

Предговор

Мястото на арттерапията при заболяване като анорексия нервоза, тято патогенеца ни се използва

Бернар Виалет

Независимо от множеството проучвания и трудове, същността на анорексия нервоза си остава загадка. Тя трудно може да бъде класифицирана в нозографски план, така че сама по себе си не се вписва нито в рамката на психозите, нито в тази на неврозите. Единствената призната от международните научни и медицински среди класификация – DSM-IV-R на Американската психиатрична асоциация, използва само симптоматична свързаност, за да я дефинира. Така се остава на равнището на синдрома, а не на болестта. Освен това съществуват и някои форми на преход между анорексия нервоза и други описани в класификацията хранителни разстройства, като булимия или като хетерогенната структура наречена EDNOS (*Eating disorder not otherwise specified*)¹. Тази патогенетична загадка се отразява върху лечението на болестта, кое-

¹ *Разстройство на храненето, неутогнено по друг начин*. В следващото издание на наръчника DSM V, тази категория е заменена с подкатегиорите *Other specified feeding or eating disorder eating disorder (OSFED)* - Друго утогнено разстройство на храненето или хранителното поведение и *Unspecified feeding or eating disorder (UFED)* – *Неутогнено разстройство на храненето и хранителното поведение*. – Бел. ред.

то остава изключително емпирично и симптоматично. Въпреки това научните дружества са публикували препоръки за обгрижването и лечението на заболяването². В тях се настоява за мултидисциплинарност, позволяваща да се третират едновременно медицинските, хранителните, психологическите и социалните аспекти, както и за необходимост от специализация на екипите. Отбелязва се, че медицинските усложнения, като недохранване или електролитни нарушения, които могат да застрашат виталната прогноза, изискват специфично лечение. Като цяло хранителният режим е постепенен по отношение на калорийното натоварване и е свързан с прием на добавки от минерали и витамини. Захранването рядко изисква поставяне на назогастрална сонда. Целта е да се постигне наддаване на телото с 250–450 г/седмично в амбулаторни условия и с 1 кг/седмично за хоспитализираните пациенти. Предпочита се амбулаторното лечение, а хоспитализацията се предвижда за най-тежките или упорити за лечение форми.

Психотерапията или поведенческите терапии имат за цел да помогнат на пациентите в борбата им със симптома, да лекуват съпътстващите психиатрични заболявания (депресия, ниска самооценка, алекситимия) и да предотвратят риска от самоубийство. Те трябва да бъдат обвързани с ръководене и наблюдение на храненето и хранителния режим. Обикновено това са индивидуални терапии, но семейните подходи също могат да представляват интерес, главно при най-младите пациенти. Поради честотата на рецидивите, тези лечения и тяхното проследяване трябва да обхващат продължителен период от време. Във Франция всички

²J. Treasure, A. M. Claudino, N. Zucker, „Eating Disorder“, *The Lancet*, 375, p. 583–593.

тези препоръки бяха обобщени през юни 2010 г. от HAS³.

Въпреки това и без да са катастрофални, резултатите от обичайните лечения са доста разочароващи, дори и в практиката на високоспециализираните екипи. Смъртността изглежда намаляла, но не е изчезнала. В средносрочен или дългосрочен план само около петдесет процента от младите жени могат да бъдат определени като излекувани⁴. Прилагането на по-строги критерии, обединяващи връщането на нормалното тегло, спонтанното възобновяване на менструацията, липсата на хранителни разстройства или на сериозни съпътстващи психиатрични заболявания, добрата социална интеграция и чувството за освобождение от мисълта за храната и/или за теглото, водят до отчитане на далеч по-ниски проценти⁵. В най-добрия случай ще говорим по-скоро за ремисия, тъй като рецидивът винаги е възможен.

Мястото на арттерапията в лечението на това заболяване трябва да се впише разумно във въпросния контекст на теоретична и терапевтична неудовлетвореност. Тя е средство, което допринася за целите на подпомагане на болния в борбата му с елементите на анорексичния симптом, заедно със съвкупността от подходи, изграждащи мултифокални терапии: диетология, психотерапии от различни школи (психоанализа, когнитивно-поведенческа терапия), групи за беседване, физиотерапия, семейни подходи и др.

³ HAS (Haute autorité de santé) – Върховен орган по здравеопазване във Франция, ангажиран с оценка на здравните услуги, продукти и технологии и с разработване на препоръки и стратегии за лечение. – Бел. ред.

⁴ H. C. Steinhausen. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am. J. Psychiatry*, 159 (8), 2002, p. 1284–1293.

⁵ J. Couturier, J. Lock. What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis, *int. J. Eat Disord*, 39, 2006, p. 175–183.

Анорексия нервоза: патогенеза, която се изплъзва

Историята на познанието за болестта преминава през няколко периода⁶. Във времената, които ще наречем преднаучни и които предхождат почти съвпадащото с края на XIX век описание на анорексия нервоза от У. Гул в Англия и от Е.-Ш. Лазег във Франция, анорексия нервоза трябва вече да е съществувала, но под друг вид и интерпретации. Светите жени, забравили себе си в своята преданост към околните, мистичките, отгадени на аскетизъм и изключителна любов към Бог, някои постепеници или провеждащи гладни стачки жени, навярно в по-голямата си част са били анорексички, преди терминът да е бил изобретен. Вероятно тази патологична реакция е способна да интегрира културни детерминанти на момента, най-малкото – в своя начин на изразяване. В научната епоха, последвала клиничното описание на болестта, анорексия нервоза последователно се е разглеждала като хистерична проява („хистерична анорексия“ на Лазег), като невротична проява от психоаналитиците, като хормонално разстройство от ендокринолозите, като атипична психоза от други... Всички тези хипотези бързо са изоставени, от една страна, заради техния схематизъм, който не позволява да се обхване целостта на синдрома, а от друга – заради неспособността на произтеклите от тях терапии да излекуват по-голяма част от пациентите.

Днес съществува относителен консенсус, който разглежда това състояние като сложно заболяване, включващо физиологични, психологически и социални фактори. Смята се, че това мултифакторно заболяване е резултат от комбинация от чупливост (вероятно

⁶ B. Vialettes, „L'anorexie mentale, une déraison philosophique“, Paris, L'Harmattan, 2001.

мултигенна) в генната структура и фактори на околната среда. Изглежда също, че самият синдром има силна склонност към самоподсилване, за което допринасят както механизмите на пристрастяване, така и мозъчните последици от недохранването.

Концепцията за структурна генна чупливост, предразполагаща към анорексия нервоза, е подкрепена от проучвания на семейства или на близнаци, които показват по доста съгласуван начин, че при 33 до 84% от засегнатите индивиди заболяването може да е с генетична етиология⁷. Това накара много групи учени да тестват чрез методи на асоцииране, от типа „случай–контрол“ или от типа на алелно неравновесие в рамките на семейството, множество кандидат-гени, участващи в синаптичното функциониране (невротрофини), метаболизма на церебралните невроамини (рецептори на серотонина, на допамина...), хормоните, регулиращи приема на храна (грелин, холецистокинин и др.), естрогените (естрогенен рецептор-β) и т.н.

Насочваме заинтересования читател към обзора на литература от Шераг и сътрудници⁸, които през 2010 г. отчитат възможна връзка на анорексия нервоза с над двадесет и пет гена. Авторът посочва също, че много от тези проучвания, извършени нерядко с ограничен брой участници, очакват потвърждение. В тях обаче връзката с полиморфизмите на 5-HT2A гена (серотонинов рецептор тип 2A) изглежда представлява ако не универсална, то най-малкото често срещана тенденция⁹, и по-специално в чисто рестриктивните форми

⁷ C. M. Bulik, „Exploring the gene-environment nexus in eating disorders“, *J. Psychiatry Neurosci.*, 20 (5), 2005, p. 335–339.

⁸ S. Scherag, J. Hebebrand, A. Hinney, „Eating disorders: the current status of molecular genetic research“, *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 19, p. 211–226.

⁹ Пак мам.

на болестта. И въпреки че при пациентите с анорексия са докладвани нарушения в серотониновия метаболизъм, трябва да отбележим, че серотонинергичните лекарства и по-специално селективните инхибитори на обратното захващане на серотонина никога не са доказали своята ефикасност при този синдром.

Що се отнася до проучванията на алено неравновесие в рамките на семейството, те по съгласуван начин определят локус на чупливост в късото рамо на хромозома 1 (1p), както и в хромозомите 4, 11, 13 и 15. По този начин големите надежди, възлагани на генетичните изследвания да очертаят участващите патогенетични мрежи, остават все така неоправдани.

Можем да се надяваме, че по-добрата индивидуализация на подтипове или конкретни белези (ендофенотипове) ще позволи по-механистичен подход в бъдеще¹⁰. Явленията се усложняват допълнително от влиянието на различните системи едни върху други. Например експресията на 5-HT_{2A} гена се регулира от естрогенна импрегнация и евентуално от активността на ген, като този на естрогенния рецептор (сам по себе си свързан с анорексия нервоза)¹¹. Описани са и други епистатични явления между два протеинови гена, вземащи участие в невротрофиновия път (NTRK3 и NGFB)¹², което предполага, че този път, участващ в пластичността и синаптичното функциониране, също може да е замесен.

Данните от функционалните изображения на мозъка

¹⁰ C. M. Bulik, J. Hebebrand, A. Keski-Rahkonen, K.L. Klump, T. Reichborn-Kjennerud, S. E. Mazzeo, T. D. Wade, „Genetic epidemiology, endophenotypes, and eating disorder classification“, *Int. J. Eat Disord.*, 40, 2007, p. 552–560.

¹¹ S. Scherag et coll., *op. cit.*

¹² J. M. Mercader, E. Saus, Z. Aguera, M. Bayés, C. Boni, A. Carreras et coll., „Association of NTRK3 and its interaction with NFG suggest an altered cross-regulation of the neurotrophin signaling pathway in eating disorders“, *Hum. Mol. Genet.*, 17 (9), 2008, p. 1234–1244.

позволиха да достигнем, ако не до причината, то поне до патогенетичните вериги, въввлечени в заболяването, като се има предвид, че при този подход е затруднено разграничаването на фактора, предразполагащ към анорексия, последицата от заболяването (недохранване, предизвикано от гладуване и хиперактивност) и дори това, което можем да приемем за усложнение при пациенти в ремисия.

Въпреки това тази обещаваща линия на изследване очерта някои насоки¹³: дисбаланс между серотонинергичните пътища, чиито аномалии предразполагат към повишена податливост към гладуване, тревожност, инхибиция и фобия от грешки и допаминергичните пътища, чиито изменения водят до загуба на функциите за възнаграждаване. Аномалиите в областта на инсулата могат също да обяснят намаляването на интероцептивното възприятие (глад, образ на тялото). И накрая, свръхактивността на дорзолатералния префронтален кортекс би могла да благоприятства когнитивния контрол, перфекционизма и процесите на очакване. По такъв начин откриваме събрани заедно повечето от характеристиките или моделите на поведение, свързани с болестта.

Така или иначе обаче, тази конститутивна крехкост може да се прояви конкретно при женския пол в определен период от живота, пубертета, характеризиращ се с хормонална буря, големи физически промени, криза на идентичността, откриване на сексуалността, желание за еманципиране от родителската опека, отдалечаване или раздяла с членове на семейството, нови отговорности, натиск от страна на обществото за все по-стройна фигура... и да предизвика стереотипен начин на реагиране, водещ до анорексия нервоза.

¹³ W. H. Kaye, J. L. Fudge, M. Paulus, „New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa“, *Nat. Rev. Neurosci.*, 10 (8), 2009, p. 573–584.

Други автори¹⁴ виждат в анорексия нервоза механизми, свързани с отговори на стреса, които насърчават възнаграждаването и вниманието. Те смятат, че при наличие на предиспозиция, гладуването и физическата хиперактивност могат да доведат до състояния на стрес, които чрез активизирането на зависимите от хипоталамуса кортикотропин-освобождаващ фактор (CRF) пътища индуцират допаминергични отговори на мезолимбично ниво и норадренергични отговори на нивото на *locus coeruleus*, отговорни съответно за чувството за възнаграждение и повишено внимание. На свой ред удовлетворението и чувството за ефективност могат да породят състояние на зависимост от тези възнаграждаващи поведения.

Данните от изследвания при плъхове и хора сочат¹⁵, че по този начин гладуващият може да развие поведение, сходно с това на пациентката, страдаща от анорексия нервоза. Хранителните ограничения при здрави доброволци водят до психически ефекти като дисфория, тревожност, психоригидност, обсесивни симптоми, раздразнителност, намалена способност за абстракция, социално отдръпване, подобни на наблюдаваните при анорексия¹⁶. От тази гледна точка анорексия нервоза би била само болест на зависимостта.

Други автори предполагат, че анорексия нервоза може да е автоимунно заболяване, тъй като в серума на значителна част от пациентките се откриват антитела, насочени срещу невромедиатори или хормони, участва-

¹⁴ M. Zandian, I. Ioakimidis, C. Bergh, P. Sodersten, „Cause and treatment of anorexia nervosa“, *Physiol. Behav.*, 10, 92 (1–2), 2007, p. 283–290.

¹⁵ A. Keyes, J. Brozek, A. Henschel et coll., „The Biology of Human Starvation“, Minneapolis, The University of Minnesota Press, 1950.

¹⁶ Пак там.

щи в контрола на апетита¹⁷, но за да бъдат валидизирани подобни открития, те трябва да бъдат повторени от други изследователи.

Също така изглежда, че определени черти на характера са присъщи за анорексия нервоза. Някои искат да видят в тях признаци на самото заболяване, докато други ги приписват на съпътстващи заболявания. Перфекционизмът, ниската самооценка, тревожността, депресията, obsесивно-компулсивното разстройство, алекситимията са често срещани при това заболяване. Наистина понякога те се подобряват с възстановяване на теглото, но могат да се запазят и при пациентки във видима ремисия. Тези симптоми позволяват да се предположи, че съществуват множество допирни точки между анорексия нервоза и редица личностни разстройства или психиатрични патологии¹⁸.

Формулирани са и други, по-езотерични хипотези, с много ниска степен на доказателственост. Тяхната поява е още едно потвърждение за пълното ни непознаване на механизмите, замесени в това заболяване. Така например Б. Никълсън¹⁹ предположи намесата на феромони, идващи от съседни доминантни женски във възникването на болестта, чрез екстраполиране на експерименти с промискуитет, проведени с хамстери. Друг автор²⁰ съзира в анорексия нервоза остатъци от поведението, които в древни времена са могли да осигурят пол-

¹⁷ S. O. Fetissov, P. Dechelott, „The putative role of neuropeptide autoantibodies in anorexia nervosa“, *Curr. Opin Clin. Nutr. Metab. Care*, 11 (4), 2008, p. 428–434.

¹⁸ W. H. Kaye, J. L. Fudge, M. Paulus, *op. cit.*; M. Speranza, M. Corcos, G. Loas et coll., „Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders“, *Psychiatry Res.*, 35, 2005, p. 153–163.

¹⁹ B. Nicholson, „Pheromones cause diseases: the exocrinology of anorexia nervosa“, *Med. Hypotheses*, 54 (3), 2000, p. 438–443.

²⁰ N. Gatward, „Anorexia nervosa: an evolutionary puzzle“, *Eur. Eat Disord. Rev.*, 15 (1), 2007, p. 1–12.

зи за индивида или за клана. По този начин анорексията и нейната последица, аменореята, били доказателство за подчинение в съревнованието между жените в клана, за да се предотвратят рискът от изключване на най-слабите (*Anorexia is a safe place to hide*). Хиперактивността и отличната поносимост към гладуването били стимул за миграционните движения в търсене на храна и осигурявали еволюционно предимство за индивида и клана.

Легение, гиито резултати са все така разотгароващи

Анорексия нервоза без съмнение е едно от най-чистите психиатрични заболявания. Тя засяга млади момичета в тесен възрастов период около пубертета. Нейната симптоматика е стереотипна. Понякога и речта изглежда стандартизирана, когато съдържа определени небосновани мисли или убеждения за болестта. Въпреки това лечението остава сравнително нестандартизирано²¹. Трябва също да кажем, че е трудно, ако не и невъзможно, да се проведат проспективни рандомизирани проучвания при тази патология поради затруднения от етичен порядък или произтичащи от често противопоставящата се личност на пациентките²². В най-добрия случай можем да твърдим, че съществува мек консенсус относно основните цели на лечението и специалистите в него (соматичен лекар, психиатър или психолог и диетолог). Всеки лечебен център привилегирова собствен емпиричен подход. Единствено симптоматичните цели се явяват общи за различните екипи: възвръщане на нор-

²¹ J. Treasure, A.M. Claudino, N. Zucker, „Eating disorder“, *The Lancet*, 375, 2010, p. 583–593 ; afdas/has, „Anorexie mentale : prise en charge“, www.has-sante.fr ; J. Morris, S. Twaddle, „Anorexia nervosa“, *BMJ*, 334, 2007, p. 894–898.

²² C. G. Fairburn, „Evidence-based treatment of anorexia nervosa“, *Int. J. Eat Disord.*, 37, 2005, suppl., p. 526–530. C. G. Fairburn, „Evidence-based treatment of anorexia nervosa“, *Int. J. Eat Disord.*, 37, 2005, suppl., p. 526–530.

малното тегло, възобновяване на менструацията, освобождение от натрапливите мисли за храна и телесно тегло. Хоспитализацията е продиктувана от тежестта на синдрома, от смъртоносните идеи на пациентката или от качеството на обкръжаващата среда.

Поемането на семейството в терапия²³ изглежда осигурява предимство, главно при пациенти под 18-годишна възраст.

Изборът на психотерапевтичен подход е оставен на преценката на лекаря или центъра. Сравнителен обзор на различните техники (психоанализа, когнитивно-поведенческа терапия, когнитивно-психоаналитичен подход) показва, че не може да се даде предимството на никоя от тях²⁴. Поведенчески терапии, използващи компютърни инструменти, прицелени върху хранителното ограничаване, физическата активност и терморегулацията, за противодействие на явленията на пристрастяване, могат да подобрят прогнозата според шведски екип, но броят на участниците е сравнително малък, а проследяването – ограничено²⁵. Не е изключено силната ангажираност на лекуващия екип в това проучване и възможният игрови ефект от използването на компютрите да представляват мощна опора за пациентите и това да обяснява добрите резултати.

От терапевтична гледна точка селективните инхибитори на обратното захващане на серотонина не са

²³ S. Cook-Darzens, C. Doyen, M.C. Mouren, „Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current research evidence and its therapeutic implications“, *Eat Weight Disord.*, 13 (4), 2008, p. 157–170.

²⁴ P. Hay, J. Bacaltchuk, A. Claudino, D. Ben-Tovim, P.Y. Yong, „Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa“, *Cochrane Database Syst Rev.* (4), 2003.

²⁵ C. Bergh, U. Brodin, G. Lindberg, P. Sodersten, „Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa“, *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 99 (14), 2002, p. 9486–9491.

доказали своята ефикасност за наддаване на тегло²⁶. В ниски дози невротентиците от второ поколение като оланзапин или кветиапин изглежда имат известна ефикасност върху психопатологичните симптоми и върху наддаването на тегло без сериозни странични ефекти²⁷, но тази констатация се основава на привилегирани наблюдения или на кратки отворени серии.

Въпреки това разнообразие в подходите, резултатите, публикувани от различни специализирани екипи по света, са доста еднородни и относително разочароващи. Смъртността остава неприемливо висока, съответстваща на 0,6% смъртни случаи на пациент годишно, при все че в последните години се наблюдава тенденция към подобряване на този показател²⁸. Мета-анализът на Стейнхаузен, основан върху повече от 5000 пациенти, показва, че средният процент на ремисия при преживелите е малко под 50%. Според ретроспективно проучване, проведено в болничното отделение от Мегердидишян и сътр.²⁹, пет години по-късно само една четвърт от пациентките, които са се възстановили и поддържат нормално тегло (над 18,5 кг/м²), се смятат за излекувани.

При липса на лечение, което категорично да е доказало своето преимущество, специализираните екипи разработват емпирични подходи, които допринасят за

²⁶ E. Attia, C. Haiman, B.T. Walsh, S.R. Flater, „Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa?“, *Am. J. Psychiatry*, 155 (4), 1998, p. 548–551.

²⁷ C. Mehler-Wex, M. Romanos, J. Kirchheiner, U.M. Schulze, „Atypical antipsychotics in severe anorexia nervosa in children and adolescents-review and case reports“, *Eur. Eat. Disord Rev.* 16 (2), 2008, p. 100–108.

²⁸ A. Hjerm, L. Lindberg, F. Lindblad, „Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up“, *Br. J. Psychiatry.*, 189, 2006, p. 428–432.

²⁹ C. Meguerdichian, C. Samuelian-Massat, R. Valéro et coll., „The impact of weight normalization on quality of recovery in anorexia nervosa“, *J. Am.Coll.Nutr.*, 28 (4), 2009, p. 397–404.

мобилизиране на индивида в посока на възобновяване на нормалното хранене, преустановяване на прочистващото поведение (повръщане, злоупотреба с лаксативи, хиперактивност), борба с паразитните идеи, възвръщане на доверието в себе си и възстановяване на възможността за по-спонтанен чувствен и социален живот. Времето е важен елемент в това лечение, тъй като рискът от рецидив или съпътстващи заболявания е висок. Впрочем прогнозата може да се подобри след десетгодишно проследяване (75% ремисия в проучването на Стейнхаузен³⁰).

Арттерапията не трябва да се разглежда като изключителен подход спрямо всички останали. Тя е адекватна терапия, която подсилва други подходи, чиято симптоматична насоченост вече видяхме. Тя се намира на няколко равнища, които произтичат от самата техника, от груповата динамика и от маргиналният и оригинален статут на тази дейност в стратегията за грижи. Тя допринася за осъзнаване на фалшивостта или на изключително привилегирования характер на някои натрапливи мисли. Художественото творчество може да покаже не само тяхната безплодност, но и да разкрие произтичащата оттука загуба на свобода. То позволява регресирание чрез игра, като по този начин отваря личностно поле, в което вездесъщият свръхконтрол вече не е жизнено потребен за пациента. То проправя път към вътрешна свобода. Това освобождаване от принудата за контрол води до възстановяване на собствените афекти, до преоткриване на определена степен на спонтанност, до придобиване на увереност в мислите и действията, до създаване на предмет, който *a posteriori* ще може да свидетелства за дълбоката си същност на своя

³⁰ H. C. Steinhausen, *op. cit.*

автор и околните. Тази дейност позволява също така да се открие болната реч в нейните най-скрити аспекти, като се проникне в творбата на другия. И накрая, художествената дейност може да бъде инструмент за вътрешно изследване или за работа, ако арттерапевтът избере специфични ателиета, в които да се засегнат теми, разстроени от болестта: образът, погледът на другия, връзката, ефимерното, маската и привидното... Но всичко това би било напразно, ако работата не се поеме в екип и не бъде интегрирана в една по-глобална медико-психологическа стратегия, така както е обобщена в концепцията за мултифокална терапия.

Днешното лечение на анорексия нервоза може скромно да се охарактеризира като множество поддръжки, опори, срещи, насочени към възстановяване и укрепване на личността и самочувствието на пациента, за да му се позволи да придобие достатъчно яснота и желание за борба с присъщ за него начин на реагиране, който е едновременно патогенен и успокояващ.