива и не позволяет прийти к каким-либо конкретным заключениям [32].

Таким образом, при нервной анорексии речь идет не о простом сочетании аффективных расстройств с расстройствами приема пищи, а о преморбидно присущих таким пациентам нарушениях в сфере регуляции аффекта. Важным их проявлением служит характерная для больных анорексией алекситимия, то есть нарушение способности распознавать, выражать и обозначать как собственные эмоциональные состояния, так и эмоции окружающих



[33]. Экспериментально было подтверждено, что больные нервной анорексией распознают социальные эмоции хуже здоровых лиц. При этом выраженность алекситимии оказывает негативное влияние на терапевтический прогноз заболевания [34]. Клиницистами давно замечено, что при нервной анорексии блокируются эмоции гнева и отвращения. В этом отношении такие пациенты напоминают больных аутизмом, шизофренией и депрессией [35].

С учетом сказанного резонно допустить, что нарушения эмоциональной регуляции у больных, предрасположенных к нервной анорексии, способствуют возникновению депрессии. В свою очередь, это может создавать условия для нарушений социального познания и формирования характерной для нервной анорексии неадекватной когнитивной схемы.

Расстройства личности и самосознания

По данным систематических исследований, у 20–50% пациентов с анорексией обнаруживаются явные или вероятные расстройства личности. При этом при ограничительном варианте анорексии чаще отмечается обсессивно-компульсивный тип расстройств личности (в 22% случаев), тогда как при очистительном варианте – пограничный (у 25% больных) [36]. Вместе с тем отнюдь не все пациенты с нервной анорексией страдают развернутыми расстройствами личности. В этом отношении ключевую роль играют отдельные личностные особенности, которые делают индивидуума психологически повышено уязвимым. Среди таких личностных черт, присущих больным нервной анорексией, следует назвать перфекционизм – склонность уснаивать нереалистично завышенные стандарты и стремиться к их достижению вопреки неблагоприятным последствиям [37]. Высокая степень перфекционизма сохраняется у пациентов с нервной анорексией даже после восстановления нормальной массы тела.

Для больных нервной анорексией характерны также такие обсессивно-компульсивные черты личности, как склонность к сомнениям, перепроверкам, потребность в симметрии и точности. Ретроспективный анализ данных взрослых пациентов с нервной анорексией и булимией показал, что наличие в детском возрасте обсессивно-компульсивных проявлений позволяет предсказать возникновение нервной анорексии в подростковом и юношеском возрасте [38].

К другим характерным для больных нервной анорексией личностным особенностям

относятся нарциссизм, социотропность и автономия. Нарциссизм отражает патологическую озабоченность своим внешним видом и впечатлением, производимым на окружающих. Социотропность характеризуется потребностью быть принятым и получать одобрение социальной среды. Автономия проявляется независимостью, контролем и стремлением к достижениям [39]. Несмотря на очевидную противоречивость, нарциссизм, социотропность и автономия специфическим образом сочетаются у многих пациентов с нервной анорексией. В результате личностный портрет таких больных определяется стремлением демонстрировать собственную исключительность, игнорируя требования реальности, добиваться восхищения и принятия со стороны окружающих.

Названные личностные черты с постоянством отмечаются у больных анорексией, однако специфику этому расстройству все же придают особенности направленности личности (как совокупности доминирующих мотивов поведения), а также преобладающие механизмы идентификации, характеризующиеся ориентацией на внешние телесные проявления и соответствие социальным стандартам. Нозологически специфичная для нервной анорексии направленность на самоконтроль в сфере приема пищи, не критичное отношение к собственному телесному образу, нарушения коммуникации и неадекватная регуляция аффекта указывают на ведущую роль при этом расстройстве глубоких когнитивных сдвигов. Именно они, исходя из имеющихся сегодня научных представлений, очевидно, затрагивают ряд сопряженных областей психики, к которым относятся исполнительные функции, социальное познание и самоосознание. Конкретизация этих представлений, выделение соответствующих когнитивных личностных стилей и соотнесение их с имеющимися психопатологическими категориями имеют большое значение как для совершенствования диагностики нервной анорексии, так и для разработки адекватных методов терапии.

Дифференциальная диагностика

Нервную анорексию необходимо различать с другими психическими расстройствами, в первую очередь с депрессией, которая может сопровождаться отказом от еды, резким снижением массы тела и эндокринными нарушениями. Однако при депрессии отсутствуют искажение образа тела, форсированная рвота и стремление



к чрезмерным физическим упражнениям. У пациентов с депрессией, как правило, сохраняется стремление преодолеть отсутствие аппетита, тошноту и запоры.

Нервная анорексия нередко сочетается с большой депрессией и тревожными расстройствами. Симптоматика этого заболевания может встречаться при шизофрении и шизотипическом расстройстве. Анорексия часто развивается на фоне нарушений индивидуального развития и расстройств личности, которые могут существенно ухудшать прогноз общего состояния. Дифференциация этого состояния осуществляется на основании изучения анамнеза и особенностей клинической картины, при этом большое значение имеют причины психосоциальной декомпенсации, наличие бредовых идей, галлюцинаций, сложная динамика индивидуального психологического развития, фазность и выраженность аффективных нарушений. Важно также иметь в виду, что многие из перечисленных расстройств имеют с нервной анорексией ряд общих звеньев патогенеза. В таких случаях оправдан диагноз сочетанного расстройства. Например, при

шизофрении нервная анорексия может рассматриваться как дополнительный или сопутствующий синдром.

Этиопатогенез

В последние годы наиболее широкое распространение получила полиэтиологическая модель возникновения анорексии. Специальные расчеты показывают, что наличие риска по этому заболеванию в большей части случаев определяется наследственными факторами [3]. Наряду с ними большое значение придается социальным, культурным и семейным факторам. Немаловажное место занимают стрессовые события, а также распространение через масс-медиа неадекватных стереотипов красоты.

Одна из часто высказываемых точек зрения на нервную анорексию связывает ее с гипоталамической дисфункцией. Эта гипотеза подтверждается тем, что у многих пациенток на фоне уменьшения массы тела отмечаются нарушения менструального цикла, а его восстановление наступает вслед за нормализацией массы тела. Возобновление менструаций ассоциируется

Нейроэндокринные изменения при нервной анорексии и экспериментальном голодании (адаптировано по [37])

Показатель	Уровень гормона	
	нервная анорексия	экспериментальное голодание
Кортикотропин-рилизинг-гормон	Повышен	Повышен
Кортизол плазмы крови	Слегка повышен в утренней временной точке. Суточные колебания сглажены	Слегка повышен в утренней временной точке. Суточные колебания сглажены
Лютеинизирующий гормон	Снижен	Снижен
Фолликулостимулирующий гормон	Снижен	Снижен
Соматотропный гормон	Нарушена регуляция секреции. Повышен базальный уровень, отмечается ограниченный ответ в фармакологических пробах	Нарушена регуляция секреции
Тироксин	Нормальный или слегка понижен	Нормальный или слегка понижен
Трийодтиронин	Слегка понижен	Слегка понижен
Тиреотропный гормон	Нормальный. Ответ тиреотропного гормона на тиреотропин-рилизинг-гормон отсрочен или сглажен	Нормальный. Ответ тиреотропного гормона на тиреотропин-рилизинг-гормон отсрочен или сглажен
Инсулин	Замедленная секреция на прием пищи	Н/д
Серотонин	Повышение функции при восстановлении массы тела	Н/д
Норадреналин	Сниженный оборот	Сниженный оборот
Дофамин	Сглаженный ответ на фармакологические пробы	Н/д

Н/д – нет данных



с отчетливым психологическим улучшением на фоне нормализации массы тела.

В ходе нескольких исследований показано, что в генезе нервной анорексии большую роль играют центральные нейрогормональные и нейромедиаторные механизмы, взаимодействие между которыми разворачивается на уровне ядер гипоталамуса и других подкорковых структур [37, 40, 41, 42]. Эти структуры участвуют в регуляции аппетита, метаболизма, нейробиологических процессов и функциональных систем, определяющих поведение и тесно связанных с когнитивным контролем над приемом пищи. Вместе с тем многие из нейрогормональных эффектов, фиксируемых у больных нервной анорексией, воспроизводятся в условиях экспериментального голодания у здоровых людей (таблица). Это свидетельствует о том, что не следует переоценивать роль собственно биологических механизмов патогенеза анорексии. Скорее всего, значительная часть нейроэндокринных сдвигов, регистрируемых у этой категории пациентов, имеет вторичный характер, производный от функциональных изменений на более высоких уровнях центральной нервной системы.

Для понимания природы нарушений влечений при нервной анорексии необходимо учитывать, что пищевая потребность является результатом взаимодействия множества различных нейрохимических, физиологических и психосоциальных процессов. Потребность в приеме пищи поддерживается целым рядом психологических и физиологических механизмов, например, условнорефлекторной реактивностью на вид, запах и вкус пищи. Важнейшими регуляторами приема пищи выступают социальные детерминанты в форме традиций и социальных норм. Большую роль играют метаболические и гормональные изменения, обусловленные биологическими ритмами, физической активностью и приемом пищи. Указанные процессы, преломляясь в деятельности разнообразных функциональных систем мозга, создают основу биологической регуляции поведения, ассоциированного с поиском и потреблением пищи и жидкости.

Нейрохимические сигналы, активирующие пищевое поведение, могут быть сопряжены с широким спектром окислительных реакций, изменениями доступности глюкозы крови, уровнем нейротрансмиттеров мозга (нейропептид Y и др.). Очевидно, что значимую функцию в этих процессах выполняют лептин и грелиновая система [43].

В качестве возможных нейрохимических звеньев патогенеза нервной анорексии

рассматривают генетически обусловленный дефицит ряда нейромедиаторов, в частности, дофамина. Немаловажное значение могут иметь также нарушения в системах мускариновых, меланиновых, кортикотропин-рилизинговых и каннабиноидных рецепторов [40]. Существенное место в патогенезе данного расстройства могут занимать опиоидные системы мозга, а также соматотропный гормон и гонадотропины [41].

На формирование нервной анорексии оказывают влияние изменения функционального состояния серотониновых систем мозга, в результате которых происходят характерные для этого расстройства нарушения аппетита и настроения. При этом, как показывают нейровизуализационные исследования с использованием специфических серотониновых лигандов, нарушения серотониновой передачи отмечаются не только в период обострения заболевания, но и после выздоровления [44].

Последние нейровизуализационные исследования свидетельствуют об участии в патогенезе нервной анорексии вкусовых центров мозга, включающих переднюю область островка и полусатого тела [42]. Это указывает на то, что при анорексии происходит нарушение процессов формирования аппетита, связанных с сенсорными, интероцептивными механизмами, а также механизмами вознаграждения.

Доминирующая точка зрения на этиопатогенез нервной анорексии сводится к представлениям о том, что это расстройство возникает в рамках континуума расстройств приема пищи, на одном крае которого находится собственно нервная анорексия, а на другом – нервная булимия. Эти состояния могут переходить друг в друга, поскольку их психопатологические и нейрофизиологические механизмы чрезвычайно близки. Это объясняется тем, что при всей сложности процессов регуляции прием пищи является одной из форм автоматизированного (инстинктивного) поведения, которое лишь частично находится под субъективным контролем. Важно отметить, что автоматизированное поведение появляется спонтанно и продолжается до тех пор, пока имеется пища или пока человек осознанно его не прекратит [45]. При этом контроль над приемом пищи и его осознанное ограничение вызывают существенное снижение психологических ресурсов вследствие перенапряжения волевых, когнитивных и эмоциональных процессов [46].

Отсюда следует, что генез нервной анорексии тесно сопряжен с нарушением психологических

механизмов, интегрирующих деятельность и поведение через восприятие своего образа и самоопределение личности. В основе этого нарушения – недостаточная эмоционально-когнитивная дифференциация, не позволяющая преодолеть беспомощность и зависимость от окружения. Слабое развитие навыков совладания порождает невысокую стрессоустойчивость, что препятствует развитию и стабилизации самосознания.

Заключение

Представления о нервной анорексии за последнее время существенно обогатились. Были выделены различные варианты и формы этого расстройства, а также продемонстрирована тенденция к их взаимному переходу и высокая коморбидность с другими психическими расстройствами. Было показано, что в возникновении нервной анорексии большую роль играют наследственные факторы и что это расстройство тесно сопряжено с нарушениями

индивидуального психического развития. При этом повышенная психопатологическая уязвимость создает условия для обостренного реагирования предрасположенных лиц на отклонения в характере воспитания. Результатом этого является формирование специфической структуры личности, противоречиво сочетающей нарушения образа «Я», идентичности, перфекционизм, импульсивность, потребность в автономии и признании. Расстройства личности и поведения, выражающиеся в патологическом контроле над весом, отражают глубокие когнитивные сдвиги, связанные с аномалиями психосоциального развития таких пациентов. Недостаточная когнитивно-личностная дифференциация больных нервной анорексией тесно сопряжена с широким спектром психоэндокринных нарушений, этиопатогенетическое значение которых не вызывает сомнения. Однако конкретная роль указанных нарушений во многом остается неясной. ☹

Литература (References)

1. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4):406–14.
2. Willi J, Giacometti G, Limacher B. Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *Am J Psychiatry.* 1990;147(11):1514–7.
3. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(3):305–12.
4. Ratnasuriya RH, Eisler I, Szmulker GI, Russell GF. Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *Br J Psychiatry.* 1991;158:495–502.
5. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(7):724–31.
6. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. Пер. на рус. яз. СПб.: АДИС; 1994. 300 с. (World Health Organization. International Classification of Diseases (10th revision): Mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Saint Petersburg: ADIS; 1994. 300 p. Russian).
7. Polivy J, Zeitlin SB, Herman CP, Beal AL. Food restriction and binge eating: a study of former prisoners of war. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(2):409–11.
8. Laessle RG, Platte P, Schweiger U, Pirke KM. Biological and psychological correlates of intermittent dieting behavior in young women. A model for bulimia nervosa. *Physiol Behav.* 1996;60(1):1–5.
9. Коркина М, Цивилько М, Марилов В. Нервная анорексия. М.: Медицина; 1986. 176 с. (Korkina M, Tsivil'ko M, Marilov V. Anorexia nervosa. Moscow: Meditsina; 1986. 176 p. Russian).
10. Root TL, Pinheiro AP, Thornton L, Strober M, Fernandez-Aranda F, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, Halmi KA, Johnson C, Kaplan AS, Klump KL, La Via M, Mitchell J, Woodside DB, Rontondo A, Berrettini WH, Kaye WH, Bulik CM. Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2010;43(1):14–21.
11. Zalar B, Weber U, Sernec K. Aggression and impulsivity with impulsive behaviours in patients with purgative anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatr Danub.* 2011;23(1):27–33.
12. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, Halmi KA, Johnson C, Kaplan AS, Mitchell J, Nutzinger D, Strober M, Treasure J, Woodside DB, Berrettini WH, Kaye WH. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med.* 2008;70(3):378–83.
13. Ehrensing RH, Weitzman EL. The mother-daughter relationship in anorexia nervosa. *Psychosom Med.* 1970;32(2):201–8.
14. Tuiten A, Panhuysen G, Everaerd W, Koppechaar H, Krabbe P, Zelissen P. The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa. *J Sex Marital Ther.* 1993;19(4):259–75.
15. Morgan JF, Lacey JH, Reid F. Anorexia nervosa: changes in sexuality during weight restoration. *Psychosom Med.* 1999;61(4):541–5.
16. Stein KF, Corte C. The identity impairment model: a longitudinal study of self-schemas as predictors of disordered eating behaviors. *Nurs Res.* 2008;57(3):182–90.
17. Guardia D, Conversy L, Jardri R, Lafargue G, Thomas P, Dodin V, Cottencin O, Luyat M. Imagining one's own and someone else's body actions: dissociation in anorexia nervosa. *PLoS One.* 2012;7(8):e43241.
18. Jáuregui-Lobera I. Neuropsychology of eating disorders: 1995–2012. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:415–30.
19. Rawal A, Park RJ, Williams JM. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behav Res Ther.* 2010;48(9):851–9.
20. Martin L, Tesser A. Some ruminative thoughts. In: Wyer R, editor. *Advances in social cognition.* Volume 9. 1996. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. p. 1–48.
21. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(6):1152–68.
22. Teasdale J, Barnard P. Affect cognition and change: Re-modelling depressive thought. Hove: Psychology Press; 1995. 285 p.
23. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry.* 2009;194(2):168–74.



24. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int J Eat Disord.* 2002;32(3):253–70.
25. Herzog DB. Are anorexic and bulimic patients depressed? *Am J Psychiatry.* 1984;141(12):1594–7.
26. Fornari V, Kaplan M, Sandberg D, Matthews M, Skolnick N, Katz J. Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1992;12:21–9.
27. Hudson JL, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;61(3):348–58.
28. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Joyce PR. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96(2):101–7.
29. Perdereau F, Faucher S, Wallier J, Vibert S, Godart N. Family history of anxiety and mood disorders in anorexia nervosa: review of the literature. *Eat Weight Disord.* 2008;13(1):1–13.
30. Buckner JD, Silgado J, Lewinsohn PM. Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *J Psychiatr Res.* 2010;44(12):781–7.
31. Hollander E, Wong CM. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry.* 1995;56 Suppl 4:3–6.
32. Mattar L, Huas C, Duclos J, Apfel A, Godart N. Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: a critical review of the literature. *J Affect Disord.* 2011;132(3):311–8.
33. Старостина ЕГ, Тейлор ГД, Квилти ЛК, Бобров АЕ, Мошняга ЕН, Пузырева НВ, Боброва МА, Ивашкина МГ, Кривчикова МН, Шаврикова ЕП, Бэги РМ. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных. Социальная и клиническая психиатрия. 2010;(4):31–8. (Starostina EG, Taylor GD, Quilty LK, Bobrov AE, Moshnyaga EN, Puzyreva NV, Bobrova MA, Ivashkina MG, Krivchikova MN, Shavrikova EP, Bagby RM. [A new 20-item version of the Toronto Alexithymia Scale: validation of the Russian language translation in a sample of medical patients]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya.* 2010;(4):31–8. Russian).
34. Pinna F, Sanna L, Carpiniello B. Alexithymia in eating disorders: therapeutic implications. *Psychol Res Behav Manag.* 2014;8:1–15.
35. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol Med.* 2010;40(11):1887–97.
36. Sansone RA, Sansone LA. Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innov Clin Neurosci.* 2011;8(3):14–8.
37. Halmi K. Eating Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* 7th edition on CD-ROM. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
38. Anderlueh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry.* 2003;160(2):242–7.
39. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(7):895–916.
40. Avraham Y, Dagon Y, Magen I, Berry EM. Models of Anorexia. *Drug Discovery Today: Disease Models.* 2005;2:197–204.
41. Hasan TF, Hasan H. Anorexia nervosa: a unified neurological perspective. *Int J Med Sci.* 2011;8(8):679–703.
42. Kaye WH, Wagner A, Fudge JL, Paulus M. Neurocircuitry of eating disorders. *Curr Top Behav Neurosci.* 2011;6:37–57.
43. Solomou S, Korbonts M. The role of ghrelin in weight-regulation disorders: Implications in clinical practice. *Hormones (Athens).* 2014;13(4):458–75.
44. Bailer UF, Kaye WH. Serotonin: imaging findings in eating disorders. *Curr Top Behav Neurosci.* 2011;6:59–79.
45. Cohen D, Farley TA. Eating as an automatic behavior. *Prev Chronic Dis.* 2008;5(1):A23.
46. Baumeister RF, Bratslavsky E, Muraven M, Tice DM. Ego depletion: is the active self a limited resource? *J Pers Soc Psychol.* 1998;74(5):1252–65.

Psychopathological aspects of anorexia nervosa

Bobrov A.E.

Bobrov Alexey E. – MD, PhD, Professor, Head of Department of Consultative and Telemedical Psychiatry¹
 ✉ 3 Potesnaya ul., Moscow, 107076, Russian Federation.
 Tel.: +7 (495) 963 76 84.
 E-mail: bobrov2004@yandex.ru

Prevalence of anorexia nervosa among women is 0,5%, whereas mortality related to this disorder amounts to 5–17%. Psychopathological structure of anorexia nervosa implies abnormalities of behavior as well as those of motivation and volition, thinking, perception and appreciation. In addition, mental abnormalities typical for this disorder are evident in regulation of emotions, specific personality traits and self-consciousness. The key psychopathological feature of patients with anorexia nervosa is a lack of cognitive and personal

differentiation that calls forth impairments of self-concept and self-image. Anorexia nervosa should be differentiated from depression and schizophrenic spectrum disorders. Its etiology and pathogenesis are related both to hereditary and psychosocial factors. Of great importance are psychoendocrine abnormalities, however their role is still insufficiently elucidated.

Key words: anorexia nervosa, mental disorders, personality disorders, cognitive impairment, psychoendocrinology.

¹ Moscow Research Institute of Psychiatry – Affiliate of Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology; 3 Potesnaya ul., Moscow, 107076, Russian Federation