НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

Автор: словарь
03.01.2009 02:19 -

Нервная анорексия (от лат.: nervosus — нервозный, нервный; греч.: anorexis — отсутствие аппетита, отсутствие желания есть) — обусловленное нарушением восприятия своего тела прогрессирующее самоограничение в еде при сохранности аппетита с целью похудания в связи с убежденностью в чрезмерной полноте и опасения располнеть. В настоящее время Н. а. рассматривается наряду с нервной булимией в рамках нарушения пищевого поведения психосоматической природы. Это состояние встречается преимущественно у лиц женского пола. Характерной для этого синдрома является триада: отказ от еды, значительное похудание / порядка 25% преморбидной массы тела/, аменорея. При нерезко выраженных явлениях Н. а. речь идет о психологически понятном, хотя и обостренном в периоде полового созревания интересе к своей внешности, болезненной чувствительности к ее оценке со стороны, опасениях по поводу своей непривлекательности.

Чрезмерная полнота в сознании подростка асссоциируется с пассивностью, неповоротливостью, служит предметом насмешек сверстников. Отсюда стремление избавиться от "излишнего веса" и боязнь располнеть (в этом случае больные обращаются к эндокринологам).

Определяющим в формировании синдрома чаще всего является несоответствие больного, по его мнению, собственному "идеалу" — литературному герою или человеку ближайшего окружения со стремлением подражать ему во всем и прежде всего иметь похожие на него внешность и фигуру.

Однако пусковым механизмом стремления к "коррекции" физического недостатка являются неосторожные замечания педагогов, родителей, сверстников, воспринимаемые сенситивным подростком как особо значимые. В некоторых случаях Н. а. как следствие боязни еды возникает у лиц, перенесших какое-либо заболевание с неукротимой рвотой. В ряде случаев Н. а. сопровождается депрессивными расстройствами настроения и может явиться также проявлением маскированной депрессии. Изменение модуса пищевого поведения в случаях нерезко выраженной Н. а., отражающих невротический уровень расстройств, как правило, тесно связано со средовыми влияниями и носит факультативный характер (ограничивается прием тех или иных видов пищи, но не вся еда как таковая: из рациона исключаются отдельные виды пищи — либо особенно калорийные, либо по своеобразному и прихотливому выбору).

Стойкого похудания у этих больных не отмечается. Однако в группе наблюдений, в последующем рассматриваем в рамках шизофрении, Н. а. продолжает прогрессировать. У таких больных постепенно (недели, месяцы) развивается картина алиментарной дистрофии. Голодание неминуемо вызывает витаминную недостаточность, которая усугубляет нарушения обмена веществ в организме.

Глубокие изменения при значительной потере массы тела происходят в эндокринной системе, что обусловлено нарушением функции гипоталамо-гипофизарной системы головного мозга, регулирующих уровень в крови половых гормонов. Случаи спонтанного выздоровления здесь являются казуистикой. В 4—30% наблюдений Н. а. приводит к летальному исходу (Дж. М. Айснер и соавт. — J. M. Isner et al., 1985). При длительном течении болезни в высшей степени высок риск самоубийств (К. Толштруп и соавт. — K. Tolstrup et al., 1984).

По Международной классификации болезней (10-го пересмотра, 1994) для достоверного диагноза Н. а. требуются все следующие признаки: 1) вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого, или индекс массы тела

Кветелета (Quetelets-index) составляет 17,5 или ниже (этот индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах). В препубертантном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста. 2) Потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая "полнит", и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит и/или диуретиков. 3) Искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве глубоко укоренившейся сверхценной идеи и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес. 4) Общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции. 5) При начале в препубертатном 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 часто завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

Существенную помощь в лечении Н. а. могут оказать как психоаналитические, так и поведенческие варианты психотерапии (P. M. Cincirpini et al., 1983; G. M. Schmidt et al., 1984). Применительно к вопросам профилактики соответствующих расстройств необходимо обращать особое внимание на конфликтные эмоциональные, социальные и сексуальные проблемы девушек в период полового созревания, необходимы возможно более раннее распознавание и своевременное лечение, чему могли бы способствовать врачи широкого профиля. Необходимо проведение разъяснительной работы по поводу распространения "фанатической моды быть стройной, которая в настоящее время тиранизирует девушек и женщин" (К. Толштруп и соавт., 1984).

В. Я. Гиндикин

Автор: словарь
03.01.2009 02:19 -