



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Лазебник Л.Б., Фирсова Л.Д., Михеева О.М., Сафонова О.В.

ГУЗ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Фирсова Людмила Дмитриевна

E-mail: gastroenter@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

Представлен клинический случай анорексии больной 29 лет. Обсуждаются клинические симптомы, свойственные анорексии, особенности проявления заболевания у данной больной, преморбидные особенности личности, формирование которых имеет значение отношениям с родителями.

SUMMARY

Article presents a case of anorexia in 29 years old patient. Described the clinical symptoms of anorexia, the manifestations of the disease in patient; the premorbid characteristics of personality, the formation of which influences on relationships with parents. Keywords: anorexia, premorbid characteristics.

Нервная анорексия — заболевание, характеризующееся необоснованным стремлением больного к похуданию под влиянием бредовых идей, проявляющееся длительным сознательным ограничением пищи при наличии физиологической потребности в питании, которое приводит к соматическим расстройствам и истощению.

Заболевание чаще встречается у лиц женского пола в возрасте от 15 до 20 лет (примерно 16 случаев на 100 тыс. с частотой в популяции — 1 случай на 1 млн. жителей) [1].

Для достоверного диагноза нервной анорексии требуется наличие нескольких признаков: снижение индекса массы тела, самоконтроль за поддержанием низкого веса тела, присутствие навязчивой и/или сверхценной идеи по поводу поддержания определенной массы тела, в далеко зашедших случаях — наличие эндокринных расстройств, являющихся следствием неполноценного питания [2; 3]. При дальнейшем изложении диагностические критерии нервной анорексии разбираются на примере больной Ш., 1980 г. рождения, находившейся на лечении в ЦНИИГ с 06.07.09 по 06.08.09, ист. б.ни 5032.

Снижение индекса массы тела. Диагноз анорексии в истории болезни, как правило, впервые появляется при анализе причин снижения массы тела. Индекс массы тела (ИМТ: соотношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах) при

этом заболевании сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого. В нашем наблюдении: при росте 160 см масса тела больной составляла 45 кг; ИМТ 17,5 (границей нормы и дефицита массы тела является значение ИМТ 18,5).

Контроль за поддержанием низкого веса тела осуществляется больной одним или несколькими из следующих путей: резкое сокращение объема принимаемой пищи, отказ от продуктов, способствующих прибавке веса; вызывание рвоты после приема пищи, прием слабительных средств, диуретиков или средств, подавляющих аппетит; чрезмерные гимнастические упражнения. В нашем случае больная контролировала свой вес тремя из вышеописанных способов. Наиболее ярким проявлением было вызывание рвоты в случаях, когда объем принятой пищи был больше, чем тот, который она считала приемлемым для себя. Больная постоянно сокращала объем принимаемой пищи. Особенно строгие ограничения накладывались на те продукты, которые, по мнению больной, могли вызвать прибавку массы тела. В анамнезе больной присутствуют указания на прием биологических добавок к пище с целью похудения.

Постоянное присутствие навязчивой и/или сверхценной идеи в соответствии с которой больная считает для себя допустимым только небольшой вес тела, — обязательный признак анорексии.

Повышенное внимание к внешнему виду появилось у нашей больной в 16-летнем возрасте. Идея необходимости снижения веса тела была инициирована матерью, которая выражала недовольство внешностью дочери. Вес больной составлял в то время 60 кг (ИМТ — 23,5). Основываясь на представлении, что похудение будет способствовать улучшению внешнего вида, больная впервые предприняла попытку снизить вес с помощью пищевых добавок. Прием пищевых добавок не привел к ожидаемому результату, поэтому с 17 лет по совету подруги больная стала периодически (1–2 раза в неделю) вызывать рвоту после употребления мучного, сладкого или жирной пищи с целью похудения. В дальнейшем рвоту стала вызывать чаще, практически каждый день, что привело к незначительному снижению в весе (на 5 кг). С 19 лет на фоне постоянных ссор и конфликтов с мужем по различным поводам частота вызываемой рвоты возросла до 5–7 раз в день. Со временем стремление к снижению веса тела превратилось в сверхценную идею, которая в последующие годы приобрела черты навязчивости.

Кроме вышеперечисленных обязательных признаков, у больных анорексией часто наблюдается еще ряд особенностей, а именно: повышенный интерес к еде, характерный семейный микроклимат и премоурбидные особенности личности.

Повышенный интерес к еде может проявляться по-разному: большое внимание к разнообразным способам приготовления пищи, коллекционирование кулинарных рецептов, организация роскошных трапез для родственников и друзей без участия самой больной в приеме пищи; интерес к разным диетам; желание стать вегетарианцем. У нашей больной эта черта проявлялась необычным способом — несмотря на высшее образование (менеджмент и управление), она устроилась работать официанткой. С ее слов, она отличалась от других официанток тем, что всегда давала посетителям подробную информацию об ассортименте имеющихся блюд, их составе и отличительных чертах. Она гордилась своими знаниями и умением представить их посетителям кафе, более того — считала, что присущие ей черты являются основой для зависти и недоброжелательного отношения к ней со стороны персонала кафе. Со слов отца, возвратившись домой после работы поздно вечером, много внимания уделяла приготовлению пищи, при этом использовала разные, зачастую сложные и требующие больших временных затрат способы приготовления пищи, в большом количестве использовала дорогостоящие продукты.

Характерный семейный микроклимат проявляется целым рядом особенностей, подтверждающих тот факт, что причины нервной анорексии имеют свои корни в семье. Достаточно типичным является образ матери, при котором ее характерными чертами считаются властность и деспотичность. Конфликт девочек с матерью является одной из причин нервной анорексии. Отцы в семье обычно пребывают «на вторых ролях», обладая прямо противоположными

чертами характера: они неактивны, малодушны, необщительны. Родители, как правило, находятся в состоянии глубокого межличностного конфликта. Чтобы обратить на себя внимание вечно ссорящихся родителей, подростки «уходят в болезнь». Уход в болезнь в таком случае как бы снимает конфликтную ситуацию в семье, фиксируя внимание родителей на здоровье ребенка и отвлекая их от межличностных проблем. Этому описанию внутрисемейных отношений полностью соответствует ситуация представляемого нами случая. Мать отличалась стеничностью, ярко выраженной инициативностью во всех семейных делах, не терпела возражений и требовала выполнения установленных правил семейной жизни, подавляла волю и инициативу других членов семьи. Именно мать инициировала болезненное внимание дочери к внешнему виду, так как была недовольна ее внешностью. Свои недовольства она часто озвучивала в семейных разговорах, в том числе в присутствии дочери. Находясь в затянувшемся конфликте с дочерью, мать не посещала ее во время пребывания больной в стационаре. Отец, со слов больной, был ведомым и всегда занимал второстепенную позицию. Однако в возникающих семейных конфликтах он становился на сторону дочери, в ряде случаев проявляя необычную для него твердость. При лечении нашей больной отец занимал активную позицию: часто навещал ее во время пребывания в стационаре, обращался к врачам за разъяснениями по поводу состояния ее здоровья. Следует обратить внимание на тот факт, что при срывах (в начале лечения больная неоднократно нарушала режим) он всегда пытался искать причину в возможных ошибках медперсонала, недостаточном внимании к его дочери, неадекватном лечении.

Премоурбидные особенности личности имеют место в большинстве случаев анорексии. Они разнообразны: обычными чертами являются сензитивность, мнительность, склонность к тревожным реакциям, однако в ряде случаев проявленными могут быть противоположные черты — стеничность, организованность, стремление всегда и во всем быть первыми.

В отказе от нормальной еды больные находят решение своих психологических проблем. Анорексия ценна больным, т.к. это процесс повседневного преодоления, борьбы. Для больной анорексией каждый несъеденный кусок пищи является победой. Эта продолжающаяся отчаянная борьба способствует восстановлению самооценки, сниженной предшествующими капитуляциями. Страх вернуться к нормальному приему пищи — это не страх утраты контроля, это страх выхода из ситуации, делающей жизнь полноценной.

В своем стремлении к привлечению внимания больные могут прибегать к демонстрации суицидального поведения, в ряде случаев совершают суицидальные попытки. В анамнезе нашей больной две суицидальные попытки (в промежутке между 19 и 20 годами), которые по своему содержанию

полностью соответствовали стремлению к привлечению внимания (в частности, больная угрожала отцу по телефону, что она выпрыгнет из окна, если он немедленно не придет к ней). При клинической беседе с больной также выявлены стремление к демонстративности и склонность к манипуляции другими людьми. Отмечены также такие черты, как активность, целеустремленность, гордость за свою самостоятельность. В выборе учебного заведения и места работы она не советовалась с родителями, настаивая на своем решении; в разговоре часто повторяла, что «только сама себе можешь помочь». Сама настроена помогать другим, охотно откликается на просьбу о помощи.

ДИСФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Для больных анорексией характерны функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта обычно в виде повышенной «рвотной готовности», неустойчивого стула. При обследовании больных, как правило, или не выявляется никакой патологии, или изменения крайне незначительны. У нашей больной имели место жалобы на незначительные периодические боли в верхних отделах живота и изжогу умеренной интенсивности, появление которых было связано с объемом принятой пищи. При обследовании были выявлены признаки недостаточности кардии, по данным рентгенологического исследования (уменьшение в объеме газового пузыря желудка и выпрямление угла Гиса), три линейные эрозии до 1,0–1,5 см в нижней трети пищевода, признаки дуоденогастрального рефлюкса (примесь желчи в желудочном содержимом и желчь в просвете луковицы двенадцатиперстной кишки

по данным ЭГДС) и признаки хронического гастрита (умеренно выраженная гиперемия слизистой оболочки желудка на вершинах складок). Таким образом, жалобы были обусловлены присутствием хронического гастрита и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в стадии эрозивного рефлюкс-эзофагита. Значительная степень выраженности изменений (наличие эрозий на слизистой оболочке пищевода), видимо, усугубляется действием кислого желудочного содержимого в результате часто вызываемой больной рвоты. Обычная для больных анорексией фиксация на функционировании органов желудочно-кишечного тракта проявлялась у больной в постоянном наблюдении за самочувствием, стремлении сопоставлять появление этих жалоб с характером питания, придерживаться намеченных правил по объему и характеру принимаемой пищи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Часть жалоб больной имеет под собой органическую основу, связанную с патологией желудочно-кишечного тракта — в данном случае эрозивный эзофагит, возникший как следствие агрессивного воздействия соляной кислоты на слизистую оболочку пищевода при многократной рвоте. Из этого следует необходимость тщательного гастроэнтерологического обследования больных анорексией с целью коррекции лечения и последующего наблюдения не только психиатром и психотерапевтом, но и гастроэнтерологом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаенко А.Н., Романова Е.А. Смертельная диета. Stop анорексия. — М.: ЗАО Центрполиграф, 2007. — 223с.
2. Баранова С.В. Вредные привычки: Избавление от зависимостей. — Р н/Д: Феникс, 2007. — 186с.

3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 432с.

