

ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЕ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ И СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

М.А.ЦИВИЛЬКО, О.Е.КОЗОДОЙ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН. Москва. 117198, ул. Миклухо-
Маклая, д.8. Медицинский факультет.

Динамическое клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое, экспериментально-психологическое обследование 49-ти больных нервной анорексией дало возможность изучить особенности ипохондрических и сенестопатически-ипохондрических расстройств на различных этапах заболевания. Установлено, что ипохондрическая симптоматика может возникать еще до развития собственно нервной анорексии. Дистрофически-дистрофоманические расстройства, определяющие инициальный этап болезни, можно рассматривать как вариант ипохондрической симптоматики. Наиболее сложную клиническую структуру ипохондрические и сенестопатические расстройства имеют на стадии кахексии, а также на булимическом этапе заболевания или на булимическом варианте нервной анорексии. При это ипохондрическая симптоматика нередко может рассматриваться как разновидность бредовой ипохондрии, близкой к синдрому Котара. Сенестопатические явления приближаются к висцеральным галлюцинациям. В работе особо обсуждается вариант психической патологии, развивающейся на стадии коррекции внешности и напоминающий сенестопатически-ипохондрическую симптоматику, однако он не может быть полностью отнесен к последней.

Ключевые слова: нервная анорексия, булимия, сенестопатия, ипохондрия.

Нервная анорексия является типичной патологией пубертатного и юношеского возраста и представляет собой сознательный отказ от пищи, чаще с целью коррекции внешности в связи с убежденностью в чрезмерной полноте. В динамике заболевания условно можно выделить 4 этапа: 1) первичный, инициальный; 2) аноректический; 3) кахектический; 4) этап редукции нервной анорексии.

Сенестопатическая, ипохондрическая и сенестопатически-ипохондрическая симптоматика играет особую роль в возникновении, динамике и клиническом оформлении нервной анорексии. Для изучения данного вида расстройств было обследовано 49 больных, из них 46 женского и 3-ое лиц мужского пола в возрасте от 14-ти до 16-ти лет. Методы обследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, нейрофизиологический (ЭЭГ, Эхо-ЭГ), соматический. Целью исследования являлось изучение ипохондрических и сенестопатических расстройств на различных этапах течения нервной анорексии.

При изучении анамнеза жизни и заболевания больных было выявлено, что 7 из них перенесли родовую травму, 30 пациентов - заболевания желудочно-кишечного тракта (болезнь Боткина, дизентерия, диспепсия, дисбактериоз, дискинезия желчных путей, аппендэктомия), 10 - заболевания дыхательных путей (частые ОРВИ, воспаление легких, астматический бронхит, трое больных наблюдались у фтизиатра по поводу положительной реакции Манту), заболевания опорно-двигательного аппарата в виде сколиоза выявлены у 7-ми пациентов. Большая часть этих больных находилась под динамическим наблюдением врачей. Родители нередко фиксировали внимание детей на состоянии их здоровья.

У 25% изученных больных еще до развития клинических проявлений нервной анорексии имели место ипохондрические расстройства в виде фиксации на своем самочувствии.

Инициальный этап заболевания у большинства пациентов характеризовался особым синдромом дистромофобии-дистрофомании, который представлял собой идеи недовольства собственной фигурой или отдельными частями тела в связи с наличием мнимой или резко преувеличиваемой полноты. Особенность этого синдрома заключалась в том, что в отличие от классического его варианта, здесь были менее выражены идеи отношения и депрессивная симптоматика (М.В.Коркина). Следует обратить внимание на то, что сам синдром дистромофобии-дистрофомании рядом авторов относится к ипохондрической симптоматике. Наряду с недовольством мнимой или резко преувеличиваемой пол-

нотой у 10-ти больных имели место полидисморфобии (не нравился нос, черты лица, форма ушей, кожа).

Ограничению в еде, особым вариантам диеты, а также очищению организма с помощью оливкового масла с лимоном и уринотерапии у пяти больных (из них трое лиц мужского пола) предшествовала уверенность в нарушении обмена веществ, в отравлении их организма шлаками из-за неправильного питания, что можно было квалифицировать, как ипохондрический бред.

На этапе активной коррекции внешности в виде резкого ограничения в еде, а иногда и полного отказа от приема пищи у больных появлялись неприятные ощущения в области сердца, головные боли, болезненность в эпигастральной области и по ходу кишечника, отрыжка даже после приема небольшого количества пищи или жидкости. У девушек возникала аменорея. В динамике болезни, по мере утяжеления состояния, у больных нарастала фиксация на деятельности желудочно-кишечного тракта. Испытывая эти болезненные явления, пациенты обращались к различным специалистам (гастроэнтерологам, терапевтам, эндокринологам, невропатологам, гинекологам), проходили многочисленные обследования, для восстановления менструальной функции девушки принимали гормональную терапию. Пациенты диссимулировали истинную причину указанной симптоматики и скрывали дисморфофобически-дисморфоманические переживания и коррекцию внешности. В стремлении к различным обследованиям, их поддерживали родственники, поскольку также не знали истинной причины заболевания. Несмотря на то, что больные постоянно обращались к врачам, настаивали на различных обследованиях, вышеуказанная симптоматика не может в полной мере рассматриваться как ипохондрическая, поскольку жалобы имели реальные основания, а трудности диагностики были обусловлены, как уже отмечалось, упорной диссимуляцией истинной причины заболевания.

Пациенты нередко давали вычурную характеристику возникающим и имеющим место ощущениям, определяя их как «чувство переливания, напряжения, застоя пищи в желудке». Несмотря на наличие объективной функциональной патологии, в результате ограничения в еде и отказа от приема пищи, жалобы больных можно отнести к особому варианту сенестопатий. Эти явления сопровождалась мыслями о том, что «застаивающаяся в желудке и кишечнике пища не переваривается, гниет или откладывается в виде жировой прослойки на теле». Данная симптоматика появлялась на стадии кахексии и могла быть отнесена к варианту ипохондрических бредовых идей.

Особого внимания в плане анализа ипохондрических, сенестопатических и сенестопатически-ипохондрических расстройств заслуживали больные с булимической симптоматикой. Постоянное чувство голода с трудностью насыщения сопровождалось усилением особенно вычурных выраженных сенестопатических расстройств, близких к висцеральным галлюцинациям. Пациенты, описывая их, говорили: «кишечник остановился, молчит», «в желудке пища стоит колом», «чувство гниения съеденной пищи». Они были полностью фиксированы на деятельности желудочно-кишечного тракта, на своих ощущениях. Это сопровождалось навязчивыми идеями, страхами. У некоторых больных появлялись мысли, что у них «перестал работать желудок и кишечник» и они безнадежно больны, что по существу приближалось к бреду Котара. При большой частоте приступов булимии с последующим вызыванием рвоты обычно у больных возникали неприятные ощущения в голове («как будто мозг разбухает, чувство распираания, напряжения»), которые можно отнести к сенестопатиям. На этом этапе больные уже не могли диссимулировать свое состояние и искали помощи у психиатра (в среднем спустя 3-5 лет от начала заболевания). В то время, как на этапе выраженной кахексии без булимических расстройств они продолжали скрывать отказ от приема пищи и обращались к специалистам по настоянию родителей, упорно отказываясь от госпитализации в психиатрический стационар, несмотря на наличие витальных показаний.

Определенную динамику ипохондрические расстройства претерпевали на этапе постепенного выхода из кахексии. У пациентов актуализировались дисморфобически-дисморфоманические переживания с уверенностью в чрезмерной прибавке в весе. В связи с этим у них ухудшалось настроение, они сокращали прием пищи, что требовало усиления проводимой терапии, как медикаментозной, так и психотерапии.

Выраженность ипохондрических расстройств зависела как от этапа и динамики заболевания, так и от преморбидных особенностей личности. Однако по мере утяжеления состояния роль личностного фактора снижалась.

Специального внимания заслуживают особенности ипохондрических, сенестопатически-ипохондрических и сенестопатических расстройств в зависимости от нозологической принадлежности нервной анорексии. При синдроме нервной анорексии в рамках эндогенного процесса особые сенестопатические расстройства, характерные вообще для нервной анорексии, приближались к висцеральным галлюцинациям, а ипохондрические идеи нередко носили бредовой характер.

Анализ особенностей ипохондрических и сенестопатических расстройств при нервной анорексии на всех этапах заболевания свидетельствует о том, что они характеризуются атипичностью в связи с наличием тяжелых вторичных сомато-эндокринных сдвигов, обуславливающих необходимость обращать внимание на нередко лишь сходство этой симптоматики с различными вариантами сенестопатически-ипохондрических явлений. Обращает на себя внимание тот факт, что квалификация изучаемой у больных нервной анорексией данной патологии нередко вызывает определенные трудности.

Таким образом, при нервной анорексии ипохондрические и сенестопатические расстройства достаточно разнообразны и имеют важное диагностическое и прогностическое значение.

Литература:

1. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. - М.: Медицина. 1986.
2. Элитис И.Р. Сенестопатии. Рига. Зинатне. 1977.
3. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. - М.: Медицина. 1984.

PECULIARITY AND PROCESS OF HYPOCHONDRIACAL AND CENESTHOPATHICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA.

M.A. TSYVILKO, O.E. KOZODOY

Department of psychiatry and medical psychology RPFU. Moscow. 117198. M-Maklaya st 8.
Medical faculty.

Dynamic clinical-abnormal psychological, clinical-follow-up, experimental-psychological examination of 49 patients with anorexia nervosa gave an opportunity to examine peculiarity of hypochondriacal and cenesthopathical-hypochondriacal disorders on different stages of disease. Hypochondriacal symptoms may arise before anorexia nervosa development. Dysmorphophobic-dysmorphomaniacal disorders which define initial stages of disease may be considered as a variant of hypochondriacal symptoms. The most complicated clinical structure of hypochondriacal and cenesthopathical disorders having on cachexia stage and also on bulimia variant of anorexia nervosa. With it all hypochondriacal symptoms quite often may be considered as a variant of hypochondriacal delusions close to Cotard syndrome. Cenesthopathical phenomenon are close to visceral hallucinations. Special attention in article concentrated on psychological pathology developing on appearance correction stage, reminding cenesthopathical-hypochondriacal symptoms, however, couldn't be possible described as the last one.

Key words: anorexia nervosa, bulimia, cenesthopathical disorders, hypochondriacal state.