

Нервная анорексия в представлении врачей первичной медицинской помощи Кыргызской Республики

Anorexia nervosa through the lens of primary health care practitioners in the Kyrgyz Republic

doi: 10.17816/CP6184

Оригинальное исследование

Zharkyn Moldokulova, Elena Molchanova,
Elena Kosterina

American University of Central Asia, Bishkek, Kyrgyz Republic

Жаркын Молдокулова, Елена Молчанова,
Елена Костерина

Американский университет в Центральной Азии, Бишкек, Кыргызская Республика

ABSTRACT

BACKGROUND: Anorexia nervosa was investigated in a large number of studies. Several of the studies in our review highlighted how important it is to factor in the opinion of health care practitioners if we want to improve the quality of the medical care provided to patients with anorexia nervosa. Additionally, the dominance of studies focused on anorexia nervosa within the Western culture raised the need for cultural diversity in such research.

AIM: The present study endeavored to explore how primary healthcare practitioners in Bishkek, Kyrgyz Republic, perceive anorexia nervosa and people who suffer from it.

METHODS: The study used the qualitative approach of Interpretative Phenomenological Analysis. Six semi-structured interviews with six primary health care practitioners from Bishkek were conducted.

RESULTS: The analysis of the collected data pointed towards four themes: (1) Anorexia nervosa as a reaction to distressing events in the form of loss of appetite; (2) Attributing blame for developing anorexia nervosa by a patient to family members; (3) Local versus Western socio-cultural standards in the development of anorexia nervosa and seeking treatment; and (4) Denial of mental health disorders by patients.

CONCLUSION: The discussion of the interpreted results led us to the conclusion that the perceptions of the health care providers in Bishkek represent the common prism through which anorexia nervosa is viewed in the larger population, which is constructed out of information received from the physical and virtual environments.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Нервная анорексия исследована достаточно подробно. Многочисленные исследования указывают на то, что для повышения качества медицинской помощи пациентам с нервной анорексией, важно понимать, как воспринимают болезнь врачи. Отмечается необходимость культурного разнообразия в исследованиях.

ЦЕЛЬ: Цель данной работы — изучить, как врачи первичного звена здравоохранения в городе Бишкек (Кыргызская Республика), воспринимают людей, страдающих нервной анорексией, и само расстройство.

МЕТОДЫ: Один из качественных методов — интерпретативный феноменологический анализ — был использован при работе с шестью интервью, взятыми у врачей первичной медицинской помощи различных центров семейной медицины города Бишкек.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Анализ полученных данных выявил четыре темы: (1) Нервная анорексия как реакция на тревожные события в виде потери аппетита; (2) Приписывание вины за развитие нервной анорексии у пациента членам семьи; (3) Местные и западные социокультурные стандарты в развитии нервной анорексии и обращении за медицинской помощью; (4) Отрицание пациентами наличия у них психического расстройства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Представления врачей первичного звена отражают общее понимание нервной анорексии жителями города Бишкек, сконструированное из мозаичной социокультуральной информационной среды.

Keywords: *anorexia nervosa; primary healthcare; interpretative phenomenological analysis; Kyrgyz Republic*

Ключевые слова: *нервная анорексия; первичная медико-санитарная помощь; интерпретативный феноменологический анализ; Кыргызская Республика*

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства пищевого поведения (РПП), в особенности нервная анорексия (НА), представляют серьёзную угрозу для общественного здоровья [1–4]: по данным, полученным преимущественно в западных странах, её распространённость составляет около 1% [5], причём 20–40% новых случаев выявляются у подростков и характеризуются значительными показателями смертности [6, 7]. Эти заболевания поражают как мужчин, так и женщин, независимо от возраста [8]. Недавние исследования показали, что системе здравоохранения следует уделить первостепенное внимание профилактике РПП, поскольку более чем половина пациентов с этими расстройствами получает недостаточную помощь или не получает её вовсе [9]. Лечение таких заболеваний как НА осложняется высокой частотой рецидивов, наличием коморбидных психических расстройств, переходом от одного подтипа заболевания к другому, а также отрицанию болезни пациентом, что часто наблюдается при НА [1, 10, 11]. Проблемы при лечении НА также тесно связаны с ограниченными знаниями врачей общей практики несмотря на то, что они обычно являются первыми специалистами, к которым обращается пациент. Недостаточное обучение врачей первичного звена (ВПЗ) диагностике РПП приводит к низкой выявляемости симптомов этих заболеваний во время обследований [12, 13]. Наряду с этим, значимыми препятствиями для обращения пациентов за помощью также становятся стигматизирующие убеждения и взгляды

медицинских работников [14]. Авторы исследования подчеркнули необходимость противодействия подобным представлениям и убеждениям с целью их преодоления. Другими словами, для совершенствования медицинской помощи пациентам с НА, необходимо описать и подробно рассмотреть убеждения и отношение медицинских работников к пациентам с НА, а также создать более эффективные клинические рекомендации, основанные на доказательных данных [4, 14, 15].

Ранние работы, касающиеся РПП и НА, в основном касались женской популяции западных стран, где были впервые сформулированы представления об этих заболеваниях [16]. В последнее время фокус научной деятельности в области РПП сместился с Запада на остальные страны. Таким образом, подобные исследования подтверждают, что изучение влияния социокультурных факторов на представления о РПП является важным способом по улучшению оказания помощи пациентам с данными расстройствами в контексте, например, азиатской культуры [17].

Об исследовании

Недостаточная освещённость проблемы НА в Кыргызской Республике контрастирует с ростом числа работ по данному вопросу в других «незападных» странах [16–18]. Это подтверждает мнение о том, что случаи НА встречаются в Кыргызской Республике, однако не получают достаточного внимания. Принимая во внимание рекомендации о важности

изучения мнений работников здравоохранения для повышения качества медицинской помощи [14, 15, 19], целью данного исследования стала оценка восприятия ВПЗ Кыргызской Республики НА как расстройства и пациентов с НА. Выбор ВПЗ в качестве участников исследования обосновывался предположением о том, что в соответствии с действующей структурой системы здравоохранения, консультации данных специалистов должны быть доступны большей части местного населения [20]. Пациенты с НА обращаются за лечением к ВПЗ, которые могут представлять собой первую линию помощи в инфраструктуре здравоохранения и, следовательно, оказывать значительное влияние на процесс поиска и получения медицинской помощи.

По причине небольшого числа научных работ, касающихся отношения к НА в Кыргызской Республике и Центральной Азии в целом, Россия является основным источником литературных данных по лечению РПП. Так авторы одной из работ изучили культурные различия в отношении НА в рамках японской и российской культур, тем самым предложив интересную точку зрения на культурные особенности в России [18]. Другое исследование, проведённое в России [21], даёт представление о виртуальности как социокультурном феномене, участвующем в развитии НА.

При ограниченном числе исследований РПП и НА в Центральной Азии, репрезентативная выборка в большинстве работ европейских стран и Америки также может не отражать ситуацию, в которой находятся пациенты в Центральной Азии, и проблемы, связанные с восприятием НА в странах их проживания. Классификация РПП согласно МКБ-10 [22] не учитывает контекст, связанный с культурными различиями, что может приводить к гиподиагностике [16]. Таким образом, необходимость изучения представлений медицинских работников о НА и пациентах с данным расстройством в Кыргызской Республике является очевидной.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

В данной работе применялись качественный подход и принципы интерпретативного феноменологического анализа (IPA). Причиной этому послужила необходимость изучения определённого феномена с позиций участников исследования путём проведения

глубинных полуструктурированных интервью [23]. Таким образом, IPA был выбран как инструмент изучения взглядов ВПЗ, принявших участие в данном исследовании. Кроме того, при обсуждении результатов работы и формулировке выводов авторы опирались на теорию социального конструкционизма.

Условия проведения исследования

Интервью проводились в Центрах семейной медицины (ЦСМ), которые являются частью системы первичной медицинской помощи в Бишкеке, Кыргызская Республика [20]. Данные условия были выбраны респондентами в связи с их удобством и возможностью встречи с исследователем по месту работы. Все респонденты опрашивались исследователями отдельно в ходе личной беседы в предоставленных для этой цели аудиториях. Двое участниц (Алия и Тынара) проходили интервью в ЦСМ №8, три участницы (Айкыз, Бурул и Гульназ) — в ЦСМ №2, одна участница (Тоня) — в ЦСМ №3. С согласия участниц проводилась аудиозапись интервью.

Формирование выборки и отбор участников

В исследовании участвовали 6 женщин в возрасте 28–65 лет, которые были сотрудницами центров общественного здравоохранения в Бишкеке, Кыргызская Республика. Пятеро из них работали в качестве ВПЗ, одна (Тынара) — в качестве клинического консультанта. Все участницы были кыргызками (этнос), владели кыргызским и русским языком, проживали в городских округах Бишкека, окончили местные медицинские вузы и прошли последипломное обучение в городских больницах.

Ход исследования

Общение с участницами происходило непосредственно по месту их работы. Формирование выборки проводилось по методу «снежного кома». Респондентки были проинформированы о сути исследования и условиях участия в нём, включая этические аспекты. Все участницы исследования подписали форму информированного согласия. Интервью длились от 1 до 1,5 ч и осуществлялись на рабочем месте участниц (вне рабочих часов). С согласия респонденток для всех интервью проводилась аудиозапись с последующей расшифровкой. Интервью проводились на русском языке лично ведущим автором данной работы —

Таблица 1. План полуструктурированного интервью, использованного в исследовании (только основные вопросы)

- Что Вам известно о расстройствах пищевого поведения?
- Знаете ли Вы, в чем различия между ними?
- Что Вам известно о нервной анорексии?
- Как Вы думаете, почему она возникает?
- Что Вы чувствуете по отношению к людям с нервной анорексией?
- У Вас когда-нибудь были пациенты с нервной анорексией?
- Как Вы воспринимаете такой опыт? Какое лечение Вы выбрали?
- Что бы Вы думали/чувствовали по отношению к человеку с нервной анорексией? Что бы Вы предложили ему?

молодой женщиной кыргызкой (этнос) в возрасте 31 года на момент проведения исследования, выросшей в городской среде Бишкека.

Работа была построена вокруг двух исследовательских вопросов (табл. 1):

1. Как врачи первичного звена в Кыргызской Республике воспринимают НА и пациентов, страдающих ей?

2. Какие особенности общественно-культурного фона и традиции они учитывают при оказании помощи пациентам с НА?

Расшифровка записей и перевод

Интервью проводились на русском языке, поскольку им владели участницы и автор исследования. Далее ведущий автор интервью стенографировал и переводил их на английский язык. Доступ к документам и данным, полученным от респонденток, имела лишь исследовательница, проводившая интервью.

Правовой и этический контроль за проведением исследования

План исследования был утвержден Комитетом по Этике в исследованиях (Institutional Review Board) Американского университета Центральной Азии (письмо-подтверждение No. 2022031600000255).

Анализ данных

Методология IPA, которой следовали авторы данной работы, широко используется в психологических исследованиях [24]. В соответствии с руководствами по IPA, ход исследования авторы определяли с помощью феноменологии, герменевтики и идиогра-

фического подхода [24]. Интерпретацию данных основывали на совокупности имеющихся научных знаний, известной как предконцепция (fore-conception) [25]. Чтобы не ограничиваться одной точкой зрения, исследователи изучали феномен НА с разных позиций, именуемых герменевтическим кругом [26].

Согласно руководствам по IPA [23], анализ проводили после завершения сбора данных, полученных в ходе полуструктурированных интервью. Протокол интервью основывали на информации, полученной по результатам предшествующих работ в смежных областях [14, 15, 19]. Этапы анализа данных включали запись интервью на диктофон, тщательное прочтение и перечитывание интервью группой исследователей, выявление актуальных тем, их классификацию и конкретизацию. Все этапы проводили в соответствии с руководствами по IPA [23]. Результаты обсуждались в рамках теории социального конструкционизма.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Были обнаружены четыре ведущие темы: 1) восприятие врачами НА как реакции на стрессовые события, проявляющейся потерей аппетита; 2) обвинение членов семьи в развитии НА у пациента; 3) противопоставление местных и западных социокультурных норм при формировании НА и поиске лечения; 4) отрицание пациентом с НА наличия у него психического расстройства.

НА представляется врачам скорее реакцией на стрессовые события, принимающей форму потери аппетита, нежели психологическим состоянием

Хотя некоторые из участниц (Алия) рассматривали НА как психическое расстройство, проявляющееся ограничительным пищевым поведением, в основном они описывали пациентов с НА как девочек-подростков, желающих снизить вес и доводящих дело до крайности в связи с искаженным восприятием собственного тела:

«Когда начинаешь говорить с пациенткой, не допрашивать, а именно говорить, она объясняет, что хочет стать более худой. При этом, она весит 40 кг и продолжает пытаться сбросить вес. Вот тогда мы начинаем бить тревогу.»

(Алия, 50 лет)

В большинстве описаний НА, предоставленных участниками, желание больных похудеть рассматривается как результат чрезмерной реакции на психический стресс: например, Гульназ отметила, что она и её коллеги могут понять чувства пациентов с НА благодаря личному опыту потери аппетита и похудения во время эмоционально тяжёлых периодов или выгорания. Она подчеркнула, что сопереживала пациентам с НА, потому что на себе ощутила трудности, связанные с потерей аппетита, столкнувшись с тяготами работы во время пандемии COVID-19. Ошибочно полагая, что НА — это нервное истощение на фоне психологического стресса, она привела в качестве примера свой случай, описав его как короткий эпизод изменения пищевого поведения вследствие хаотичного рабочего графика, что привело её к измождению:

«У меня самой это было. Во время пандемии. В первую волну все врачи заболели, и я осталась одна. Было несколько педиатров, они мне помогали. Но в это время мой телефон звонил постоянно. У меня даже не было времени нормально поесть. У меня маленькие дети и муж. Они мне помогали, конечно, но я была такой уставшей.»

(Гульназ, 31 год)

Приводя описанный выше пример, Гульназ сравнивала себя с пациентами, подразумевая, что люди, у которых в итоге развивается НА, органически предрасположены к нему, в отличие от неё. Она представляет заболевание как результат преувеличенной реакции на стресс:

«У некоторых людей, например, устойчивая нервная система, верно? У некоторых — неустойчивая. Некоторые эмоционально неустойчивы, они плачут, и они сразу реагируют на что-то такое.»

(Гульназ, 31 год)

Разделение людей на тех, кто может преодолеть стрессовую ситуацию, и тех, кто из-за особенностей нервной системы страдает от последствий чрезмерного эмоционального стресса, прослеживается в нескольких интервью (Алии, Бурул, Гульназ, Тынары). Так Бурул описывает людей, склонных к избыточной реакции на стрессовые ситуации, как «тревожных»:

«Это становится заметно, когда человек испытывает какой-либо стресс, например, экзамены или ещё что-то.»

По ультразвуковому исследованию всё нормально, по гастроскопии тоже. Обычно это просто тревожные люди.»

(Бурул, 28 лет)

Алия считает, что группой риска развития НА являются подростки, т.к. характерные для этого возраста особенности развития нервной системы делают их более восприимчивыми к стрессу:

«Подростки легко поддаются влиянию, у них гормональный дисбаланс. В этот период они изменчивы, ранимы и чувствительны. Они крайне уязвимы в таком возрасте.»

(Алия, 50 лет)

Участницы воспринимают эмоциональный стресс и гормональный дисбаланс как взаимосвязанные явления, приводящие к дезадаптивному поведению, такому как преднамеренное похудение. Эта идея является частью общего представления о развитии заболевания нескольких участниц (Айкыз, Бурул, Гульназ и Тынары).

Одна из респонденток, Гульназ, указывает на важность продолжительности стрессового воздействия: можно предположить, что для появления соответствующих реакций нервной системы человек должен испытывать негативные эмоции достаточно продолжительное время. Тем не менее, использование ею слова «по-видимому» свидетельствует о неуверенности в собственных знаниях о происхождении НА:

«Нервное истощение развивается, когда человек долго находится в состоянии стресса (думает). Или под каким-то давлением. Он теряет силы и оказывается на грани нервного срыва. Такое состояние называют нервным истощением, или по-видимому, нервной анорексией.»

(Гульназ, 31 год)

Длительное стрессовое состояние как причина физиологических последствий может также быть смертельным, по словам Тынары. Она тоже связывает НА с нервным истощением, вызванным нарушениями в работе нервной системы вследствие стресса:

«Даже если ты хорошо ешь, ты похудеешь, потому что это нервное истощение. Все тело, от самых кончиков»

пальцев – всем этим управляет нервная система. Если человек постоянно в состоянии стресса, то конечно разовьется нервное истощение. Человек может даже умереть от этого.»

(Тынара, 65 лет)

Поскольку последствия пережитого стресса приводят к снижению веса, участницы не считали это заболеванием до тех пор, пока оно не стало явно тяжёлым. Бурул, например, связала похудение пациентки, которая казалась ей апатичной, с неблагоприятными событиями в жизни девушки; впрочем, по её мнению, пациентка не была физически истощенной, чтобы считать её состояние болезнью:

«У меня недавно была пациентка. Не такая худая, это была ещё не анорексия. Она входит, и все становится понятно по тому, как она разговаривает. Они говорят так тихо, в солнцезащитных очках, не смотрят на тебя. В плохом настроении. Затем начинаешь их расспрашивать и оказывается, что они испытывают стресс, экзамены или что-то ещё. Она меня спросила, может ли стресс быть причиной. Конечно, может. Я спросила, какие у неё проблемы. Она сказала, что она не справляется с учёбой. "Завалила" экзамен.»

(Бурул, 28 лет)

Зачастую респондентки напрямую связывали случаи поведения, которое они считали похожим на НА, с психологическими и межличностными стрессорами:

«Его мама позвонила, потому что мы оказываем помощь на дому. Он там просто лежит. Она сказала, что так уже два месяца. Он не вставал, не жаловался, не ел. Она сказала, что у него что-то случилось на работе. Что-то личное. Не влился в коллектив.»

(Тоня, 46 лет)

Участницы возлагали вину за развитие НА у пациентов на членов их семей

Хотя некоторые респондентки (Алия и Тынара) сочувствовали родственникам и членам семей пациентов с НА, как тем, кто несет бремя ухода за больным, многие (Алия, Айкыз, Бурул, Гульназ, Тоня) считали родственников, в особенности матерей, ответственными за развитие болезни у девочек-подростков. Респондентка Гульназ отметила, что

«анорексия у женщин не развивается из-за работы, это всё из-за семейных проблем», и что «кто-то причиняет им страдания дома». Подобные взгляды могут быть связаны с местным культурным контекстом и гендерными предрассудками. Тынара предположила, что «что-то может быть не в порядке дома» и что «кто-то дома проявляет агрессию». Девочка-подросток, по словам Тынары, сильно похудела в связи с эмоциональным насилием дома. Она призналась, что её мачеха «всегда кричит» и «постоянно критикует» её.

Психические расстройства, по мнению респондентов, возникают, когда дети теряют самостоятельность под давлением родителей. В случае НА, матери пациенток представляются властными и требовательными. Так как матери осуществляют основную часть ухода и активно участвуют в решении проблем и лечении дочерей, они и воспринимаются как ключевые фигуры и источники стресса у девочек. Матерей описывают как ставящих дочерям чрезмерно амбициозные цели, поскольку они «сами не смогли их добиться» (Алия). Таким образом, по мнению врачей, дочери перенимают у матерей эти цели, что приводит к перфекционистскому стремлению их достичь:

«Не знаю, чего они добиваются, какие у них рычаги воздействия. Я думаю, каждому родителю нужен индивидуальный подход. Для каждого родителя и каждой пациентки. Например, [родители говорят] ты должна заниматься танцами, и это их уровень [ожиданий], да? Почему она должна туда ходить? На танцы? Почему её родители хотят, чтобы она танцевала? Что они хотят от этой девочки? Почему они этого хотят от неё?»

(Алия, 50 лет)

Одна из участниц (Айкыз) описала сцены, свидетельницей которых она становилась на работе, когда матери кричали на дочерей: «Ты ничего не ешь!», «Ты это с собой сделала!». Для Айкыз эти образы и интонация отражают осуждение и критику со стороны матерей, которые принимают обвинения за заботу и тем самым подталкивают дочерей к развитию НА.

Тоня связала возникновение заболевания с синдромом анорексии у позднее скончавшегося пациента-мужчины с давлением, которое он испытывал со стороны матери. По её мнению, он должен был

содержать семью. Тоня акцентировала внимание на гендерно-обусловленном давлении в семье, исходившем в основном от матери:

«Она заставила его ходить на работу, потому что "ты же мужчина!". Она ему создала некую планку: "Ты должен полностью нас обеспечивать". И, наверное, что-то внутри него сломалось. Когда я его увидела, он уже лежал.»

(Тоня, 46 лет)

В целом, все участницы подчеркнули роль стрессовой обстановки дома в развитии симптомов НА, особенно у девочек-подростков. Они делили представление о домашней среде как об агрессивной, враждебной, либо пренебрежительной. Бурул отметила, что родители «должны проявлять внимание к девочкам», однако они «не успевают» и «не понимают друг друга». Они не хвалят дочерей, не говорят им «молодец» или «ты красивая». Пытаясь обнаружить причины заболевания в родителях подростков, при этом не обладая достаточным пониманием состояния, респондентки представляли его как результат недостаточного ощущения принятия со стороны родителей:

«Девочки начинают, в особенности, когда родители не уделяют достаточно внимания ребенку, начинают хотеть быть похожими на кого-то другого... Родители не говорят им, что они хорошие, красивые. Я думаю, у них такая ассоциация, ну, что красота — это тонкая талия (думает). И они перестают есть. Основываясь на мнениях окружающих, они начинают сразу реагировать... "Так, они будут меня любить, если я стану худой, я буду красивой" (изображает).»

(Бурул, 28 лет)

В заключение, участницы считали неблагоприятную обстановку дома, в первую очередь отношения с матерью, первоисточником стресса, особенно у пациентов молодого и подросткового возраста, и причиной для развития симптомов РПП. Подобные представления в совокупности позволили предположить наличие у участниц склонности к поиску внешней причины поведения пациентов и подходящей возможности для перекладывания вины. С другой стороны, подобные взгляды противоречат идеям о пациентах с НА как людях с избыточными реакциями на обычные раздражители.

Врачи противопоставляют влияние местных и западных социокультурных норм на развитие НА и готовность обратиться за помощью

Взгляды некоторых участниц исследования (Алии, Айкыз, Бурул, Гульназ) касательно НА у пациентов в Кыргызской Республике основывались на дискурсе об идеалах тела, навязываемом подросткам средствами массовой информации (СМИ) и побуждающем молодых людей придавать опасно большое значение собственным телам:

«Они живут по этим телепередачам, Голливуд и так далее, я не знаю всех этих актрис, да? У них невероятные тела, верно? И они думают, что это всё, не знаю, счастье. Быть красивой — значит иметь всё.»

(Бурул, 28 лет)

Бурул связывает возникновение симптомов НА со стрессовыми жизненными событиями и в некоторой степени отказывается считать их особенным психическим состоянием, игнорируя подобный подход как продвигаемый СМИ. Она придерживается идеи о том, что в «настоящей жизни» люди худеют, когда встречаются с неблагоприятными обстоятельствами и не справляются с возникающим стрессом, в противоположность тому, что изображается в СМИ. Подразумевается, что СМИ преувеличивают проблему таким образом, чтобы она выглядела серьезнее, чем в реальности:

«Мы видели таких пациентов по телевизору. Они к нам приходят, но они, конечно, не такие пугающие. Пугающих видишь только на экране.»

(Бурул, 28 лет)

«У меня был пациент, который сильно потерял вес, но не слишком, не кожа да кости. Это только в кино, кожа да кости. В реальности они худые, но не как в кино. У них есть какой-то вес; это только начинает становится заметным.»

(Бурул, 28 лет)

Айкыз — ещё одна респондентка, проводящая границу между НА, изображаемой в СМИ, и НА в реальности. Её понимание болезни основывается на стандартах красоты:

«Первое, что приходит в голову, — это (думает) модели.»

Они должны выглядеть стройными, поэтому они худеют до того, что это начинает пугать.»

(Айкыз, 33 года)

Участницы исследования (Алия, Айкыз, Бурул, Гульназ) видят причину во влиянии мировых СМИ, популяризирующих стандарты красоты, основанные на западной культуре. Для Алии продвижение среди молодёжи стандартов внешности через СМИ, приводит к бесщётному количеству попыток соответствия распространяемым по всему миру идеалам красоты:

«Идея об идеальной фигуре продвигается в Интернете. Вовлечённые в виртуальную культуру западных стандартов красоты, оказываются вынуждены выглядеть определённым образом.»

(Алия, 50 лет)

Те, кто чувствуют себя обязанными соответствовать этим стандартам красоты, по словам Бурул, ищут внешнего признания из-за низкой самооценки. Она считает низкую самооценку причиной попадания под влияние виртуальной среды. Достижение этой цели требует значительных жертв, «погоны»:

«По большей части, я думаю, причина заключается в стремлении, погоне за красотой, верно? И низкой самооценке.»

(Бурул, 28 лет)

По словам участниц исследования (Айкыз, Бурул, Гульназ), местная культура в Кыргызстане имеет противоположные нормы в отношении внешности, в особенности женской. По традиции, женщины считаются ответственными за деторождение. Они должны поддерживать полноценное функционирование репродуктивной системы, что требует более крупных форм:

«Наш менталитет этого не требует. Наш народ любит пухленьких, потому что они могут родить нормальных, здоровых детей.»

(Гульназ, 31 год)

Поскольку местные стандарты красоты отличаются от мировых, люди с явно маленьким весом даже могут стать объектами травли. Айкыз чувствовала облегчение от того, что не подверглась травле

из-за худобы в старшей школе, в отличие от её одноклассницы:

«У меня в классе была девочка, она была очень худая. Ну, я тоже была худой, но меня не обзывали. Наверное, потому что я была ниже этой девочки и это было не так заметно. Она была очень высокая. И каждый раз на уроках её называли "анорексичкой".»

(Айкыз, 33 года)

Тынара рассказала, как лечение её сестры было отложено из-за необходимости организации традиционного ежегодного дня поминовения «Аш» её покойного мужа. Она боялась, что родственники застыдят её, если она не будет соблюдать традиции. К моменту начала лечения у неё была чрезвычайно низкая масса тела. Тынара пыталась госпитализировать её, однако противостоять традициям было слишком трудно:

«Я сказала: "Приезжай сюда [в Бишкек]", но она сказала: "Мой муж умер, я должна устроить Аш". У нас, кыргызов, всегда так. Родственники скажут: "О, она уехала в Бишкек", они будут оскорблены.»

(Тынара, 65 лет)

Пока большинство респонденток (Алия, Айкыз, Бурул, Гульназ) говорили о бремени соответствия социальным нормам в виде стандартов внешности женщин, Тоня дала представление о местных гендерных стереотипах в отношении мужчин. Она заявила, что мужчины вынуждены скрывать свои чувства, что приводит к таким проявлениям эмоционального стресса, как потеря аппетита:

«Девочки преодолевают это быстрее. Они это как-то побеждают, может быть, больше общаются. А мальчики закрываются, для них все сложнее. У него есть это [убеждение], что он мужчина, что он это должен, обеспечить девушку, мать, сестру.»

(Тоня, 46 лет)

В целом, социокультурные особенности представляются факторами, влияющими на развитие состояний, воспринимаемых респондентками как НА. Участницы исследования признали то, насколько значимым может быть окружение, как виртуальное, так и физическое, в вопросе влияния на психическое здоровье и картину мира в целом.

Отрицание психических расстройств

Участницы исследования (Алия, Айкыз, Бурул, Гульназ, Тоня, Тынара) описывали пациентов, не осознающих наличие психологических причин физиологических проблем. Так Тоня видит случаи отрицания неразрешимыми, поскольку не знает, как оказать помощь в подобных ситуациях. Так как Тоня придерживается мнения, что НА развивается у молодых людей в связи с «неполным развитием» нервной системы, она описывает их как «импульсивных, с ограничениями». Эти ограничения не позволяют им признаться себе, что им нужна помощь психиатра.

«При этом он будет всё отрицать, думая, что он здоров и счастлив, что он всё делает правильно, и что ему не нужна помощь врача. Он просто пришёл сдать анализы. Например, анализ крови, потому что чувствует себя немного уставшим. И всё. Мы не можем ничего сказать прямо и от вопросов, подразумевающих, что у него психические проблемы, он будет отмахиваться.»

(Тоня, 46 лет)

Такие пациенты чаще обращаются за помощью по поводу физиологических нарушений, нежели за психологической поддержкой. Бурул связывает подобные случаи с недостатком рефлексии, либо эскапизмом. Отрицание может трансформироваться в отказ от лечения, когда пациенты признаются самим себе в наличии проблемы, однако скрывают это, опасаясь, что их назовут «сумасшедшими» (Бурул):

«Но они приходят по другим причинам, например, их тошнит или болит живот. Я думаю они, не знаю, наверно, осознают это, но не хотят видеть. Наверное, они правда это осознают.»

(Бурул, 28 лет)

Так как Алия — единственная, кто с уверенностью описывала заболевание как следствие целенаправленного ограничительного пищевого поведения пациента, который имеет перфекционистские ценности вследствие общественного давления, она считает отрицание проблемы подростками закономерным результатом. Они делают то, что, по их мнению, должны делать; следовательно, они делают всё правильно:

«Если девочка не передумает, то ничего не поможет, лекарства не помогут. Я пыталась просто с ней поговорить, но она сказала: "Я так хочу".»

(Алия, 50 лет)

По мнению Айкыз, обратиться за лечением невозможно, не признав наличие болезни. Лишь люди, склонные к самоанализу, могут сами попросить о помощи. Впрочем, большинство ситуаций оказывается случаями отрицания, когда люди не признаются самим себе в наличии проблемы. Наравне с отрицанием заболевания, пациенты пытаются избежать стигматизации, т.к. не хотят, чтобы их воспринимали как «психов» (Айкыз):

«Она [психотерапевт в ЦСМ] сказала мне, что если у него [пациента] есть силы на самокритику, то это возможно [вылечить его]. Но если он откажется, мы ничего не сможем сделать.»

(Айкыз, 33 года)

Все респондентки предложили использовать эмпатический подход к пациентам, склонным к отрицанию. Например, Гульназ считает, что молодые люди подвержены риску развития НА, при этом они же могут сопротивляться лечению в силу упрямого характера. Она подчеркивает, что сопротивление может возникать в тех случаях, когда подростки ощущают в свою сторону критику, в связи с чем они нуждаются в более мягком подходе:

«Нужно говорить с ними мягко. Сейчас молодежь себя так ведёт. Если начнешь с ними спорить, у них будет обратная реакция. Без осуждения. Нужно находить со всеми общий язык.»

(Гульназ, 31 год)

Примечательно, что в большинстве случаев участницы исследования (Гульназ, Бурул, Тынара, Тоня) затруднились счесть НА полноценным психическим расстройством. Они связывали анорексию со стрессовыми факторами и исходными психологическими состояниями, при этом не совсем определённо, но упорно указывая на необходимость участия в процессе диагностики и лечения специалистов в области психического здоровья:

«Я хочу, чтобы их [психотерапевтов] было больше. Нам они очень нужны. Зарплаты должны быть выше,

я не знаю, как это сделать, но нужно обратить на это внимание молодых специалистов, чтобы они учились на психотерапевтов. Это было бы прекрасно.»

(Гульназ, 31)

В приведённой выше цитате идея о необходимости поддержки специалистов в области психического здоровья высказывается несколько неоднозначно, лишь в форме предложения увеличить число молодых психиатров. Здесь и в других интервью (Айкыз, Бурул, Гульназ, Тони, Тынары) респондентки не указывали, что в работе с пациентами с НА используют какие-либо современные методики касательно психического здоровья. По-видимому, участницы исследования позиционируют себя вне системы психологической помощи:

«Я направляю к ней [психиатру], только если пациенту это нужно. Она психиатр, поэтому лечит в основном тех, у кого тяжёлые расстройства. Такие как шизофрения, умственная отсталость или очень серьёзные заболевания. Например, если у человека небольшая бессонница, или, я не знаю.»

(Гульназ, 31 год)

Согласно приведённой цитате, представления о том, какой именно специалист в сфере психического здоровья необходим и в каких случаях, достаточно расплывчаты. Создается впечатление, что лишь тяжёлые состояния требуют вмешательства психиатра. В ситуации, когда пациент ощущает внешне незначительные симптомы, возможность направления его к психиатру не рассматривается участницами исследования.

ОБСУЖДЕНИЕ

В данном исследовании ВПЗ воспринимали пациентов с НА как людей, потерявших аппетит вследствие эмоционального стресса. На это оказывает влияние внешняя обстановка, в которой значимую роль играют члены семьи пациента. В более крупном масштабе они связывают развитие НА с социокультурным давлением в мировом и локальном контекстах, обращаясь к дискурсу, представленному в СМИ. По мнению участниц исследования, пациенты с НА отказываются признать тот факт, что за их физиологическими проблемами скрываются психологические причины. Тем не менее, в проведённых интервью редко

упоминается работа совместно со специалистами в области психического здоровья, либо стимулирование пациентов к обращению за психологической поддержкой или лечением.

Для нас было критически важным позволить участницам исследования самостоятельно руководить ходом разговора, как рекомендовано руководствами по IPA [27]. Как следствие, респондентки свободно переходили от темы НА к обсуждению других психологических причин похудения в рамках дискурса касательно НА. Переход от разговора о намеренном похудении на похудение вследствие стресса можно принять за подмену одного понятия другим, либо их смешение. Так или иначе, оба варианта связаны с недостатком знаний о НА. В целом, пациенты с НА воспринимались участницами исследования преимущественно как те, кто худеет вследствие стресса. По мнению респонденток, НА — в первую очередь психологическое состояние, приводящее к физиологическим последствиям. Подобное объяснение сходно с описанием НА, встречающимся в предшествующих диагностических критериях, где РПП описывались как психофизиологические реакции пищеварительной системы, при которых негативные эмоции приводили к появлению физиологических симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта [28]. Большинство ВПЗ представляют НА как следствие эмоционального стресса, либо один из его симптомов, нежели как самостоятельное заболевание.

Обсуждение влияния СМИ на желание похудеть с целью соответствия стандартам красоты, как и ожидалось, было далёким от реальной жизни. Участницы исследования затруднялись ответить на вопрос о симптомах НА и в основном называли расстройство «нервным истощением». Можно заключить, что им неизвестны современные представления о клинической картине НА, как было отмечено в других исследованиях [15, 28]. Тем не менее, одна из участниц продемонстрировала знание о симптомах НА, связанных с искажённым восприятием образа тела. Следовательно, недостаточная осведомленность ВПЗ в Бишкеке может всё же не быть повсеместной.

Внешность и поведение среднестатистического пациента с НА описывались словами «худой», «бледный», «вялый», «апатичный», указывающими на образ человека, находящегося в состоянии стресса. Этот образ основывался на изображении НА в СМИ,

а также клиническом опыте участниц исследования. Не все респондентки представляли пациентов с НА как девочек-подростков, описывая случаи НА у мужчин, взрослых и пожилых людей. В то же время участницы, не связывавшие НА с полом или конкретным возрастом, считали анорексию вариантом нервного истощения. В связи с этим невозможно определённо утверждать, что с позиции участниц исследования НА не является заболеванием, зависящим от пола или возраста.

Все респондентки подчеркивали значимость роли членов семьи, делая особый акцент на отношениях матерей и дочерей. Аналогично, имеющиеся литературные данные в области РПП и НА обращают особое внимание на значимую роль взрослых в этом вопросе [29–31]. Контроль и давление со стороны родителей приводят к тому, что респондентки воспринимали их как ответственных за развитие заболевания у детей. Впрочем, контролирующий стиль воспитания делает возможным обращение за помощью для пациентов, которые к этому не расположены. Таким образом, ответственность и вина образуют замкнутый круг. В более ранних работах [30] изучалась динамика семейных отношений, играющая значимую роль на всех этапах формирования НА, с фокусом на осознании матерями опыта болезни у дочерей. Следовательно, необходимым является обсуждение роли матерей в рамках НА, что нашло отражение в интервью участниц исследования.

Респонденты связывали нарушения восприятия образа тела с влиянием мировых СМИ, распространяющих идеи о социально приемлемых стандартах внешности. Мировые общественные стандарты, впрочем, имеют и области пересечения с локальной социальной средой. Местные идеалы красоты отличаются от западных. Это связано с ролью, которую женщины играют в местном обществе: на них лежит ответственность за деторождение, для безопасности которого, как считается, требуются более крупные размеры тела. Авторы предыдущего исследования по данной теме [16] упоминали, что их участники, принадлежавшие к азиатской культуре, считали привлекательными полные тела. Таким образом, между доминирующими на Западе и местными представлениями о формах тела всегда имеются некоторые различия. Результаты современных исследований, касающихся географических различий в социокультурных факторах,

влияющих на восприятие внешности [32], и глобального распространения информации через виртуальные сообщества, согласуются с данными предшествующих исследований в этой области [18, 21].

Развитие НА также связано с низкой самооценкой и неприятием собственного тела. Последнее подталкивает человека к поиску одобрения извне. В предыдущих работах также высказывалось предположение о том, что низкая самооценка приводит к развитию нарушений пищевого поведения [1, 33].

Пациенты с НА неохотно соглашались на лечение, направленное на решение психологических проблем их состояния. Наши респондентки представляют пациентов с НА как тех, кто не осознает, не хочет осознавать или вовсе отрицает психологические причины собственных физиологических проблем. Их мышление можно описать как ригидное. Это может иллюстрировать случай дихотомического мышления в отношении нарушенного пищевого поведения, описанный в исследовании по данному вопросу [18]. По мнению участниц нашего исследования, идеальная фигура является ценностью для намеренно худеющих пациентов. Соответственно, выздоровление понимается как выявление и переформулирование подобных ценностей, что согласуется с программами профилактики, предложенными в других исследованиях [9].

Отрицание психических расстройств пациентами заставляет врачей чувствовать себя беспомощными. С точки зрения наших респонденток, лечение может быть эффективным в случае раннего оказания помощи в сфере психического здоровья, однако зачастую оно отсрочивается до момента, когда процесс становится необратимым. Подобные взгляды сходны с таковыми у специалистов здравоохранения из скандинавских стран, придерживающихся негативных ожиданий в отношении исходов лечения НА [14]. Отрицание и сопротивление лечению также освещено в опубликованных ранее работах [34–36].

Совокупные представления местных ВПЗ касательно НА и людей с НА укладываются в рамки теории социального конструкционизма, согласно которой создание и категоризация смыслов происходят одновременно в ходе взаимодействий между людьми [37]. Восприятие формируется через язык, культурный и исторический контекст, а также наборы смыслов [37]. НА обсуждалась в другом научном

исследовании [38] в рамках социального конструирования психопатологии, которая является создаваемым обществом комплексом представлений о страдании, переплетённым с особым, постоянно меняющимся социальным контекстом [38]. Таким образом, среди специалистов здравоохранения в Кыргызской Республике социальный конструкт НА формируется под влиянием локального контекста и отражает местные социокультурные представления о психопатологии.

Перспективы дальнейших исследований и практики здравоохранения

Данная работа является первым шагом к дальнейшим исследованиям, ставящим своей целью изучение проявлений НА в Кыргызской Республике, опыта ВПЗ и социокультурных факторов в отношении НА. Данная работа имеет потенциал для применения в практике здравоохранения, направленной на улучшение качества медицинской помощи при НА, поскольку предоставляет информацию для разработки программ обучения медицинских работников, а также снижает степень стигматизации.

Преимущества и ограничения исследования

В исследовании была предпринята попытка продвижения исследований по вопросу НА в различных культурных контекстах путём отражения социокультурных факторов, влияющих на восприятие НА. Результаты исследования могут быть применены в медицинской практике.

Тем не менее, в данной работе имеются ограничения, связанные с субъективностью интерпретаций. Необходимо отметить, что представленные результаты находятся под преимущественным влиянием позиций авторов исследования.

Вывод

ВПЗ, принявшие участие в исследовании, конструировали восприятие НА и пациентов с НА, основываясь на общемировом и локальном контексте. Большинство вопросов, которые были обсуждены участницами исследования, представлены в существующей литературе, в связи с чем позиции, высказанные кыргызскими ВПЗ, отражают общие представления о НА, сформированные под влиянием местных и виртуальных СМИ.

История публикации:

Статья поступила: 14.04.2023

Статья принята: 29.05.2023

Публикация: 22.06.2023

Вклад авторов: Все авторы внесли значительный вклад в статью, проверили и одобрили её окончательную версию перед публикацией.

Финансирование: Статья была написана без дополнительного финансирования.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Цитировать:

Moldokulova Z, Molchanova ES, Kosterina EV. Anorexia nervosa through the lens of primary health care practitioners in the Kyrgyz Republic. *Consortium Psychiatricum*. 2023;4(2):CP6184. doi: 10.17816/CP6184

Информация об авторах:

Жаркын Молдокулова, магистр, исследователь и психолог-консультант, Институт поведенческого здоровья Американского университета в Центральной Азии

***Елена Сергеевна Молчанова**, PhD, профессор программы «Психология» направления «Социальных наук» Американского университета в Центральной Азии; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4268-9008> E-mail: molchanova_e@auca.kg

Елена Васильевна Костерина, PhD, доцент, и.о. руководителя программы «Психология» направления «Социология» Американского университета в Центральной Азии;

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Colmsee I-SO, Hank P, Bošnjak M. Low self-esteem as a risk factor for eating disorders. *Zeitschrift für Psychologie*. 2021;229:48-69. doi: 10.1027/2151-2604/a000433.
2. Fredman S, Jyborn Y. Sjuksköterskors bemötande av tonåringar med Anorexia Nervosa i sjukvården: en litteraturoversikt [Internet] [Dissertation]. 2021 [cited 2023 May 13]. Available from: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hv:diva-16468>.
3. Monaghan M, Doyle L. 'It stopped you thinking about food' — The experiences of mealtimes and attending a post-meal support group for young people with anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022;32:128-138. doi: 10.1111/inm.13068.
4. The experiences of mealtimes and attending a post-meal support group for young people with anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022;32:128-138. doi: 10.1111/inm.13068.
5. Safiri S, Noori M, Nejadghaderi SA, Mousavi SE, Karamzad N,

- Sullman MJM, Pirootta S, Collins GS, Abdollahi M, Kolahi A-A. Comparison of the burden of anorexia nervosa in the Middle East and North Africa region between 1990 and 2019. *Journal of Eating Disorders*. 2022;10. doi: 10.1186/s40337-022-00718-3.
6. Alfalahi M, Mahadevan S, Balushi R. al, Chan MF, Saadon MA, Al-Adawi S, Qoronfleh MW. Prevalence of eating disorders and disordered eating in Western Asia: a systematic review and meta-analysis. *Eating Disorders*. 2021;1-30. doi: 10.1080/10640266.2021.
 7. Atti AR, Mastellari T, Valente S, Speciani M, Panariello F, De Ronchi D. Compulsory treatments in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders — Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020;26:1037-1048. doi: 10.1007/s40519-020-01031-1.
 8. Herpertz-Dahlmann B. Intensive treatments in adolescent anorexia nervosa. *Nutrients*. 2021;13:1265. doi: 10.3390/nu13041265.
 9. Van Eeden AE, Van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021;34:515-524. doi: 10.1097/ycp.0000000000000739.
 10. Ghaderi A, Stice E, Andersson G, Enö Persson J, Allzén E. A randomized controlled trial of the effectiveness of virtually delivered Body Project (vBP) groups to prevent eating disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2020;88(7):643-656. doi: 10.1037/ccp0000506.
 11. Agras WS, Brandt HA, Bulik CM, Dolan-Sewell R, Fairburn CG, Halmi KA, Herzog DB, Jimerson DC, Kaplan AS, Kaye WH, Le Grange D, Lock J, Mitchell JE, Rudorfer MV, Street LL, Striegel-Moore R, Vitousek KM, Walsh BT, Wilfley DE. Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2004;35:509-521. doi: 10.1002/eat.10261.
 12. Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa — a conceptual review: part 1 diagnostic significance and assessment. *European Eating Disorders Review*. 2006;14:341-351. doi: 10.1002/erv.721.
 13. Cottee-Lane D, Pistrang N, Bryant-Waugh R. Childhood onset anorexia nervosa: the experience of parents. *European eating disorders review*. 2004; 2:169-177. doi: 10.1002/erv.560.
 14. Homan KJ, Sim LA, Crowley SL, Lebow JR, Kransdorf LN. Medical assessment and triage of pediatric patients with anorexia nervosa in primary care. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2019;40(2):92-98. doi: 10.1097/DBP.0000000000000629.
 15. Reas DL, Isomaa R, Solhaug Gulliksen K, Levallius J. Clinicians as a critical link: understanding health professionals' beliefs and attitudes toward anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2021;62:775-779. doi: 10.1111/sjop.12777.
 16. Costa-Val A, Coelho VAA, Machado MNM, Campos RTO, Modena CM. On anorexia and bulimia: conceptions and etiological suppositions from the perspective of Health professionals. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170293. doi: 10.1590/Interface.170293.
 17. Javier SJ, Belgrave FZ. "I'm not White, I have to be pretty and skinny": a qualitative exploration of body image and eating disorders among Asian American women. *Asian American Journal of Psychology*. 2019;10:141-153. doi: 10.1037/aap0000133.
 18. Cummins LH, Simmons AM, Zane NW. Eating disorders in Asian populations: a critique of current approaches to the study of culture, ethnicity, and eating disorders. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75(4):553-74. doi: 10.1037/0002-9432.75.4.553.
 19. Oshio A, Meshkova T. Eating disorders, body image, and dichotomous thinking among Japanese and Russian college women. *Health*. 2012; 4:392-399. doi: 10.4236/health.2012.47062.
 20. Kohrt BA, Turner EL, Rai S, Bhardwaj A, Sikkema KJ, Adekun A, Dhakal M, Luitel NP, Lund C, Patel V, Jordans MJ. Reducing mental illness stigma in healthcare settings: proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers. *Social Science & Medicine*. 2020;250:112852. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112852.
 21. The World Bank [Internet]. Documents & Reports. [cited 2023 May 15]. Available form: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports>.
 22. Tsygankova PV, Pronchihina EY. Specifics of the emotional response to perceiving internet-posts of the group "typical anorexic" in the social network "vkontakte" by girls with different types of corporality. *RSUH/RRGU Bulletin. Series Psychology. Pedagogics. Education*. 2019;77-96. doi: 10.28995/2073-6398-2019-2-77-96.
 23. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition [Internet]. c2013 [cited 2023 May 13]. Available from: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
 24. Smith JA, Osborn M. *Interpretative Phenomenological Analysis. Doing social psychology research*. 2008;229-254. doi: 10.1002/9780470776278.ch10.
 25. Miller RM, Chan CD, Farmer LB. Interpretative phenomenological analysis: a contemporary qualitative approach. *Counselor Education and Supervision*. 2018;57:240-254. doi: 10.1002/ceas.12114.
 26. Shinebourne P. The theoretical underpinnings of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Existential Analysis*. 2011;22(1):16-31.
 27. Peat G, Rodriguez A, Smith J. Interpretive phenomenological analysis applied to healthcare research. *Evidence Based Nursing*. 2018;22:7-9. doi: 10.1136/ebnurs-2018-103017.
 28. Biggerstaff D, Thompson AR. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative Research in Psychology*. 2008;5:214-224. doi: 10.1080/14780880802314304.
 29. Jafar W, Morgan J. Anorexia nervosa and the gastrointestinal tract. *Frontline Gastroenterology*. 2021;13:316-324. doi: 10.1136/flgastro-2021-101857.
 30. Karpenko P, Pechnikova L, Zhuykova E, Sokolova E, Ryzhov A, Ioannisyants O. Attitudes towards body and perception of parental care and close relationships in anorexia nervosa (AN). *European Psychiatry*. Cambridge University Press; 2022;65(S1):S579-S579. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.1484.
 31. Marinaci T, Carpinelli L, Savarese G. What does anorexia nervosa mean? Qualitative study of the representation of the eating disorder, the role of the family and treatment by maternal caregivers. *BJPsych Open*. 2021;7. doi: 10.1192/bjo.2021.27.
 32. Whitney JL, Keitel MA, Cummings MP, Ponterotto JG, Ott E. Caring for sons with anorexia: the perspective of mothers. *Journal of Child and Family Studies*. 2023. doi: 10.1007/s10826-022-02525-5.
 33. Bó Boróka. Fragmented histories, fragmented selves: body weight preoccupation among women in post-communist Romania. *Journal of International Women's Studies*. 2014;15(2): Article 3.
 34. Gustafsson SA, Stenström K, Olofsson H, Pettersson A, Wilbe Ramsay K. Experiences of eating disorders from

- the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses. *Journal of Eating Disorders*. 2021;9. doi: 10.1186/s40337-021-00507-4.
35. Adamou C, Dardavessis T. Anorexia nervosa and the role of the school counselor. *Aristotle Biomedical Journal*. 2019;1:12-22. doi: 10.26262/abj.v1i1.6877.
36. Elwyn R. A lived experience response to the proposed diagnosis of terminal anorexia nervosa: learning from iatrogenic harm, ambivalence and enduring hope. *Journal of Eating Disorders*. 2023;11. doi: 10.1186/s40337-022-00729-0.
37. Vandereycken W, Vansteenkiste M. Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*. 2009;17:177-183. doi: 10.1002/erv.917.
38. Burr V, Dick P. Social constructionism. *The Palgrave Handbook of Critical Social Psychology*. 2017;59-80. doi: 10.1057/978-1-137-51018-1_4.
39. Gelo OCG, Vilei A, Maddux JE, Gennaro A. Psychopathology as social construction: the case of anorexia nervosa. *Journal of Constructivist Psychology*. 2014;28:105-125. doi: 10.1080/10720537.2013.858087.
-