



**Диагностика и терапия нервной анорексии,
коморбидной с другими психическими
заболеваниями у девочек-подростков и их
социальная адаптация**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПб НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



Диагностика и терапия нервной анорексии, коморбидной с другими психическими заболеваниями у девочек-подростков и их социальная адаптация

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы) по государственному контракту №К-16-НИР/133 от 3 сентября 2009 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка программ комплексной терапии коморбидных психических расстройства тревожного и депрессивного спектра»

Санкт-Петербург
2012

Аннотация

Методические рекомендации посвящены рассмотрению современных представлений диагностики и лечения нервной анорексии у лиц подросткового и молодого возраста, коморбидной с другими нервно-психическими расстройствами.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что рост заболеваемости нервной анорексией происходит в результате влияния средств массовой информации, культивирующих образ женского тела в стиле «унисекс», следствием чего является снижение самооценки, озабоченность фигурой, экспериментирование с диетами и физическими упражнениями. Известно, что разные формы расстройств пищевого поведения существенно чаще встречаются у женщин, естественно, что нарушение пищевого поведения свойственно лицам подросткового и молодого возраста, т.к. связано с различными социокультуральными явлениями и психологическими особенностями пубертатного и молодого возраста.

Соотношение мужчин и женщин с анорексией колеблется от 1:9 до 1:20.

Определен комплексный подход к медикаментозной терапии нервной анорексии, который включает в себя не только лекарственную терапию и психотерапию дисморфоманических переживаний пациенток, но и медикаментозную терапию, направленную на лечение сомато-эндокринной патологии.

Таким образом, лечение нервной анорексии должно состоять из нескольких составляющих:

Непосредственное лечение пациентов с нервной анорексией нейролептиками от имеющихся у них дисморфоманических переживаний.

Инфузионная терапия с целью лечения имеющихся дистрофических изменений.

Сопутствующая терапия для коррекции имеющейся вторичной соматоэндокринной патологии.

Описаны формы и методы психотерапии данных пациенток на различных этапах медикаментозного лечения, как индивидуальная, групповая, семейная. В начальном этапе лечения ведущая роль предоставляется индивидуальной психотерапии, направленной на преодоление анозогнозии у данного контингента пациентов. Одновременно проводится семейная психотерапия с родственниками больных. Групповая психотерапия начинается после того, как преодолена анозогнозия у больных нервной анорексией.

Описаны особенности пребывания пациенток как в режиме круглосуточного стационара, так и в режиме дневного стационара, а так же последующее амбулаторное наблюдение и лечение пациенток с данной патологией.

В режиме круглосуточного пребывания пациенткам предоставляется возможность совершать дневные прогулки с воспитателем, а так же посещения их родственниками. На режим дневного стационара пациенты переводятся тогда, когда становится отчетливой положительная динамика в психическом и соматическом состоянии. После выписки из дневного стационара пациенты наблюдаются и лечатся амбулаторно, продолжают получать медикаментозную терапию, а психотерапевтические усилия уже направлены на социальную адаптацию больных. Курс активного лечения больных нервной анорексией приблизительно составляет 10–12 месяцев. При рецидивах данного заболевания больные могут быть повторно госпитализированы.

Указаны особенности семейной психотерапии на этапах медикаментозного и психотерапевтического лечения пациенток с нервной анорексией, с целью формирования у родителей понимания того, что данное состояние есть психическое расстройство, а не нарушение поведения.

Аноректические проявления, могут встречаться при различных нервно-психических заболеваниях, таких как: шизофрения, шизотипическое расстройство, неврозы и различные расстройства личности. Рассмотрены этапы лечения аноректических проявлений, коморбидных с другими нервно-психическими расстройствами. Так, например, на начальном этапе лечения нервной анорексии, коморбидной с шизофренией, доминирующая роль отводится медикаментозным методам лечения, которые направлены на купирование продуктивной симптоматики у данных пациенток. В дальнейшем, после редукции продуктивной симптоматики, подключаются психотерапевтические методы лечения, направленные на адаптацию больных в собственных семьях и обществе. При нервной анорексии, коморбидной с шизотипическим расстройством, так же на первом этапе доминирует медикаментозный метод лечения, направленный на терапию имеющихся нарушений мышления и дисморфоманических переживаний у данной группы пациенток. По мере купирования данных нарушений, подключаются такие психотерапевтические методы, как индивидуальная и групповая психотерапия. Сеансы групповой психотерапии проводятся 3 раза в неделю, в закрытых психотерапевтических группах в течение 3 месяцев. Целью индивидуальной и групповой психоте-

рапии в данном случае является коррекция не только дисморфоманических переживаний, но и восстановление нарушенных внутрисемейных и социальных взаимоотношений у пациенток.

В случаях, когда нервная анорексия коморбидна с неврозами или различными расстройствами личности, ведущими в лечении являются такие методы психотерапии, как индивидуальная, групповая и семейная. Медикаментозное лечение в данном случае носит вспомогательный, поддерживающий характер.

Отмечено, что при лечении больных с нервной анорексией необходимо участие таких специалистов, как психиатр, психотерапевт, терапевт, гинеколог-эндокринолог, диетолог, медицинский психолог, педагог-воспитатель.

Ещё одной из задач данных методических рекомендаций является расширение информированности о данном заболевании врачей других специальностей, так как зачастую данный контингент больных годами может наблюдаться у врачей терапевтов, эндокринологов, гинекологов, диетологов, не получая при этом специализированной медицинской помощи.

Пособие предназначено для врачей психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов, участвующих в оказании помощи пациенткам, страдающим нервной анорексией.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы: В.В. Дементьев, А.А. Василенко, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Ю.В. Попов

Обозначения и сокращения

Без сокращений и специальных обозначений.

Нормативные ссылки

Без ссылок на нормативные документы.

© СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012

Введение

Данные методические рекомендации для врачей посвящены методам диагностики, лечения и социальной адаптации лиц подросткового и молодого возраста женского пола, страдающих нервной анорексией, в условиях стационара с режимом круглосуточного пребывания, а также с режимом дневного стационара.

Кроме того, рассмотрена коморбидность нервной анорексии с другими психическими расстройствами. Определен комплексный подход к медикаментозной терапии нервной анорексии, который включает в себя не только лекарственную терапию и психотерапию дисморфоманических переживаний пациенток, но и медикаментозную терапию, направленную на лечение сомато-эндокринной патологии.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что рост заболеваемости нервной анорексией происходит в результате влияния средств массовой информации, культивирующих образ женского тела в стиле «унисекс», следствием чего является снижение самооценки, озабоченность фигурой, экспериментирование с диетами и физическими упражнениями. Известно, что разные формы расстройств пищевого поведения существенно чаще встречаются у женщин, естественно, что нарушение пищевого поведения свойственно лицам подросткового и молодого возраста, т.к. связано с различными социо-культуральными явлениями и психологическими особенностями пубертатного и молодого возраста. Соотношение мужчин и женщин с анорексией колеблется от 1:9 до 1:20.

Нервная анорексия — это та нозологическая форма, которая находится на стыке таких медицинских дисциплин, как психиатрия, психотерапия, терапия, гинекология, эндокринология и диетология. Учитывая эту особенность данного патологического состояния, в данных рекомендациях для врачей рассмотрена и описана комплексная модель терапии этого психического расстройства.

Терапевтическая модель при лечении нервной анорексии состоит из нескольких составляющих, таких как медикаментозное лечение, психотерапия и последующая социально-психологическая реабилитация пациенток, страдающих нервной анорексией. Медикаментозная терапия этих пациенток включает в себя не только лечение дисморфоманических переживаний у больных нервной анорексией, но и лечение имеющейся у них соматической и эндокринной патологии.

В данных рекомендациях описаны психотерапевтические методы при лечении нервной анорексии на различных этапах медикаментозной терапии. Так же, с учетом нозологической многополюсности нервной анорексии, как нозологической формы, проведена дифференциальная диагностика нервной анорексии с такими состояниями, как аноректический синдром при истерическом неврозе и аноректическом синдроме при шизофрении.

Основная часть

Диагностика и терапия нервной анорексии, коморбидной с другими психическими заболеваниями у девочек-подростков и их социальная адаптация

Диагностические критерии нервной анорексии

Нервная анорексия представляет собой расстройство, характеризующиеся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Чаще всего расстройство возникает у девочек подросткового возраста и молодых женщин, реже могут заболеть мальчики подросткового возраста и юноши, а также дети, приближающиеся к пубертатному возрасту и женщины старшего возраста вплоть до менопаузы. Нервная анорексия представляет независимый синдром в приведенном смысле:

а) клинические признаки синдрома легко распознаются, так что диагностика надежна с высоким уровнем согласованности между клиницистами,

б) катамнестические исследования показали, что среди невыздоровливающих пациентов в значительной части случаев обнаруживаются в хронической форме те же основные признаки нервной анорексии.

Хотя фундаментальные причины нервной анорексии остаются неясными, накапливаются данные о том, что ее обусловленность определяется взаимодействием социокультуральных и биологических факторов, а также менее специфическими психологическими механизмами и уязвимостью личности. Расстройство связано с недостаточностью питания разной тяжести, приводящей к вторичным метаболическим изменениям и нарушениям функций организма. Диагностические критерии нервной анорексии по МКБ-10:

а) вес тела сохраняется как на 15% ниже ожидаемого (более высокий уровень был снижен или так и не был достигнут), или индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 или ниже (этот индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квад-

рату роста в метрах). В пубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста.

б) потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих: вызывания у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств подавляющих аппетит и/или диуретиков.

в) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой сверхценной идеи и большой считает допустимым для себя лишь низкий вес.

г) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющиеся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции. (Очевидным исключением является сохранение вагинальных кровотечений у аноректических женщин, находящихся на заместительной гормональной терапии, чаще всего принимаемой с контрацептивной целью). Могут быть повышенными уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина.

д) при начале в пубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы). При выздоровлении пубертатный период завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

Если суммировать клинические особенности аноректического синдрома, то они сводятся к следующим характеристикам:

1. Наличие преморбидной гиперсоциальности (подтвержденной родителями и учителями) как основной личностной черты. До развития заболевания пациенты (чаще – пациентки) всегда были требовательными к себе и окружающим. Часто они находились в центре внимания сверстников, участвовали во всех школьных мероприятиях и, зачастую, были старостами в классе или в учебной группе.

2. Наличие в анамнезе, так называемого, «синдрома отличниц», характеризующегося стремлением к получению высоких оценок, центрированием на вопросах учебы, отношении к которой всегда очень ответственное, что выражается в особой тщательности и аккуратности выполнения школьных заданий.

3. Нередко в анамнезе можно обнаружить признаки какого-либо психогенного фактора: со слов пациенток, их дразнили, назы-

вали толстыми. Однако, при глубоком и детальном изучении этих эпизодов выяснено следующее:

а) данные воспоминания, на самом деле, не являлись психогенными для этих пациенток: не отмечалось какой – то особенно напряженной, эмоционально окрашенной реакции; рассказывая о них, они просто констатировали это как имевший место случай.

б) нередко такие замечания попадали на уже готовую почву, так называемую, дисморфоманическую настороженность (аноректическую уязвимость). В этих случаях происходило потенцирование еще четко не сформированных дисморфоманических переживаний, а не возникновение невротического конфликта.

4. Упорный отказ от еды, сведение до крайнего минимума количества употребляемой пищи или очень строгая и вычурная диета, также приводящая к нарастающему истощению (снижение массы тела более чем на 10–15%), отсутствие у девочек месячных в течение длительного периода и развитие явлений тяжелой кахексии. При этом имеется четкая мотивация, толкнувшая на голодание, страстное желание избежать полноты тела, похудеть, иметь грациозную фигуру.

5. Наличие дисморфофобических идей, лежащих в основе отказа от еды с достаточно быстрой трансформацией в дисморфоманические и связанной с ними убежденностью в отталкивающей полноте.

6. Особенности «пищевого» поведения. Это касается, прежде всего, приготовления пищи: она начинает готовиться по-особому, порой вычурному, нелепому рецепту (вычурные диеты). При этом идет резкое самоограничение потребления пищи и «закармливание» — своих близких. Так же сюда можно отнести поведение, связанное со рвотой (вычурные рвоты). Это относится как к непосредственному акту вызывания рвоты, порой экзотическим способом (так, одна пациентка, при плохо выраженном у нее рвотном рефлексе, с целью вызывания рвоты использовала ученическую линейку), так и к последующим за этим актом манипуляциям с рвотными массами (в одних случаях пациентки вызывающе не убирают за собой свои рвотные массы, оставляя их на виду у родителей, а в других случаях — уничтожают или скрывают). С целью похудения больные резко увеличивают свои физические нагрузки (физические упражнения, длительные прогулки с родителями, отказ от пользования лифтом и т. п.), кроме того, известно использование с целью похудения различных слабительных препаратов и пищевых добавок.

7. Вычурное и порой даже гротескное «непищевое» поведение: так, одна больная заставляла гулять вместе с собой по улицам свою мать в течении 4 часов, несмотря на ее сопротивление и сильный мороз, другая — лежа на полу, тренировала свои мышцы брюшного пресса с таким упорством, что у нее на крестце образовалась глубокая язва, третья — использовала специфический макияж, известный в литературе как «маска смерти».

8. Затруднение, но не снижение, «учебной» деятельности и увеличение количества времени, которое затрачивается пациентками на приготовление домашних заданий; порой засиживаются за ними до глубокой ночи. Причинами этого являются появляющиеся у них и развивающиеся нарушения мышления. В последние десятилетия появились тонкие психологические инструменты и обнаружилось, что такие пациентки имеют отчетливо диагностируемые нарушения мышления. Наиболее отчетливо это проявляется в признаках когнитивного дефицита, который выражается в затруднение концентрации внимания, вычурном (своеобразном, кататимном?) мышлении и признаками нарушения его целенаправленности. Так, несмотря на то, что цель похудания заявляется как оздоровительная (с целью косметической коррекции внешности), способы ее достижения и результат оказываются противоположными поставленным задачам (вместо заявляемых косметических целей фактически развивается уродливое похудание вплоть до дистрофии и кахексии).

9. Особенности аффективной сферы, которая не отличается той широтой и разнообразием спектра, каким обладают больные неврозами. С возникновением заболевания больные нервной анорексией становятся более «тусклыми», эмоционально обедненными. Так, например, при стремлении родственников или врачей попытаться говорить о «пищевой» проблеме, пациентки просто холодно выслушивают их, стараясь избегать подробных обсуждений своего поведения.

10. Обеднение круга общения. Контакты со сверстниками обедняются, становятся формальными, то же самое происходит во взаимоотношениях с родителями, причем это общение происходит через призму «пищевого» поведения пациенток, формируя характерную систему внутрисемейных отношений (аноректический шантаж со стороны пациенток и вынужденное подчинение их, порой нелепым требованиям — со стороны родителей).

11. Отсутствие критики к своему состоянию, которое не поддается коррекции и разубеждению (то есть трансформация сверхценных идей в фактически бредовые).

12. Специфический тип течения заболевания, который выражается в том, что после аноректической фазы формируется булимическая фаза, проявления которой продолжают в среднем 1–5 месяцев.

Комплексный подход при лечении пациенток, страдающих нервной анорексией.

Лечение пациенток подросткового и молодого возраста осуществлялось на базе отделения психиатрии лиц молодого возраста НИПНИ им В.М. Бехтерева. Госпитализация в отделение пациенток, страдающих нервной анорексией, носила добровольный характер. Все пациентки или их родители (если их ребенок не достиг 15-летнего возраста) подписывали согласие на добровольную госпитализацию. Кроме того, пациенткам и их родителям предоставлялась полная информация о тех медикаментозных препаратах, которые планировались для лечения. Выписка из отделения могла быть осуществлена по желанию больных в любое время. Пациентки, страдающие нервной анорексией, находились вместе с другими больными мужского и женского пола, страдающими различными нервно-психическими расстройствами. Лечебный режим, для проходивших лечение в отделении, диктовался его спецификой и предполагал предоставление на выходные дни практически всем пациентам (с учетом тяжести их психического и соматического состояния) лечебного отпуска, который они проводили в своих семьях.

Комплексный подход при лечении пациенток, страдающих нервной анорексией включает в себя следующие терапевтические мероприятия:

1. Медикаментозная терапия, которая состоит из следующих составляющих:

а) медикаментозная терапия, направленная на лечение дисморфоманических переживаний пациенток, которая исключает в себя такие препараты, как галоперидол и флюанксол, дозировка которых подбирается индивидуально, с учётом физического состояния пациенток. Введение данных медикаментозных средств может быть парентеральным, внутримышечным и пероральным.

б) медикаментозная терапия, имеющая своей целью коррекцию, у больных, страдающих нервной анорексией сомато-эндокринных и гинекологических расстройств. Для терапии данных нарушений необходимо привлечение таких специалистов, как

терапевт, кардиолог, гинеколог-эндокринолог, которые назначают свои схемы лечения, определяющие сопутствующую поддерживающую медикаментозную терапию, включающую в себя такие препараты, как карсил, рибоксин, апилак, витаминкомплекс и др. и, при необходимости, гормональную терапию для восстановления нарушенного менструального цикла.

2. Психотерапия, включающая в себя, индивидуальную психотерапию, семейную психотерапию, а также групповую психотерапию.

На начальных этапах медикаментозного лечения психотерапевтическая задача направлена на купирование анозогнозии к своему состоянию у пациенток, страдающих нервной анорексией. После того, как только начинают относиться к своему состоянию критично, возможно их включение в психотерапевтическую группу. Групповые психотерапевтические занятия с данными пациентками проводятся 3 раза в неделю в «закрытых» группах в течение трех месяцев. На всех этапах как медикаментозного, так и психотерапевтического лечения, проводится семейная психотерапия с родственниками больных, с целью формирования у родителей понимания того, что данное состояние есть психическое расстройство, а не нарушение поведения.

Коморбидность нервной анорексии с другими нервно-психическими расстройствами

Аноректические проявления могут встречаться при различных нервно-психических заболеваниях таких, как шизофрения, шизотипическое расстройство, неврозы и различные расстройства личности. Рассмотрены этапы лечения аноректических проявлений, коморбидных с другими нервно-психическими расстройствами.

Так, например, на начальном этапе лечения нервной анорексии, коморбидной с шизофренией, доминирующая роль отводится медикаментозным методам лечения, которые направлены на купирование продуктивной симптоматики у данных пациенток. Рекомендовано назначение галоперидола, трифтазина, либо современных атипических нейролептиков (рисполепт, сероквель и др.). Подбор доз индивидуален и осуществляется с учетом физического состояния пациентов. В дальнейшем, после редукции продуктивной симптоматики, подключаются психотерапевтические методы лечения (в частности, рациональная психотерапия), направленные на адаптацию больных в собственных семьях и обществе.

При нервной анорексии, коморбидной с шизотипическим расстройством, так же на первом этапе доминирует медикаментозный

метод лечения, направленный на терапию имеющихся нарушений мышления и дисморфоманических переживаний у данной группы пациенток. Целесообразно использование таких нейрореплетиков, как трифтазин, флюанксол, а так же назначение атипических нейрореплетиков. По мере купирования данных нарушений, подключаются такие психотерапевтические методы, как индивидуальная и групповая психотерапия. Сеансы групповой психотерапии проводятся 3 раза в неделю, в «закрытых» психотерапевтических группах в течение 3 месяцев. Целью индивидуальной и групповой психотерапии в данном случае, является коррекция не только дисморфоманических переживаний, но и восстановление нарушенных внутрисемейных и социальных взаимоотношений у пациенток.

В случаях, когда нервная анорексия коморбидна с неврозами или различными расстройствами личности, ведущими в лечении являются такие методы психотерапии, как индивидуальная, групповая и семейная. Медикаментозное лечение в данном случае носит вспомогательный, поддерживающий характер.

Дифференциальная диагностика нервной анорексии с другими психическими расстройствами

А.Е. Личко относил синдром «нервной анорексии» к характерным для подросткового возраста и называл это состояние «эндореактивной пубертатной анорексией», при диагностировании которой необходимо проводить дифференциальный диагноз между: 1) аноректическим синдромом при истерическом неврозе; 2) аноректическим синдромом при шизотипическом расстройстве; 3) аноректическим синдроме при параноидной форме шизофрении.

1. Если говорить об истерическом неврозе, то трудно представить, чтобы такие лица (стержневой характеристикой которых является стремление привлечь внимание к себе, «жажда признания», склонность к подражанию, выдумкам и фантазии, неспособность к систематической работе над учебным материалом, к упорному труду, эгоцентризм, склонность к легкомысленным поступкам, авантюрам и расточительству) могли довести себя до состояния дистрофии или кахексии, которые сопровождаются ломкостью волос, ногтей, сухостью кожи и прочими проявлениями данных состояний. Тем не менее, истерические (невротические) реакции на перенесенный стресс у них могут иметь место. Иллюстрацией к сказанному может являться следующее наблюдение. Речь идет о больной Ире А., которая в прошлом лечилась в отделении подростковой психиатрии по поводу нервной анорексии (эндореактивной пубертатной анорексии). Спустя несколько лет после выписки Ира

А., во время незначительной перебранки со своей младшей сестрой, ударила ее по лицу с такой силой, что девочку оперировали в Лор НИИ. Как представляется, незначительность перебранки и сила последовавшая в ее процессе удара свидетельствует об отсутствии у Иры А. истерического радикала (известно, что истерические личности всегда соотносят свое поведение с ситуацией и последствиями предпринимаемых ими эксцессов), а, с другой стороны, нет оснований предполагать у Иры А. и процессуальный характер заболевания (в рамках шизотипического расстройства или манифестной шизофрении). Поэтому приходится остановиться на том, что у Иры А. имела место в прошлом нервная анорексия (эндореактивная пубертатная анорексия), по прошествию которой отмечаются характерологические особенности, присущие ей до начала заболевания. У младшей сестры Иры А., после удара и последующей операции, также, как ранее у старшей сестры, развилась картина нервной анорексии, в результате чего она потеряла массу тела на 15 кг. В этой ситуации отец, уже имевший «аноректический» опыт со старшей дочерью, уехал с младшей на побережье Черного моря. Там они жили в татарской семье, которая фактически вела натуральное хозяйство и в которой готовили пищу из продуктов, выращенных самостоятельно. В результате постепенно, в течение месяца, аноректические проявления прошли. Наличие отчетливой психогении, эффективность вне медикаментозных мероприятий, носящих психотерапевтический характер, непродолжительность аноректического феномена позволяют рассматривать его в рамках невротической реакции на перенесенный стресс у личности с возможной «аноректической уязвимостью».

2. Если же говорить о шизотипическом расстройстве (и тем более — о манифестной шизофрении), то следует отметить, что эти состояния имеют свои характерные особенности и закономерности развития. При шизотипических расстройствах, в отличие от эндореактивной пубертатной анорексии (нервной анорексии), у больных:

а) чувство голода выражено заметно меньше (не мучает); больших усилий для того, чтобы подавить голод, не требуется;

б) рано начинают выявляться замкнутость и отчужденность от близких, даже враждебное отношение к ним, падение общей активности;

в) еще до наступления тяжелого истощения заметно ухудшается успеваемость; появляются жалобы на трудность сосредоточения;

г) блекнут интересы, нарастает бездеятельность, выступают витиеватость мышления и склонность к резонерству;

д) могут появиться также другие, несвойственные эндореактивной пубертатной анорексии (нервной анорексии), обсессии и фобии, ипохондричность, склонность к философической интоксикации, причем «философские принципы» подводятся под вычурные диеты. Впрочем, спустя 2-3 года течения заболевания, обязательно появляются признаки, позволяющие заподозрить невротоподобную форму шизотипических расстройств. Особенно часто это случается у мальчиков, у которых аноректический синдром, как правило, оказывается началом шизотипических расстройств.

3. Подчас дисморфоманические проявления (и формирующий на этой основе аноректический синдром) оказываются дебютом параноидной формы шизофрении. В этих случаях, имевших место при остром полиморфном, галлюцинаторно-параноидном, депрессивно-параноидном синдромах, дисморфомания переходит в бред физического недостатка и сочетается с рядом других психотических симптомов. Дальнейшее движение процесса и нарастание симптоматики психотического регистра позволяет уточнить диагностику.

4. И, наконец, собственно нервная анорексия (эндореактивная пубертатная анорексия), которую в качестве самостоятельной нозологической единицы, имеющей свою отличительную природу от других, внешне схожих, болезненных состояний (например, таких, как раковая кахексия или сопровождающих такие заболевания, как диабет или глистные инвазии) ввел в научный обиход английский психиатр Гасс и которая характеризуется транзиторностью проявления, ограниченного подростковым возрастом, и, в случае адекватного лечения, клиническим восстановлением и социальной адаптацией пациентов. Психотерапия в данном случае носит вспомогательный характер (что, кстати, дает существенные основания для рассмотрения нервной анорексии вне рамок невроза), поэтому остановимся на медикаментозной терапии. Препаратами выбора при этом заболевании являются галоперидол и некоторые атипичические нейролептики. Успех при лечении нервной анорексии нейролептиками, казалось бы, косвенно подтверждает ее шизотипическую или даже шизофреническую природу.

Однако, следует помнить, что медикаментозная терапия носит синдромальный, а не патогенетический характер, и что, например, лечение антидепрессантами депрессивных проявлений при шизофрении и шизоаффективном психозе никоим образом не свиде-

тельствует о единстве этих двух разных форм психических расстройств.

Отмечено, что при лечении больных с нервной анорексией необходимо участие таких специалистов, как психиатр, психотерапевт, терапевт, гинеколог-эндокринолог, диетолог, медицинский психолог, педагог-воспитатель.

Ещё одной из задач данных методических рекомендаций является расширение информированности о данном заболевании врачей других специальностей, так как зачастую данный контингент больных годами может наблюдаться у врачей терапевтов, эндокринологов, гинекологов, диетологов, не получая при этом специализированной медицинской помощи.

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: onmi@bekhterev.ru

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 12.09.2011. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80