

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ: ОБЗОР И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
г. Минск, Республика Беларусь²

Работа посвящена актуальной проблеме – нервной анорексии, а также обсуждаются сложности лечения и сложности ее диагностики с шизофренией, динамическая изменчивость синдрома анорексии. Анализ источников литературы показывает, что именно нервная анорексия наиболее ярко демонстрирует зыбкость границ между вариантами нормального и патологического психического состояния.

Авторы рассматривают эту проблему с учетом современных знаний и рекомендаций относительно нервной анорексии. Детально проанализирован клинический случай выявления и лечения нервной анорексии в условиях стационара. Также освещены некоторые вопросы истории изучения нервной анорексии.

Ключевые слова: нервная анорексия, шизофрения.

S. N. Shubina, O. A. Skugarevsky

ANOREXIA NERVOSA: REVIEW AND CLINICAL CASE

This paper provides an analysis of a clinical case and literature review on the topical problem of anorexia nervosa, and discusses the complexity of its treatment and diagnostics with accompanying schizophrenia, as well as the dynamic variability of the anorexia syndrome. The analysis of literature sources shows that anorexia nervosa is the disorder that most clearly demonstrates the thinness of the boundaries between the versions of the normal and pathological mental states. The authors examine this problem in the light of contemporary knowledge and recommendations regarding anorexia nervosa. The clinical case with detection and treatment of anorexia nervosa in hospital has been analyzed in detail. Various issues of the history of anorexia nervosa study have also been covered.

Key words: anorexia nervosa, schizophrenia.

Нервная анорексия – заболевание, возникающее в подростковом и юношеском возрасте, которое развивается чаще у лиц женского пола и выражается в сознательном отказе от еды с целью похудения в связи с недовольством собственной внешностью и, в частности, избыточной полнотой [1].

Впервые нервную анорексию описал R. Morton в 1689 г. под названием «нервная чахотка», хотя упоминание об этой патологии встречалось и раньше. В частности, в трудах Авиценны (1155 г.) можно найти сведения о психическом расстройстве у юноши, напоминающее клинику нервной анорексии (Shafii M., 1972). Позднее описания симптомов нервной анорексии встречаются в трудах S. Hammond (1542), N. Hobbes (1668), J. Reynolds (1669) [2, 3].

Диагноз нервной анорексии начал использоваться врачами в начале XX в. Очень подробные отчеты о физических проявлениях нервной анорексии были представлены T. Allbutt в начале XX в. [4, 5].

Однако, до середины XX в. случаи нервной анорексии были исключительной редкостью [4].

На сегодняшний день нервная анорексия наиболее известна среди расстройств пищевого поведения. Интерес к ее изучению уже многие годы не снижается в связи с широкой распространенностью и высокой смертностью таких пациентов. Так, по данным российских и зарубежных авторов, распространенность нервной анорексии составляет от 0,3 до 5 % среди лиц женского и мужского полов, а заболеваемость колеблется от 5 до 5,4 на 100 тыс. человек в год [6–12]. Летальные исходы при нервной анорексии достигают 18 %, при этом каждая пятая смерть является следствием суицида [7, 13, 15]. Болезненность нервной анорексией, по данным литературы («Medline»), составляет в среднем 0,3 % среди молодых женщин, а заболеваемость (incidence) – **8 случаев на 100 тыс. населения в год** [14].

Существует и несколько иная информация испанских авторов: не отмечено увеличения распространенности нервной анорексии среди испанских детей и подростков. Однако, нервная булимия стала встречаться в 4 раза чаще [16].

Некоторые авторы утверждают, что около половины, а в некоторых случаях и больше, всех смертей пациентов с расстройствами пищевого поведения обусловлены самоубийствами [12]. Среди данных польской литературы одна из главных причин смертности – патология желудочно-кишечного

тракта вследствие необоснованного употребления слабительных и мочегонных средств [17].

В любом случае, ни одно психическое расстройство не сопровождается таким числом физиологических нарушений и случаев преждевременной смерти молодых людей, как нервная анорексия [18].

Согласно данным российских авторов, реальная цифра заболеваемости расстройствами пищевого поведения выше, не только потому, что пациенты часто маскируют свое состояние, но и в связи с тем, что они часто попадают в стационары соматического профиля с соответствующими жалобами, а их психическое состояние остается для лечащего врача неизвестным [19]. Поэтому лишь малая часть от общего числа лиц с нарушениями пищевого поведения наблюдаются психиатрами [20]. Зарубежные коллеги утверждают: врач общей практики первым встречается с пациентом [21].

На фоне алиментарного голодания у больных возникает множество соматических и эндокринных осложнений. К наиболее тяжелым для здоровья и жизни пациентов осложнениям относятся следующие: нарушения сердечного ритма в виде синусовой брадикардии (ЧСС менее 60 уд. в 1 минуту) с удлинением интервала QT на ЭКГ, повышенный риск внезапной смерти от фибрилляции желудочков (особенно, когда масса тела снижается более, чем на 35 % от нормального). Серьезной проблемой является анемия, особенно злокачественная, которая может быть вызвана значительно пониженным уровнем витамина B12. При экстремально низкой массе тела костный мозг значительно сокращает продукцию клеток крови, что может привести к возникновению такого опасного для жизни состояния, как панцитопения [22]. Основным звеном нейроэндокринных нарушений у пациентов с нервной анорексией на сегодняшний день считается центральное торможение секреции гонадотропинов [23, 24]. Так, например, эндокринные нарушения характеризуются снижением уровня эстрогенов, что приводит к развитию аменореи. После лечения и увеличения массы тела уровень эстрогенов, как правило, восстанавливается. Однако, при тяжелой анорексии даже после адекватного лечения нормальный менструальный цикл никогда не восстанавливается у 25 % больных. Низкий уровень эстрогенов и кальция приводит также к развитию у 90 % женщин с нервной анорексией остеопении, а 40 % – имеют остеопороз, что приводит к повышенному риску переломов. Больным с тяжелой нервной анорексией также присуще раз-

витие дистрофического процесса в нервной ткани, что способствует появлению изменений биоэлектрической активности мозга, неврологических осложнений, в том числе в виде судорожного синдрома, когнитивных нарушений, периферической нейропатии. Некоторые из перечисленных осложнений редуцируются после нормализации массы тела, но отдельные патологические сдвиги могут сохраниться и после увеличения веса. Угрожающим жизни пациентов состоянием является тяжелая полиорганная недостаточность, возникающая при экстремально низкой массе тела.

Согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (МКБ-10), нервная анорексия не относится к невротическим расстройствам, а рассматривается в рубрике «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими и физическими факторами» [25, 26]. Нервная анорексия определяется как расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра выделены следующие диагностические критерии нервной анорексии [25, 27]:

1. Масса тела равна ожидаемому значению или меньше его на 15 %, а индекс массы тела составляет 17,5 или ниже. Для больных в пубертатном возрасте необходимо сделать коррекцию на то, что в период роста пациент не в состоянии набрать необходимый вес.

2. Потеря массы тела вызывается самим пациентом за счет ограничения приема пищи, индуцирования рвоты, приема слабительных средств, препаратов, подавляющих аппетит, и/или диуретиков, а также чрезмерных физических упражнений.

3. Искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую окраску, при которой сохраняется сильный страх перед избыточным весом. Как следствие пациент считает допустимой для себя лишь низкую массу тела.

4. Наличие эндокринных нарушений, включающие ось гипоталамус-гипофиз-половые железы, проявляющихся у женщин аменореей (исключение: вагинальные кровотечения на фоне заместительной гормональной терапии), у мужчин – потерей полового влечения и потенции. Могут отмечаться повышение уровней соматотропного гормона и кортизола, изменение периферического метаболизма тиреоидных гормонов, а также аномалии секреции инсулина.

5. В пубертатном возрасте возможна задержка полового созревания (прекращение роста тела,

недоразвитие грудных желез и первичная аменорея у девочек, ювенильность гениталий у мальчиков). При выздоровлении пубертатный период может завершаться нормально, но менархе наступает поздно.

В США критерии диагноза нервной анорексии определяются по DSM-5 (май 2013 г.) и публикуются Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association). Согласно DSM-V, для постановки диагноза «нервная анорексия» нужны четыре критерия [25]:

- A. Отказ поддерживать массу тела в пределах минимальной нормы для данного возраста и роста или неспособность набрать 85 % от ожидаемого веса за установленный период времени.

- B. Нарушение восприятия веса или формы своего тела; неоправданно большое влияние массы или формы тела на самооценку; отрицание серьезности текущих проблем, возникших в результате недоедания.

- C. Сильный страх перед ожирением, даже несмотря на недостаток массы тела.

- D. У девушек в процессе полового созревания – отсутствие трех последовательных менструальных циклов.

Однако, взгляды на нозологическую природу нервной анорексии до настоящего времени не отличаются определенностью и единством.

Так, Eugen Bleuler описал синдром анорексии в рамках шизофрении еще в начале XIX в. [28–30], но до сих пор остается до конца неизученный вопрос: нервная анорексия и шизофрения – это одно заболевание или разные нозологии?

Так, своеобразие поведенческих паттернов при нервной анорексии (например, при очистительном пищевом поведении, присоединении компульсивных ритуалов и пр.), отгороженность от социальных контактов, образ собственного тела, полиморфная сопутствующая психопатологическая симптоматика и прочие симптомы требуют динамического наблюдения и дифференциального диагноза с расстройствами шизофренического спектра. Ригидность жизненного стиля больных нервной анорексией, их несотрудничество в терапевтическом процессе, игнорирование прямых и отдаленных последствий расстройства, настороженность в отношении любых попыток извне скорректировать дезадаптивное пищевое поведение и предупредить его драматичные последствия дает основания предполагать специфический характер когнитивной организации их психических процессов (D. V. Herzog, J. D. Hopkins, C. D. Burns, 1993). В этом отношении известно, что больным шизофренией свойственны затруднения в идентификации или различении

эмоций, наблюдаемых на статичных фотографиях или аудио- / видеопрезентациях. Причем этот дефицит оказывается значимо более выраженным в отношении определенных негативных (страх, отвращение), чем позитивных эмоций (Addington J., 2008, Gur R. E., 2007).

Согласно более давним источникам литературы, нервная анорексия часто маскирует шизофрению (Cheung and Wilder-Smith, 1995; Коркина и др., 1975) либо нервная анорексия может развиваться в случае преждевременно выставленной шизофрении (Grounds, 1982; Hsu et al., 1981).

Согласно мнению некоторых российских авторов, до настоящего времени остается спорным вопрос об уровне психической патологии при различных вариантах нервной анорексии. Во многих случаях нервная анорексия протекает на доболезненном уровне, что обуславливает отсутствие обращаемости пациентов к специалистам. Это обусловлено, прежде всего, полиморфизмом психопатологической симптоматики, а также тяжестью психического и соматического состояний пациентов и высокой возможностью неблагоприятных исходов заболеваний вплоть до летальных случаев. До 90 % наблюдений проявляется навязчивыми либо сверхценными дисморфофобическими переживаниями, легкой или умеренной депрессией, неглубокой патологией пищевого поведения с частичной или полной критикой к своему состоянию и заболеванию. Эти же авторы придерживаются мнения, что в 10 % случаев нервной анорексии речь должна идти о психотическом уровне психических нарушений: дисморфофобия проявляется бредовыми идеями физического недостатка и самосовершенствования либо сверхценными идеями с практически полной утратой критики к тяжести своего психического и физического [31].

Согласно другим российским авторам, нервная анорексия (как и большинство других психических заболеваний) – расстройство многофакторной природы. Началу нервной анорексии часто предшествуют аффективные, тревожные, обсессивные картины. При этом, особенно при наличии аффективных расстройств, феноменология нервной анорексии может маскироваться, отступать на второй план, сглаживаться. Нервной анорексии нередко также коморбидна патология личности: расстройства личности (психопатии) и реже органические расстройства личности. Причем, при манифестации нервной анорексии, развитии сомато-эндокринных нарушений личностные изменения утяжеляются. Кахексия может сопровождаться органической церебральной недостаточностью. И в результате вторично

формируются не только органическое астеническое (эмоционально-лабильное), легкое когнитивное расстройство, но и органическое расстройство личности. На фоне благоприятной динамики следует учесть обратимость органической патологии в случае нормализации статуса питания. Также нервная анорексия в ряде случаев сочетается с аддитивными расстройствами, и в частности, со злоупотреблением психоактивными веществами. Кроме того, синдром анорексии может выступать вместе с другими характерными шизофреническими проявлениями, приобретая черты дискордантности психики. Но наблюдаются случаи, когда вначале обнаруживается картина типичной нервной анорексии, а далее повторяются шизофренические шубы, при отсутствии каких-либо характерных компонентов нервной анорексии. И возникает вопрос: это одно расстройство (шизофрения) или разные заболевания [32].

Некоторые украинские авторы отмечают около 34 % случаев больных шизофренией среди находившихся под наблюдением лиц с нервной анорексией. Именно данные пациенты не могли объяснить свое стремление к похудению; скрупулезно следя за весом, были довольно неряшливы. У таких пациенток нарастала нетипичность их поведения, грубая манерность, усиливалась отгороженность, нескритичность и неконтактность. Присутствовала позитивная и негативная симптоматика [33].

Некоторые авторы описывают снижение распространенности случаев нервной анорексии при шизофрении, но отмечают увеличение данного синдрома в общей популяции в среднем [34].

В зарубежной литературе встречается несколько теорий нозологической природы нервной анорексии относительно расстройств шизофренического спектра: 1 нервная анорексия и шизофрения абсолютно разные заболевания; 2 расстройства шизофренического спектра могут развиваться после нервной анорексии, особенно после набора веса; ремиссия при нервной анорексии способствует развитию психотических эпизодов; 3 наличие негативной симптоматики уменьшает тяжесть нервной анорексии; 4 нервная анорексия – это синдром анорексии в рамках расстройств шизофренического спектра [35, 36].

Согласно обзору, проведенному французскими и бельгийскими коллегами, нервная анорексия коморбидна с шизофренией в 10 % случаев [37, 38], а переходит в шизофрению в среднем от 1 до 4 % случаев нервной анорексии [38, 39].

Еще одни авторы указывают, что синдром анорексии может встречаться при шизофрении, при-

чем может предшествовать либо следовать параллельно данному заболеванию [40–42].

Существуют мнения, что депрессивная, бредовая, галлюцинаторная симптоматика при шизофрении может привести к развитию синдрома анорексии [40–42].

При современном уровне развития психиатрии окончательный безапелляционный ответ здесь преждевременен. Пока нет доказательств, идентичны ли эти заболевания не только по клинике, но и по происхождению, биологическому субстрату. И так, и при рассмотрении нервной анорексии, этой сравнительно «простой», строго очерченной патологии, обращает на себя внимание наличие клинического полиморфизма, полиморбидности с сочетанием самых различных расстройств – и эндогенных, и психогенных, и органических. Выступает клинический континуум, отражающий во взаимодействии разнородных патогенных факторов, приводящих к болезни [32].

Австралийские ученые опубликовали данные масштабного исследования, согласно которому риск развития нервной анорексии связан с любыми психическими расстройствами, а усиленные занятия физическими упражнениями для контроля над своим весом слабо влияют на развитие в последующем нервной анорексии [43, 44].

Трудности в диагностике нервной анорексии возможны также из-за динамической изменчивости синдрома нервной анорексии. В таких случаях анорексия может выделяться как синдром в рамках эндогенного процесса [45].

Кроме того, некоторые авторы описывают трудности в диагностике нервной анорексии из-за случаев коморбидной психиатрической патологии [45, 46].

Коморбидность нервной анорексии часто обращает на себя внимание исследователей, вызывая теоретические дискуссии о природе синдромов и симптомов: являются ли их сочетания случайными, психопатологически и нозологически связанными или возникают в качестве осложнений, например, со стороны соматических органов, играющих в дальнейшем значительную патопластическую роль в развитии НА; составными частями НА, приобретшими самостоятельное течение (например, аффективные расстройства), выступившими на первый план в клинической картине на фоне лечения НА.

Так, В. И. Крылов считает, что высокие показатели коморбидности аффективных расстройств с нервной анорексией позволяют относить данное нарушение пищевого поведения к расстройствам депрессивного спектра [47]. Такого же мнения

придерживаются и некоторые польские авторы: нервная анорексия является клиническим проявлением аффективных или обсессивно-компульсивных расстройств. В 32,2 % случаев обнаружена коморбидность с нарушениями пищевого поведения [48].

Также считают и другие авторы, утверждающие, что нервная анорексия довольно часто коморбидна с депрессивными и тревожными расстройствами (Wildman et al., 2003; Kaye et al., 2004) [40].

В литературных источниках описано даже сочетание нервной анорексии и эпилепсии. Оказалось, что среди 170 больных подростковой миоклонической эпилепсией, которые лечились в стационарах Марселя и Ниццы, было выявлено два случая нервной анорексии [49].

В 1996 г. было проведено масштабное исследование в США в медицинских центрах для Военных ветеранов Вьетнамской войны, где прошли обследование и лечение 466 590 лиц мужского пола. В этой когорте было верифицировано 98 случаев нарушения пищевого поведения (0,02 %). Изучение коморбидной психопатологии выявило очень высокий процент расстройств шизофренического спектра у пациентов с нервной анорексией и недифференцированными нарушениями питания [50].

В литературе встречается также совсем иные данные исследования Miotto, в котором участвовало более 700 человек, из которых 112 человек – пациентки с нарушением пищевого поведения, а остальные респонденты – старшеклассники, не имеющие психических расстройств. Согласно результатам данного исследования, не встречается ни одного случая коморбидности нервной анорексии и шизофрении, однако нарушения в мышлении значительно чаще встречались у пациенток с нервной анорексией [51].

Существует исследование, согласно которому шизофрения развивается в 3 раза чаще при ограниченном типе нервной анорексии, чем при очистительном типе (Blinder et al., 2006).

Некоторые авторы описывают в патогенезе нервной анорексии нарушение обмена дофамина (Barbato et al., 2006; Shinohara et al., 2004).

Другие авторы утверждают, что риск развития шизофрении при нервной анорексии одинаков с людьми, не имеющими психических расстройств (Foulon, 2003).

Особо подчеркивается, что оценка нейрокогнитивных функций является важной в правильной постановке диагноза нервной анорексии (Krabbendam et al., 2005; Rössler et al., 2007).

Некоторые ученые говорят, что наличие даже единичных изменений в мышлении может быть прогностическим признаком для развития шизофрении (Rössler и др., 2007; Bak et al., 2003).

Однако, практика показывает, что даже своеобразии поведенческих паттернов (например, при очистительном пищевом поведении, присоединении компульсивных ритуалов и пр.), отгороженность от социальных контактов, полиморфная сопутствующая психопатологическая симптоматика и прочие симптомы нарушений пищевого поведения не дают веских оснований трактовать клинику девиантного пищевого поведения с позиции дефекта эмоционально-волевой сферы в контексте шизофренического процесса даже при длительном наблюдении [52, 53].

Следует обратить внимание на то, что пациенты с нервной анорексией попадают под наблюдение врача чаще в состоянии крайнего истощения, упорно скрывая истинные мотивы похудения, что затрудняет постановку диагноза, а также усложняет решение дифференциально-диагностических вопросов и прогноза заболевания [54].

Отсутствие единого взгляда на нозологическую природу нервной анорексии приводит к возникновению барьеров на пути к лечению среди лиц с расстройствами пищевого поведения, а также приводит к стигматизации и снижению самооценки таких пациентов, что подтверждается масштабным исследованием в США в 2006г., в котором участвовали 1737 человек с различными психическими расстройствами, в том числе и 589 с нарушениями пищевого поведения [55].

Все это еще раз подтверждает тот факт, что определение точной нозологической принадлежности нервной анорексии поможет усовершенствовать стратегии профилактики и раннего вмешательства, а также нацелить пациентов на лечение данного заболевания, улучшив комплаентность.

Представляется разбор клинического случая, в котором показана сложность диагностики нарушений пищевого поведения, а также ее влияние на особенности курации такого пациента.

Краткое описание

Пациентка И., 18-лет, была направлена впервые в Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» в связи с появлением следующей симптоматики: снижение настроения, беспокойство, тревога, снижение аппетита, астения, снижение веса на 20 % от изначального за прошедший год, очистительного поведения в виде намеренного вызывания рвоты

после приема пищи, самостоятельного выполнения очистительных ритуалов с помощью клизм каждый день.

Анамнез жизни

Наследственность А. психопатологически отягощена, известно, что бабушка пациентки по материнской линии страдала шизофренией. Раннее развитие без особенностей, образование – среднее специальное (окончила лингвистический колледж), планирует поступать в университет. На момент госпитализации в стационар пациентка не работала. Проживала с отцом и его родителями. Также известно, что родители пациентки развелись, когда ей было 6 лет. Мать пациентки в последующем вышла замуж, уехала в Германию. У девочки не сложились отношения в новой семье матери, через год она переехала к отцу.

Из анамнеза заболевания: заболевание началось около 3 лет назад из-за навязчивого страха располнеть, избегания «жирных продуктов», жестких ограничений в количестве и калорийности принимаемой пищи, частых и изнурительных физических нагрузок (бегала по 10 км в день). Вес снижался быстро, затем стало доминировать чувство голода, участился прием слабительных препаратов, а также ежедневное выполнение очистительных клизм. Была убеждена, что попытки похудеть «помогут стать звездой мирового модельного подиума».

Объективно при поступлении

Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Охотно пришла на беседу. Доступна продуктивному контакту. Речь ясная. Выражение лица с демонстративной улыбкой. Объем внимания достаточный. Основным направлением беседы с врачом выбирает тему «успешности в жизни». Со слов пациентки, «готовит себя для модельного бизнеса». Во многих агентствах мира разослала фотографии, сказала, что «красива», «жду приглашения». Эмоциональные реакции адекватные, но инфантильные. Внимание характеризовалось истощаемостью. Фон настроения ровный. Мышление последовательное, характер умозаключений логичный. Бредовых идей и обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Вне суицидальных и агрессивных тенденций. Ищет помощи. Мотивирована на дальнейшее лечение. Соглашается с необходимостью приема медикаментов.

Неврологический статус без особенностей.

Соматический статус: Телосложение правильное. Дефицит массы тела (ИМТ = 14,0 кг/м², рост –

179 см, вес – 45 кг). Кожные покровы чистые, сухие, тургор кожи и эластичность снижены. Заметна пастозность нижних конечностей. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД = 80/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул – частые запоры. Диурез в норме. Вторичная аменорея около 1,5 лет.

Данные психологического обследования

В беседе пациентка употребляла короткие фразы, объяснялась простыми предложениями. При переходе к заданиям, содержание которых было связано с едой, речь пациентки становилась более эмоциональной, содержащей сложные речевые обороты. Объем внимания хороший, незначительные колебания внимания. Оперативная и смысловая память соответствуют нормативным стандартам. Абстрагирование проявляется как на высоком, так и на среднем уровне. Часть ответов формальна. Внимание характеризовалось истощаемостью и отвлекаемостью. В рисуночных тестах рисунки просты. Преобладают атрибутивные образы. В пояснении пословиц и метафор встречаются как адекватные ответы, так и затруднения в интерпретации смысла некоторых из них. Также наблюдалось снижение уровня обобщения, личностная окраска мышления, связанная с проблемой потребности в еде.

Обнаружено нарушение мышления в виде непоследовательности суждений, что может быть связано со сниженным эмоциональным фоном (так, обобщает посуду и человека в одну группу, но после указания на ошибку исправлялась).

Диагноз основной: Нервная анорексия F50.0.

Диагноз сопутствующий: Хронический гастродуоденит, неполная ремиссия. Дефицит массы тела (ИМТ = 14,0 кг/м²). Белково-энергетическая недостаточность II ст. Дисметаболическая миокардиодистрофия, НО. Атопический дерматит. Вторичная аменорея.

На фоне проводимого лечения флувоксамин и рisperидоном, групповой, индивидуальной и семейной психотерапией упорядочилось поведение, нормализовался сон и аппетит, уменьшился контроль массы тела. Сформирована устойчивая мотивация на продолжение амбулаторного лечения.

Рекомендовано наблюдение гинеколога, терапевта, эндокринолога, психиатра по месту жительства, рациональное питание, занятие физкультурой, дальнейшая групповая, индивидуальная, семейная психотерапия.

При повторном поступлении пациентки в стационар РНПЦ психического здоровья (через 2 года)

Вес увеличился на 7 % от изначального (после предыдущей выписки) за 6 месяцев. В клинической картине стали превалировать чудаковатое поведение и аффективно-параноидная симптоматика, которые компенсированы в виду регулярного приема лекарств и регулярной психотерапии. Работает офис-менеджером (неполную неделю и неполный рабочий день), но на работу ходит нерегулярно, не может удержаться в целенаправленной, организованной деятельности. С нагрузкой плохо справляется, устает. Стала больше общаться со сверстниками, от общения через социальные сети переходит к личным контактам. Себя оценивает как «неуспешную», «неудачницу». Часто грустит, печалится, завидует, огорчается, раздражается. Стремление к «идеальности» остается актуальным и определяющим стиль жизни. Способы справиться со стрессом остаются дезадаптивными: избегание «жирных продуктов», жесткие ограничения в количестве и калорийности принимаемой пищи, частые и изнурительные физические нагрузки (бегала по 10 км в день), каждодневное выполнение клизм. Настоящая госпитализация связана с усилением тревоги, колебаниями настроения на фоне трудностей социальной адаптации. Стала замкнутой, реже выходит из дома, нарушился сон, стала принимать вычурные позы. Плачет, ищет помощи.

Объективно при поступлении

Сознание ясное. Ориентирована всесторонне верно. Эмоционально однообразна. Фон настроения снижен. Тревожна, плаксива, раздражительна. Временами противоречива. Пациентка охотно вступает в беседу, на вопросы отвечает формально, суждения не всегда последовательны. Убеждена, что «ничего не получится, все рухнет, нигде мне спокойно не живется». Внимание рассеянное. Внешне неряшлива. Контакт доступен. Темп речи ускорен, суетлива. Просит помощи, часто говорит, что испытывает трудности в «социальной жизни». Эгоцентрична. Снижена продуктивность деятельности. Мышление последовательное, характер умозаключений не всегда логичный, немногочисленные случаи смысловых соскальзываний. Обманов восприятия и бредовых идей на момент осмотра не обнаруживает. Вне суицидальных и агрессивных тенденций на момент осмотра. Сон нарушен. Ищет помощи. Мотивирована на дальнейшее ле-

чение. Соглашается с необходимостью приема медикаментов.

Неврологический статус без особенностей.

Соматический статус: Телосложение правильное. Дефицит массы тела (ИМТ = 15,0 кг/м², рост – 179 см, вес – 48 кг). Кожные покровы чистые. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД = 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул – частые запоры. Диурез в норме. Вторичная аменорея около 3 лет.

Данные психологического обследования

В процессе обобщения наряду существенными признаками предметов в ряде случаев опирается на формальные, а также латентные признаки. Так, исключает «барабан» – «музыкальный инструмент», объединяет вместе «зонтик», «фуражку», «пистолет» – «фрагменты мужского обихода», исключает «меч»; объединяет вместе «коньки», «конькобежца» – «зимние виды спорта». В процессе опосредования выстраиваются смысловые соскальзывания, неадекватность, нелепость. Образы далекие в эмоциональном плане, невыразительны. Так, на слово одиночество рисует круг, интерпретируя: «круг» – пустота, нулевое состояние; на слово отчаяние рисует корыто, поясняя: «корыто» – сидеть у разбитого корыта. Вывод: на момент исследования в мышлении наблюдаются искажения процессов обобщения и опосредования с опорой на латентные признаки предметов, нелепость, неадекватность, формальность и немногочисленные случаи смысловых соскальзываний на несущественные, более слабые признаки.

Диагноз основной: Шизотипическое расстройство F21.0.

Диагноз сопутствующий: Хронический гастродуоденит, неполная ремиссия. Дефицит массы тела (ИМТ = 15,0 кг/м²). Дисметаболическая миокардиодистрофия, НО. Атопический дерматит. Вторичная аменорея.

На фоне проводимого лечения арипипразолом (15 мг в день) упорядочилось поведение, выровнялся фон настроения, характер умозаключений логичный, нормализовался сон и аппетит. Персонал отмечал перед выпиской пациентки появление планов на будущее, желание создать семью и положительные трудовые установки.

Рекомендовано наблюдение гинеколога, терапевта, эндокринолога, психиатра по месту жительства, прием арипипразола, рациональное питание, занятие физкультурой.

Обсуждение

Характерной особенностью клинической картины пациентки А. было постепенное прогрессирование симптоматики, присущей шизотипическому расстройству, на фоне имеющихся нарушений пищевого поведения. Случай пациентки А. демонстрирует трудности в диагностике синдрома анорексии, а также то, что именно нервная анорексия наиболее ярко демонстрирует зыбкость границ между вариантами нормального и патологического психического состояния [33].

Таким образом, описанный клинический случай иллюстрирует, как нарушение пищевого поведения может маскировать расстройства шизофренического спектра, в данном случае шизотипического расстройства. Все это еще раз подтверждает, что нарушения пищевого поведения зачастую требуют динамического наблюдения и дифференциального диагноза с расстройствами шизофренического спектра (Скугаревский О. А., 2007). Необходимо учитывать и тот факт, что пациенты с нарушением пищевого поведения часто умалчивают наличие симптоматики, присущей расстройствам шизофренического спектра [56].

Подобные установки со стороны пациентов и отсутствие настороженности врача в плане динамической изменчивости анорексии ведут к ошибкам в дифференциальной диагностике, курации таких пациентов, затрудняет выбор реабилитационных мероприятий и ухудшают социальный и медицинский прогноз. Своевременное выявление и профилактика расстройств шизофренического спектра может являться одним из факторов сохранения социальной адаптации.

Таким образом, взгляды на нозологическую природу нервной анорексии до настоящего времени различные; нет однозначного ответа относительно единства либо отличия нервной анорексии и шизофреники; остается открытым вопрос дифференциальной диагностики синдрома анорексии в клинике психических и поведенческих расстройств.

Есть основания ожидать, что изучение механизмов (поиск маркеров) траекторий динамики симптомов нарушений пищевого поведения позволит не только оказывать адекватную лечебно-реабилитационную помощь, но и осуществлять своевременную профилактику тяжелых осложнений нервной анорексии (оценка нейрокогнитивной дисфункции в аспекте исполнительских функций).

С использованной литературой можно ознакомиться в редакции.

Поступила 27.09.2019 г.