



НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

С. Е. Казакова

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Аннотация. Нервная анорексия может выделяться как самостоятельная нозологическая единица и как синдром в рамках эндогенного процесса. Даже в том случае, когда нервная анорексия является самостоятельным заболеванием, она имеет 3 варианта течения с несколько отличающейся симптоматикой и прогнозом. Варианты зависят от «почвы», на которой развивается нервная анорексия. Так называемую «почву» представляют расстройства личности в виде шизоидного, истерического или ананкастного расстройства.

Ключевые слова: нервная анорексия, шизофрения, расстройства личности.

Введение

Нервная анорексия — это расстройство пищевого поведения, широко распространенное среди молодых женщин и девочек-подростков, хотя встречаемое и у молодых мужчин [1]. Нервная анорексия является тяжелой патологией, коморбидной ряду других психических расстройств и сочетающейся с выраженными расстройствами со стороны эндокринной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем [2–5]. При нервной анорексии страдает репродуктивная функция, возникает необратимая потеря костной массы, то есть, как видим, страдает весь организм в целом. До настоящего времени существует гипотеза, состоящая в том, что нервная анорексия является «гипоталамическим расстройством», возникающим в результате дисфункции нейромедиаторов и рецепторов вследствие генетических вариаций [6]. Именно нервная анорексия наиболее ярко демонстрирует зыбкость границ между вариантами нормального и патологического психического состояния [7]. Так, широко известно влияние изменяющихся культурных факторов на возникновение нервной анорексии. К крушению физического идеала образа женщины привело появление в 60-х годах прошлого века на подиуме женщины-модели Твигги. С этого времени дочери перестали подражать матерям в манере одеваться, а матери подхватили образ «нимфетки» и стали активно сбрасывать вес. Нервная анорексия нередко возникает у молодых женщин, стремящихся к идеалу в физической и интеллектуальной сферах. Поэтому ее иногда называют «синдромом отличницы». В культуре отдельных стран, в том числе у китайцев, принята вариация веса, то есть возникает нервная анорексия без одного из основополагающих симптомов — дисморфомании [8, 9]. Вместе с тем, существует множество работ, в которых нервная анорексия относится к психической патологии, в том числе к шизофрении [10]. Несмотря на то, что нервной анорексии посвящено множество работ именитых авторов, до настоящего времени спорным остается как нозологическая принадлежность нервной анорексии, так и ее лечение.

Целью данного исследования стало изучение особенностей нозологической принадлежности нервной анорексии.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 206 пациентов, страдающих нервной анорексией в возрасте от 15 до 20 лет, из них 201 девушка и 5 юношей (основная группа). Контрольную группу составляли 25 практически психически здоровых девушек с пониженным весом, обусловленным их эстетическими взглядами. Все пациенты были обследованы клинико-психопатологическими методами с тщательным изучением анамнеза, психического, физического и неврологического статуса, психодиагностическими методами, применялась методика SCID, использовался статистический анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Детальное изучение анамнеза пациентов, страдающих нервной анорексией, выявило неоднородность почвы, на которой развивается данное расстройство. По нашему мнению, существует несколько вариантов нервной анорексии, клиническое своеобразие которых обусловлено почвой, на которой возникает данная патология.

При возникновении нервной анорексии у истероидных личностей выявлялось благоприятное течение заболевания. Эти лица попадали в стационар лишь однократно. Выписывались из стационара с выздоровлением. В дальнейшем были социально адаптированы. 87,0 % из них благополучно вышли замуж, 43,0 % пациенток этой группы родили одного ребенка, 21,0 % — двух детей. При этом послеродовый период у них протекал без психических расстройств. Пациентки отличались контактностью, общительностью, доброжелательностью. У них были адекватные отношения с членами семьи и сотрудниками. Странностей в их поведении не отмечалось, за исключением удерживающейся избирательности в еде. Несмотря на то, что у пациенток этой подгруппы не было жесткой системы ограничений съедаемой пищи, они продолжали сверхценно следить за своей фигурой и особенно за весом. Хотя и совершали это украд-

кой, скрывая свою озабоченность не только от посторонних, но и от близких. Настроение пациенток было ровным, депрессивных нарушений не отмечалось.

В постпсихотическом периоде выявлялись лишь незначительные проявления ранимости и обидчивости, укладывающиеся в психологическую норму. Девушки, как и в юности, любили быть в центре внимания, стремились к мужскому обществу, с удовольствием кокетничали, несколько преувеличивали свои внешние данные. Обаятельные, грациозные, легкие в общении, — они ни чем не напоминали психически больных. О своем пребывании в психиатрической клинике пациентки вспоминали неохотно. Детали этого пребывания стерлись из их памяти. Но все девушки утверждали, что именно индивидуально значимая для них психотравмирующая ситуация, заключающаяся в пренебрежительном отзыве об их внешних данных, послужила, по их мнению, пусковым моментом для сверхценного голодания. При этом, чем выше был вес девушки в преморбиде, тем более сензитивно она относилась к репликам по поводу ее полноты.

В 18,0 % случаев пациенты отличались ананкастными чертами. Повышенная тревожность, навязчивые страхи располнеть и вызвать отвращение и насмешки сверстников — приводили к тщательному контролю за весом. Робкие, застенчивые, с заниженной самооценкой — эти девушки отличались откровенностью, доступностью, их мотивы пищевой избирательности были психологически понятны. Именно в этой группе пациентов наиболее часто анорексия сменялась булимией.

У пациентов с ананкастными чертами отмечалось более позднее возникновение симптоматики, наличие более сложного симптомокомплекса, с длительным и устойчивым проявлением психопатологических нарушений, чем у истероидных лиц.

Прием пищи входил в своеобразный ритуал, с помощью которого они пытались защититься от несчастья. Постепенно наступало безразличие. Прежде волновавшее их мнение окружающих также становилось безразличным, мысли текли медленно, путались, не хотелось двигаться, ни с кем не было желания общаться. Если вначале пациенты худели с какой-то определенной целью, чаще всего для того, чтобы понравиться молодому человеку или досадить подруге, то в дальнейшем похудение становилось самоцелью. Девушки не могли объяснить даже себе, зачем они худеют. Однако они выздоравливали, возвращались к обычному образу жизни и то, что прежде происходило с ними, а именно — дезориентировку, растерянность, недопонимание — они не помнили, знали лишь по рассказам близких и не любили об этом говорить.

Шизоидные пациенты отличались интравертированностью. Эти девушки обычно не имели близких друзей, испытывали трудности и в контактах с молодыми людьми. Как правило, они тяготели к абстрактным наукам. Их «самосвер-

шенствование» носило гротескный характер и вызывало недоумение окружающих. Они были требовательны и даже жестки как по отношению к себе, так и к окружающим. Основой их жизни являлась самодисциплина. Подчиняясь ей, они целеустремленно сбрасывали вес. Они были отрешены от реальной жизни. Их мечты и фантазии подменяли действительность. Их инфантильность приводила к гиперопеке родителей. Девушки неоднократно делали попытки самоутвердиться, но эти попытки отличались нелепостью и неадекватностью. У этих пациенток достоверно быстрее, чем у предыдущих групп, расширялась фабула дисморфоманических расстройств ($p < 0,01$). В этот период больные начинали предъявлять множество жалоб сомато-вегетативного характера. Однако и эти больные выздоравливали, их некоторая оригинальность и самобытность, носящая гротескный характер, не мешала им в дальнейшей жизни и социальной адаптации. Дальнейшее соблюдение диет, активное посещение косметических салонов укладывалось в рамки современной жизни и не обращало на себя внимание.

Среди находившихся под нашим наблюдением лиц с нервной анорексией 34,0 % страдали шизофренией, дебютировавшей нарушением пищевого поведения. Пациенты, страдающие шизофренией, не могли объяснить свое стремление к похудению. Они жаловались на отвращение к пище. Тщательно следя за весом и резко ограничивая и истязая себя при малейшем прибавлении в весе, они были неряшливы, неуклюжи. Отмечался диссонанс между влечением к истощению и отсутствием заботы о своем внешнем виде, а также отсутствием желания произвести хорошее впечатление на окружающих.

У пациенток, страдающих шизофренией, достоверно быстрее, чем у пациенток с расстройствами личности расширялась фабула дисморфоманических расстройств ($p < 0,01$). Данные статистически достоверны. В этот период больные начинали предъявлять множество жалоб сомато-вегетативного характера. Нарастала нетипичность их поведения, грубая манерность обращала на себя внимание, усиливалась отгороженность, нескритичность, неконтактность пациентов. Обычно молчаливые, погруженные в себя, настороженные, они лишь на короткое время становились доступными и откровенными. В эти мгновения они искали помощи и сочувствия, нуждаясь в них, а затем вновь отгораживались от окружающих. Изменялось настроение больных с преобладанием тревожно депрессивных расстройств. К этому времени пациентки теряли более 20,0 % веса. Они почти совершенно прекращали есть самостоятельно. Насильственное кормление родственниками вызывало рвоту. Возникали изменения со стороны внутренних органов. Дефицит веса обращал на себя внимание. Речь становилась замедленной. Вопросы, обращенные к ним, больные долго обдумывали, но не всегда понимали, нередко отвечали не по сути вопроса. Нарастала хаотичность мышления.

Взгляд пациентов становился настороженным и недоброжелательным, действия — нецеленаправленными. Еще больше усиливалась депрессивная симптоматика, на которую, в отличие от пациенток с расстройствами личности, наслаивались параноидные и галлюцинаторно-параноидные расстройства.

Эндогенный процесс вначале носил эпизодический характер. Уже во время первого приступа заболевания, наряду с позитивной симптоматикой отмечались негативные проявления. При этом в структуре дефекта наряду с типичными эндогенными проявлениями отмечались черты «соматического эгоизма». Затем ремиссии становились все более короткими, течение приобретало непрерывный характер, обрастало все новой позитивной симптоматикой, нарастала и негативная симптоматика, в том числе так называемая негативная аффективность (апатия в 97,0 % случаев, ангедония в 97,0 %, психическая анестезия в 69,0 %). Явления анорексии к этому времени уходили на второй план и скрывались под пластом грубых аффективных и бредовых расстройств. Усиливалась неряшливость, карикатурность, брутальность пациенток, анорексия сменялась булимией. Возникал стабильный грубый дефект.

В связи со сверхценно-бредовым отношением к массе тела, пациентам, страдающим нервной анорексией, рекомендуется назначать современные антипсихотики. Препаратом выбора, по нашему мнению, является эглонил (сульпирид), с учетом его фармакологических свойств, а именно умеренной нейролептической активности в сочетании со стимулирующим и тимолептическим действием, а также антиэметическим эффектом. С учетом депрессивной симптоматики

в клинической картине нервной анорексии широкое распространение получило назначение антидепрессантов, в том числе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, однако, несмотря на то, что было доказано участие серотонина в генезе нервной анорексии, ряд авторов свидетельствует, что при нервной анорексии возникает нарушение действия серотонина, а не его недостаток. В связи с этим, СИОЗС бесполезны при низкой массе тела, но после восстановления массы тела их применение, напротив, является эффективным. Преморбидные особенности пациентов оказывают значительное воздействие на клиническую картину нервной анорексии, осложняют течение заболевания, поэтому для их нивелирования применяют психотерапию, в том числе когнитивно-бихевиоральную. Для лечения анорексии применяют метод овладения с тяжелым эмоциональным состоянием. Для этого конкретизируют проблему и предпринимают шаги к ее изменению. Используют тренинг решения проблем и тренинг навыков, уточняют автоматические образы и купируют их искажающее действие на реальную ситуацию.

Выводы

Нервная анорексия может выделяться как самостоятельная нозологическая единица и как синдром в рамках эндогенного процесса. Даже в том случае, когда нервная анорексия является самостоятельным заболеванием, она имеет 3 варианта течения с несколько различающейся симптоматикой и прогнозом. Варианты зависят от «почвы», на которой развивается нервная анорексия. Так называемую «почву» представляют расстройства личности в виде шизоидного, истерического или ананкастного расстройства.

Литература

1. Цивилько М. А. Случай тяжелой нервной анорексии у мужчин [Текст] / М. А. Цивилько, М. В. Коркина, В. И. Скворцова и др. // Журн. невропатол. и психиатр. – 2001. – №2. – С. 46–49.
2. Вознесенская Т. Г. Церебральное ожирение и истощение (клиническое, нейроэндокринологическое и психофизиологическое исследование) [Текст]: Дис. на соискание научн. степени д-ра мед. наук / Т. Г. Вознесенская. – М., 1990.
3. Вознесенская Т. Г. Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции [Текст] / Т. Г. Вознесенская, В. А. Сафонова, Н. М. Платонова // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – №12. – С. 49–52.
4. Гончарик Т. А. Изменения сердечно-сосудистой системы у больных нервной анорексией [Текст]: Автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук / Т. А. Гончарик. – М., 1994.
5. Гумницкая Т. Н. Психопатологические нарушения у больных с алиментарно-обменным ожирением (клиника, диагностика, принципы психотерапии) [Текст]: автореф. а соискание научн. степени канд. мед. наук / Т. Н. Гумницкая. – Х., 2004.
6. Mario M. Расстройства пищевого поведения [Текст] / М. Mario. Киев, 2008. – 430 с.
7. Марута Н. А. Нервная анорексия (клиника, диагностика, лечение) [Текст] / Н. А. Марута, С. Е. Казакова, Н. В. Ковалева. Луганск, 2009. – 133 с.
8. Kaye W. Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa [Text] / W. Kaye, K. Gendall, M. Strober // Biol. Psychiatry. – 1998. – Vol. 44. – P. 825–838.
9. Lee S. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 chinese patients in Hong Kong [Text] / S. Lee, T. P. Ho, L. K. G. Hau // Psychosom. Med. – 1993. – Vol. 23. – P. 999–1017.
10. Коркина М. В. Об особом варианте патологии влечений при шизофрении с синдромом нервной анорексии [Текст] / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Мариллов и др. // Журн. невропатол. и психиатр. – 1986. – №86 (11). – С. 1689–1694.

НОЗОЛОГІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ

С. Є. Казакова

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Нервову анорексію можна виділяти як самостійну нозологічну одиницю і як синдром в межах

NOSOLOGY OF ANOREXIA NERVOSA

S. Ye. Kazakova

SE «Lugansk State Medical University»

Anorexia nervosa can be viewed as a separate clinical entity and as a syndrome within the endogenous pro-

ендогенного процесу. Навіть у тому випадку, коли нервова анорексія є самостійним захворюванням, вона має 3 варіанти перебігу з варіативною симптоматикою і прогнозом. Варіанти залежать від «ґрунту», на якому розвивається нервова анорексія. Так звані «ґрунти» представляють розлади особистості у вигляді шизоїдного, істеричного або ананкастного розладу.

Ключові слова: нервова анорексія, шизофренія, розлади особистості.

УДК 616.89-008.441



ГЕЛОТОФОБИЯ (Обзор зарубежных публикаций)

В. В. Пономарёва

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Проведен обзор зарубежных источников по клиническим исследованиям чувства юмора и комизма. Установлено, что результаты эмпирических исследований комичного представляют противоречивые данные о том, насколько позитивно влияние юмора на психическое здоровье и психологическое благополучие. Приведены результаты изучения публикаций, посвященных гелотофобии — патологическому страху стать объектом насмешки. Отмечено, что исследование гелотофобии принимает все более масштабный характер и представляет научный и практический интерес в контексте как изучения индивидуальных различий, так и психопатологии, что связано с высокой распространенностью и универсальностью гелотофобии как психосоциального феномена, а также с тем, что избыточная социальная тревога рассматривается как компонент антивиталяного поведения.

Ключевые слова: гелотофобия, социальная тревожность, социальная фобия, обзор публикаций.

В последнее десятилетие в клинической психологии наметилась тенденция рассматривать чувство юмора не только как социально желательную черту личности, но и как важный компонент психического здоровья [13]. Изменение исследовательского вектора привело к появлению новых, ранее не известных данных, что значительно приблизило нас к концептуализации так называемого гелотического поведения человека в норме и патологии. На наш взгляд, актуализация клинических исследований комизма, и ситуаций, в которых восприятие юмора выступает модификатором поведенческого модуса и психоэмоционального комфорта, связана как с проблемой повышенного риска антивиталяного и аддиктивного поведения у лиц с ненормативной (по медицинскому критерию) тревогой и чувством стыда, неспособностью использовать юмор в качестве копинг-стратегии, так и с практической необходимостью выделения ранних психологических маркеров у лиц с психическими расстройствами, отражающих эмоциональные и мотивационно-личностные дефициты.

Проанализировав доступные нам публикации по клиническим аспектам юмора и комизма, мы сочли возможным разделить их на три кластера. Первый кластер объединил работы, посвященные рассмотрению количественных изменений юмора при психических заболева-

ness. Even when anorexia nervosa is a distinct disease, it has 3 choices flow from several different symptoms and prognosis. The options depend on «basis», which develops anorexia nervosa. So-called «basis» is the form of personality disorder, like schizoid, hysterical or anankast disorder.

Key words: anorexia nervosa, schizophrenia, personality disorders.

ниях, в которых фиксируется «снижение» или «повышение» чувства юмора в результате психопатологии [4-9]. Примером таких работ являются исследования G. Forabosco [6] и R. S. Wyer et al. [9]: из публикации G. Forabosco [6] следует, что при депрессии чувство юмора «снижается», при мании — «повышается»; из публикации R. S. Wyer et al. [9], следует, что при тревожных расстройствах с увеличением фоновой тревоги затрудняется интеллектуальное понимание юмористических событий.

Второй кластер объединил работы, посвященные рассмотрению качественных изменений юмора при психических заболеваниях, качественной специфике юмора у больных различных нозологических групп [10, 11]. Примером работ второго кластера являются исследования А. Н. Лук [10], Е. М. Ивановой, С. Н. Ениколопова, М. Ю. Максимовой [11]. С точки зрения А. Н. Лук [10], чувство юмора приобретает определенную специфику при разных психических заболеваниях. При шизофрении больные перестают адекватно реагировать на шутку (смеяться) в связи с уплощением эмоций, потерей эмоциональной вовлеченности. При этом способность чисто интеллектуального понимания смысла шутки у них остаётся сохранной вплоть до формирования интеллектуального дефекта. При эпилепсии (при относительной сохранности эмоционального