

М. В. КОРОТЧА
Н. А. ЦУВИЛЬКО
В. В. НАУЛОВ

Нервная анорексия

Нервная анорексия

Коркина М. В., Цивилько М. А., Мариллов В. В.

- [Введение](#)
- [Глава 1. К истории вопроса. Современное состояние проблемы](#)
- [Глава 2. Феноменология нервной анорексии](#)
- [Глава 3. Нервная анорексия как проявление пограничной психической патологии](#)
- [Нервная анорексия как самостоятельное заболевание](#)
- [Препубертатная нервная анорексия](#)
- [Нервная анорексия в структуре истерического невроза](#)
- [Глава 4. Нервная анорексия при шизофрении](#)
- [Нервная анорексия при вялотекущей шизофрении](#)
- [Нервная анорексия при приступообразно-прогредиентной шизофрении](#)
- [Глава 5. Нервная анорексия у мужчин](#)
- [Глава 6. Нарушения некоторых видов обмена веществ при нервной анорексии](#)
- [Глава 7. Динамика соматоэндокринных расстройств](#) *А. М. Баринов*
- [Глава 8. Данные экспериментально-психологического исследования](#) *М. А. Карева*
- [Глава 9. Лечение](#)
- [Список литературы](#)

Введение

Хорошо известно, какое значение (как в социальном, так и в биологическом аспектах) имеет для формирования личности в целом подростковый возраст. В связи с этим естествен и тот огромный интерес, который проявляют к этому (может быть, самому ответственному) периоду человеческой жизни психологи, социологи, педагоги, биологи, врачи разных специальностей, в том числе и психиатры.

Среди патологии, самым тесным образом связанной с пубертатным (реже — юношеским) возрастом, одно из первых мест, вероятно, занимает нервная анорексия.

Нервная анорексия (anorexia nervosa) — заболевание, возникающее преимущественно у девочек-подростков и юных девушек (весьма редко у лиц мужского пола этого же возраста) и выражающееся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном стремлении к похуданию, нередко достигающему выраженной кахексии с возможным летальным исходом. Мотивом такого поведения, обычно тщательно диссимулируемого, является болезненная убежденность в собственной излишней («безобразной», «уродливой», «неэстетичной») полноте всего тела или отдельных его частей.

Нервная анорексия обычно тесно связана с дисморфоманией — болезненной убежденностью в каком-либо мнимом или чрезвычайно переоцениваемом недостатке собственной внешности и очень упорным стремлением этот «недостаток» исправить. Для больных с болезненными мыслями об «излишней полноте» методом такой «коррекции» является стремление «худеть любым путем».

Определяя нервную анорексию, прежде всего необходимо настоятельно подчеркнуть, что это болезнь, которую ни в коей мере не следует идентифицировать с естественным

желанием психически здоровых лиц избавиться от излишней массы тела адекватными мерами.

Начало изучения этой патологии было положено классическими описаниями W. Gull и Ch. Lasegue в 60—70-х годах прошлого столетия. В дальнейшем во французской литературе наряду с термином *anorexie mentale* получило известное распространение несколько иное определение данной болезни — *anorexie nervosa* («психическая анорексия»), предложенное Юшаром в 1883 г. В немецкой литературе наряду с общепризнанным обозначением *anorexie nervosa* нередко употребляется термин *Magersuch* (болезнь, мания, жажда похудения) или *Pubertatsmagersucht*.

В истории изучения нервной анорексии с известной долей схематизма можно выделить три довольно характерных этапа. Первый этап охватывает конец прошлого века и начало нашего столетия и характеризуется все возрастающим интересом психиатров к вопросам пограничной психиатрии и раннего слабоумия — шизофрении.

Это положение определенным образом отразилось и на учении о нервной анорексии, которая расценивалась либо как патология невротической природы [Кисель А. Д., 1894; Белицкий Ю. Н., 1906; Gull W., 1868; Lasegue Ch., 1873; Janet P., 1903, и др.], либо как начало шизофрении [Dubois R., 1913; Seglas J., 1913, и др.]. Со времени описания в 1914 г. гипофизарной кахексии (болезнь Симмондса) начался новый, если можно так сказать, эндокринологический этап в нозологической трактовке нервной анорексии. Внешнее клиническое сходство дало повод очень многим авторам относить нервную анорексию к эндокринным заболеваниям, и ее трактовали как «абортивную» или «рудиментарную» форму болезни Симмондса, «болезнь Симмондса в миниатюре», «гипофизарное худосочие», «функционально замаскированную болезнь Симмондса» и т. д. Однако тщательное клиническое и лабораторное исследование позволило в дальнейшем отказаться от идентификации нервной анорексии и болезни Симмондса. С 30—40-х годов нашего столетия возникает третий этап в учении о нервной анорексии: большинство авторов вновь относят ее к области психиатрии, хотя на разных этапах заболевания эти больные, как правило, становятся пациентами врачей самых разных специальностей (педиатров, терапевтов, эндокринологов и т. д.). Причина этого — в чрезвычайной сложности нервной анорексии, так как нет, вероятно, другого заболевания, где бы психические расстройства так тесно переплетались с соматическими, влияя друг на друга.

Противоречивы данные об этиологии, патогенезе и нозологической принадлежности нервной анорексии. Нет, пожалуй, ни одной концепции в психиатрии, которая бы в той или иной степени не привлекалась для объяснения причин и патогенетических механизмов этого заболевания. В западноевропейской и американской литературе это прежде всего фрейдизм во всех его вариантах, психоаналитически ориентированное психосоматическое направление, бихевиоризм и др.

Суммируя многочисленные данные литературы, все многообразие нозологических трактовок нервной анорексии можно несколько схематично свести к следующим основным точкам зрения: 1) нервная анорексия — проявление того или иного известного невроза или психопатии; 2) нервная анорексия — совершенно особый невроз пубертатного возраста; 3) нервная анорексия — затяжное состояние, возникающее на фоне тяжело протекающего пубертатного периода; 4) нервная анорексия — патологическое развитие личности; 5) нервная анорексия — проявление шизофренического процесса; 6) нервная анорексия — самостоятельное заболевание.

Изучение нами нервной анорексии начато с 1956 г. (М. В. Коркина) и особенно интенсивно проводится в последние 15 лет коллективом авторов (М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Мариллов, М. А. Карева, Э. Э. Карапетян, А. М. Баринов).

Наши данные, представленные в монографии, основаны на длительном изучении 507 больных нервной анорексией (470 женского пола и 37 мужского) с катамнезом более 25 лет.

Такое длительное прослеживание давало основание не раз пересматривать точку зрения на нозологическую принадлежность нервной анорексии и особенно ее место в разделе пограничной психиатрии. Невозможность отнесения нервной анорексии у ряда больных как к известным формам неврозов и психопатий, так и к шизофрении дало нам основание рассматривать эту патологию и как самостоятельное пограничное психическое заболевание.

Авторы отдают себе полный отчет в той большой ответственности, которую они на себя взяли, обобщая результаты своих многолетних исследований в первой в отечественной литературе монографии по поводу такого сложного и вызывающего постоянные дискуссии заболевания, как нервная анорексия. В связи с этим авторский коллектив с благодарностью встретит все замечания читателей.

Глава 1. К истории вопроса. Современное состояние проблемы

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 от 1155 г. можно найти описание психического состояния юноши, весьма напоминающего клинику нервной анорексии [Shafii M., 1972]. Позднее об этом писал S. Hammond (1542), N. Hobbes (1668), J. Reynolds (1669) (цит. по E. Bliss, C. Branch, 1960).

Однако начало интенсивного изучения этого заболевания связано с работами W. Gull (1868), Ch. Lasègue (1873), которые почти одновременно и независимо друг от друга опубликовали статьи о нервной анорексии. W. Gull предложил термин «нервная анорексия» (*anorexia nervosa*). Во французской литературе чаще используется термин Ch. Lasègue «*anorexie mentale*», в немецкой — «*pubertatsmagersucht*».

В России одна из первых публикаций на эту тему принадлежит А. А. Киселю. В 1894 г. он описал нервную анорексию истерического генеза у 11-летней девочки (в том же году работа была опубликована во французской печати).

В 20—40-х годах нашего столетия после описания в 1914 г. Симмондсом гипофизарной кахексии (внешне несколько напоминающей клинику нервной анорексии) нервную анорексию так или иначе пытались связать с первичными эндокринными нарушениями, некротическими процессами в антегипофизе («болезнь Симмондса в миниатюре», «смягченная форма болезни Симмондса», «рудиментарная форма» и пр.).

Однако дальнейшие клинические наблюдения и патологоанатомические исследования умерших от гипофизарной кахексии (болезнь Симмондса) и нервной анорексии позволили разграничить эти два заболевания.

Особый интерес к нервной анорексии возник в последние десятилетия, что обусловлено ее все большим распространением.

По мнению J. Payne (1969), «60-е годы стали настоящим бумом для больных этого рода». На увеличение числа страдающих нервной анорексией указывает также H. Bruch (1965, 1980), отмечая, что если с 1942 по 1954 г. в Институт психиатрии штата Нью-Йорк было госпитализировано всего 6 человек, то в последующие 5 лет эта цифра удвоилась, а с 1960 по 1964 г. было госпитализировано уже 25 больных. «Аноректический взрыв в популяции» W. Baeyer (1965) прямо или косвенно связывает с «эмансипацией женщин», включением их в производственную деятельность и широкую сферу общения. Он, как и H. Bruch (1965), считает, что нервная анорексия принадлежит к кругу заболеваний, «характерных для определенного века, определенного культурного уровня». Отмечая, что каждая эпоха предъявляет свои требования к нервной системе человека, W. Baeyer (1965) относит нервную анорексию к заболеваниям нашего времени, «болезням века». M. Pelanz (1965), A. Wolf (1973) считают, что нервная анорексия «-связана с пубертатными кризисами, характерными только для лиц с высоким культурным уровнем».

Увеличение числа больных в Японии K. Ischikawa (1965) также объясняет культуральными влияниями, а именно «переходом от традиционного образования к современному».

Несколько противоречит всем этим высказываниям мнение К. Tolstrup (1965), который считает, что возрастает не число больных нервной анорексией, а число клинических описаний. В связи с этим представляют интерес некоторые эпидемиологические данные. Так, по сведениям М. Pelanz (1965), в Швейцарии и Дании ежегодно наблюдается до 5 случаев нервной анорексии на 100000 жителей, а в пересчете на девочек и девушек от 15 до 20 лет — около 16 на 100000. Р. Slade и соавт. (1973), К. Ahsanuddin, R. Nyeem (1983) считают, что в общей популяции показатель нервной анорексии колеблется от 0,37 до 1,6 на 100 000 населения.

По данным А. Crisp и соавт. (1979), специально занимавшихся эпидемиологией нервной анорексии и обследовавших учениц нескольких лондонских школ, это заболевание поражает 1 % девушек 16—18 лет.

По данным J. Willi, S. Grossmann (1983), занимавшихся эпидемиологическим исследованием нервной анорексии в ряде районов Швейцарии, число больных в 70-е годы по сравнению с 50-ми возросло приблизительно в 3 раза (от 0,38 на 100000 населения в 1956 г. до 1,12 на то же количество населения в 1975 г.).

Однако и эти данные считаются заниженными. S. Theander (1970) утверждает, что стационарируются, как правило, только больные с острыми формами анорексии, «стертые формы в больницах не диагностируются», в связи с чем трудно говорить об истинном числе больных нервной анорексией. J. Payne (1970) также убежден, что многие больные с «легкой» формой нервной анорексии остаются вне поля зрения врачей (к ним он относит, в частности, и тех, у кого на развитие этого заболевания влияет профессия, например, балерин, манекенщиц и др.). Н. Muller (1965) считает, что статистические данные не отражают распространенности стертых форм заболевания и поэтому недостоверны. Выявление таких больных, по мнению этого автора, затрудняется еще и тем, что врачи общего профиля и терапевты не только проявляют «недопустимую терпимость к тяжести заболевания», но и «оберегают» больных от контакта с психиатрами.

В целом, по данным М. Maloney и соавт. (1983), разными формами нервной анорексии страдает около 4 % женщин в возрасте до 20 лет.

Раньше считали, что нервная анорексия свойственна только женщинам, единичные описания этого заболевания у мужчин расценивали как казуистику. Однако в последнее время появилось много работ, посвященных анорексии у мужчин [Cosse G., 1980; Burzig G., 1981; R. Rou-am, 1982; D. Toms et al., 1984]. Так, если в 1964 г. А. Haguenaу, С. Koupernik нашли в литературе описание 39 случаев анорексии у мальчиков и юношей, то к 1970 г. их стало 246 [Beaumont P., 1970]. По мнению некоторых авторов, это свидетельствует об учащении анорексии не только среди девушек, но и среди молодых мужчин [Ziolko H., 1971; Anyan W. et al., 1983]. Впрочем, далеко не все разделяют такое мнение. J. Decourt (1964), обследовав в течение 20 лет большую группу страдающих анорексией (200 человек), выявил среди них только 8 мужчин. Соотношение мужчин и женщин составляет приблизительно 1:20 [Sours J., 1969; Dally P., 1972] или 1:9 [Christy N., 1967]. Среди отечественных авторов анорексию у мужчин описывали К. А. Новлянская (1958), Э. С. Наталевич (1959), Н. Н. Азеркович (1963), М. В. Коркина (1963), М. С. Туркельтауб и соавт. (1968), А. П. Белова (1971), Г. Е. Сухарева (1973) и т. д.

Различные точки зрения высказываются и по поводу клинических границ этой патологии. Так, Е. Bliss, С. Branch (1960, 1972) считают, что «все неорганические условия», вызывающие снижение аппетита, относятся к нервной анорексии. Нервная анорексия трактуется ими как синдром, способный входить в любую психиатрическую категорию.

Они диагностируют нервную анорексию у больных шизофренией с бредовыми идеями отравления, у больных реактивной депрессией, инволюционной меланхолией, наркоманией и т. д. Основным диагностическим критерием указанного синдрома авторы считают похудание на 25 фунтов (11,4 кг). В связи с этим Н. Bruch (1966), подчеркивая нетипичность клинической картины и слишком большую разницу в возрасте больных (15—56 лет), наблюдаемых этими авторами, справедливо отмечает, что такие наблюдения «вряд ли воодушевили бы Галла к описанию и выделению нового, необычного синдрома». Тем не менее в ряде работ зарубежных исследователей диагностика нервной анорексии основывается на критериях Bliss и Branch. Например, I. Bernstein (1972) дает клиническое описание «нервной анорексии» у 94-летней женщины, долго страдавшей кататонической шизофренией.

P. Dally и W. Sargant (1966) к основным диагностическим признакам нервной анорексии относят: 1) отказ от еды; 2) потерю хотя бы 10 % массы тела; 3) аменорею в течение 3 мес; 4) отсутствие признаков шизофрении, выраженной депрессии или органического поражения мозга; 5) начало заболевания в возрасте не старше 35 лет. Подобные критерии, как отмечают авторы, позволяют «избежать путаницы и неопределенности», столь характерной для диагностических критериев Bliss и Branch. Именно отказ от еды, а не похудание авторы ставят на первое место. Ch. Browning и Sh. Miller (1968) считают, что для диагностики нервной анорексии достаточно установить 4 четких признака: 1) значительное похудание; 2) «пищевые аномальности»; 3) отсутствие соматического заболевания, объясняющего первые два признака; 4) отсутствие психотических нарушений. Расплывчатость этих критериев приводит к тому, что в группу страдающих анорексией авторы относят больных с язвенным колитом, регионарным энтеритом, опухолью мозга и т. д. Более того, эти авторы не считают характерным признаком нервной анорексии такой диагностически важный симптом, как аменорея. M. Selvini (1971) предполагает, что основным при диагностике нервной анорексии является «специфическое аноректическое поведение», когда больные ведут себя так, будто у них нет аппетита. Диагноз, по мнению автора, правомочен только при этом «специфическом поведении». Оно заключается «в сознательном упрямом самоизнурении, несмотря на выраженный интерес к пище». Чувство голода, подчеркивает автор, при этом заболевании никогда не проходит и может отсутствовать только в терминальных стадиях, а после приема пищи у больных возникает ощущение, что «упитанное тело огромно и угрожающе». Считая главным «специфическое пищевое поведение», M. P. Selvini рассматривает другие признаки нервной анорексии (соматические и эндокринные), как «вторичные, производные от пищевого поведения».

S. Theander (1970), обследовав 94 больных женщин, выделил триаду, характерную для нервной анорексии: отказ от еды, выраженное похудание, аменорея.

По мнению Н. Bruch (1965, 1978), истинная нервная анорексия имеет следующие признаки: 1) расстройство схемы тела вплоть до бредовых убеждений, при котором больные как бы не видят выраженность своего истощения; 2) расстройство восприятия перцепторных стимулов с интерорецепторов пищеварительной системы; 3) физическая гиперактивность, отрицание усталости (стремление к активности сохраняется у больных вплоть до выраженного истощения); 4) «парализующее чувство беспомощности», которое «пронизывает мышление и поведение больных и приводит к дефициту инициативы».

Большинство исследователей единодушны в том, что анорексия начинается в препубертатном, собственно пубертатном или постпубертатном периодах [Rollins N., 1981; Garfinkel P., Garner D., 1982]. H. Mfiller (1965), в частности, считает наиболее типичным начало заболевания в 12—14 лет, H. Frahm (1965) — в 15—18 лет. Однако есть

данные о том, что нервная анорексия может начаться и у ребенка, и у взрослого [Roge C., 1973]. Так, H. Bruch (1966) описывает заболевших анорексией в возрасте 25—28 лет, хотя при более тщательном рассмотрении историй болезни можно выявить более ранние, хотя и маловыраженные, проявления анорексии (в пубертатном возрасте). По данным L. Fleck и соавт. (1965), заболевание начинается в среднем в возрасте 17 лет. Авторы связывают начало анорексии с появлением менструаций и выделяют «3 критических для анорексии периода»: 1) если первая менструация появляется в 10—12 лет, то анорексия возникает в 11—17 лет; 2) при первой менструации в 13—14 лет анорексия возникает в 18—21 год; 3) при первой менструации в 15—18 лет более вероятно появление анорексии после 21 года. Наибольшая частота анорексии приходится на возраст 13, 16 и 18 лет. Эти «критические периоды жизни», считают авторы, накладывают отпечаток на всю болезнь. J. Meyer (1971) считает «своеобразным пусковым механизмом» нервной анорексии не появление менструаций, а «возникновение видимых женских форм», что обуславливает изменение представлений о схеме тела.

В описаниях клинической картины нервной анорексии нередко встречаются упоминания о летальном исходе, хотя цифровые данные весьма разноречивы. Так, частота смертельных исходов, по данным H. U. Ziolkо (1970), составляет 2—3 %, по данным S. Theander (1970)—9,6 %, J. Payne (1970) —10—15 %, A. Barcai (1971) —15 %, D. Kay, K. Schapira (1965), J. Meyer (1971) — 15—20 %. Причиной смерти при анорексии, как правило, становятся пневмония, туберкулез, отек легкого, интеркуррентные инфекции, реже — нарушения электролитного баланса при введении больным с лечебной целью большого количества жидкости или аспирация пищевых масс при интубационном кормлении [Maillot S. et al., 1981; Saul S. et al., 1981]. S. Theander (1970) описал больную нервной анорексией, умершую от кровотечения после экстракции зуба.

При аутопсии патологические изменения в гипофизе обычно не обнаруживаются [Barcai A., 1971; Meyer J., 1971], что важно для отграничения нервной анорексии от гипофизарной кахексии.

Очень часто этиология и патогенез нервной анорексии зарубежными авторами трактуются с позиций фрейдизма во всех его вариантах, психодинамики, бихевиоризма, экзистенциализма [Melon J., 1971; Tissot A., 1973; Lambley P., 1983]. В свете этих концепций (неоднократно критиковавшихся в советской психиатрической литературе) нервная анорексия представляется как «фрустрация оральной фазы», «защитный акт личности против выражения орально-садистических импульсов», «патология орально-анального развития либидо», «стремление вернуться в детство», «регрессия психологического развития», «подсознательный отказ от беременности», «средство познания неосознанных аутоагрессивных желаний и стремлений», «бессознательное бегство от сексуальной жизни», «проявление болезненного нарушения связи мать — ребенок» в первые месяцы жизни ребенка и т. д. Эти умозрительные трактовки этиологии и патогенеза нервной анорексии неоднократно подвергались критической оценке со стороны советских авторов [Коркина М. В., 1963—1967; Коркина М. В., Цивилько М. А., Мариллов В. В. и др., 1974—1982; Карева М. А., 1975—1982].

Следует отметить, что в настоящее время многие сторонники психоаналитического направления в зарубежной психиатрии стали отходить от психоаналитической трактовки нервной анорексии. При этом подчеркивается, что традиционная психоаналитическая концепция не учитывает основных проявлений этого заболевания, делая упор на «добавочные несущественные признаки». Так, H. Bruch (1971) считает, что все концепции об «оральности» беспочвенны и приводят к заблуждениям. «Страх оральной импрегнации,— пишет автор,— мы обнаружили в группе 43 больных анорексией как

частичку чего-то другого, более важного». S. Theander (1970) считает, что «психоанализ для разрешения внутреннего конфликта при нервной анорексии оказался методикой не только бесполезной, но и вредной». К тому же выводу приходят и некоторые другие авторы [Daumezon G., 1968; Lambley P., 1983, и др.].

В последние годы многие исследователи, занимающиеся нервной анорексией, тщательнее изучают условия жизни и воспитания детей, характерологические особенности родителей, «семейный микроклимат», преморбидные черты пациентов, их физическое и психическое развитие, воздействие различных патогенных факторов. Ряд авторов [Коркина М. В., 1968; Коркина М. В. и др., 1974, 1982; Selvini M., 1971; Theander S., 1970; Crisp A., 1980; Lambley P., 1983] считают, что семьям больных анорексией присущ ряд общих особенностей. Властная, деспотичная и стеничная мать постоянно подавляет волю детей и лишает их всякой инициативы. Такие матери отличаются, кроме того, «большим аффективным зарядом с высоким уровнем самоутверждения и честолюбия». Часто из-за нереализованных в прошлом возможностей они всю свою энергию и властность проявляют в семье, используя детей как «ширму для своих прихотей» [Barcai A., 1971].

Отцы в семье, как правило, «находятся на вторых ролях» и обладают прямо противоположными чертами характера: они неактивны, малодушны, мрачны, необщительны, нередко шизотимны [Bruch H., 1965; Fleck L. et al., 1965]. A. Barcai (1971) описывает отцов как «самодуров». L. Leger и соавт. -(1969) также отмечают, что в таких семьях отцы иногда бывают психопатами-деспотами, настойчиво вмешиваются даже в отношения между врачом и больной, становятся всегда на сторону последней. R. Lafon (1971), D. Rampling (1982) объясняют возникновение психической анорексии «абберацией связи семья — ребенок». Более конкретно это определяет J. Raune (1970), который считает, что «подростки уходят в болезнь, чтобы обратить на себя внимание вечно ссорящихся родителей» (уход в болезнь, по мнению автора, как бы снимает конфликтную ситуацию в семье).

Многие авторы отмечали у будущих больных разного рода «проблемы с питанием» в раннем детстве, которые практически остаются у них всю жизнь [Brandon S., 1970; Crisp A., 1981]. Несколько иной точки зрения придерживаются E. Slater, M. Roth (1969), а также M. Rutter (1972). По их мнению, нарушения питания встречаются в детстве довольно часто, но только в исключительных случаях они становятся симптомом болезни (невроза).

Многие исследователи придают большое значение преморбидным особенностям пациентов. Хотя имеются отдельные сообщения [Сеченко Е. О., 1965] о «чистом преморбиде», все же большинство авторов приходят к выводу, что нервная анорексия по существу только усиливает (гипертрофирует) преморбидные особенности личности подростков. Однако сведения об этих особенностях личности чрезвычайно разноречивы.

Делались и делаются попытки увязать «тип личности» и «тип анорексии». D. Voucaud, J. Varques (1969) указывают на шизоидность «будущих аноректиков» и этим объясняют «большой процент анорексии при шизофрении». S. Theander (1970) к преморбидным особенностям больных анорексией относит эмоциональную незрелость, гипертрофированную зависимость от родителей, склонность к навязчивым явлениям, значительное преувеличение своих возможностей и способностей. Не выделяя какого-либо определенного типа (или типов) личности, автор все же отдает некоторое предпочтение шизоидному типу. A. Theilgaard (1965) пришел к выводу, что 7 из страдающих нервной анорексией до заболевания относились к личностям истерического круга. K. Tolstrup (1965) к истерическому типу относит 50 % больных. Он предлагает,

учитывая преморбид, делить анорексию на 4 группы: ис-тероформную, навязчиво-импульсивную, депрессивную и «стоящую на грани психоза».

A. King (1963), Ch. S. Davidson (1967), D. Ben-Tovim и соавт. (1979) обращают внимание на «обсессивные особенности» (т. е. склонность к навязчивостям), H. Stutte (1967) — на истерические и обсессивные черты. «Примат истеричности» отмечают также Н. Еу и соавт. (1970), K. Leonhard (1965), V. Nostrand (1968) сообщают о таких преморбидных особенностях, как малоcontactность, сверхчувствительность, сверхобидчивость, подчиняемость авторитетам, отсутствие стремления к самостоятельности. Другие авторы [Frazier S. H., 1965, 1970; Schutze G., 1980; Lambley P., 1983] также отмечают недостаточную contactность пациентов до заболевания, когда «пища была единственным средством коммуникации с родителями» (уделяя чрезмерное внимание пище, матери таких больных рассматривали как личное оскорбление отказ детей от еды). G. Daumezon (1968) отмечает «исключительную послушность и отсутствие даже элемента бунтарства» у таких больных. Они безо всякого сопротивления подчиняются матери и «принимают ее диктат по всем жизненным вопросам».

A. Dührssen (1965) указывает на преобладание в преморбиде «избирательной общительности» или «необщительности со склонностью к созидательной деятельности, к занятию проблемами духовного порядка». Детям свойственны постоянство увлечений, развитое чувство долга, повышенное до болезненности отношение к формальному признанию своих школьных успехов, отчетливая тенденция к достижению высших социальных стандартов [Карвасарский Б. Д., 1980]. Именно поэтому А. Е. Личко (1979) назвал нервную анорексию «болезнью отличниц». Родители характеризуют таких больных как детей очень спокойных, превосходно выполняющих свои школьные обязанности и стремящихся к получению только отличных оценок. По данным Н. Bruch (1965), больные среди других детей семьи считались самыми удачными, от них «ждали блестящей карьеры»; среди сверстников они выделялись и «аскетическими чувствами»: пренебрежением к играм, нарядам и прочим «соответствующим возрасту радостям». Однако, отмечает автор, «за фасадом такого спокойствия и внешней целенаправленности» скрывается чувство несостоятельности, неверие в собственные силы и возможности, отсутствие самостоятельности в принятии решений.

М. В. Коркина (1968) считает, что по преморбидным особенностям больные анорексией могут быть либо сензитивными, тревожно-мнительными, либо склонными к истерическим реакциям, либо стеничными, упорными, всегда стремящимися быть первыми. Характерно также, что в семьях большинства больных отмечается особое отношение к еде (культ еды либо подчеркнутое пренебрежение к ней). Об излишнем внимании к еде в семье больных нервной анорексией и связанных с этим конфликтах сообщают F. Specht (1965), H. Muller (1965) и E. Sperling (1965). В связи с этим, подчеркивают авторы, у больных с детства формируются отрицательные эмоции на приемы пищи (так как еда всегда ассоциировалась с насилием). Часто в семье постоянно ведутся разговоры о «некрасивости полноты», «утонченности вкуса», о важности соответствующего эстетического воспитания [Коркина М. В., 1968].

Подавляющее большинство авторов указывают и на значение другого рода психотравмирующих переживаний, которые могут быть у подростков в пубертатном возрасте. По мнению H. Stutte (1967), G. P. M. Russell и соавт. (1965), большую роль в генезе нервной анорексии играет «травма первой менструации», а нетактичные замечания окружающих по этому поводу только обостряют эту реакцию и приводят «к аскетическому подавлению всего плотского». Есть и такое мнение (Skutsch G. M., 1971), что нервная анорексия возникает только у тех девочек, у которых половое созревание

начинается раньше и протекает бурно. Однако эти утверждения, как правило, базируются на недостаточном числе наблюдений и поэтому достоверными признаны быть не могут.

Большое значение ряд исследователей придают влиянию микрогруппы, установившимся в микрогруппах эталонам внешности, а также насмешкам лиц противоположного пола. Насмешки окружающих по поводу некоторой полноты (если она есть) становятся основой для образования сверхценной, а затем и бредовой системы в пубертатном периоде, но не вызывают такой реакции у детей [Коркина М. В., 1967]. Известно, что незрелая личность подростка сравнительно легко травмируется, и в подростковом возрасте легко развиваются психогенные реакции (включая ятрогении) и деформации личности, связанные с неправильным воспитанием, причем эти реакции и изменения склонны к фиксации. Существует мнение [Ковалев В. В., 1969], что нервная анорексия является одной из форм психогенных реакций у подростков.

В последние годы можно отметить определенный интерес к экспериментально-психологическому изучению особенностей личности больных анорексией. Так, Н. Hiltmann (1965), обследовав 16 больных в возрасте от 13 до 17 лет, выявил у них «направленность только на определенные жизненные сферы», а также «ограниченность мышления». Кроме того, автор обнаружил у этих лиц «повышенную способность к сверхценным образованиям и высокий коэффициент умственного развития». А. Gallwitz (1965) экспериментально доказал расстройство восприятия тела у больных анорексией (были проведены эксперименты с фотографиями). Р. Slade (1973), проведя антропсихологическое обследование 14 больных, пришел к выводу, что больные «видят себя более полными, чем есть на самом деле», т. е. неправильно (по сравнению с лицами контрольной группы) воспринимают схему своего тела. Так или иначе, восприятие собственного тела у больных анорексией, по-видимому, изменено, и это дало возможность указанным выше авторам поддерживать теорию Н. Bruch о значении нарушения схемы тела в развитии нервной анорексии. Заслуживает внимания и то, что больные неправильно «воспринимают размеры не только своего тела, но и окружающих» [Slade P., 1973; Touyz S. et al., 1984].

А. Theilgaard (1965) провел психологическое обследование 36 больных с помощью теста Роршаха, ассоциативного и тематического апперцептивного теста (ТАТ). По результатам автор делит всех больных на 3 группы: обсессивно-компульсивные; истерические; стоящие на грани психоза (обычно параноидного). По наблюдениям автора, большинство больных отличаются высоким интеллектом. Почти у всех больных в ответах фигурировала тема пищи (автор пишет: «Все пятна Роршаха воспринимались как иллюстрации к поваренной книге»). S. Theander (1970) провел психологическое обследование 78 больных, уделяя особое внимание адаптивным механизмам, темпераменту и интересам. Однако автор проводил эти обследования на разных этапах заболевания и лечения, и какого-либо окончательного заключения он не делает.

Таким образом, причины нервной анорексии довольно сложны и представляют собой переплетение психогенных и биологических факторов [Ушаков Г. К., 1971, 1978; Личко А. Е., 1979]. К последним относятся особенности преморбидной личности, раннее половое созревание. Психогенный фактор имеет вид условно-патогенной травмы, наносящей удар по чувствительному месту сензитивной личности — оценке внешности окружающими. Это приводит к отказу от пищи [Личко А. Е., 1979].

Одним из важных аспектов нервной анорексии остается ее нозологическая принадлежность. В отличие от более ранних работ в исследованиях последнего времени нервная анорексия редко связывается с первичными эндокринными расстройствами

(прежде это утверждали многие авторы). Однако С. Vesiris (1968) все же считает нервную анорексию «смягченной формой болезни Симмондса». G. Skutsch (1971) объясняет это заболевание врожденной недостаточностью яичников. Кроме того, по его мнению, у больных анорексией имеется неправильный обмен гормонов.

Теории эндокринного генеза нервной анорексии противоречат данным многих авторов. Так, К. Oberdisse и соавт. (1965), как и ряд других исследователей [Russell Q. et al., 1970; Fichter M., 1982], изучавших эндокринологический аспект нервной анорексии, отрицают первично-гормональную природу этого заболевания и доказывают вторичность эндокринных нарушений при анорексии. Они подчеркивают, что эндокринные нарушения не противоречат тому, что в основе нервной анорексии лежат изменения психической сферы.

L. Eitinger (1965) проводил параллель между нервной анорексией и «синдромом концлагеря». Автор считает, что длительное голодание при анорексии при определенных условиях может привести к тем тяжелым дистрофическим поражениям мозга, которые обнаруживались при гистологическом исследовании головного мозга лиц, умерших от голода в лагерях смерти. В. Coursin (1965) также сообщил о том, что длительное недоедание может вызвать глубокие изменения структур головного мозга.

В последние годы получила распространение теория так называемого органического происхождения нервной анорексии. Гипотеза об органическом (гипоталамическом) генезе впервые высказана в 1963 г. А. King и с тех пор остается предметом оживленных дискуссий психиатров [Vigersky R. et al., 1977; Brown G. et al., 1977]. На

органическую природу этого страдания указывают также О. Lundberg, J. Walinder (1967), которые видят причину анорексии в поражении структур гипоталамуса и миндаины, ссылаясь при этом на более ранние работы В. Anand, J. Brobeck.

В 1963 г. G. Anastasopoulos, D. Kokkini описали классическую нервную анорексию при опухоли височной области лица. Это дало им повод говорить об «органической первопрочине анорексии». G. F. M. Russell (1964), исследовавший водный обмен у больных анорексией, пришел к выводу, что в основе этого синдрома лежит поражение гипоталамической зоны. Об этом же свидетельствует изучение ЭЭГ у 32 больных, проведенное А. Н. Crisp и соавт. (1967). В работах G. F. M. Russell (1964), A. Wakeling, G. F. M. Russell (1970) указывается на поражение области преоптического ядра гипоталамуса. Следует напомнить, что именно этот участок гипоталамуса ответствен за регуляцию как температуры тела, так и потребления пищи [Anderson B. et al., 1965]. Кроме того, в силу теснейшей связи с задней частью гипофиза он влияет и на выработку гонадотропных гормонов [Donovan B. T., 1968]; поражение преоптической части гипоталамуса приводит к расстройству овуляции и нарушению менструального цикла [Flerko B., 1966]. Такие клинические проявления нервной анорексии, как само ограничение в еде, похудание, аменорея, гипотермия, можно смоделировать на животных путем искусственного поражения преоптической части гипоталамуса.

В последнее время появились описания синдрома нервной анорексии в сочетании с другими заболеваниями. Так, О. Lundberg, J. Walinder (1967) описали 4 больных анорексией с эпилептическими припадками и «эпилептической готовностью» на ЭЭГ. Многие другие авторы [Dally P. et al., 1966; N. Schneemann, 1969] также отмечали большую частоту эпилептических припадков у больных анорексией, особенно лечившихся инсулином и хлорпромазином. Предполагают, что их возникновение связано с диэнцефальной недостаточностью. По данным А. Crisp (1965, 1981), эпилепсия

отмечается у 10 % больных нервной анорексией, а в общей популяции этот показатель едва достигает 0,5 %.

Большинство зарубежных исследователей рассматривают нервную анорексию с феноменологических позиций [Warren W., 1967; Scherrer P. et al., 1972], по существу отрицая ее нозологическую самостоятельность. Часть авторов придерживается мнения, высказанного в свое время еще М. Seglas, что нервная анорексия является «эпизодом начинающегося раннего слабоумия», одним из ранних проявлений шизофрении [Buge A., 1966, и др.], тогда как другие исследователи, не идентифицируя шизофрению и нервную анорексию, все же отмечают «сходство конституциональных основ» этих двух страданий [Staubli-Frolich M., 1963] или относят пубертатное стремление к похуданию к «кругу шизофренических форм» [Kolle K., 1961].

На возможность шизофренической природы нервной анорексии, наряду с другой ее нозологической принадлежностью, указывали К. А. Новлянская (1958, 1964), Т. П. Симеон (1958), Г. Е. Сухарева (1959, 1973), М. В. Коркина (1967—1968), М. В. Коркина и соавт. (1974—1982), Г. К. Ушаков (1982), J. Meyer (1971).

В то же время отечественные авторы нередко характеризуют нервную анорексию как заболевание круга пограничных психических расстройств, определяя ее в частности как патологическую реакцию пубертатного возраста [Новлянская К. А., 1958; Сухарева Г. Е., 1959; Азеркович Н. Н., 1963; Ротинян Н. С., 1971; Ушаков Г. К., 1981; Коркина М. В. и соавт., 1974; Личко А. Е., 1979; Ковалев В. В., 1979].

В последние десятилетия стали появляться работы, в которых рассматривается возможность существования нервной анорексии в качестве самостоятельного заболевания [Abely P., 1955; Tolstrup K., 1965; Goodsit A., 1969; Crisp A., 1980, и др.].

Видам и методам лечения больных нервной анорексией также посвящено значительное число работ. Почти все авторы единодушны в том, что необходимы изоляция больного от родственников и госпитализация в психиатрическую больницу [Коркина М. В., 1968; Коркина М. В. и др., 1975; Grisp A., 1981; Pierloot R. et al., 1982]. Лечение должно проводиться поэтапно. Первый этап («диагностический» — Н. Frahm, 1965, или «неспецифический» — М. В. Коркина, 1967) направлен на ликвидацию резкого дефицита массы тела и длится, как правило, 2—4 нед. Второй этап («лечебный» — Н. Frahm, 1965, или «специфический» — М. В. Коркина, 1968) сложнее, так как имеет целью лечение болезни в целом. Некоторые авторы на этом этапе считают основным применение больших доз нейролептиков в сочетании с инсулином [Benady D., 1970]. Существует и так называемая амедикаментозная терапия этих больных: строгий режим, насильственное кормление, длительное пребывание в постели [Leongard K., 1965; Finkelstein B., 1972]. Ряд авторов наиболее действенными методами лечения считают инсулино-коматозную терапию, ЭСТ и даже лейкотомию, подчеркивая при этом важность кормления через зонд [Bernstein J., 1964].

Многие исследователи пишут о необходимости госпитализации указанных больных только в самых тяжелых случаях [Daumas S., 1973]. Многих врачей вводит в заблуждение необходимость госпитализации вследствие очень большой двигательной активности этих больных. В этой связи нельзя не сослаться на исследование К. Tolstrup (1965), который при помощи механического педометра измерил моторную активность больных нервной анорексией. Оказалось, что больные проводили в день 6,8 мили, в то время как женщины из контрольной группы только 4,9. При лечении в условиях стационара рекомендуется не фиксировать особого внимания на еде. Больным предлагают высококалорийное питание и

допускают свободный режим. Непосредственно перед едой обязательно должна проводиться релаксация [Schneegans E., 1970].

В последние годы появились публикации о попытках применения в лечении нервной анорексии солей лития [Gross H. et al., 1981; Stein G. et al., 1982], антиконвульсантов [Green S. et al., 1977; Moore N. et al., 1982], антидепрессантов [Brotmann A. et al., 1984], а также сочетанием медикаментозной и поведенческой [Ploog N. et al., 1981; Cinciripini P. et al., 1983] терапии и разными вариантами психотерапии [Crisp A., 1980, 1984; Porot D., 1981; Lambley P., 1983].

По данным большинства авторов, результаты лечения больных нервной анорексией далеко не всегда эффективны. Так, в частности 1/3 больных после выписки из больницы начинают вновь ограничивать себя в еде [Dally P., 1967; Warren W., 1968]. В то же время необходимо подчеркнуть, что эффективность терапии в большой мере зависит от времени начала заболевания: раннее начало анорексии прогностически более благоприятно [Theander S., 1970]. В известной мере прогноз связан и с преморбидными особенностями больных [Muller H., 1965; Lesser L., 1970].

Завершая все выше изложенное, следует сказать, что нервная анорексия, становясь все более частой патологией, в последние годы сделалась одной из важнейших проблем современной подростковой психиатрии. Это нашло свое отражение в последних отечественных руководствах по психиатрии детского и подросткового возраста [Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1979], а также в целом ряде монографий, специально посвященных этой весьма значимой проблеме [Dally P., 1969; Bruch H., 1974, 1978; Vigersky R., 1977; Dally P., Gomez J., 1979; Crisp A., 1980; Palmer R., 1981; Mester H., 1981; Garfinkel P., Garner D., 1982; Lambley P., 1983; Pirke K., Ploog D., 1984].

Глава 2. Феноменология нервной анорексии

Нервная анорексия — *anorexia nervosa* — синдром, относящийся к так называемой неспецифической патологии пубертатного и юношеского возраста. Более чем 25-летнее клинико-катамнестическое изучение 507 больных с синдромом нервной анорексии (470 женщин и 37 мужчин), впервые обратившихся в нашу клинику в возрасте от 10 до 28 лет, дало возможность установить клинические рамки этой патологии и выявить ряд особенностей в зависимости от нозологической принадлежности. Несмотря на клиническую однотипность синдрома нервной анорексии в целом, существует ряд особенностей динамики психопатологической симптоматики, что обуславливает неоднородность прогноза данной патологии и связано, как правило, с нозологической природой синдрома.

Нервная анорексия представляет собой сознательный отказ от пищи, чаще с целью коррекции внешности в связи с убежденностью в чрезмерной полноте. Это приводит к развитию тяжелых вторичных соматоэндокринных сдвигов, значительному похуданию нередко вплоть до кахексии и наступлению аменореи как одного из основных клинических проявлений, развивающихся при хронической пищевой недостаточности.

Тщательно диссимулируемое на более ранних этапах сознательное ограничение пищи приводит к тому, что под наблюдением психиатра больные оказываются лишь спустя 3—4 года и более от начала интенсивного похудения, как правило, в состоянии выраженной кахексии, со стойкой аменореей. Тяжесть вторичных соматоэндокринных нарушений требует стационарного лечения по витальным показаниям.

Более 80 % больных до обращения к психиатру наблюдались и безуспешно лечились терапевтами, гастроэнтерологами, эндокринологами или гинекологами по поводу развивающихся вторичных соматоэндокринных расстройств, включая олигоменорею и аменорею. Часть из них необоснованно получали массивную гормональную терапию.

В период сформировавшегося синдрома нервной анорексии дефицит массы тела при выраженной кахексии составляет 30—50 % и более от массы тела до заболевания.

В динамике типичного синдрома нервной анорексии условно можно выделить 4 этапа: 1) первичный, инициальный; 2) аноректический; 3) кахектический; 4) этап редукции нервной анорексии.

Клиника первого этапа, как правило, исчерпывалась совершенно особым вариантом синдрома дисморфомании (в классическом варианте в этот синдром входят бредовые или сверхценные идеи недовольства собственной внешностью, идеи отношения, депрессия и стремление к коррекции мнимого недостатка) [М. В. Коркина, 1967]. Особенностью этого синдрома при нервной анорексии является относительно меньшая выраженность идей отношения и депрессии при особенно интенсивной деятельности по «исправлению физического недостатка». Идеи физического недостатка содержали убежденность в излишней полноте, подросткам могла не нравиться либо их «поправившаяся фигура» в целом, либо отдельные части тела, «круглые щеки», «толстый живот», «округлые бедра». Возникновение недовольства собственной внешностью совпадало, как правило, с реальным изменением форм тела, типичным для пубертатного возраста. Мысли об излишней полноте могут быть либо сверхценными, либо бредовыми. Болезненная убежденность в излишней полноте иногда может сочетаться с наличием патологической идеи о других мнимых или чрезвычайно переоцениваемых недостатках внешности (форма

носа, ушей, Щек, губ). Типичные для этого синдрома идеи отношения при нервной анорексии весьма рудиментарны. 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 похожую на него внешность и фигуру. Мнение окружающих о внешности больного имеет для него гораздо меньшее значение. Вместе с тем сензитивность подростков приводит к тому, что пусковым механизмом стремления к «коррекции» физического недостатка становятся неосторожные замечания педагогов, родителей, сверстников. Третий типичный для классического синдрома дисморфомании компонент — аффективные нарушения — при данной патологии, как уже отмечалось, также имеет особенности. Депрессивные расстройства в целом менее выражены и на более отдаленных этапах тесно связаны со степенью эффективности коррекции внешности, проводимой больными. К числу особенностей дисморфомании при нервной анорексии следует отнести и то, что возможность коррекции мнимого или реального физического недостатка находится в руках самого больного и он всегда теми или иными способами реализует ее.

Первый этап нервной анорексии длится от 2 до 4 лет и сменяется вторым этапом, на котором синдром нервной анорексии приобретает клиническую завершенность.

Второй этап начинается с активного стремления к коррекции внешности и условно заканчивается похуданием на 20—50 % исходной массы, развитием вторичных соматоэндокринных сдвигов, олигоаменореи или аменореи. Способы похудения могут быть весьма разнообразными и тщательно скрываются в начале коррекции избыточной полноты. На начальном этапе большую физическую нагрузку, активные занятия спортом больные сочетают с ограничением количества пищи. В дальнейшем способ похудения изменяется в зависимости от характера и выраженности «дефекта внешности», а также преморбидных особенностей личности, но ведущее место занимает ограничение в еде. Сокращая объем пищи, больные вначале исключают ряд продуктов, богатых углеводами или белками, а затем начинают соблюдать жесточайшую диету и едят преимущественно молочно-растительную пищу. Наряду с ограничением пищи к более адекватным методам относятся, как уже отмечалось, и физические упражнения. При недовольстве такими частями тела, как живот, бедра, больные одновременно со строгой диетой до изнеможения занимаются специально разработанными физическими упражнениями — делают все стоя, много ходят, сокращают сон, стягивают талию поясками или шнурами с тем, чтобы пища «медленнее всасывалась». Упражнения типа «сгиб — разгиб» при нарастающем похудании порой настолько интенсивны, что приводят к травмированию кожи в области крестца, лопаток, по ходу позвоночника, на месте стягивания талии. Чувство голода может отсутствовать в первые дни ограничения в еде, но чаще достаточно выражено уже на ранних этапах, что существенно препятствует собственно отказу от еды и требует от больных поисков иных способов похудения. К ним относятся прием слабительных, нередко в очень больших дозах, реже применение клизм. Эти меры могут привести к слабости сфинктера, выпадению прямой кишки, порой весьма значительному.

Другим весьма распространенным способом похудения при выраженности чувства голода является искусственно вызываемая рвота. Выбор этого метода чаще всего носит сознательный характер, хотя иногда больные приходят к нему случайно: не удержавшись от желания есть, они съедают сразу очень много пищи, а затем из-за переполнения желудка не могут ее удержать. Возникшая рвота и приводит больных к мысли есть в достаточном количестве и быстро освободиться от пищи, пока не произошло всасывания, с помощью искусственной рвоты. Вначале некоторые больные жуют, а затем сплевывают пищу, заставляя комнату пакетами и банками с пережеванной едой.

На более ранних этапах рвотный акт сопровождается характерными вегетативными проявлениями и доставляет больным неприятные ощущения. В дальнейшем при частом вызывании рвоты эта процедура упрощается: больным достаточно сделать отхаркивающее движение или просто наклонить туловище, нажать на эпигастральную область и вся съеденная пища выбрасывается без тягостных вегетативных проявлений. Больные называют это «срыгиванием». Вначале они тщательно сравнивают количество съеденной пищи и рвотных масс, прибегают к неоднократному промыванию желудка — после первой рвоты, выпивая до 2—3 л воды, в отдельных случаях это производится с помощью зонда. Искусственно вызываемая рвота у ряда больных неразрывно связана с приступами булимии. Булимия представляет собой непреодолимый голод, практически отсутствие чувства насыщения, при этом больные могут поглощать очень большое количество пищи, нередко даже малосъедобной.

Таким образом, патология пищевого поведения формируется в следующей последовательности: вначале больные ходят по магазинам и «зрительно наедаются», с этой же целью стремятся готовить пищу, испытывая при этом большое удовольствие, слизывают остатки пищи с ножей и ложек. Характерной особенностью этих больных нередко является стремление «закармливать» близких, прежде всего младших братьев и сестер. Следующий этап борьбы с голодом — это жевание и сплевывание, далее — искусственно вызываемая рвота, в ряде наблюдений в дальнейшем связанная с приступами булимии.

Весь день больные голодают, постоянно думая о еде, представляя себе все нюансы предстоящего приема пищи. Таким образом, мысли о еде становятся навязчивыми. Закупив большое количество продуктов, а иногда и украв их, больные возвращаются домой, накрывают стол, нередко красиво его сервируют, и начинают еду с наиболее вкусной пищи, чтобы получить удовольствие. Однако они не могут остановиться и поедают всю пищу, имеющуюся в доме. Утрата чувства меры, контроля за количеством и качеством съедаемого весьма характерна для булимии. Некоторые больные заготавливают себе целые баки малосъедобной пищи, чтобы обеспечить «жор». Съедая огромное количество пищи, больные испытывают эйфорию, у них бывают вегетативные реакции. Вслед за этим они искусственно вызывают рвоту, промывают желудок большим количеством воды. Наступает ощущение «блаженства», необыкновенной легкости во всем теле, подкрепляемой уверенностью в том, что организм полностью освобожден от пищи (светлые промывные воды без привкуса желудочного сока). Описанное патологическое пищевое поведение на аноректическом этапе представляет собой по существу патологию влечения (более подробно эта патология описана в 4-й главе).

К пассивным способам похудения следует отнести также использование ряда медикаментозных средств, снижающих аппетит, а также психостимуляторов, в частности сиднокарба. С целью похудения больные начинают много курить, пьют в больших количествах черный кофе, используют мочегонные средства.

Подобное пищевое поведение приводит к снижению массы тела. Похудание сопровождается постепенным нарастанием вторичных соматоэндокринных изменений. В среднем, через 1—2 года от начала «коррекции» предполагаемой избыточной полноты наступает аменорея.

Клиника психических нарушений на этом этапе заболевания, кроме активной «коррекции» внешности, — включает в себя боязнь поправиться, что и приводит больных к дальнейшему похуданию. Каждый съеденный кусок вызывает у больных тревогу. Имеется аффективная неустойчивость, причем настроение в значительной степени

зависит от того, насколько успешно идет «коррекция» внешности; любая, даже незначительная, прибавка массы тела сопровождается резким снижением настроения. Сложные внутрисемейные отношения в связи с неправильным пищевым поведением больных становятся психо-травмирующим фактором, также вызывающим патологические реакции на создавшуюся ситуацию. Таким образом, в формировании аффективной патологии на этом этапе заболевания ведущая роль принадлежит психогенным факторам. На фоне нарастающей кахексии идеи отношения в значительной степени редуцируются, а нередко даже практически отсутствуют.

Важное место в клинической картине заболевания занимают ипохондрические расстройства. Вторичные гастроэнтероколиты, опущение практически всех внутренних органов и прежде всего гастроэнтероптоз, развивающиеся в результате ограничения в еде или неправильного пищевого поведения, сопровождаются болями в области желудка и по ходу кишечника после приема пищи, упорными запорами. Происходит фиксация больных на неприятных ощущениях в желудочно-кишечном тракте. Типичный для этого этапа нервной анорексии страх перед едой обусловлен не только боязнью поправиться, но и возможностью появления тягостных ощущений в эпигастральной области. К психопатологическим расстройствам этого периода относятся своеобразные навязчивые явления. Они неразрывно связаны с дисморфоманическими переживаниями и проявляются в виде навязчивого страха перед едой, ожидания появления чувства сильного голода, необходимости вызывать рвоту, а также навязчивого подсчета калорий, содержащихся в съеденной пище.

На-аноректическом этапе нервной анорексии заостряются имевшиеся до заболевания психопатические черты характера. Нарастают эксплозивность, эгоизм, чрезмерная требовательность, больные становятся «тиранами» в собственных семьях. Несмотря на значительное похудание, выраженность вторичных соматоэндокринных сдвигов, у больных практически отсутствует физическая слабость, они оставались очень подвижными, деятельными, работоспособными. Долгое отсутствие у больных нервной анорексией астенических явлений в виде физической слабости, сохранение большой двигательной активности служит важным диагностическим критерием, прежде всего для исключения первичной соматической патологии

Клиническая картина болезни на аноректическом этапе нередко включает в себя также вегетативные расстройства в виде приступов удушья, сердцебиения, головокружения, усиленной потливости. Пароксизмальные вегетативные расстройства чаще возникают спустя несколько часов после приема пищи. Длительное целенаправленное ограничение в еде, а также другие формы особого пищевого поведения приводят, как правило, к значительному похуданию (50 % и более) и к кахексии — третьему этапу заболевания.

В этот период болезни в клинической картине преобладают соматоэндокринные нарушения. После наступления аменореи похудание значительно убыстряется. У больных полностью отсутствует подкожная жировая клетчатка, нарастают дистрофические изменения кожи, мышц, развивается миокардиодистрофия, а также имеют место брадикардия, гипотония, акроцианоз, снижение температуры тела и эластичности кожи, уменьшается содержание сахара в крови, появляются признаки анемии. Больные быстро мерзнут, отмечается повышенная ломкость ногтей, выпадают волосы, разрушаются зубы.

В результате длительного нарушения питания, а также (у ряда больных) особого пищевого поведения утяжеляется клиническая картина гастрита и энтероколита. На этом этапе физическая активность, характерная для более ранних стадий нервной анорексии,

значительно снижается. Ведущее место в клинической картине занимает астенический синдром с преобладанием адинамии и повышенной истощаемости.

В период выраженной кахексии больные полностью утрачивают критическое отношение к своему состоянию и по-прежнему продолжают упорно отказываться от еды. Будучи крайне истощенными, они нередко утверждают, что у них имеется избыточная масса тела или бывают довольны своей внешностью. Иными словами, имеется бредовое отношение к своей внешности, в основе чего, по-видимому, лежит нарушение восприятия собственного тела.

На фоне выраженной астении периодически могут возникать деперсонализационно-дереализационные явления. По мере нарастания кахексии больные становятся малоподвижными, залеживают в постели, у них имеются упорные запоры, значительно снижается артериальное давление. Выраженные водно-электролитные сдвиги могут приводить к развитию болезненных мышечных судорог, иногда возможны полиневриты (алиментарные полиневриты). Такое состояние без медицинской помощи может иметь летальный исход. Обычно в состоянии тяжелой кахексии по витальным показаниям, нередко насильственным путем, поскольку больные не понимают серьезности своего положения, их госпитализируют. Следует особенно подчеркнуть, что нередко в связи с диссимуляцией больные оказываются под наблюдением врачей разных специальностей, им устанавливают ошибочные диагнозы, в том числе: болезнь Симмондса, болезнь Килина, синдром Шиена. Адекватное лечение они начинают получать только после консультации психиатра, в условиях психиатрического стационара.

На кахектическом этапе клиническая картина бедная, однообразная и практически однотипная для всех вариантов синдрома нервной анорексии любой нозологической принадлежности. Явления дисморфомании на этапе кахексии теряют прежнюю аффективную насыщенность, способы похудения ограничиваются лишь тщательно разработанной диетой, а в ряде случаев — приемом слабительных и рвотой. Упорный отказ от еды на стадии кахексии в связи с непониманием больными тяжести своего состояния и боязнью поправиться создает большие трудности для лечения этого крайне тяжелого состояния. Больные не только боятся, но и не могут нормально питаться из-за патологии желудочно-кишечного тракта. Это требует комплексной терапии, включающей частое дробное питание. При этом даже при самой тщательно разработанной системе пищевой реабилитации возможно временное появление отеков (см. главу 9).

В период выведения из кахексии ведущее место в клинической картине принадлежит — астенической симптоматике, страху поправиться, фиксации на патологических ощущениях со стороны желудочно-кишечного тракта. При незначительной прибавке массы тела вновь актуализируется дисморфомания, появляется стремление к «коррекции» внешности, нарастает депрессивная симптоматика. По мере улучшения соматического состояния физическая слабость быстро исчезает, больные вновь становятся крайне подвижными, стремятся выполнять сложные физические упражнения, могут прибегать к большим дозам слабительных средств, после кормления пытаются вызвать рвоту. Все это требует тщательного надзора за больными в стационаре. За 1—2 мес при правильном лечении больные полностью выходят из кахексии, — набирая от 9 до 15 кг, однако нормализация менструального цикла требует значительно большего времени (6 мес—1 год от начала интенсивного лечения). До восстановления менструаций психическое состояние характеризуется неустойчивостью настроения, периодической актуализацией дисморфоманических явлений, эксплозивностью, склонностью к истерическим формам реагирования. В течение первых 2 лет возможны выраженные рецидивы синдрома,

требующие стационарного лечения. Этот этап следует рассматривать как редукцию синдрома.

Наряду с типичным вариантом нервной анорексии в клинической практике встречаются разновидности этой патологии, при этом симптоматика наиболее отличается от типичной на преданоректическом этапе. Это прежде всего касается причин отказа от еды. Самоограничение в еде может быть обусловлено боязнью подавиться пищей или опасением возникновения рвоты в общественном месте при наличии зафиксировавшейся рвотной реакции. Несмотря на значительное похудание в связи с ограничением приема пищи, у этих больных редко наступает аменорея. Истощение, как правило, не доходит до кахексии. Вместе с тем на более отдаленных этапах заболевания у этих больных может формироваться особое отношение к своей внешности без желания поправиться, несмотря на дефицит массы тела.

Кроме того, отказ от еды может иметь бредовые мотивы, не касающиеся внешности больного. Чаще всего это ипохондрический бред («не так усваивается пища», «содержащиеся в пище вещества «нарушают обмен веществ, портят кожу» и т. д.).

Для формирования синдрома нервной анорексии необходим ряд условий, как социальных, так и биологических. Важная роль в развитии нервной анорексии принадлежит наследственности, экзогенным вредностям в первые годы жизни, преморбидным особенностям личности, микросоциальным факторам (роль семьи). В формировании синдрома нервной анорексии может быть неоднозначной и роль аффективной патологии. В ряде случаев депрессивный синдром становится первым клиническим проявлением заболевания, и дисморфофобически-дисморфоманические расстройства являются его составной частью. При таком варианте начала заболевания клинические признаки депрессии достаточно выражены, хотя нередко и не получают полной синдромальной завершенности. Аффективные колебания, сниженный фон настроения, падение работоспособности, психической активности определяют инициальный период заболевания в этих наблюдениях.

Нервная анорексия в связи с большим клиническим сходством симптоматики на инициальных стадиях различных заболеваний вызывает большие диагностические трудности. Очень важно подчеркнуть тот факт, что при правильной своевременной диагностике синдрома нервной анорексии и адекватной терапевтической тактике может быть получен достаточный лечебный эффект даже в амбулаторных условиях. Улучшение психического состояния обеспечивает быструю обратную динамику развивающихся вторичных соматоэндокринных сдвигов, благодаря чему синдром не получает клинической завершенности, прежде всего это касается соматического и эндокринного состояния; соматоэндокринные сдвиги не доходят до стадии кахексии и стойкой аменореи.

Наблюдение 1. Больная П., 26 лет, не работает, находилась на лечении в больнице с 22.09.83 г. по 11.02.84 г. Рост больной 168 см, масса тела при поступлении 35 кг. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать — инженер, по характеру неуравновешенная, вспыльчивая, достаточно общительная, но близких друзей не имеет. В детстве у нее были рвоты. Дочь воспитывала в условиях гиперопеки, в настоящее время недооценивает тяжести ее болезненного состояния. Отец по характеру упрямый, скрытный, молчаливый, легко ранимый. Некоторое время злоупотреблял алкоголем, ревновал жену; мало участвовал в воспитании дочери. Между родителями отношения холодные, часто бывают конфликты. Бабушка по линии матери страдала навязчивыми страхами. Дядя больной по линии отца злоупотребляет алкоголем.

Больная — единственный ребенок в семье, родилась от первой беременности, протекавшей с токсокозом. Роды срочные, масса тела 3300 г, рост 49 см; до 5 месяцев находилась на грудном вскармливании. В развитии опережала сверстников. Рано начала ходить, говорить (в 11 мес). В дошкольном возрасте хорошо читала, считала. До 1 года не болела, затем перенесла без осложнений корь, коклюш, краснуху, ветряную оспу. Посещала детские ясли и сад. По характеру была живой, капризной, настойчивой, упорной в достижении цели. С детства отмечалось плохое засыпание и затрудненное просыпание. В 7 лет поступила в школу с преподаванием ряда предметов на английском языке. В коллективе любила быть лидером, училась только на «отлично». В 3-м классе занималась плаванием, с 5-го класса — балетом, с 6-го класса — фигурным катанием. Параллельно посещала музыкальную школу, затем курсы гидов-переводчиков. Была активной и в общественной жизни (староста класса, участница олимпиад). Дома воспитывалась как «кумир семьи». С детства аппетит был сниженным, ела с уговорами. В 7 лет перенесла аппендэктомия, затем дважды болела гриппом с высокой температурой, хроническим гайморитом.

Менструации с 13 лет, в дальнейшем прекратились в связи с началом настоящего заболевания.

С 13 лет стала проявлять повышенный интерес к своей внешности. Хотела стать стройной, «изящной», не нравилась излишняя полнота матери. Решила стать более худой, чем подруга в классе, которая имела массу тела на 3 кг меньше, чем больная (масса тела составляла тогда! 51 кг). В своей фигуре особенно не нравились живот, бедра, таз. Летом, после окончания 7-го класса (14 лет) начала резко ограничивать себя в еде, исключила из рациона мучные и сладкие блюда, стала придерживаться различных диет. Идеальной для себя представляла массу 47 кг. Стала делать усиленную гимнастику. За лето похудела до 43—44 кг. Было приятно, что может бороться с чувством голода, что прогрессивно худеет. Само ограничение в еде тщательно скрывала. Осенью 1973 г. после многократных соматических обследований впервые госпитализирована в детскую психоневрологическую больницу. Поправилась до 48 кг. После выписки продолжала ограничивать пищу и делать зарядку. Начала испытывать постоянный страх перед едой, каждый съеденный грамм казался лишним килограммом собственной массы. С 1974 г., когда допускала, по ее мнению, переедание, прибегала к клизмам с большим количеством воды, затем — к слабительным. Вскоре отказалась от этих мер, так как считала, что они действуют лишь на толстый кишечник, а пища усваивается в желудке и тонком кишечнике. Начала снимать чувство голода длительным пережевыванием пищи, а затем ее выплевывала. Научилась «насыщаться взглядом» — специально ходила в магазин, смотрела на продукты, представляла себе, что их съедает, и чувство голода притуплялось. Периодически стали отмечаться колебания настроения. Лучше чувствовала себя вечером, но в это же время больше хотелось есть. Однажды, не сдержавшись, наелась печенья, вслед за чем возникла рвота. Поняла, что таким образом можно и впредь избавляться от излишней пищи. Вместе с тем вид рвотных масс стал вызывать отвращение, «ужасно было думать, что все это находится в желудке», появилось желание немедленно освободить его и тщательно промыть. Стало казаться, что рвотные массы остались на руках (рвоту вызывала раздражением мягкого неба), появилось навязчивое стремление постоянно их мыть. Первое время к рвоте и промыванию большим количеством воды прибегала редко, относилась к ним с неприязнью, как к мерам вынужденным. Окончила отлично 10 классов, сразу поступила в Институт культуры, училась хорошо. Постепенно с 1975 г. мысли об излишней полноте, недостатках фигуры стали беспокоить меньше, однако участилась рвота, уменьшилось, а затем и исчезло брезгливое отношение к ней. Нарастали и изменения в характере — утратила близких подруг, общаться с друзьями стало неинтересно, больше была одна, «научилась сама себя развлекать». Дома участились

ссоры, больная стала тираном в семье, порой безжалостной, жестокой по отношению к родственникам. На II курсе института некоторое время была влюблена в молодого человека, в это время усилилось недовольство внешностью, участилась рвота, и больная была вынуждена прекратить встречи с ним. Целиком ушла в болезненное состояние, рвота стала приносить облегчение, сначала физическое, а затем и моральное: испытывала расслабленность, облегчение. Большую часть времени была занята подготовкой к приему пищи, едой и последующей рвотой. Каждый вечер приходила домой, брала какую-нибудь «легкую литературу», садилась за стол и начинала есть. Разработала определенную систему пищевого поведения: сначала поела все самое вкусное — икру, колбасу, рыбу («чтобы успело усвоиться»), затем все подряд и, наконец, «набивала себя до отказа» сухарями и сушками. Называет это состояние «жорами», во время них остановиться не может, появляется ощущение, что «желудок бездонный». Когда количество пищи достигало определенного «предела», наливала в несколько чайников воду, уходила к себе в комнату и ночью промывала желудок, собирая содержимое в тазики. Промывания производила долго, «до желудочного сока», о чем судила по появлению специфического привкуса во рту. Лечилась в 1981, 1982, 1983 гг. в психиатрических больницах Ленинграда. После выписки быстро теряла вес в результате особого пищевого поведения.

Институт окончила в 1980 г., затем работала переводчицей. Работа не нравилась, больная сменила несколько мест. Летом 1983 г. уволилась, до поступления в стационар не работала. Настоящее стационарирование обусловлено ухудшением психического состояния.

При поступлении масса тела 35 кг, рост 168 см. Состояние кахексии. Кожные покровы бледные, цианотичные, сухие. Подкожная жировая клетчатка отсутствует. Щеки ввалились. Молочные железы атрофированы. Сердце — тона приглушены. Артериальное давление 70/80 мм рт. ст. Аменорея в течение 10 лет.

При неврологическом обследовании симптомов очагового, органического поражения центральной нервной системы не выявлено.

Психическое состояние при поступлении — ориентирована правильно, настроение несколько снижено. Охотно вступает в беседу с врачом, многословна, речь монотонная. Говорит о том, что понимает свое состояние, соглашается с тем, что ей необходимо лечиться в больнице. Не сообщает о действительном количестве съеданной пищи.

В отделении очень активна, почти все время находится в движении, требует к себе повышенного внимания, часто конфликтует по малейшим поводам с больными. Постоянно дотрагивается особым образом до различных предметов, до 40 раз в день моет руки и т. д. Съедает чужие передачи, пересчитывает свои, записывает в особую тетрадь с точностью до одной конфеты, виноградины. Незаметно для других ежедневно пытается вызвать рвоту. В беседе с врачом все отрицает. С трудом подчиняется режиму, выплевывает лекарства. С врачом льстива, угодлива, говорит елейным голосом. На свиданиях с родственниками капризна!, требовательна, просит их выписать ее.

В результате лечения стала спокойнее, упорядоченнее, рассказывает о своем пищевом поведении в прошлом, при этом оживает. С мельчайшими подробностями рассказывает о том, как «промывалась до желудочного сока», о своем состоянии после этого. Масса тела прибавилась. Критика к заболеванию практически отсутствует. Планы на будущее формальные.

Через 6 мес после выписки устроилась работать на полставки в библиотеку. Работа очень не нравилась. Прием лекарств самовольно прекратила. Масса тела) была стабильной, но

периодически, хотя и реже, больная продолжала вызывать рвоту Практически ни с кем не общается, одинока Дома эгоистична, ничего не хочет делать, почти все свободное от работы время проводит на выставках, концертах, в театрах. Старается не бывать дома

В беседе с врачом отмечается попытка диссимулировать патологическое пищевое поведение. Формальна, монотонна, без адекватного эмоционального резонанса.

В приведенной выписке из истории болезни прослеживается типичная динамика синдрома нервной анорексии с формированием особого патологического пищевого поведения, а также сочетание основных симптомов нервной анорексии с такими психопатологическими расстройствами, как навязчивости, сенестопатически-ипохондрические нарушения, выраженные характерологические сдвиги. Постепенно нарастает дефицитарная симптоматика.

Глава 3. Нервная анорексия как проявление пограничной психической патологии

Длительное динамическое изучение страдающих нервной анорексией дало нам основание отнести к группе больных с пограничными психическими заболеваниями 271 человека.

У 220 больных клиника заболевания исчерпывалась картиной типичной нервной анорексии. Этот вариант нервной анорексии мы с учетом длительного собственного катамнестического прослеживания с известной долей условности рассматриваем как самостоятельное пограничное психическое заболевание.

У 17 больных картина нервной анорексии развивалась в препубертатном возрасте, что обуславливало ряд особенностей клинической картины заболевания.

У 34 больных нервная анорексия, протекавшая атипично, формировалась в структуре уже имевшегося истерического невроза, значительно видоизменяя течение заболевания в целом.

Ниже приводятся клинические описания указанных вариантов нервной анорексии.

Нервная анорексия как самостоятельное заболевание

Этот вариант нервной анорексии более всего соответствует классическим описаниям Галла. Большинство больных имеют наследственную отягощенность в виде различных аномалий личности и акцентуаций характера у родителей.

В ряде наблюдений можно отметить склонность к полноте у одного или даже у обоих родителей. В связи с этим будущие пациенты с детства слышали разговоры о некрасивости, неэстетичности полноты, о необходимости с ней бороться. В ряде семей больные воспитывались в обстановке «культы красоты», в поклонении всему утонченному. Большинство родителей обсуждали «моду на тонкую фигуру», говорили о «вульгарности даже небольшой полноты» и т. д.

Довольно часто беременность у матерей будущих больных протекала с той или иной патологией (токсикозы, угрожающий выкидыш, невротические реакции). Еще чаще отмечалась патология родов (слабость родовой деятельности, накладывание щипцов, асфиксия, недоношенность плода).

Большинство больных перенесли в первые месяцы и годы жизни детские инфекционные заболевания, часто тяжелые формы. Следует обратить особое внимание на то, что все больные в раннем детстве перенесли болезни желудочно-кишечного тракта (диспепсия, дизентерия, болезнь Боткина), что в дальнейшем, по-видимому, обусловило склонность к диспепсическим расстройствам. У многих больных в детстве отмечались расстройства аппетита.

При неврологическом обследовании у всех больных выявлена негрубая неврологическая симптоматика в виде асимметрии оживления сухожильных рефлексов, расширенной зоны их вызывания, неравномерности глазных щелей. Почти все больные имели черты дизрафического статуса: незаращение дужек позвонков, сколиозы, высокое небо, асимметричное расположение лопаток и молочных желез, вогнутость грудины. Половое созревание протекало замедленно; менструации в ряде наблюдений устанавливались несколько лет.

Отмечались также изменения вегетативной нервной системы: стойкий красный дермографизм, умеренное повышение показателей клино- и ортостатических проб, а также пробы Ашнера. По данным ЭЭГ, у большей части больных отмечена некоторая недостаточность дизэнцефальных структур. По-видимому, с этим можно связать нарушение темпа полового созревания.

Типичные закономерности были выявлены при изучении преморбидных особенностей личности больных. У части из них преобладали истерические черты характера с эгоцентризмом, повышенной самооценкой, завышенным уровнем притязаний. У других больных были ярче тормозимые черты в виде тревожности, неуверенности в себе, чрезмерной застенчивости, склонности к сомнениям. У них отмечалась чрезмерная фиксация на болезненных ощущениях. Обязательными для всех больных были такие особенности, как чрезмерная пунктуальность, аккуратность, прилежность, ригидность, стремление к самоутверждению и в то же время неспособность к решительным поступкам, принятию самостоятельных решений. Обычно больные были очень привязаны к матери, испытывали зависимость от нее.

В детстве большинство больных отличались некоторой полнотой, что вызывало насмешки сверстников. Однако до подросткового периода эти замечания окружающих не были психогенными и лишь с началом пубертата (когда, как известно, значительно повышается интерес к собственной внешности и особенно к мнению окружающих о ней) становились психотравмирующими. Подростки постоянно думали о том, как они выглядят, находили себя чрезмерно полными, у них возникали мысли о своей неполноценности, снижалось настроение, появлялись рудиментарные идеи отношения.

Таким образом, можно говорить о формировании ситуационно-обусловленного убеждения в собственной чрезмерной «уродливой полноте». Особенности этого синдрома являлись сверхценность идеи полноты, умеренная выраженность аффективных расстройств и незначительная представленность идей отношения. На фоне этих нарушений у подростков возникали мысли о необходимости исправить недостаток внешности. Однако активного и стенично-планомерного стремления к похуданию пока не отмечается. Этот этап болезни, длящийся в среднем 2—3 года, мы обозначили как первый, или инициальный.

Уже на этом этапе можно было отметить попытки «коррекции внешности», которые носили эпизодический характер. Стойкое и упорное самоограничение в еде развивается позднее, обычно вслед за прямым советом больному о необходимости похудения. Такие замечания, как правило, делали врачи, тренеры, родители или сверстники, они воспринимались больными особенно эмоционально.

В некоторых наблюдениях стремление к похуданию было связано также и со стремлением походить на «идеал». Нередко таким идеалом была постоянно ограничивающая себя в еде мать или популярные актрисы театра и кино, а также некоторые литературные герои (Наташа Ростова). Именно это стремление к «идеалу» дало основание ряду авторов назвать нервную анорексию синдромом Твигги, по имени известной в свое время английской манекенщицы.

С момента активного самоограничения в еде синдром нервной анорексии получает уже достаточное клиническое звучание, и можно говорить о формировании второго этапа болезни — периода активной коррекции («излишней полноты») (аноректический этап). Подростки активно отказываются от еды, прибегают с целью похудения к интенсивным физическим нагрузкам, вызывают рвоту после каждого приема пищи, принимают в больших количествах слабительные средства. Избираемые больными методы похудения в определенной степени зависят от того, «полнота» каких частей тела особенно их беспокоит. Как показали наши наблюдения, характер действий по коррекции внешности зависит от 2 причин: фабулы дисморфоманических переживаний, во-первых, и преморбидных особенностей личности, во-вторых. Так, в частности при недовольстве животом, бедрами, талией на первом месте в действиях больных стоят усиленные занятия физическими упражнениями при одновременном значительном сокращении пищевого рациона. Если же болезненное недовольство собственной внешностью касается лица («круглое как луна лицо», «выпирающие щеки»), то подростки, не прибегая к физическим упражнениям, более интенсивно ограничивают себя в еде.

В то же время у большинства больных мысли о полноте касаются нескольких частей тела. При этом больные говорят об «общем ожирении» и используют всевозможные способы похудения, что зависит также и от преморбидных особенностей личности. Так, выяснилось, что подростки с истерическими чертами характера наряду с самоограничением в еде чаще используют такие методы похудения, как искусственная рвота, прием слабительных средств, частое прибегание к клизмам. Больные

психастенического склада пренебрегают такими методами как «неэстетичными» и главным образом занимаются чрезмерными физическими упражнениями (бегают наперегонки с собакой по несколько часов в день, делают до тысячи прыжков и т. д.).

Самоограничение в еде достигается упорной борьбой с чувством голода, поскольку собственно анорексии — снижения аппетита — в большинстве случаев у них нет. Постоянная борьба с голодом по сути дела создает для больных тяжелую психотравмирующую ситуацию. Это приводит к постоянному психическому напряжению, усугубляемому в дальнейшем конфликтами с родителями из-за отказа от еды.

Все меры, направленные на похудание, довольно быстро организуются в жесткую систему самоограничений, от которой больные не отступают ни на шаг («иначе все может рухнуть»). Подобное упорство в достижении цели, возможно, связано с такими отмеченными выше преморбидными особенностями личности больных, как пунктуальность, аккуратность и т. п.

Депрессивные переживания, более или менее выраженные на инициальном этапе, в этот период заболевания почти совершенно исчезают, а идеи отношения уже полностью отсутствуют.

Интересно отметить, что ограничивая себя в еде, большинство больных вместе с тем проявляли большой интерес к приготовлению пищи, «закармливали» родных, особенно младших братьев и сестер, даже проявляя при этом элементы жестокости. Следует отметить, что подобное поведение больных отмечено и другими авторами [Fichten F. et al., 1982; Halmi K. et al., 1982; Nowlin N., 1983; Lacey J., 1983; Haggerty J., 1983]. В дальнейшей динамике заболевания у больных возникают прежде несвойственные для них раздражительность и вспыльчивость, постепенно формируются черты эксплозивности (обычно выявляемой только по отношению к родителям). Кроме того, становилась все более заметной склонность больных к истерическим реакциям, которые постепенно превращались в привычную форму реагирования.

Уже на этом этапе болезни по мере похудения появляются соматоэндокринные нарушения. Однако они приобретают доминирующее место в клинической картине третьего, кахектического этапа. Весьма характерен внешний вид больных: у них полностью исчезает подкожная жировая клетчатка, истончаются мышцы, кожа становится сухой, шелушащейся, цианотичной, холодной. Отмечаются также повышенная ломкость ногтей, кариес зубов. Нарушаются осанка, пластика движений, больные горбятся («сидят крючком»). Возникают явления авитаминоза. Типичным является появление пушковых волос по всему телу, нарушения менструального цикла, отмечаемые на предыдущем этапе, завершались стойкой аменореей.

Соматическое обследование больных позволяет выявить патологические изменения внутренних органов: дистрофию миокарда с соответствующими изменениями на ЭКГ, брадикардию, гипотонию, разнообразные нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта в виде мучительных запоров, анацидного гастрита, гастроэнтероптоза, энтероколита. О тяжести соматического состояния свидетельствуют и лабораторные данные. Содержание сахара в крови снижается, достигает критического уровня, отмечаются изменение сахарной кривой, следы белка в моче, гематологические признаки анемии. Описанные вторичные соматоэндокринные расстройства нередко являлись причиной ошибочной диагностики, чему в немалой степени способствует склонность больных к диссимуляции не только мотивов своего поведения, но и самого факта самоограничения в еде. В связи с этим почти все наши больные до обращения к психиатру

лечились у эндокринолога, причем у некоторых первоначально диагностирована болезнь Симмондса и другие эндокринные заболевания.

Психическое состояние больных анорексией на этом этапе определяется астенией с явлениями раздражительной слабости. Периодически при особо низком содержании сахара в крови отмечались эпизоды легкой эйфории. По мере нарастания кахексии астения становилась адинамической, сопровождалась вялостью, угнетенностью, безразличием. При выраженной астенизации возникали также деперсонализационно-дереализационные расстройства, сходные с психосенсорными нарушениями при легких органических поражениях мозга.

На этом этапе болезни отказ от еды обуславливается уже не только стремлением к похуданию, но и страхом перед неприятными ощущениями при еде.

На этапе кахексии больных госпитализируют в психиатрические учреждения уже по витальным показаниям. При этом, несмотря на выраженную кахексию, больные активно сопротивляются не только стационарированию, но и дальнейшему лечению.

В процессе адекватного и иногда длительного лечения соматическое и психическое состояние больных значительно улучшалось, и проявления синдрома нервной анорексии редуцировались. Этот этап заболевания с определенной долей условности можно назвать этапом редукции нервной анорексии. Однако по мере нарастания массы тела и нормализации соматического статуса уряда больных вновь несколько актуализировались дисморфоманические переживания, в связи с чем вновь у них появлялась тенденция к самоограничению в еде. В этот период (обычно 1—1,5 года) лишь немногие ограничивали себя в еде с прежней интенсивностью.

Наблюдение 2. Больная Ч., 18 лет, находилась на лечении в психиатрической больнице с 01.03 по 29.04.72 г. При поступлении — рост 162 см, масса тела 35 кг. Отец военнослужащий, спокойный, уравновешенный, синтонный. Родственники по линии отца здоровы. Мать врач, крайне обидчива, ипохондрична, много и часто болеет, до замужества перенесла болезнь Боткина, малярию. С 18 лет мать больной страдает ангиоспазмами, мигренью, последние годы — холециститом. Наша больная родилась от второй беременности, протекав, шей с выраженным токсикозом (низкое артериальное давление, тошнота, рвота, отеки, белок в моче). Во время родов отмечалось отсутствие потуг, проводилась стимуляция родовой деятельности. Девочка закричала сразу, масса тела и рост при рождении нормальные. До года больная была беспокойной, много плакала, капризничала. Развивалась правильно, начала сидеть в 6 мес, ходить с 11 мес. Фразовая речь с 1/2 лет. Сосала грудь хорошо, остальную пищу ела плохо, с уговорами, выплевывала. Росла подвижной, любознательной, активной. В 1/2 года перенесла очень тяжелую пищевую токсикоинфекцию, была сделана спинномозговая пункция. Дома росла любимицей, все капризы и просьбы немедленно исполнялись. С 1/2 лет (после токсикоинфекции) до 7 лет ела очень плохо, выплевывала пищу, жаловалась на отсутствие аппетита, в дальнейшем вплоть до настоящего заболевания ела хорошо. В дошкольном возрасте перенесла тяжелую корь, коклюш, паротит, ангины, грипп.

В школе с 7 лет, всегда училась отлично (в аттестате зрелости всего две четверки). По характеру была активной, живой, любила по хвалу, предпочитала быть в центре внимания. В школе дружила со всем классом, имела много друзей, ни одно мероприятие не проходило без нее, посещала различные кружки. Одновременно училась в музыкальной школе. Все годы увлекалась математикой и физикой, занималась по усложненной

программе, участвовала в различных олимпиадах. Менструации с 14 лет по 6 дней, обильные. Рост 159 см, масса тела до болезни 58 кг.

В пубертатном периоде значительно поправилась, считала себя «жирной». Родителям жаловалась на то, что ее дразнят «пышкой, пончиком, толстушкой». Тяжело переживала свою полноту, была тоскливой, часто плакала, в отчаянии говорила матери, что должна похудеть. Однако в течение 2 лет ни к каким средствам похудения не прибегала, «только слезы лила». В возрасте 16 лет подружилась с девушкой, которая уже несколько раз прибегала к «косметическому» голоданию. По ее совету также решила похудеть при помощи голодания. Матери заявила, что «должна иметь талию 42 см и ни на сантиметр больше», чтобы «походить на артисток». Стала ограничивать себя в еде, полностью исключила первые блюда, хлеб, масло, сладкое. Первое время старательно скрывала это от родителей. Одновременно ставила клизмы, «изредка» вызывала рвоту, делала «зарядку для живота». Настроение улучшилось, чувствовала себя превосходно. Через 3 мес похудела на 10 кг, наступила аменорея. Несмотря на похудание, по-прежнему продолжала ограничивать себя в еде. Ела только молочные продукты, овощи и фрукты. Настроение было «восторженным». Постоянно конфликтовала с родителями из-за еды. Вскоре с нарастанием похудения вновь стала депрессивной, часто плакала, развились явления астении, быстро уставала, прекратила заниматься физическими упражнениями, потеряла интерес к музыке, кино, товарищам. Постоянно думала о еде. В это время уже не высказывала мыслей о недовольстве своей внешностью, масса тела ее «устраивала», но не хотела «набирать больше». Боялась поправиться, матери говорила. «Если что-нибудь съем, то поправляюсь на глазах». Стала зябнуть, появились акроцианоз, заеды в углах рта, шелушилась кожа, беспокоили запоры. Целыми днями сидела дома, готовила уроки все свободное время, больше ничего не интересовало. В школе продолжала отлично учиться. Родители хотели лечить дочь амбулаторно, но она и слышать не хотела о врачах, считая себя «абсолютно здоровой». После экзаменов за 10-й класс похудела еще больше — до 37 кг (рост 160 см). Ни с кем не общалась, при разговорах о еде молча вставала и уходила в другую комнату или давала выраженные эксплозивные реакции с криком, причитаниями, заламыванием рук.

Все время старалась быть на ногах, очень уставала, пила много крепкого чая и кофе без сахара. С начала голодания появился интерес к кондитерским изделиям, к кулинарии. Стала готовить на всю семью, старалась перекармливать родителей и старшую сестру, сама ничего не ела. Решила поступить в технологический институт на «кондитерское отделение».

После окончания 10 классов в связи с астеническим состоянием 2 недели лежала в терапевтическом отделении больницы Баку, где ничего не ела. Эффекта от лечения не было. В дальнейшем обследовалась в Институте экспериментальной эндокринологии и химии гормонов в Москве с подозрением на болезнь Симмондса. Этот диагноз был отвергнут. После курса общеукрепляющего лечения состояние несколько улучшилось, поправилась на 3 кг, уменьшились явления астении, стала бодрее, живее. Выписана с диагнозом: нервная анорексия, аменорея, атрофия матки и придатков. Вернувшись в Баку, стала снова ограничивать себя в еде, ставила себе клизмы, похудела. Все это время к своей болезни относилась без критики, больной себя не считала, лечилась и обследовалась «в угоду родителям». Первое время худобы не стеснялась, в дальнейшем «не нравились худые, тонкие пальцы». В таком состоянии госпитализирована в психиатрическую больницу.

Физическое состояние: пониженное питание (масса тела 35 кг при росте 162 см). Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, кожа холодная, шелушится, акроцианоз, ногти

слюются, заеды в углах рта. Подкожный жировой слой отсутствует. Лицо широкое, скуластое. На ЭКГ — дистрофические изменения миокарда. Артериальное давление 85/40 — 70/30 мм рт. ст., иногда диастолическое давление не определяется. Брадикардия, пульс 64 уд/мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Запоры. Рентгеноскопия желудка — выраженная гипотония желудка, гастроптоз.

Много кариозных зубов. Волосы сухие, ломкие. Консультация гинеколога: аменорея, недоразвитие матки и придатков.

Общий обмен +5. Белок крови — 5,67 %. Сахар крови натощак 3,3 ммоль/л. Холестерин — 4,4 ммоль/л. Общий анализ мочи и крови без особенностей.

Неврологический статус: отсутствие глоточного рефлекса, асимметрия глазных щелей, положительный симптом Хвостека; имеются некоторые признаки дизрафического статуса — неравное стояние лопаток, молочных желез, высокое небо, вогнутость грудины, много родимых пятен по всему телу. Рентгенография черепа без патологии.

На ЭЭГ амплитуда колебаний резко снижена. Повсеместно преобладают низкоамплитудные частые бета-колебания. Регионарные различия сглажены. Альфа-ритм регистрируется отдельными небольшими группами диффузно во всех отведениях. На функциональные пробы реакция слабая. Заключение: диффузные изменения в виде снижения амплитуды колебаний, отсутствия регулярного альфа-ритма, снижения реактивности.

Психическое состояние: больная в ясном сознании, полностью ориентирована. Крайне негативно относится к госпитализации в психиатрическую больницу. Охотно беседует с врачом, но об особенностях своего пищевого поведения старается не говорить. Тщательно диссимилирует свое состояние, формально соглашается, что питалась не совсем правильно. Уверяет, что уже «все поняла и осознала», что «сама может справиться со своим заболеванием», просит о выписке. Считает себя худой, хотела бы несколько поправиться (хотя, по словам матери, больная очень довольна своим видом и фигурой). В отделении тосклива, подавлена, боится больных, с трудом заставляет себя лежать. Уже через неделю стала умолять о выписке, просит «дать ей последний шанс справиться самой». В отделении ест с первых дней только под постоянным наблюдением персонала. Постоянно стремится подбросить свою пищу в тарелки соседкам по столу. В последующем стала есть самостоятельно, «чтобы набрать килограммы для врачей». К отсутствию менструаций относится безразлично. После еды первое время жаловалась на чувство тяжести в желудке, пыталась таким образом доказать врачу «вред перекармливания». В последующем много лежала в постели, спала. Ела достаточно. Выровнялось настроение, стала спокойнее. К концу пребывания в клинике поправилась на 12 кг. Матери написала письмо, что она вся «обросла жиром, лицо, как луна». К моменту выписки старалась несколько диссимилировать свое состояние, заявляет, что «была больна».

Лечение: неспецифическое — 40 % раствор глюкозы, витамины, изотонический раствор хлорида натрия; специфическое — френолон по 20 мг в день, тизерцин 50 мг на ночь.

Выписана с массой тела 50 кг. Дома несколько настороженно относилась к питанию, старалась не есть жирного, ограничивала себя в сладком и хлебе. Тщательно следила за массой тела, которая колебалась от 48 до 51 кг. Большая масса вызывала состояние тревоги, отчаяние и нерезкое самоограничение в еде. Спустя 6 мес после выписки из больницы у больной восстановились менструации. Поступила в вуз, много занималась, «о больнице старалась не вспоминать». Выявляла свойственные ей и до болезни

истерические черты. Динамическое катамнестическое прослеживание в течение 14 лет показали, что больная хорошо окончила вуз, с интересом работает по специальности, принимает участие в общественной жизни. Вышла замуж, имеет здорового ребенка. Занимается его воспитанием. С родителями и близкими мягка, спокойна, общительна, откровенна, трезво оценивает необходимость в прошлом госпитализации в психиатрическую больницу, считает, что «была больна».

Иногда, особенно на фоне утомления, выявляла раздражительность и даже грубость по отношению к матери, в то время как с остальными окружающими держится ровно и спокойно.

В данном наблюдении у больной нервной анорексией преобладали истерические черты. На фоне дизэнцефальной недостаточности (подтвержденной данными неврологического и ЭЭГ-обследования) в пубертатном периоде под психогенным воздействием у больной сформировалась сверхценная идея в виде недовольства своей внешностью («излишняя полнота»). Спустя 2 года в клинике заболевания ведущими стали дисморфоманические переживания в виде отказа от еды с целью коррекции «излишней полноты». С усилением похудения появилась психопатоподобная симптоматика в виде конфликтности, злобности, раздражительности, нетерпимости, грубости с близкими, что можно объяснить и влиянием длительного голодания. В последующем в клинической картине нарастали астения с апатией и адинамией. По выходе из астенического состояния у больной вновь несколько актуализировались дисморфоманические переживания, в основе чего лежала боязнь поправиться.

Таким образом, клиническая динамика нервной анорексии и данные катамнеза, указывающие на отсутствие каких-либо шизофренических изменений личности, и полная социально-трудовая адаптация больной дают основание выставить диагноз нервной анорексии как самостоятельного пограничного психического заболевания.

Наблюдение 3. Больная Е., 14 лет, ученица 7-го класса. По. ступила на амбулаторное лечение на кафедру психиатрии Университета дружбы народов им. П. Лумумбы с массой тела 41 кг при росте 170 см.

Мать нервная, вспыльчивая, властная, эгоцентричная. Страдает холецистопатией неврогенного генеза и канцерофобией. Отец спокойный, в молодости в течение года лечился в туберкулезном диспансере. Страдает «каким-то эндокринным заболеванием». Эндокринное неблагополучие обнаружено также и у тетки по линии матери. Бабушка по линии матери властная, стеничная, злобная, холодная. Девочка родилась от первой беременности, во время которой мать страдала тяжелым тиреотоксикозом. Роды трудные, затяжные, со стимуляцией, девочка родилась в синей асфиксии, проводили оживление.

Грудь взяла не сразу, но в дальнейшем ела хорошо. До 3—4 мес девочка страдала поносами неизвестной этиологии. В 1/г года упала со стула, ушибла головку, потеряла сознание. До 3 лет отмечалась положительная реакция Пирке, в связи с чем девочку систематически перекармливали. С 7 лет стала есть, «как все». В дошкольном возрасте перенесла тяжелую корь, с делириозоподобным состоянием, частые ангины, грипп. В дальнейшем при любой гипертермии подобные состояния повторялись.

До заболевания была мягкой, ласковой, заботливой, «домашней», застенчивой, обидчивой, постоянно следила за здоровьем своих близких. Вместе с тем отличалась стеничностью и целенаправленностью, трудолюбием, аккуратностью.

Менструальный цикл установился в 13 лет. В 13-летнем возрасте при росте 170 см- масса тела около 65 кг. Тогда впервые стала высказывать недовольство своим высоким ростом, жаловалась, что у нее «очень полные ноги», «большая грудь», пыталась уменьшить ее затягиванием. Делала зарядку, «чтобы не полнеть». Боялась, что будет «такая полная, как тетя». Особенно травмировалась тем, что ее полнота стала предметом шуток сверстников (больная всегда была очень безразличная к мнению окружающих).

Несмотря на убежденность в излишней полноте, самоограничений в еде пока не было. Мать больной, страдающая канцерофобией, часто говорила, что «умрет от рака печени», постоянно устраивала «разгрузочные» дни, ела только постное, периодически «с лечебной целью» голодала по неделе, часто посещала врачей. В семье постоянно велись разговоры о болезнях, осложнениях, лечении и т. д. Больная испытывала постоянный страх за здоровье матери, прислушивалась к разговорам взрослых на эту тему. Стала сама прислушиваться к своим ощущениям, особенно в период пубертата. Появилось опасение, как бы «не заболеть самой». Фиксировалась на своих внутренних ощущениях. Стала остерегаться всего, что могло вызвать заболевание: была крайне взволнована небольшой утечкой газа на кухне, опасалась не отразится ли это на ее здоровье.

В 13 лет стала жаловаться на «боли в животе». Решила, что «заболели печень и желудок». По примеру матери стала ограничивать себя в еде «с лечебной целью». Одновременно вспомнила, что мать не любит толстых детей, а у нее «толстые ноги, большая грудь». По поводу неприятных ощущений в области желудка мать показала больную врачу. Заподозрив у девочки гастрит и холецистит, врач категорически запретил ей есть жирное и жареное, т. е. то, от чего девочка отказывалась сама. Еще более уверенно стала ограничивать себя в еде. Полностью исключила первые блюда, хлеб, сладкое, жареное и жирное, предпочитала овощи и фрукты. Ела одна, во время еды выгоняла всех из кухни. При попытках матери покормить больную, последняя давала аффективные реакции. Значительно похудела, но скрывала это от родителей. С 14 лет наступила аменорея, беспокоили и мучительные запоры. В июне 1971 г. поехала на экскурсию в другой город, где в течение 10 дней не было стула, беспокоили боли в животе. Ела только огурцы. По возвращении домой часто ставила себе клизмы, но без всякого успеха. Была вынуждена обратиться к врачу и 3 нед. лежала в детской больнице с диагнозом «ангиохолецистит». Ела плохо, сознательно ограничивала себя в еде. Лечащий врач как-то заметил: «Ты худенькая, но не поправляйся, тебе так лучше». После этого стала есть еще меньше, несмотря на мучительный голод. Ежедневно худела на 0,5 кг, завела специальный дневник, куда регулярно 2 раза в месяц записывала результаты взвешивания. Через 6 мес масса тела снизилась до 41 кг, т. е. больная похудела на 24 кг. Родителям часто говорила, что «лучше быть худой, но здоровой, чем толстой, некрасивой и больной». Постоянно перекармливала свою 5-летнюю сестру, установила для нее жесткий пищевой режим. Любила готовить, сама есть боялась, перед едой чувствовала тревогу, раздражалась. Изменилась по характеру: кричала на мать, часто плакала, стала тоскливой, молчаливой, замкнутой. Усилилась застенчивость — перестала со всеми ходить в баню, стеснялась «большой груди», родители специально оборудовали для больной ванную комнату (больная живет в сельской местности). Все это время отлично училась в школе, много читала. Особенно серьезно увлекалась математикой и физикой, могла часами сидеть над решением сложных задач.

Дома за сутки вперед должна была знать свое меню: если ей предлагали что-нибудь «внеплановое», то давала выраженную аффективную реакцию с раздражением, криками, рыданиями. Часами рассматривала свою фигуру в зеркале. Старалась больше находиться на ногах.

На высоте астенизации испытывала неприятные ощущения «какого-то изменения всего тела», в частности, рук (руки были «не свои»).

В связи с резким похуданием в сентябре 1971 г. лежала 2 нед в Московской детской клинической больнице. В больнице в контакт с врачами вступала неохотно, отказывалась от пищи, ела мало. Выписана с диагнозом: особое реактивное состояние пубертатного периода с синдромом дисморфофобии (шизофрения?). В конце сентября 1971 г. обратилась за консультацией на кафедру психиатрии Университета дружбы народов им. П. Лумумбы.

Физическое состояние: истощена до кахексии. Масса тела 41 кг при росте 170 см. Астенического телосложения, подкожная жировая клетчатка полностью отсутствует. Акроцианоз кистей и локтей. Кожа бледная, холодная, шелушащаяся, сухая, с синюшным оттенком. Заеды в углах рта. Кариозные зубы. Артериальное давление 80/40 мм рт. ст. Постоянная брадикардия (пульс в пределах 50 уд/мин). На ЭКГ — миграция синусового ритма, брадикардия, вертикальное положение электрической оси сердца, нарушение восстановительных процессов в миокарде. Органы дыхания без патологии.

Кровь — гемоглобин 74, лейкоциты — 3000, СОЭ — 7 мм/ч. Биохимические анализы крови: С-реактивный белок (+ + + +). Билирубин общий 12,8 мкмоль/л. Холестерин — 3,9 ммоль/л. Сахар крови натощак 3,85 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии. Анализ кала на яйца глистов отрицательный. Желудочный сок: кривая нормальная. При дуоденальном зондировании патологии не выявлено, порции получены с первого зондирования, лямблий нет. Рентгенография области турецкого седла без патологии. При рентгеноскопии желудка и кишечника с барием органических изменений в желудке и луковице двенадцатиперстной кишки не выявлено. Гастроптоз, нижний полюс желудка находится над входом в малый таз. Органических изменений в слизистой оболочке кишечника нет. Исследование сахарной кривой с нагрузкой патологии не выявило.

Нервная система: нистагм, асимметрия оскала, избыточная саливация, тремор пальцев вытянутых рук. Гипергидроз ладоней. Выраженное пушковое оволосение на руках, ногах, спине, ягодицах.

ЭЭГ: диффузные нарушения деятельности мозга, так называемый гиперсинхронный тип ЭЭГ.

Психическое состояние: в начале беседы насторожена, взгляд подозрителен. Несколько тосклива, опасается насильственной госпитализации в психиатрическую больницу. В дальнейшем доступна, охотно беседует на посторонние темы, возникают видимое напряжение и тревога только тогда, когда речь заходит о ее пищевом поведении. Сознает, что надо поправиться, но не может преодолеть «страх перед едой». Считает, что стремление к похуданию вызвано тем, что она была «безобразно полной», «тумбой»; голодание объясняет и тем, что врачи в свое время посоветовали придерживаться диеты, чтобы «не болели печень и желудок». Подробно рассказывает о том, как страдает мать от болезни печени, опасается, что подобное может случиться и с ней. В процессе психотерапевтических бесед рассказала, что постоянно хочет есть, но боится располнеть, а также от «чрезмерного питания могут быть плохие анализы печени и желудка». Для оправдания своего питания ссылается на мать, которая также периодически голодает по неделе, чтобы избавиться от недугов. Крайне ипохондрична. Переживает, что у нее нет менструаций, так как это является «признаком роста». В последнее время стала грубой, дерзкой с родителями, плаксивой. Объясняет это тем, что отец и мать «постоянно заставляют есть».

Неоднократные обследования (включая психологическое) продуктивной психотической симптоматики не выявили.

Психологическое обследование: некоторое снижение объема кратковременной памяти, трудности опосредования. Нарушение динамической стороны мышления. Некоторое затруднение представляло для больной и образование сложных обобщений.

Проведен курс гипнотерапии и рациональной психотерапии, назначен френолон в дробных дозах (больная лечилась амбулаторно). По возвращении из Москвы в течение месяца масса тела больной оставалась прежней. Ела несколько лучше, но в основном во второй половине дня. Регулярно принимала френолон до 10 мг/сут. Матери говорила, что «выглядит плохо». Через 2 мес. после начала лечения френолоном стала лучше есть, но испытывала чувство тяжести и переполнения в желудке. Чтобы не переесть и преодолеть мучительный голод, стала постоянно грызть семечки или уходила из дома «от стола». Стала есть мясо, черный хлеб, масло. Однако, если не было должного контроля, старалась побыстрее убрать со стола все продукты, «чтобы их не съесть». Постепенно стала более спокойной и ровной в отношениях с родителями, меньше раздражалась. Поправилась на 3 кг.

В апреле 1972 г. приехала на обследование. Поправилась на 11 кг. Самочувствие удовлетворительное, ест хорошо. Однако остаются некоторая нервозность, раздражительность, плаксивость. По-прежнему учится отлично. Дома еженедельно взвешивается, радуется каждому набранному килограмму. Хотела бы поправиться до 57 кг. Нормализовалась деятельность кишечника, стул ежедневный. Аменорея сохраняется. Регулярно принимает лекарства.

Сентябрь 1972 г.: масса тела 64 кг (с начала лечения поправилась на 23 кг), рост 172 см. Ест хорошо, самоограничений в еде нет. Общительна, спокойна, ровна. Стул ежедневный. Перестали выпадать волосы, порозовела и стала эластичной кожа. Восстановились менструации. Жалуется врачу на «большой живот» (что соответствует действительности, рекомендована специальная гимнастика для живота). Рост и масса тела больше не волнуют, так как в классе есть и выше, и толще. С критикой относится к перенесенному заболеванию. Апрель 1974 г.: масса тела 60 кг, рост 172 см. Пищевое поведение правильное, ест хорошо, самоограничений в еде нет. Спокойна, мягка, ласкова с родителями и родственниками, в школе по-прежнему отличные успехи, собирается посвятить себя математике. Довольна проведенным лечением.

В октябре 1984 г. приехала на очередное обследование. Масса тела соответствует норме, ест хорошо. Никаких соматических жалоб не предъявляет. Настроение ровное. Успешно окончила физико-математический факультет педагогического института. Вышла замуж. К прошлому имеется полная критика.

Таким образом, у больной с тревожно-мнительными чертами характера и некоторой дизэнцефальной недостаточностью, при определенной наследственной отягощенностиTM (эндокринопатия, аномалия характера) под действием психогенных факторов развивается типичный синдром нервной анорексии.

Особенностью данного наблюдения было наличие выраженной фиксации на деятельности желудочно-кишечного тракта, что, по-видимому, обусловлено как преморбидными особенностями больной, так и микросоциальными условиями.

Данные катанеза в динамике (15 лет) так же, как и у предыдущей больной показали хорошую социально-трудовую адаптацию больной: она окончила институт, успешно работает, дает творческий рост. Вышла замуж, семейные отношения хорошие. Однако больная по-прежнему обнаруживает тревожно-мнительные черты характера с повышенной фиксацией на состоянии своего здоровья и некоторой избирательностью в еде. Периодически испытывает мигренозные боли, отмечаются также ситуационно обусловленные аффективные колебания с вегетативными расстройствами.

Таким образом, характерная динамика синдрома и отсутствие по данным динамического катанестического обследования какой-либо прогрессивности при хорошей социально-трудовой адаптации больной позволяет, так же как и в предыдущем наблюдении, рассматривать патологию у данной больной как нервную анорексию в виде самостоятельного пограничного психического заболевания.

Как показало катанестическое обследование, у большинства больных после выписки из больницы длительное время сохранялось особое отношение к пище. Больные, не желая полнеть, строго следили за массой своего тела (придумывали собственную диету, избирательно ели те или иные блюда и продукты). Иногда они не увеличивали количества потребляемой пищи даже во время беременности. В беседах с врачом они предпочитали не касаться темы питания, о заболевании говорили только в прошедшем времени, настоящий пищевой режим объясняли «повышенной склонностью к полноте». Почти у всех оставались чрезмерное внимание к своей внешности и стремление к сохранению «изящной фигуры» (у большинства больных долго оставался некоторый дефицит массы тела, но отсутствовали заметно выраженные соматические и эндокринные расстройства). Для больных были весьма характерны ипохондрические жалобы, касающиеся желудочно-кишечного тракта (неприятные ощущения после еды, отрыжка, — распирание желудка). Нередко в основе подобных жалоб действительно лежали такие заболевания, как хронический гастрит или колит, однако степень патологических ощущений больными значительно преувеличивалась.

У многих больных по мере уменьшения соматогенной астении вновь выявлялись черты эксплозивности (раздражительность, нетерпимость, грубость). Важно подчеркнуть, что подобные формы поведения проявлялись только к самым близким людям (мужу и особенно родителям), в то время как со всеми окружающими у них сохранились ровные спокойные отношения.

Особого внимания заслуживает появившаяся к этому времени аффективная лабильность со склонностью к пониженному настроению. Малейшая неудача, неприятный разговор, а тем более ссора, вызывали у больных стойкие нарушения настроения. Черты эксплозивности, как уже отмечалось, особенно проявлялись в семье, где больные были раздражительны, капризны, нетерпимы к возражениям; в неблагоприятных ситуациях у некоторых из них могли развиваться истерические реакции. Несмотря на подобное поведение, больные заботились о членах своей семьи, успешно воспитывали детей, плохо переносили разлуку с ними. По-прежнему отмечались чрезмерная привязанность к родителям и большая зависимость от них.

На работе больные старались произвести хорошее впечатление, имели сильно развитое чувство долга, добросовестно выполняли свои обязанности, проявляя при этом пунктуальность.

Все больные были хорошо адаптированы в жизни, активны, трудоспособны, прилежно учились и оканчивали вузы, несколько человек защитили кандидатские диссертации, многие систематически повышали свой профессиональный уровень.

Проведенные в период катамнеза неврологическое и электроэнцефалографическое обследования позволили отметить у большинства больных признаки нерезко выраженной диэнцефальной патологии.

У некоторых больных с полной редукцией синдрома на отдаленном этапе в тяжелой психотравмирующей ситуации и при соматической ослабленности синдром нервной анорексии вновь появлялся и становился клинически выраженным.

Обобщая данные катамнестического обследования, следует отметить однотипность психических нарушений на отдаленном этапе заболевания. Независимо от преморбидных особенностей личности, у больных выявлялись некоторые черты эксплозивности и истеричности. Весьма типичными были и сверхценное отношение к своей внешности, еде, а также склонность к ипохондрической фиксации на своем состоянии.

Вместе с тем хорошая социальная адаптация больных и отсутствие сколько-нибудь выраженного шизофренического дефекта дают основание относить эту патологию к кругу пограничных психических расстройств.

Динамическое изучение больных с типичной клиникой нервной анорексии позволяет проследить роль социальных и биологических факторов в ее развитии. Несомненно, имеют значение, с одной стороны, врожденная или рано приобретенная некоторая церебральная недостаточность (с преимущественной вовлеченностью диэнцефальной области), частые заболевания желудочно-кишечного тракта в детстве, наследственная отягощенность и особенности преморбидной личности, с другой — микросредовые влияния (внутрисемейные и внесемейные отношения и т. д.).

Приведенные данные подтверждают особую роль возрастного фактора в формировании нервной анорексии. Об этом свидетельствует ее развитие в пубертатном периоде, когда у подростков наряду с эндокринной перестройкой происходит и появляется повышенный интерес к своей внешности.

В качестве иллюстрации приведем историю болезни.

Наблюдение 4. Больная П., 27 лет, кандидат биологических наук. Сестра больной требовательная, капризная, вспыльчивая; периодически соблюдает диету в целях похудения.

Больная родилась от 5-й беременности Роды в срок (матери было 44 года) с ранним, за 2 сут, отхождением вод. Девочка имела массу 3 кг, закричала сразу Раннее развитие без особенностей. В детстве воспитывалась няней. Росла спокойным, послушным, ласковым ребенком. Однако была несколько замкнутой, скрытной, впечатлительной, ранимой, обидчивой. С раннего детства любила порядок, чистоту, старалась держать игрушки на определенных местах. В семье она была младшей (сестра больной старше ее на 15 лет), и ей уделяли больше внимания, при возможности охотно выполняли ее желания, но чрезмерно не баловали.

В дошкольном возрасте больная перенесла корь, ветряную оспу, коклюш, краснуху, в 6 лет — болезнь Боткина в тяжелой форме (с высокой температурой, рвотой, бредом),

после чего долго по требованию родителей соблюдала диету с исключением жира. В 5 лет перенесла травму головы без коммоционных явлений.

В школе с 7 лет; пошла учиться с удовольствием, к школе тщательно готовилась, собирала вещи. Уроки выполняла аккуратно. До 5-го класса училась отлично, с 5-го класса стала жаловаться на головные боли, повышенную утомляемость, тратила много времени на выполнение домашних заданий; ухудшилась успеваемость (получала тройки, четверки). Расстраивалась и плакала, когда получала низкие оценки. В этот период обращалась в невропатологу, однако врач никакой патологии не обнаружил. В дальнейшем успеваемость не снижалась. Из школьных предметов предпочитала литературу и биологию. Мечтала стать биологом, разводила цветы. Девочка до болезни имела хороший аппетит, очень любила сладкое, была несколько повышенного питания, отличалась от сверстников неловкостью движений, некоторой медлительностью, за что ее нередко дразнили. Эти замечания тяжело ранили, вызывали недовольство своей внешностью. С 10 лет стала заниматься в секции фигурного катания, где ей также говорили о необходимости похудеть.

Менструации с 11 /2 лет, нормальные В 12—13 лет больная несколько поправилась. Упреки сестры по этому поводу стала воспринимать с раздражением, иногда плакала. Появилось острое желание стать «стройной», «изящной», как сестра, сравнивала собственную талию с ее талией, пыталась ограничивать себя в еде, но «не хватало силы воли». В связи с этим старалась больше заниматься фигурным катанием. В 1961 г. (15 лет) после неудачного выступления на соревнованиях и брошенной при всех тренером фразы («похудеть тебе надо, ты никогда не добьешься успехов с таким весом») больная долго плакала и с этого момента начала постепенно ограничивать себя в еде. Масса тела в это время составляла 60 кг, рост 162 см.

Больная исключила первые блюда, все кондитерские изделия и т.п. Выработала определенный режим, согласно которому все выполняла, «как по расписанию» (рано вставала, поздно ложилась, совершала определенное количество движений после еды и т. д.). Нарушение режима похудения вызывало тревогу, боязнь поправиться. Сильно уставала, но еще упорнее занималась спортом. На соревнованиях очень волновалась, краснела, появлялась дрожь в рукаве. Кроме того, в целях похудения летом 1961 г. много купалась, загорала, стала есть еще меньше. Было трудно, но приятно «побеждать» голод, «сознавать, что сегодня сумела ограничиться меньшим, чем вчера». При уговорах матери поесть становилась раздражительной, доказывала ей, что при минимальном питании сумеет достичь больших успехов в учебе и спорте. В конце осени 1961 г. пища уже не доставляла такого удовольствия, как раньше. Аппетит сохранялся, но боялась поправиться. После еды испытывала неприятное чувство переполнения желудка, в связи с чем старалась есть реже и меньше, была избирательной в еде.

В октябре 1961 г. масса тела составляла 44 кг. Больная почти ничего не ела, выбрасывала пищу в раковину, только пила кофе. Отказывалась идти к врачу, доказывала, что она совершенно здорова, не стеснялась своей худобы. При истощении стала еще больше утомляться, появилась сильная слабость, зябля, лежала с грелками. Была плаксивой, раздражительной, подавленной. В то же время в школе оставалась общительной, старалась больше двигаться. В ноябре 1961 г. похудела до 40 кг., появились отеки на ногах. Чувствовала скованность, не могла двигаться, была подавлена. Больная к этому времени (через год после начала самоограничения в еде) потеряла 20 кг массы. В таком состоянии 24.11.61 г. была госпитализирована в терапевтическое отделение. Однако в связи с неправильным пищевым поведением через 1 неделю была переведена в психиатрическую больницу. Соматическое состояние: среднего роста, бледная, кончик

носа красный, кожа сухая, питание резко снижено (масса тела 40 кг, рост 162 см). Акроцианоз. Пастозность голеней. Тоны сердца приглушены, дыхание везикулярное.

Неврологический статус: лицо асимметрично. Недостаточность конвергенции глазных яблок.

Психический статус: охотно вступает в контакт, приветлива. Очень истощаема, легко плачет. Критики к состоянию не обнаруживает. Заявляет, что согласна поправиться только на 2—3 кг. Отказ от еды объясняет желанием похудеть, но не знает, «как довела себя до истощения», «этого не хотела».

В отделении сразу же стала самостоятельно есть, но просила в связи «с болями и тяжестью в желудке» не давать ей больших порций. После еды много двигалась, бегала, по утрам занималась перед зеркалом гимнастикой для того, чтобы «сохранить спортивную форму». Матери признавалась в том, что не хочет набирать массу более 43 кг. Интересовалась сроком лечения, при этом на глазах появлялись слезы. В результате проведенной терапии (общеукрепляющие средства, рациональное питание, транквилизаторы) настроение стало ровным, высказывала реальные планы на будущее, активно контактировала с больными, занималась по школьной программе, чтобы не отстать от класса. Поправилась на 5 кг, 21.02.62 г. выписана с диагнозом: нервная анорексия. Вернулась к учебе.

После выписки испытывала сильную боязнь поправиться в течение 4—5 лет. Продолжала ограничивать себя в еде (исключала мучные, кондитерские изделия, сокращала употребление первых блюд, ела нерегулярно). После еды возникало неприятное чувство переполнения желудка, что также, заставляло ограничивать количество пищи. Иногда появлялись сильные приступы голода, во время которых много ела, «не могла насытиться», а затем плакала, расстраивалась, боялась, что снова «растолстеет». После еды старалась много двигаться, употребляла много слабительных средств. Вся жизнь была, как и раньше, расписана по часам, нарушение ритма вызывало беспокойство, тревогу в связи с мыслью о возможности поправиться. Настроение было в *oschobhomí* подавленным, «не жила, а < мучилась», не было ощущения, что живет полноценной жизнью. Чтобы «расшатать эту распisanную систему», пыталась отвлечься, меняла обстановку, надолго уезжала в другие города. Однако эти меры помогали мало. В школе в то же время училась хорошо, уделяла большое внимание английскому языку, продолжала заниматься фигурным катанием. Временами жаловалась на сильную утомляемость, дома почти ничего не делала. Была раздражительной, грубой, могла накричать на мать, «в злости топтать ногами». Быстро обижалась, настроение могло резко измениться по незначительному поводу, требовала к себе повышенного внимания. При волнениях появлялись дрожь в руках, голосе, «ком» в горле, пропадал аппетит.

После окончания школы поступила в МГУ на биологический факультет. На первых курсах прежняя «тяжелая режимная система» начала «сдавать». Больная перестала заниматься спортом, и этим как бы сняла с себя «бремя» и почувствовала облегчение, убедившись в том, что способна, наконец, обойтись без спорта. Приучила себя меньше двигаться после еды. Однако остальное пищевое поведение изменилось мало. По-прежнему утром почти ничего не ела, употребляла мало пищи, исключала жиры, высокопитательные продукты. Во время экзаменов очень волновалась, теряла аппетит, не могла есть, зато позже «съедала за двоих». В основном, старалась не переедать, следила за массой тела, фигурой. Часто в связи с личными неудачами начинала ограничивать себя в еде: «Похудею, и неприятности проходят». В возрасте 24 лет стала жаловаться на боли в желудке, появились опасения относительно возможных последствий неправильного

питания, «стала понимать, что издевалась над своим здоровьем», обследовалась у терапевтов, лечилась по поводу гастрита в соматическом санатории. Несколько увеличила пищевой рацион, стала питаться регулярно, но и при этом старалась соблюдать определенную «пищевую норму», «лавировала», не хотела поправляться.

В 25 лет поступила в аспирантуру. Хорошо занималась, увлеченно работала над темой. Периодически в связи с неприятностями снижалось настроение.

В 27 лет вышла замуж. С мужем не ладила, была излишне требовательной, возбудимой. Оба не уступали друг другу, проявляли упрямство, вспыльчивость. Не могла мириться с тем, что муж уделяет ей мало внимания, и через год развелась с ним. Продолжала работать над диссертацией, которую вскоре успешно защитила, а затем работала в НИИ, работу любила, хорошо с ней справлялась.

В настоящее время, как и раньше, соблюдает определенную диету, избегает жирных продуктов, остальное все ест, но в ограниченном количестве.

По заключению терапевта, страдает хроническим гастритом. Анализы желудочного сока и крови без патологии. Масса тела 50 кг, рост 162 см.

В неврологическом статусе: недостаточная конвергенция глазных яблок, в остальном без особенностей.

Данные ЭЭГ: амплитуда биопотенциалов средняя. Регионарные различия сглажены. Повсеместно регистрируется нерегулярный, неправильный альфа-ритм, перемежающийся участками быстрых колебаний. Временами кривая дизритмичная. В центральных областях регистрируются всплески высокоамплитудного альфа-ритма. Много асимметричных острых волн с амплитудой, превышающей фоновую. На функциональные пробы реакция парадоксальная. Гипервентиляция вызывает усиление амплитуды колебаний, гиперсинхронный альфа-ритм, увеличение числа острых асимметричных волн.

Заключение: грубые диффузные изменения в виде непостоянства альфа-ритма, дизритмии, парадоксальной реакции на раздражители.

Психический статус в момент катamnестического обследования: приходом врача! на квартиру больной была недовольна, хотя не подавала вида, разговаривала вежливо, сдержанно. Испытывает небольшое напряжение, на некоторые вопросы об отношении к пище отвечает с небольшим промедлением, старается давать рациональные объяснения. Гораздо спокойнее чувствует себя при разговорах на посторонние темы, становится оживленнее, с удовольствием рассказывает о своей работе, о планах на будущее. В последующих беседах становится все доступнее, не скрывает того, что «всеми силами старается сохранить свое изящество». Однако очень скупко рассказывает, каким образом достигает этого: «просто получается само собой», «иногда ем меньше потому, что пропадает аппетит». Значительно лучше давала сведения о начальных этапах болезни. Сообщила, что сначала хотела худеть, а затем уже не могла «остановиться», боялась поправиться, «сбиться с режима». Кроме того, пища «уже не доставляла прежнего удовольствия», от нее «распирало внутри». Больная эмоционально сохранна. Интеллект высокий, очень продуктивна в работе, общительна.

Заключение экспериментально-психологического обследования: легко выполняет задания, требующие отвлечения, обобщения. Процесс опосредования нетруден для больной.

Образы, выбранные для опосредования, в меру отвлечены, хорошо отражают содержание заданного понятия. Память в пределах нормы.

В данном случае в развитии заболевания особую роль играет определенный биологический фон в виде некоторой церебральной недостаточности, а также дисфункция желудочно-кишечного тракта вследствие перенесенной тяжелой болезни Боткина. Некоторое значение в постепенном формировании сверхценной дисморфомании имели и микросредовые факторы (пример отношения к еде старшей сестры).

Болезнь (психогенно обусловленная) манифестировала синдромом дисморфомании и нервной анорексии в пубертатном возрасте. При этом синдром дисморфомании имел следующую динамику. Самоограничение в еде сочеталось с довольно быстро выработанной системой общего поведения, направленного на «коррекцию внешности» (раннее вставание, определенное количество прыжков после еды и т. д.). В дальнейшем дисморфоманическая идея как бы сменялась боязнью поправиться. Несмотря на нарастающую кахексию, на высоте которой имелась выраженная адинамия, больная продолжала ограничивать себя в еде из-за боязни поправиться. Необходимо учесть, что самоограничение в еде происходило также и вследствие неприятных соматических ощущений (чувство переполнения желудка после еды). По витальным показаниям (выраженная алиментарная дистрофия, отеки и т. д.) больная поступила в стационар. По миновании острого периода синдром нервной анорексии еще долго оставался достаточно выраженным (при наличии страха поправиться). В дальнейшем он постепенно стал терять аффективную насыщенность, а затем полностью редуцировался. Наряду с синдромом нервной анорексии появились ранее не свойственные больной патологические черты характера в виде возбудимости, истерического реагирования, аффективных реакций, а также ипохондрических переживаний в виде фиксации на своем здоровье. Наряду с этим отсутствовала сколько-нибудь выраженная дефицитарная симптоматика. Больная социально адаптирована, продуктивна, обнаруживала заметный творческий рост. Таким образом, так же, как и в предыдущих наблюдениях, патологию у данной больной можно трактовать как пограничное психическое заболевание в виде нервной анорексии.

Из 220 больных нервной анорексией у 21 заболевание имело ряд особенностей, касающихся прежде всего возраста развития классической картины нервной анорексии.

У описываемых больных с довольно выраженными истерическими особенностями в преморбиде в пубертатном возрасте развился рудиментарный синдром нервной анорексии, который редуцировался по выходе из пубертатного возраста с особым отношением в последующем к еде в связи с нежеланием поправляться и повышенным вниманием к своей внешности. Как правило, на неприятности эти больные реагировали снижением аппетита. В условиях длительной психотравмирующей ситуации и, как правило, на фоне соматической ослабленности у этих больных уже в более зрелом возрасте (25—• 35 лет) отмечался рецидив типичной нервной анорексии, развивающийся в структуре реактивной депрессии. В этот период нервная анорексия достигала уже полной клинической завершенности.

Необходимо подчеркнуть, что из-за отсутствия чувства голода больные значительно быстрее худели. Соматические нарушения при синдроме нервной анорексии, обострившиеся в зрелом возрасте, были гораздо более тяжелыми, чем в пубертате. Больные не осознавали тяжести своего состояния и обычно госпитализировались по витальным показаниям. Приведем наблюдение.

Наблюдение 5. Больная К., 23 лет, студентка института иностранных языков, масса тела при поступлении в психиатрическую больницу 36 кг, рост 160 см.

Отец по характеру добрый, общительный, очень любит порядок, пунктуален. Мать представляется несколько странной в своих суждениях, скрытна, недоверчива, без достаточной критики относится к состоянию дочери.

Больная родилась в срок, масса тела около 3500 г. Раннее развитие без особенностей. По характеру с детства была веселой, общительной, жизнерадостной, но несколько упрямой и скрытной. Имеет старшую сестру. В семье как младшей ей уделялось много внимания, что вызывало ревность у старшей сестры. Отношения между сестрами были плохие. Они часто ссорились, не уступали друг другу ни в чем. Нередко старшая сестра дразнила нашу больную за полноту.

Больная всегда была избирательной в еде (очень любила сладкое), что было поводом для постоянных уговоров поесть чего-нибудь другого. Иногда «назло» родителям она могла вообще отказаться от еды, но была упитанной. В дошкольном возрасте перенесла корь, скарлатину в легкой форме. В школе с 7 /2 лет, училась одновременно в музыкальной школе, в обеих была отличницей. Занималась с большим усердием, тратила много времени на выполнение уроков, старалась подготовиться как можно лучше. В школе имела несколько подруг, стремилась завоевать у них авторитет, подчинить их себе. Тяжело переживала ссоры с подругами. Была чувствительна к замечаниям. Аппетит* в школьном возрасте был хорошим.

Менструации с 13 лет, установились через год, нерегулярные, через 30—90 дней (в летние месяцы отсутствовали). Приблизительно с

14 лет появился интерес к мальчикам, стала следить за своей внешностью. В этот период несколько поправилась (масса 59 кг при росте 160 см), болезненно переживала упреки сестры по поводу излишней полноты (в частности, полных ног), «завидовала ее изяществу», которое подчеркивалось и ставилось больной в пример. Нередко больная примеряла одежду сестры и еще больше убеждалась в том, что она полная. С этого времени больная стала несколько раздражительной, проявляла еще большее упрямство. Постоянно вынашивала мысль начать худеть, делала попытки сократить пищевой рацион, но в связи с голодом начинала есть нормально. В этот период неоднократно слышала разговоры подруг о диете, о стремлении похудеть. С 16 лет больная стала постепенно ограничивать себя в еде. К 17 годам похудела на 6 кг, на это обратили внимание учителя, радовалась, что сумела «удовлетворить вкусы» своих подружек, была активной, жизнерадостной.

В 10-м классе при волнениях (особенно перед экзаменами) стал пропадать аппетит, иногда появлялась тошнота. Окончив школу с золотой медалью, пыталась поступить в институт иностранных языков, но не прошла по конкурсу. Очень переживала это. В течение года работала корректором и много занималась английским языком. По-прежнему продолжала ограничивать себя в еде, старалась не набирать более 52 кг. Через год поступила в вуз. Сначала (I—II курсы) учиться было очень трудно. Ежедневно занималась до 2—3 ч ночи. Временами приходила в отчаяние, что не справится с учебой, в результате часто пропадал аппетит. Однако проявляла упорство, добивалась хороших успехов.

В институте аппетит стал несколько хуже, питалась нерегулярно, ограничивала себя в первых блюдах, мучных изделиях. Несмотря на это, сильно не худела (масса около 50 кг). В остальные годы учебы в институте отношение к пище не менялось. Как и прежде, была

раздражительной, не ладила с сестрой, не прощала ей обид. В институте общалась избирательно, старалась произвести хорошее впечатление, тщательно следила за внешностью, любила пользоваться успехом у молодых людей.

В возрасте 22 лет вышла замуж за нелюбимого человека,

Препубертатная нервная анорексия

Хорошо известно, что нервная анорексия в наиболее типичном варианте отмечается главным образом у молодых девушек в пубертатном или постпубертатном периоде. Значительно реже описываются атипичные формы, как в раннем пубертате (8—10 лет), так и в препубертатном периоде.

Мы изучили группу девочек (17 человек), нервная анорексия у которых возникла до появления первых признаков пубертата (в 9—11 лет). С первых лет жизни это были ослабленные дети, часто и долго болевшие простудными заболеваниями, с выраженной склонностью к диспепсическим реакциям, перенесшие тяжелую дизентерию. Отношение к еде этих детей было очень разнообразным, поскольку определялось и регулировалось в первую очередь их эмоциональным состоянием. Родители всячески старались добиться у детей постоянного положительного отношения к еде, считая это основным критерием их «хорошего поведения». Кормление детей при этом носило стеничный и насильственный характер и нередко приводило к рвоте после перекармливания.

Во всех наблюдениях отмечался так называемый неадекватный психологический климат в семье, обусловленный личностными особенностями родителей.

Согласно анамнестическим данным, ранее довольно истощенные и болезненные, эти дети к 6—7 годам становились более крепкими, хорошо поправлялись и производили впечатление вполне физически здоровых. В первые школьные годы (1—3-й классы) они отличались большим прилежанием, пунктуальным выполнением домашних заданий, нередко в ущерб обычным детским играм и увлечениям. Усердие позволяло им отлично успевать по всем предметам, однако их знания никогда не выходили за рамки учебника или сведений, полученных в классе от учителя.

Как правило, родители предъявляли к детям повышенные требования, искусственно загружая их различными «полезными и престижными» занятиями (иностранные языки, музыка, художественная гимнастика, фигурное катание и т. п.). Таким образом, уже в раннем детстве эти дети были очень перегружены занятиями.

В некоторых наблюдениях выявлено не совсем обычное отношение к еде родителей (культ еды в семье). У них была реакция гиперфагического типа на стрессовую ситуацию. В ряде семей существовал противоположный подход к еде. В таких семьях много говорилось о необходимости ограничивать себя в пище, «чтобы не полнеть», полнота ассоциировалась с «грубостью», «неэстетичностью», «вульгарностью». Матери этих больных нередко прибегали к различным модным диетам. В присутствии детей велись постоянные разговоры о «красоте внутренней и внешней», необходимости иметь «хрупкую воздушную фигуру», у детей воспитывалась неприязнь ко всему «жирному», «полному».

Во всех наблюдениях к началу болезни дети отличались несколько повышенным питанием, что расходилось с их представлениями об идеальной фигуре. Еще до начала пубертата эти девочки стали обращать внимание на свою внешность, находили себя излишне полными, тягостно переживали замечания окружающих по этому поводу, постоянно сравнивали свою внешность с «идеалом». Это несоответствие желаемого и действительного становилось источником постоянной психической травматизации, занимало все большее место в мыслях и переживаниях детей. Таким образом, можно было говорить о формировании у больных сверхценной идеи излишней полноты, что довольно

быстро приводило к мысли о необходимости «улучшения внешнего вида» путем значительного самоограничения в еде.

Следует подчеркнуть, что в отличие от больных типичной нервной анорексией в данной группе не отмечалось четкой смены этапов болезни, не было и полной завершенности характерной клиники нервной анорексии. Другими словами, у больных редко наступала кахектическая стадия болезни, клиническая картина ограничивалась только инициальным и аноректическим этапами, нередко редуцированными.

Самоограничение в еде и нарастающее похудание приводили к различным диагностическим ошибкам (туберкулезная интоксикация, глистная инвазия, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта). Бросающаяся в глаза худоба, заставляющая педиатров искать самую различную соматическую патологию, обычно «уводила» от тщательного исследования психической сферы ребенка, изучения его личного и семейного анамнеза.

Вместе с тем больные препубертатной анорексией не могли так тщательно диссимулировать истинные причины голодания, как больные более старшего возраста. Их методы коррекции «полноты» были достаточно просты и выражались в сокращении количества принимаемой пищи наполовину по сравнению с обычным рационом. Однако независимо от преморбидных особенностей все больные достаточно быстро начинали вызывать искусственную рвоту. Вследствие незрелости детской психики и слабости желудочно-кишечного тракта рвота быстро фиксировалась и становилась универсальной формой реагирования на любые неприятности. Другими словами, искусственно вызываемая рвота только в самом начале была связана с дисморфоманическими переживаниями, выступая как средство похудения. В дальнейшем рвота возникала уже произвольно. На этом этапе больные тягостно переживали рвоту, но не могли ее предотвратить. При фиксированности рвотной реакции мысли больных о необходимости похудения дезактуализировались и замещались отрицательными переживаниями, связанными с постоянной рвотой. Такой быстрый переход к рвотам в пищевом поведении и «автоматизации» рвоты наиболее типичны, по нашим данным, именно для так называемой препубертатной нервной анорексии.

Как уже указывалось, эти больные редко доходят до кахексии, но их соматическое состояние требует неотложной помощи: девочки отстают в росте, у них значительно уменьшается подкожный жировой слой, развивается астения. Они становятся особенно подверженными различным соматическим заболеваниям, протекающим тяжело и с осложнениями.

Лечение больных препубертатной анорексией (транквилизаторы, микродозы нейрорептиков, психотерапия, психокоррекционная работа в семье с обязательным изменением так называемого психологического климата), как правило, приводит к хорошим результатам.

Катамнестическое обследование (срок 10—15 лет) показало, что эти больные преодолели пубертатный период без патологических проявлений. Ни у одной девочки в дальнейшем не выявлялось аноректического пищевого поведения (не было рвотного реагирования на неприятные ситуации). Успешные результаты психо- и фармакотерапии позволяют нам присоединиться к мнению ряда авторов о хорошей эффективности лечения больных препубертатной нервной анорексией. Приведем наблюдение.

Наблюдение 6. Больная направлена к психиатру в 11-летнем возрасте после года безуспешного лечения у терапевта. Происходит из интеллигентной семьи. Мать больной имеет повышенный аппетит и избыточную массу тела, эмоционально неуравновешенная, склонная к истерическим реакциям. Считает свою дочь талантливой, постоянно восхищается ею, требуя от дочери такого же отношения к себе. Периодически «проверяет» любовь дочери к себе при помощи демонстративных суицидальных попыток. Работает педагогом. Отец больной инженер, по характеру вспыльчивый, добрый, весь поглощен работой, полностью устранился от домашних дел, добровольно уступил лидерство жене.

Девочка родилась от беременности, протекавшей с выраженным токсикозом. Роды были тяжелые, длительные, с наложением щипцов. Девочка родилась в синей асфиксии. В 2 года перенесла тяжелую дизентерию. С первых лет была очень впечатлительной, ранимой, плаксивой, эгоцентричной. Физически несколько отставала в развитии. До 7 лет плохо ела. В проявлении эмоций уже с детства копировала свою мать, очень рано осознала роль любимицы всей семьи. Тонко дифференцировала свое поведение в зависимости от ситуации: в гостях была «идеальным ребенком», дома — упрямой, властной, не терпела возражений. Всегда тяжело переживала истерические реакции матери. В 5-летнем возрасте после сильного испуга (очередная суицидальная демонстрация матери) упустила мочу. В дальнейшем 2 года дизурические явления отмечались после каждого значительного (как положительного, так и отрицательного) эмоционального воздействия. Из-за матери старалась реже быть дома, часто уходила к бабушке, где вела себя так же, как мать: была капризной, требовала удовлетворения всех своих желаний, в противном случае угрожала покончить жизнь самоубийством. С 7 лет хорошо училась в обычной и музыкальной школах. К 8—9 годам заметно окрепла физически. В 10-летнем возрасте масса тела составляла 39 кг при росте 139 см, тогда же начала говорить, что она «полная и рослая». Неприязнь к полным и неприятие полноты впервые появились в 9 лет, когда стала обращать внимание на полноту матери и бабушки, пыталась ограничить их в еде. Постоянно говорила им, что «полнота — это некрасиво и противно», для сравнения обращала их внимание на фигуры известных танцовщиц. Во время просмотра балетных спектаклей по телевидению стала «вырабатывать определенные изящные позы». В 10 лет после очередного язвительного замечания сверстников по поводу ее фигуры «внезапно увидела», что она «чрезмерно полная». Стала незаметно и на первых порах умеренно ограничивать себя в еде, несколько похудела. Родителям говорила о снижении аппетита. В дальнейшем стала ограничивать себя в еде более интенсивно. Появились запоры, боли в животе.

Проходила обследование у терапевта по поводу гастрита и колита. Больной была назначена щадящая диета, что позволило ей вполне «официально» исключить из своего рациона многие блюда. Постоянно боролась с чувством голода, временами «срывалась» и, прячась от других, ела. Вскоре после таких «перееданий» начала вызывать искусственную рвоту, которая в дальнейшем возникала самопроизвольно и не только после еды, но и в связи с любым волнением. Подолгу разглядывала себя в зеркале, находила у себя «полные ноги и лицо», «заплывшие, а поэтому маленькие глаза», делала специальную прическу, «худящую лицо». Продолжала учиться отлично, но уже в результате большей усидчивости, все время проводила за выполнением домашних заданий. Стала более раздражительной, плаксивой. Спустя год похудела на 10 кг. Быстро уставала, появились постоянные головные боли, зябкость, субфебрильная температура. После каждого приема пищи отмечалось до 8 произвольных рвотных реакций («срыгиваний»). Такие же срыгивания бывали и в связи с волнениями по любому поводу. Безуспешно лечилась у терапевтов. Через некоторое время уехала в Москву к тетке, где сразу же почувствовала себя значительно лучше, спокойнее, «хотела поправиться», но уже не могла избавиться от

рвоты. Лечилась в больницах с различными диагнозами (хронический гастрит, хронический дуоденит, ангиохолецистит, дискинезия желудочно-кишечного тракта, дисбактериоз, хроническая туберкулезная интоксикация). В ноябре 1972 г. больная была направлена на консультацию на кафедру психиатрии Университета дружбы народов им. П. Лумумбы с подозрением на нервную анорексию (больная лечилась амбулаторно).

Психическое состояние при первичном обследовании: фиксирована на своих переживаниях, несколько ипохондрична. Говорит о том, что хотела бы поправиться, но при этом имеет в виду только нормализацию деятельности желудочно-кишечного тракта. Много и подробно говорит о «красоте женской фигуры». Полноту считает «грубой и вульгарной». На беседу пришла тщательно причесанной, в брюках, чтобы скрыть «толстые ноги», прической скрывает «толстое лицо и маленькие глаза». В беседе склонна к театральности, старается подать себя в выгодном свете, кокетлива. Высоко оценивает свои способности, не скрывает, что «обожает» быть в центре внимания. С плохо скрытым раздражением и неприязнью говорит о матери, к которой не собирается возвращаться. Не отрицает факт произвольного вызывания рвоты. Сообщила, что в последнее время (после переезда в Москву) у нее появилось чувство голода, но после еды не могла сдерживать тошноту и начинающуюся рвоту. Рвота бывает многократной после каждого приема пищи, в школе из-за этого ничего не ест. Отмечает, что при похудании у нее усилились обидчивость, раздражительность, плаксивость, с трудом удерживается «в рядах отличниц» (в результате недосыпания и лишения прогулок). Собирается посвятить жизнь музыке, считает себя талантливой пианисткой. Неохотно говорит об особенностях своего пищевого поведения, на другие темы может говорить часами (особенно о балеринах). Внимательно следит «за мировой модой», просматривает все доступные журналы мод.

Назначен курс гипносуггестивной терапии в сочетании с аминазином (по 12,5 мг 2 раза в день) Уже через 2 нед число «срыгиваний» после еды уменьшилось с 8 до 3. Появился самостоятельный стул. Стала спокойнее, лучше ела и спала, уменьшились неприятные ощущения в области желудка и кишечника. Спустя месяц после начала лечения масса тела 36 кг, спокойна, хорошо ест, полностью прекратились рвотные реакции. Стало легче учиться.

Катамнестическое обследование спустя 9 лет признаков нервной анорексии нет, ест хорошо, рвоты нет. Больная живет у тетки в Москве, успешно учится в одном из музыкальных вузов.

Данное наблюдение касается необычно ранней нервной анорексии у девочки, еще не достигшей пубертатного периода. Больная с истерическими и психастеническими чертами в преморбиде воспитывалась в неблагоприятной семейной обстановке, в постоянном страхе за жизнь матери. В атмосфере «шумного обожания» эмоционально лабильной матерью она рано научилась имитировать подобное поведение. Привыкшая всегда и во всем быть первой, принципиально не признающая вторых ролей, имеющая определенный взгляд на женскую внешность, она особенно тяжело переносила всевозможные насмешки и замечания по поводу своей фигуры.

Психогенное воздействие в виде постоянных подшучиваний над «полнотой», в какой-то мере реальной, вкупе с наследственной отягощенностью и неправильными внутрисемейными установками привело к тому, что больная уже в 10 лет начала вызывать искусственно рвоты, которые затем стали привычной безусловной реакцией на любую неприятность. С некоторой долей условности это уже можно рассматривать как «бегство в болезнь» от трудной ситуации в семье. Согласно концепции И. П Павлова, «бегство в болезнь» объясняется тем, что нарушения функции органа (даже если они симулированы),

дающие пациенту какую-либо выгоду, могут приобрести черты «условной желательности или приятности» и закрепляться по механизмам образования условной связи. Такая фиксация болезненного симптома особенно свойственна детям с их относительно малодифференцированной и незрелой психикой.

В целом нервную анорексию этих больных, значительно отличающуюся от классической нервной анорексии, следует трактовать как проявление истерических форм реагирования. Препубертатная нервная анорексия отличается от анорексии более поздних возрастных периодов меньшей полиморфностью клинической картины и более благоприятным течением и прогнозом. При этой форме анорексии наряду со специальным лечением важное значение имеет своевременное начало работы с семьей для изменения микросреды больного.

Нервная анорексия в структуре истерического невроза

В данном разделе речь пойдет о синдроме нервной анорексии, который развивается на фоне стойко зафиксировавшейся рвотной реакции как разновидности истерических форм реагирования. Эти больные (34 человека) имеют определенную дисфункцию желудочно-кишечного тракта уже в раннем детстве (частые диспепсические явления, снижение аппетита, избирательность в еде).

Из-за сниженного аппетита у ребенка родители уделяли чрезмерное внимание его питанию, кормили его слишком долго, стремясь «скормить положенное», иногда даже насильно. В результате перекорма у детей бывали срыгивания и рвота, сначала нерегулярные, зависящие от количества съеденной пищи. Такое состояние длилось первые 3—5 лет жизни.

Кроме того, почти все больные в детстве перенесли заболевания желудочно-кишечного тракта, нередко в тяжелой форме (болезнь Боткина, дизентерия, частые диспепсии и т. д.). В дальнейшем у этих пациентов сохранялась особая «ранимость» желудочно-кишечного тракта в виде повышенной рвотной готовности. К 7 годам рвоты после еды обычно не отмечалось; она возникала лишь изредка, в ситуациях выраженного психического напряжения. Почти все больные были единственными детьми в семье, нередко долгожданными, родившимися у уже немолодых родителей.

В преморбиде больных можно выявить умеренно выраженный эгоцентризм в сочетании с нерешительностью, склонностью к сомнениям, неуверенностью. С детства они фиксировали внимание на своих ощущениях, чему способствовало постоянное беспокойство родителей за их здоровье.

В подростковом возрасте больные отличались несколько пониженным питанием и аппетитом, склонностью к запорам, которые сменялись при волнениях поносом. Этим определялась особая фиксация подростков на деятельности желудочно-кишечного тракта.

Дополнительные вредности в виде других заболеваний (грипп, ангина, насморк и т. д.) всегда отражаются на состоянии аппетита и деятельности кишечника.

Непосредственно перед заболеванием все пациенты перенесли тяжелые болезни, значительно ослаблявшие соматическое состояние (оперативное вмешательство, ушиб головы, двустороннее воспаление легких, пищевое отравление, обострение колита и т. д.).

Настоящее заболевание спровоцировано у всех больных психогенно (смерть родственника, конфликт в семье, неудачный брак, непоступление в институт) и выражается вначале в длительном приступе неукротимой рвоты. У некоторых больных психогенными становятся трудно разрешимые конфликтные ситуации, связанные, например, с личной неустроенностью, невозможностью продолжать образование в высшей школе. Психотравмирующая ситуация в совокупности с особой ранимостью желудочно-кишечного тракта обуславливает быструю реализацию рвотной готовности. Другими словами, ранимость желудочно-кишечного тракта способствует формированию атипичной нервной анорексии.

Первая неукротимая рвота длится, как правило, с небольшими перерывами несколько дней. Почти все больные в это время госпитализируются в соматические больницы. Их состояние бывает крайне тяжелым, они испытывают отчаяние, страх смерти. Характерно,

что у всех больных даже спустя много лет отчетливо сохраняются в памяти неприятные переживания первой неукротимой рвоты. После выписки, несмотря на проведенное лечение и исчезновение рвоты, больные остаются ослабленными, астенизированными, у них снижается аппетит, появляется боязнь повторения рвоты. Настроение обычно понижено. Мысль о рвоте приобретает навязчивый характер. Даже незначительный психогенный фактор (опоздание на урок, размолвка с родителями и т. д.) может вызвать рвоту. С появлением рвоты как реакции на неблагоприятные моменты жизни у больных значительно ухудшается настроение.

Рвота довольно быстро претерпевает определенную динамику: возникающая вначале после переедания на фоне выраженных волнений она в дальнейшем начинается от одного вида и запаха пищи, а впоследствии и от мысли о ней.

Собственно рвоте у всех больных предшествуют периоды тяжело переносимой длительной тошноты с различными сенестопатическими ощущениями. Только рвота «освобождает» больных от этого крайне неприятного чувства. Тошнота из-за своей продолжительности и выраженности доставляет больным больше страданий, чем сама рвота.

Чтобы исключить появление тошноты и рвоты, больные через некоторое время (5 мес—2 года) начинают изменять свой пищевой режим, стараются не есть перед «волнующими моментами» (свидание, посещение театра). С этой же целью они сокращают потребление пищи вообще, обычно без особого труда. Однако, несмотря на сокращение приема пищи, у больных при любом дискомфорте возобновляется тошнота. Для облегчения состояния и прерывания тошноты больные искусственно вызывают рвоту.

Такое пищевое поведение (сознательное самоограничение в еде, произвольная и произвольная рвота) приводит к значительному похуданию, сопровождающемуся повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, раздражительностью, нарушением сна, усиленным сердцебиением. Этот астенический симптомокомплекс сопровождается неверием в возможность излечения, усилением дистимии.

На фоне соматической астенизации в психическом состоянии на первый план выступает боязнь тошноты и рвоты (вомитофобия). Больные живут в постоянном страхе перед возможной рвотой. Этой причиной они объясняют увольнение с работы, отказ от пользования общественным транспортом, так как в присутствии большого числа людей возникает особенно острый страх рвоты и тошноты.

С появлением вомитофобии у больных появляются переживания, близкие к идеям отношения: кажется, что все окружающие обращают на больного повышенное внимание, так как по выражению лица догадываются о возможности рвоты.

Страх рвоты у больных становится настолько сильным, что они подчас вынуждены буквально выпрыгивать из трамвая или автобуса на ходу, не могут ездить в метро, в связи с чем ходят на работу пешком за несколько километров, объясняя это окружающим необходимостью дышать свежим воздухом, развивать мышцы ног и т. д. Все больные из-за выраженной боязни рвоты не могут также ходить в театры, кино, на концерты. При необходимости посещения «людных мест» они принимают седативные средства (элиниум или седуксен), что несколько снимает напряжение. Тем не менее и после такой подготовки страх сохраняется; в кинотеатре больные не могут сосредоточиться на содержании фильма, так как постоянно прислушиваются к своим внутренним

ощущениям, стремятся вовремя уловить начало приступа, мысленно выбирают кратчайший путь до двери, чтобы «не запачкать людей рвотными массами».

Всю эту симптоматику можно с известной долей условности объединить в так называемый вомитофобический синдром, который включает в себя собственно вомитофобию, сознательное ограничение в еде, произвольную и непроизвольную рвоту, депрессивный фон настроения и своеобразные идеи отношения.

Таким образом, нервная анорексия у этих больных обусловлена вомитофобическими переживаниями. При нарастании соматогенной астении как бы нивелируются прежние истерические особенности личности и на первый план выступают тормозимые черты характера: тревожность, неуверенность, истощаемость, ипохондричность. Больные склонны преувеличивать тяжесть соматических ощущений, иногда у них имеются нестойкие нозофобии. Так, одна больная с эрозией шейки матки постоянно опасалась возникновения рака, у другой кратковременный незначительный подъем артериального давления привел к навязчивому страху гипертонической болезни. Больные предъявляют массу соматических жалоб, пытаются выяснить причину болезни, часто обследуются у врачей различных специальностей, тревожатся по поводу состояния тех или иных внутренних органов. Иными словами, вомитофобический симптомокомплекс все более отчетливо приобретает черты ипохондрического синдрома. Наряду с трансформацией вомитофобии у больных усиливаются астенические черты в виде неуверенности, повышенной впечатлительности и нерешительности, патологической фиксации на своем здоровье.

Без правильного и своевременного лечения у таких больных значительно снижается аппетит. Однако ни в одном из этих наблюдений не наступало выраженной кахексии, что характерно для больных нервной анорексией, обусловленной дисморфоманическими переживаниями. У этих больных, как правило, не бывает и стойкой аменореи. Отношение к своему заболеванию также значительно отличается от такового у больных нервной анорексией, возникающей в связи с убежденностью в мнимом физическом недостатке. Они постоянно ищут помощи у врачей, охотно подвергаются многочисленным обследованиям, требуют различных консультаций. Ограничение в еде у этих больных как бы вынужденное, при этом отсутствует стремление к похуданию, напротив, имеется беспокойство по поводу снижения массы тела. При щадящем режиме, находясь дома, эти больные хорошо едят, не испытывая никаких патологических ощущений.

Характерно также и отношение к пище в периоды обострения: при дисморфомании больные «привязаны» к пище, постоянно заняты кулинарией; при вомитофобии больные, наоборот, «бегут» от пищи, так как нередко один вид пищи вызывает у них рвоту.

Больные с данной патологией чаще всего встречаются в терапевтической практике, где им ставятся различные диагнозы и лечат (часто безуспешно) в течение многих лет.

Нервная анорексия, связанная с вомитофобическими переживаниями, нередко способствует дезадаптации больных. Они выбирают работу «попроще», избегают больших коллективов, все свободное время стараются проводить в щадящей атмосфере своего дома, где чувствуют себя лучше.

Экспериментально-психологическое обследование обнаруживает, что объем непосредственной и опосредованной памяти, а также отсроченное воспроизведение в пределах нормы; объем умственной работоспособности иногда превышает показатели нормы, однако динамика продуктивности указывает как на латентную, так и на явную

утомляемость; процесс опосредования заданных понятий явно труден, в частности, у всех больных остаются непосредственными 1—2 понятия. Образы, выбираемые для запоминания, всегда конкретны и лично окрашены. Уровень притязаний снижен и коррелирует с самооценкой. Направленность интересов личности весьма конкретная, большей частью бытовая.

Неврологически у всех больных выявляются неустойчивость вегетативной нервной системы, повышение показателей клино- и ортостатических проб.

Катамнестическое прослеживание больных сроком до 15—20 лет выявляет наличие у них тех или иных проявлений вомитофобического синдрома. Однако у большинства больных он, как уже отмечалось, еще больше приобретает признаки типичного ипохондрического симптомокомплекса. У всех больных усиливаются ранее отмеченные характерологические расстройства в виде неуверенности, тревожности, пониженной самооценки, а также ипохондрическая фиксация на своем здоровье. Для иллюстрации приведем наблюдение.

Наблюдение 7. Больная У, медицинская сестра, 25 лет, масса тела 39 кг, рост 160 см. Мать нервная, раздражительная, вспыльчивая. Типологически определяется как личность эпилептоидно-истерического склада: лицемерная, завистливая, злобная, мелочно придиричивая, эгоцентричная. Отец спокойный, мягкий, несколько ипохондричный, часто посещает врачей. Больная родилась от второй беременности, протекавшей с выраженным токсикозом. Масса тела при рождении 3200 г, рост 51 см. Больная с детства отличалась плохим аппетитом, всегда плохо и недостаточно ела, пищу иногда выбрасывала. Всегда была «худощавой». Иногда при переедании отмечались «срыгивания». Росла единственным ребенком в семье, воспитывалась, как кумир семьи. Любила быть в центре внимания, была общительной, подвижной, капризной, требовательной, в то же время нерешительной, склонной к сомнениям, тревожной. В дошкольном возрасте перенесла коклюш и болезнь Боткина в легкой форме, ангину, грипп. В школе с 7 лет, занималась одинаково хорошо по всем предметам.

В 13 лет обнаружено искривление позвоночника. После длительных уговоров и упрасиваний девочка согласилась на оперативное вмешательство, поскольку консервативное лечение оказалось безуспешным. Проведена хирургическая фиксация позвоночника. По словам больной, плохо перенесла эфирный наркоз, после операции несколько дней были сильная рвота и постоянное чувство тошноты, ничего не могла есть. Похудела на несколько килограммов. При выписке из больницы рвота не беспокоила, но тошнота сохранялась. После операции целый год носила специальный корсет, занималась на дому с учителями. Родители в это время были особенно заботливы к дочери, выполняли все ее прихоти. Через год вернулась в свой класс, где все ее жалели, учителя предъявляли меньшие требования, нередко освобождали от уроков. Чувствовала себя в это время неплохо, но периодически отмечалась тошнота, которая при волнениях заканчивалась рвотой. Вскоре родители получили новую квартиру в другом районе, который очень не нравился больной. Тяжело перенесла переезд, волновалась, через весь город ездила на занятия в старую школу. В новой квартире «все не нравилось, раздражало». С момента переезда резко участилась рвота, любая, даже минимально дискомфортная ситуация приводила к усилению тошноты и рвоте. В то же время больная нашла, что послеоперационные швы «вызывают чувство физической неполноценности». Из-за постоянной тошноты «с трудом ездила в транспорте». Довольно часто по утрам уже при одной мысли о том, что «придется ехать через весь город, подавляя тошноту», стала возникать рвота натощак. Через некоторое время больная, чтобы предупредить рвоту в метро и автобусе, стала по утрам сама искусственно ее вызывать. После этого некоторое

время чувствовала себя удовлетворительно, спокойно ехала в транспорте. Тогда же решила, что «рвота может уменьшиться при ограничении пищевого рациона» Стала ограничивать себя в приеме пищи, впрочем весьма умеренно и только перед какой-нибудь поездкой По выходным дням, когда можно было остаться дома и ни тошноты, ни рвоты не было, ела без ограничения.

Закончила 11 классов, очень хотела поступить в медицинский институт, но мысль о возможном провале на вступительных экзаменах вынудила больную подать документы в медицинское училище. Училась увлеченно, с удовольствием, тогда же отметила, что напряженная учеба отвлекает от мыслей о тошноте и рвоте Чувствовала себя значительно лучше После окончания училища с трудом работала медицинской сестрой, не переносила вида крови, боялась делать внутривенные вливания. На работе стала получать замечания, после чего усилились тошнота и рвота. Поступила на курсы инструкторов по лечебной физкультуре. Однако ожидаемого облегчения на новой работе не получила, справлялась с ней также с трудом, постоянно с напряжением ожидала замечаний.

Летом 1970 г. пыталась поступить на вечернее отделение медицинского института, на последнем экзамене получила неудовлетворительную оценку и восприняла это как «крушение всех надежд и планов». Резко ухудшилось состояние, несколько дней была неукротимая рвота с тошнотой Каждое утро с ужасом ждала рвоты, ничего не ела (чтобы уменьшить рвоту), похудела до 37 кг (рост 160 см). Утром съедала одно яблоко, а затем вызывала искусственную рвоту, вечером ничего не ела из опасения рвоты на следующее утро по дороге на работу. Совсем не могла ездить в транспорте (за исключением такси). В автобусе или трамвае немедленно начиналась тошнота, казалось, что «рвота начнется прямо на глазах пассажиров», «выскакивала на первой же остановке». Особенно тяжело переносила метро, уже «один вид электропоезда, из которого нельзя выскочить, вызывал паническое состояние». В общественном транспорте стала чувствовать На себе «косые взгляды пассажиров», думала, что окружающие «читают» на ее лице «начинающуюся рвоту», начинала краснеть, в руках и ногах появлялось ощущение судорожных подергиваний, «перехватывало горло», испытывала тошноту. По этой же причине несколько лет не посещала театры, кино — «в переполненных помещениях немедленно появлялся страх рвоты». На работу ходила только пешком. Неоднократно лечилась у терапевтов, невропатологов, но без особого эффекта. В 1971 г. вновь пыталась поступать в медицинский институт, но за 4 дня до первого экзамена «на фоне сильного волнения и страха перед рвотой на экзамене» действительно появилась неукротимая рвота, длившаяся 4 дня. Вновь неоднократно обращалась к самым разнообразным специалистам за помощью, причем всегда, когда шла к врачу, лучше себя чувствовала, хорошо ела, тошноты не испытывала. В течение последних двух лет настроение депрессивное, часто «опускаются руки». В периоды обострения не могла смотреть на пищу, «уже один ее вид вызывал неприятное чувство спазма в горле и тошноту». 07.12.71 г. поступила на стационарное лечение в психиатрическую больницу.

При поступлении масса тела 39 кг, истощена, кожа и видимые слизистые оболочки бледные. На коже спины большой послеоперационный рубец. Резкий тремор пальцев рук. Артериальное давление 100/70—130/80 мм.рт.ст. Синусовая тахикардия, пульс ПО уд/мин. Патологии органов грудной и брюшной полостей не выявляется. В неврологическом статусе отмечается некоторое снижение брюшных рефлексов, больше слева. Коленные сухожильные рефлексы повышены с клонусоидами надколенников. Тонус конечностей несколько снижен. Вегетативная нервная система: стойкий красный дермографизм, при волнении — игра вазомоторов на лице и туловище, гипергидроз. Показатели клино-ортостатической пробы и пробы Ашнера умеренно повышены. Обращают на себя внимание некоторые черты дизрафического статуса: видимый сколиоз,

множество родимых пятен на коже туловища; ноги покрыты обильным волосяным покровом.

Психический статус: тосклива, подавлена, астенизирована. Подробно рассказывает о своем состоянии, во время беседы покрывается красными пятнами. Рассказывая о страхе перед тошнотой и рвотой, глотает слюну, давится. Постоянно прислушивается к своим внутренним ощущениям. В отделении на незначительные раздражители («неприятная» соседка, недостаточно проветренная комната, болезненный укол и т. п.) давала стереотипные реакции в виде тошноты и рвоты. Долго не могла одна выходить за пределы больницы: появлялось усиленное сердцебиение, ощущала дрожь во всем теле, судороги в конечностях, «подкашивались ноги», «слабели руки», наступали тошнота и рвота.

Экспериментально-психологическое обследование затруднено из-за приступов тошноты: больная не могла работать более 10—12 мин. При обследовании больная активно пользовалась помощью экспериментатора, задания старалась выполнить как можно лучше. Выявлено снижение объема памяти (непосредственной и опосредованной), затруднены переключение и концентрация внимания. Больная испытывала значительные трудности при опосредовании понятий. Образы, выбираемые для запоминания, конкретные, однообразные, много эмоционально окрашенных, прямо связанных с переживаниями больной. При решении мыслительных заданий отмечалось большое количество конкретно-ситуационных ошибок, неравномерность в степени обобщения.

На ЭЭГ выраженные диффузные изменения в виде снижения амплитуды колебаний, отсутствие регулярного альфа-ритма, деформации волн тета-ритма, острые быстрые и медленные колебания небольшой амплитуды. Дизритмия. Реактивность снижена.

Больная долго лечилась небольшими дозами нейролептиков в сочетании с психотерапией и общеукрепляющими средствами. К моменту выписки была спокойной, поправилась на 5 кг, рвоты не испытывала, хотя периодически отмечались легкие подташнивания. Хорошо ела. После выписки еженедельно получала по одному сеансу гипноза!, в дальнейшем — 1 сеанс в 2 нед. Через некоторое время после выписки у больной произошел полный разрыв с человеком, за которого она собиралась выйти замуж. Состояние резко ухудшилось: возникли подавленное настроение, рвота и вновь отказ от еды по тем же причинам, что и прежде.

В амбулаторном лечении был использован плацебо-эффект: кроме психотерапии, назначен нейтральный препарат под видом новейшего противорвотного лекарства. Сеансы гипноза проводили чаще, до 3 раз в неделю. Через месяц такого лечения вновь исчезли все неприятные ощущения. В последние 10 мес. больная получает поддерживающую терапию.

В данном случае у больной при несколько пониженном с детства аппетите и определенной соматической ослабленности (тяжелая операция) возникает рвота, которая закрепляется в психотравмирующих ситуациях и становится своеобразным типом реагирования. Постоянная тяжело переносимая тошнота и возможность появления рвоты «в неподходящих условиях» привели к тому, что больная сама стала вызывать рвоту, опасаясь ее непроизвольного появления в неподходящей ситуации и ограничивать себя в приеме пищи. В последующем в клинической картине на первый план выступает выраженный страх тошноты и рвоты (вомитофобия). В дальнейшем этот синдром усложняется присоединением депрессии и ипохондрических переживаний. Нарастают и личностные изменения в виде усиления тормозимых черт (астенизация и патологическая фиксация на своем здоровье). Следовательно, у данной больной можно думать об

истерическом неврозе с затяжным течением и видоизменением клинической картины в связи с превалированием атипичной нервной анорексии.

Таким образом, в рамках пограничных психических заболеваний нервная анорексия может также входить в структуру истерического невроза, сочетаясь с выраженной vomitofобией. У больных с истерическими и астеническими чертами характера отказ от еды не был связан с мыслями о коррекции «излишней полноты», а обуславливался страхом перед рвотой, ставшей привычной формой реагирования. Синдром нервной анорексии у этой группы больных не получал полного клинического развития (не было выраженной кахексии, аменореи).

Глава 4. Нервная анорексия при шизофрении

Рассматривая вопрос о нозологической принадлежности синдрома нервной анорексии, большинство авторов допускают возможность его существования не только при пограничных психических заболеваниях [Коркина М. В., 1961, 1963, 1968, 1967; Ушаков Г. К., 1973; Palmer H. D., Jones M. S., 1939; Rahman L. et al., 1939; Waller J. V. et al., 1940; Dubois F. S. et al., 1949; Grimshaw L., 1959, и др.], но и при шизофрении [Сухарева Г. Е., 1959; 1974; Коркина М. В., 1967, 1968; Bliss E. L., Branch C., 1960; Ladewig D., 1968, и др.].

Вопросам нозологической специфичности синдрома нервной анорексии и, в частности, анализу особенностей его клинической картины и течения при шизофрении в литературе внимания почти не уделяется. Исключение составляют работы отечественных авторов [Новлянская К. А., 1958; Сухарева Г. Е., 1959; Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В., Карапетян Э. Э., Баринов А. М., 1967—1983; Ротинян Н. С., 1971, и др.].

Специальное изучение катамнеза больных с синдромом нервной анорексии было проведено на кафедре психиатрии и медицинской психологии УДН им. П. Лумумбы (1974) М. В. Коркиной, М. А. Цивилько, В. В. Мариловым, Э. Э. Карапетяном. Авторам удалось выявить закономерности динамики синдрома нервной анорексии при шизофрении и проследить особенности течения заболевания в целом.

Клинико-катамнестически обследовано 236 больных с синдромом нервной анорексии процессуальной природы. Длительность катамнеза составляла 5—28 лет. Возраст больных в период обследования был от 17 до 37 лет.

Диагноз шизофрении у этих больных определялся характерной динамикой синдрома нервной анорексии, включая сочетание этой патологии с другой психопатологической симптоматикой, и наличием дефицитарных расстройств. У 206 больных шизофрения имела непрерывное вялое течение с умеренной прогрессивностью, у 28 — приступообразно-прогрессивное течение. У 2 больных шизофренический процесс был злокачественным с преобладанием на более отдаленных этапах кататонических расстройств.

Нервная анорексия при вялотекущей шизофрении

Родители большинства больных страдали шизофренией, алкоголизмом, выраженными аномалиями характера (паранойяльные, шизоидные черты, эксплозивность). Матери большинства больных производили впечатление странных, подозрительных, замкнутых личностей, не всегда правильно и критично оценивающие психическое состояние своих детей. У отцов чаще обнаруживались черты возбудимости (неуравновешенность, гневливость). Они нередко находились в конфликте с детьми.

Во всех наблюдениях при изучении преморбиды обнаруживались те или иные особенности характера. У большинства больных преобладали шизоидные и астенические черты личности (малая общительность, замкнутость, сензитивность, впечатлительность и т. д.). В ряде случаев встречались довольно выраженные истерические особенности в виде эгоцентризма, капризности.

Шизофренический процесс у большинства больных развивался в пубертатном возрасте. В период полового созревания, сопровождавшегося изменением форм и некоторым прибавлением массы тела, а иногда и без увеличения массы, у подростков появлялись мысли об излишней полноте, нерезко выраженные идеи отношения, подавленное настроение. Иными словами, развивался, как уже отмечалось, особый синдром дисморфомании.

У ряда больных убежденность в излишней полноте имела бредовый характер, возникая при нормальной массе тела или при ее дефиците. Другие больные незначительную прибавку массы считали чрезмерной, делающей фигуру «уродливо жирной» (ноги «безобразные, как тумбы», «жирная, как бочка», и т. д.). Таким образом, у большинства больных имела бредовая дисморфомания. Помимо этого, больным казалось, что на их полноту обращают внимание знакомые или посторонние лица, которые высмеивают, осуждают их «недостаток». Иногда совершенно безобидные высказывания по поводу приятной небольшой полноты больные расценивали как намек «на безобразную внешность». Отмечались случаи неправильной интерпретации больными посторонних фраз, понимание в них смысла, имеющего отношение к внешности. Например, больная У. фразу матери о том, что она (больная) служит ей во всем опорой, расценила как грубый намек на ее «грузную фигуру». Следует подчеркнуть, что при шизофрении идеи отношения занимали гораздо большее место в структуре синдрома нервной анорексии, чем при пограничной патологии.

Идеи отношения во многом определяли особенности поведения больных. Они переставали посещать общественные места, старались реже выходить из дома, порывали прежние контакты с друзьями, становились необщительными, замкнутыми.

У некоторых больных появлялись вялость, некоторое снижение активности, продуктивности. Возникавшие мысли о собственной неполноценности касались иногда не только излишней полноты, но и уродства какой-либо части тела («кривые ноги», «бесцветное лицо», большой нос). Таким образом, у некоторых больных уже на раннем этапе болезни имела полидисморфомания.

В ряде случаев у больных появлялась склонность к самоанализу, бесплодному рассуждательству о смысле жизни, выработке системы самоусовершенствования. Больные строили свою жизнь по канонам любимых литературных героинь и желали походиться на них внешностью. Они постоянно анализировали свой внешний вид, старались его

«изменить», «улучшить» (конный спорт, художественная гимнастика, плавание и т. д.). Интенсивные занятия спортом по существу становились началом «коррекции» недостатка внешности.

Через 1/2—2 года с момента возникновения мыслей об излишней полноте появлялось стремление к похуданию с помощью еще более активного метода — самоограничения в еде.

Начальный этап синдрома представлял собой определенную систему пищевого поведения, сознательно направленного на коррекцию имеющегося «недостатка» (отказ от еды, прием гормональных, анорексигенных, слабительных средств, интенсивные физические упражнения и т. д.). Многие больные испытывали сильный голод, постоянно думали или говорили о еде. Дома они часами готовили пищу, наслаждаясь ее запахом и видом. Часто голод заставлял больных нарушать установленную диету, они съедали много пищи, хотя волновались при мысли, что могут поправиться, и снова начинали ограничивать себя в еде или отказываться от нее. Подобное поведение через 1—2 года приводило к значительному похуданию с соматоэндокринными нарушениями (гипотермия, брадикардия, аменорея, акроцианоз, трофические расстройства и т. д.).

Помимо описанной симптоматики, у больных все большее место начинали занимать психопатоподобные, с преобладанием эксплозивности, явления (раздражительность, злобность, капризность). При уговорах поесть больные грубили, кричали, требовали оставить их в покое.

Наряду с убежденностью в чрезмерной полноте у больных появлялись или усиливались идеи физического недостатка другой тематики («уродующие веснушки», «широкий нос» и т. д.). Таким образом, у одних больных, как уже описывалось, дисморфоманические идеи иной тематики предшествовали возникновению синдрома нервной анорексии, а у других — присоединялись к нему на более отдаленном этапе. Больные стремились устранить и эти «дефекты» внешности употреблением косметических средств, лекарственных препаратов. Они придумывали собственные, далеко не безразличные для здоровья методы «коррекции» (прижигание веснушек раствором йода и т. д.).

Кроме того, синдром дисморфофобии усложнялся явлениями навязчивости и довольно выраженными деперсонализационно-дереализационными расстройствами. Больным казалось, что они «изменились», «не воспринимают мир в прежних красках», их «никто не понимает». Несколько позднее (ко второму году болезни) присоединились сенестопатически-ипохондрические расстройства. Больные фиксировали внимание на работе желудочно-кишечного тракта, жаловались на отрыжку, запоры, горечь во рту, ощущение тяжести в желудке после еды. Они добивались ежедневного стула, при отсутствии которого становились вялыми, подавленными, раздражительными.

Таким образом, клиническая картина болезни характеризовалась известным полиморфизмом с преимущественным преобладанием неврозоподобной симптоматики. Ведущим в клинической картине по-прежнему оставался синдром дисморфомании и нервной анорексии, нередко маскирующий иную психопатологическую симптоматику. Этому немало способствовала склонность больных скрывать свои переживания, из-за чего возникали значительные диагностические трудности. Наряду с этим отмечалось нарастание дефицитарной симптоматики в виде некоторого охлаждения к близким, сужения круга интересов с псевдоактивностью, диссоциации поведения. Последнее заключалось в том, что больные, стремящиеся сделать свою фигуру «изящной», уделяли

недостаточное внимание туалету, были неряшливы, неаккуратны, иногда носили грязную одежду.

По мере нарастания шизофренического дефекта (эмоционально-волевые нарушения, снижение психической активности и т. д.) синдром нервной анорексии претерпевал определенную динамику. Так, отказ от еды с целью похудения относительно быстро сменялся искусственной рвотой. Это пищевое поведение имело совершенно особый характер, свойственный только синдрому процессуального генеза.

Вначале искусственная рвота была связана с булимическими приступами: после обильной еды (вследствие сильного голода) возникали неприятное чувство переполнения желудка, ощущение инородности пищи и стремление освободиться от нее. Кроме того, после еды появлялось беспокойство по поводу возможности поправиться.

Для убеждения в полном опорожнении желудка больные тщательно сравнивали количество съеденной пищи и рвотных масс. У них отсутствовало неприязненное отношение к булимии и рвоте, к которой они прибегали все чаще.

С появлением искусственно вызываемой рвоты начиналось прогрессивное похудание. Больные достигали тяжелой кахексии, что сопровождалось резкой астенией. /На этом этапе дисморфоманические переживания заметно ослабевали или реже становились бредовыми. Значительно истощенные больные по-прежнему считали себя полными, убеждали других в том, что на них «висят складки жира», постоянно ощупывали себя, массировали лицо, живот. Другие больные, в противоположность описанным, имели своеобразную амбивалентность в отношении к собственной внешности: при понимании своей «безобразной» худобы они все же не хотели поправляться.

•После значительного похудения больные не прекращали вызывать рвоту, но ее «назначение» становилось другим. Если на начальных этапах рвота была способом похудения, то в дальнейшем она постепенно теряла связь с дисморфоманией и начинала существовать самостоятельно, в виде так называемого рвотного поведения. Вызывая рвоту, больные получали известное удовольствие в виде легкого «опьянения» или «приятной усталости». «Рвотная процедура» обычно растягивалась на несколько часов из-за специального предварительного употребления большого количества пищи (ведро борща, смеси из муки и воды и т. д.) или многократно чередовались еда и искусственная рвота. Рвота, как правило, завершалась промыванием желудка большим количеством воды, иногда с помощью зонда. Вкус пищи часто не имел никакого значения. У всех больных отсутствовали брезгливость и отвращение к рвоте. Несмотря на конфликты в семье, они не старались убрать рвотные массы, напротив, оставляли их в пакетах, банках, хранили в холодильнике. В некоторых случаях желание вызвать рвоту возникало остро, причем сопровождалось возбуждением, двигательным беспокойством, тревогой, по сути носило компульсивный характер. Во время приступа булимии больные похищали продукты в магазинах, у соседей. Ряд больных привлекались к судебной ответственности преимущественно в связи с кражами.

При попытках родственников, медицинского персонала помешать «рвотной процедуре» больные становились злобными, агрессивными. Полностью поглощенные своим занятием, они иногда вызывали рвоту при посторонних, никого не замечали вокруг себя и успокаивались только после «процедуры». Нередко больные тяготились этим, заявляли, что влечение к рвоте «превращает их жизнь в пытку», но в то же время были не в состоянии изменить свое отношение к пище. Здесь, по-видимому, речь шла о своеобразных ритуалах, снимающих у больных на короткое время тревогу и

беспокойство. В других случаях рвота носила характер патологического влечения без какого-либо стремления бороться с ней. После рвоты наступало приятное чувство телесной «легкости», «состояние опьянения», «экстаза». Эти больные с напряжением ожидали благоприятного момента для вызывания рвоты, — а при невозможности ее осуществить становились подавленными, раздражительными. Больная Д., отмечая сильное желание вызвать рвоту, говорила об этом так: «Меня давно бы не было в живых, я сошла бы с ума от напряжения, если не вызывала рвоту». Больная Г., также утверждавшая, что не способна обойтись без рвоты, называла свою болезнь «наркоманией». Это патологическое пищевое поведение постепенно приобретает характер самостоятельного психопатологического расстройства (напряженное ожидание, тревога, беспокойство при невозможности вызвать рвоту, чувство удовлетворения при ее вызывании, булимия), утрачивающего связь с дисморфоманией. Подобное извращенное пищевое поведение можно рассматривать как одну из разновидностей патологии влечения.

Обращали на себя внимание особые вычурные трактовки «рвотного поведения». По мнению больной У., у нее после рвоты (которую она называла «рефлексом») появляется ощущение, что она «промыла каждую складочку желудка», «стала очищенной», «как будто снова родилась». Эта же больная говорила, что у нее наступает приятное ощущение «прилипания желудка к позвоночнику». Сестры Г. поясняли, что это не рвота, а «срыгивание», его причиной они считали «нарушенный обмен веществ», «неправильную деятельность кишечника». Многие больные скрывали свое истинное отношение к пище. Застигнутые при вызывании рвоты, они невозмутимо отрицали это.

Следует подчеркнуть, что в ряде случаев рвота не сопровождалась вегетативными реакциями и наступала при нажиме на живот, повороте головы в сторону, резком наклоне туловища.

Особенности пищевого поведения другой половины больных сводились к причудам в питании, избирательности в еде. Некоторые больные различали качество и «усвоение» употребляемой пищи в зависимости от вкуса рвотных масс («кислые», «горькие»). Как уже отмечалось выше, иногда в основе ипохондрических переживаний лежали бредовые идеи, связанные с пищевым поведением.

У ряда больных не было искусственно вызываемых рвот, но способы похудения также становились все более причудливыми. Одни употребляли холодную пищу, что, по их убеждению, «препятствует усвоению питательных веществ и переходу в жир». Другие, преследуя ту же цель, после еды проделывали ряд упражнений (подпрыгивание, втягивание живота, массаж лица и т. д.). В дальнейшем эти вычурные, нелепые способы похудения (аналогично рвоте) «отрывались» от дисморфоманических идей и приближались к ритуалам.

Таким образом, по мере нарастания шизофренического дефекта пищевое поведение больных менялось: появлялись грубые, причудливые способы похудения, а в дальнейшем (через 4—8 лет после начала заболевания) полностью утрачивалась связь патологического пищевого поведения с дисморфоманическими переживаниями, такое поведение становилось самостоятельным психопатологическим расстройством, не поддающимся четкой квалификации.

Наряду с описанной динамикой синдрома нервной анорексии у больных большее звучание приобретали сенестопатически-ипохондрические переживания. Сенестопатии приближались к висцеральным галлюцинациям (тело «наполняется» после еды,

«стягивается жиром» и т. д.), а ипохондрические идеи были бредовыми, подчас довольно нелепыми. В отдельных случаях в основе ипохондрических переживаний лежали бредовые идеи, связанные с пищевым поведением («рвота наступает из-за болезненных ферментов», «от переживаний пища сгорает уже впустую» и т. д.).

Если на более ранних этапах болезни содержание навязчивостей было связано с дисморфоманией и пищевым поведением, то в дальнейшем эта связь утрачивалась. На стадии кахексии появлялся навязчивый счет, мытье рук.

У значительного числа больных отмечались аффективные расстройства, преимущественно в виде вялой депрессии. Усиление депрессии, как правило, сопровождалось и утяжелением патологического пищевого поведения. Однако у ряда больных в период выраженной депрессии повышалась масса тела, что было обусловлено снижением активности патологического пищевого поведения. Выраженные психопатоподобные расстройства во время болезни также претерпевали определенные изменения, становясь все более грубыми и демонстративными. Больные превращались в настоящих тиранов в семье, все подчиняли своему влиянию, были эксплозивны, требовательны.

Вследствие все большего влияния пищевого патологического поведения (влечение к рвоте, отсутствие желания бороться с ней и т. д.) у больных снижалась трудоспособность. Они не могли учиться или работать, все время посвящали приготовлению пищи, поедали ее и вызывали рвоту. У больных с другими формами пищевого поведения сохранялась трудоспособность, но они были недостаточно активны, избирательно общительны, у них сужался круг интересов. Часть больных с трудом усваивали программу обучения, дублировали курс.

В последующем клиническая картина болезни менялась очень мало. Ведущими в ней по-прежнему оставались особенности пищевого поведения, по мере углубления шизофренического дефекта в виде чрезвычайно вычурных форм отношения к еде, а также навязчивости, сенестопатически-ипохондрическая, психопатоподобная и аффективная симптоматика. При значительном истощении больных госпитализировали.

В процессе болезни нарастали изменения личности, свойственные шизофреническому процессу. Больные отличались замкнутостью, малой общительностью, утратой прежних интересов, эмоциональной холодностью, снижением продуктивности. Обращала на себя внимание характерная диссоциация поведения: при упорном нежелании поправляться «с целью сохранить фигуру» больные не следили за собой, носили старую одежду, подолгу не меняли белье.

Важно отметить особенности дефекта у больных с описанным выше пищевым поведением. К ним относятся изменения мышления в виде склонности к патологической обстоятельности, вязкости, детализации. Речь больных изобиловала уменьшительно-ласкательными суффиксами. Имелась аффективная неустойчивость с легко возникающими вспышками раздражения, слезливостью. Можно предполагать, что подобные черты были результатом нарушений центральной нервной системы в связи с длительной недостаточностью питания (гипогликемия, дефицит белка, обменные расстройства). Эти особенности структуры дефекта, выявляемые клинически, подтверждались также экспериментально-психологическими исследованиями (нарушения мышления в виде искажения процесса обобщения и снижения его уровня, особенно выраженные при длительном сроке заболевания).

Некоторые больные, часто вызывавшие рвоту, стойко утрачивали трудоспособность. Они редко выходили из дома, были безынициативны, по сути дела не испытывали потребности в общении с людьми. Их интересы в основном сводились к приготовлению пищи, к еде и вызыванию рвоты. В поведении обращали на себя внимание черствость, отсутствие сердечности и теплоты к родителям, грубость, эгоцентризм.

Часть больных работали или учились. Среди работающих половина имели высшее образование, около трети больных выполняли малоквалифицированную работу. У этих больных отмечались известное эмоциональное огрубение, тенденция к аутизму, склонность к особым увлечениям.

Фон настроения в большинстве случаев был снижен, причем отмечались суточные колебания настроения (утром больные чувствовали себя значительно хуже, чем вечером).

При соматическом обследовании обнаруживались выраженные и стойкие соматоэндокринные нарушения (физическое истощение, брадикардия, трофические расстройства, аменорея, дистрофия миокарда и т. д.). У ряда больных определялась патология желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит и т. д.).

При неврологическом обследовании отмечались вазовегетативные расстройства (гипергидроз, лабильность пульса, стойкий красный дермографизм), асимметрия глазных щелей, анизорефлексия.

ЭЭГ: в основном диффузные изменения электрической активности мозга.

Таким образом, шизофрения, дебютировавшая нервной анорексией, имела непрерывное течение и исчерпывалась симптоматикой «верхних регистров» [Снежневский А. В., 1960]. Ведущими в клинической картине были особенности пищевого поведения, навязчивости, сенестопатически-ипохондрические переживания (нередко бредового содержания), выраженные психопатоподобные нарушения, аффективные расстройства с преобладанием вялой депрессии, а также изменения личности, свойственные больным шизофренией.

Собственно синдром нервной анорексии в рамках шизофренического процесса имел достаточно характерную динамику. По мере нарастания негативных черт он постепенно редуцировался до выхолащенных форм патологического пищевого поведения и, оставаясь стержневым на всем протяжении болезни, поэтапно сочетался с рядом других психопатологических расстройств.

Заболевание было относительно умеренно прогрессивным, с постепенным нарастанием дефекта. В структуре дефекта отмечались и черты органичности, что, по-видимому, было связано с длительным голоданием. Многие больные, не обнаруживая выраженного шизофренического дефекта, почти полностью утрачивали трудоспособность в связи с патологией пищевого поведения.

Прогноз вялотекущего шизофренического процесса с синдромом нервной анорексии, как показали многолетние исследования, в значительной степени определялся инициальным этапом болезни.

Прогностически более благоприятным был вариант начала шизофренического процесса с аффективной симптоматикой. В структуре медленно развивающейся депрессии формировалась политематическая дисморфомания, включая бредовые идеи чрезмерной полноты. Идеи отношения были представлены весьма рудиментарно. Способы похудания

ограничивались преимущественно жесткой диетой и физическими упражнениями. В динамике синдрома не формировалось, как правило, особого пищевого поведения. Сам синдром значительно редуцировался через несколько лет. Заболевание протекало с аффективными колебаниями. Дефицитарная симптоматика нарастала сравнительно медленно. Больные сохраняли трудоспособность.

Менее благоприятным прогноз был как в отношении динамики синдрома, так и в течении шизофрении в целом при начале шизофренического процесса с «личностного сдвига», нередко у преморбидно «образцовых детей». Этот вариант встречался значительно чаще. Синдром нервной анорексии, сочетаясь с полиморфной невротической симптоматикой, редуцировался до выхолощенных форм пищевого поведения, описанного выше. Дефицитарная симптоматика была более выраженной и нарастала несколько интенсивнее. Особое пищевое поведение, как уже отмечалось, в значительной степени обуславливало социально-трудовую дезадаптацию больных. Для иллюстрации изложенного приведем наблюдение.

Наблюдение 8. Больная У., 18 лет, масса тела 52 кг, рост 168 см. Отец по характеру вспыльчивый, неуравновешенный. Несколько лет назад перенес инфаркт миокарда, в связи с этим постоянно наблюдается у врачей, тщательно выполняет их рекомендации, периодически соблюдает диету. Мать тревожная, беспокойная, впечатлительная, обнаруживает черты психического инфантилизма, недостаточно критически оценивает состояние дочери. У больной есть старшая сестра.

Раннее развитие больной протекало нормально. В анамнезе корь в легкой форме, частые ангины, простудные заболевания. В течение последних лет страдает вазомоторным ринитом.

С детства была упрямой, капризной, малообщительной. В детском саду больше любила играть одна, при замечаниях обижалась, плакала. Была очень ранимой, впечатлительной, не выносила грубостей. К старшей сестре была привязана, всегда перенимала ее привычки. В школу пошла в 7 /а лет, училась легко, была усидчивой. В жизни класса не участвовала, общалась избирательно. В 4-м классе быстро выросла, стала выше сверстников, болезненно стеснялась своего «длинного роста». В 5-м классе стала считать, что у нее «слишком бледное лицо», в связи с чем прибегала к косметике. Менструации с 11 лет. С 5—6-го класса эпизодически возникало беспокойство в связи с мыслью о чрезмерной полноте (в это время масса тела 66 кг при росте 166 см). В этот же период увлекалась художественной литературой, неоднократно выступала на конкурсе чтецов. Кроме того, уделяла много внимания изучению иностранного языка, занималась художественной гимнастикой, по-прежнему оставалась малообщительной, неразговорчивой. Считала себя более развитой в интеллектуальном отношении по сравнению со сверстниками, стремилась в среду старших по возрасту, которые, по ее мнению, могли лучше понять ее «жизненные запросы». Постоянно анализировала собственные поступки, рассуждала о цели и смысле жизни. В 7-м классе несколько пополнила (при росте 166 см масса тела 68 кг). С этого времени стала еще больше обращать внимание на свою внешность, казалась себе чрезмерно полной. Следила за отношением окружающих к ее «полной» фигуре, в разговоре посторонних улавливала «подтекст», имеющий отношение к ее внешности.

Так, из слов матери о том, что дочь служит ей во всем опорой, поняла, что мать намекает на ее «грузную» фигуру. Перестала ходить на уроки физкультуры, раздеваться на пляже, особенно при мужчинах. Снизилось настроение, плакала, избегала общения с одноклассниками, часто смотрела на себя в зеркало, со слезами на глазах спрашивала у

матери, действительно ли она полная. С 14 лет с целью похудения начала постепенно ограничивать себя в еде и исключала первые блюда, мучные изделия, жиры. В связи с мучительным голодом часто нарушала свою диету, тайком много ела, но нередко после этого испытывала неприятное чувство тяжести в желудке, «подташнивание». Волновалась при мысли о том, что снова поправится; при таком пищевом режиме похудела в течение года всего лишь на 2 кг. Вскоре начала вызывать рвоту после еды. Перед этим в течение дня ничего не ела, испытывала сильный голод. После занятий с жадностью набрасывалась на еду, съедала много, а затем вызывала рвоту. К рвоте, как надежному способу похудения, прибегала все чаще. Через несколько месяцев похудела до 59 кг, наступила аменорея. В это время по собственной просьбе была госпитализирована в терапевтическое отделение, где патологии не обнаружили. Несмотря на опасение за свое здоровье и желание лечиться в больнице, продолжала соблюдать диету. Вернувшись к занятиям после каникул, была довольна тем, что произвела в классе впечатление похудевшей.

Вызывала рвоту ежедневно, при этом стало появляться «приятное удовлетворение с наслаждением и легкостью в теле». В течение дня напряженно ждала возможности произвести «рвотную процедуру», «без конца мучили параллельные мысли о еде и рвоте». На уроках не могла сосредоточиться, преподавателей почти не слушала. Резко снизилась успеваемость. Раздражали «шум и веселье» сверстников. После школы обычно одна спешила домой или в магазин, где на скопленные деньги покупала много продуктов, поела их по дороге, а затем дома или в> уличном туалете тайком вызывала рвоту. Родителям, застававшим ее в момент вызывания рвоты, объясняла это желудочными болями. В дальнейшем стала вызывать рвоту при родителях, требовала не мешать ей, озлобляясь при попытке воспрепятствовать ей. В это время с жадностью поглощала громадное количество пищи (4 л супа, булки и т. д.), запивала водой, а затем «легким движением желудка» производила рвоту.

Добиваясь полного опорожнения желудка от пищи (количество съеденной пищи и рвотных масс тщательно сравнивала), больная неоднократно промывала его для продления удовольствия, «приятной физической усталости», с которой наступало общее «успокоение». В мае 1972 г. масса тела была 54 кг. Появились вялость, утомляемость, нарушился сон. Стала плаксивой, раздражительной, не могла учиться, жаловалась на болезненную привязанность к рвоте, которая превратилась в «единственное содержание жизни».

В возрасте 16 лет была стационарирована в психиатрическую больницу. При поступлении: пониженного питания (масса тела 54 кг при росте 168 см). Патологии внутренних органов не отмечалось. Неврологический статус — без особенностей.

К госпитализации отнеслась равнодушно. Фон настроения был пониженным. Жаловалась на «неудовлетворенность жизнью», потерю прежних интересов, ощущение, что она «ее такая, как все». О переживаниях, связанных с питанием, говорила легко. Не скрывала рвоты, объясняла, что не способна обойтись без этого. Обращали на себя внимание психопатоподобные расстройства в виде театральности, демонстративное™, повышенной требовательности, капризности. С больными и персоналом вступала в конфликты, считала, что они «ущемляют» ее интересы.

После лечения (аминазин, напотон, рациональное питание и т. д.) выписана без улучшения. Постоянно беспокоили мысли о еде, казалось, что принимает «чужеродную» для организма пищу. После еды сразу же вызывала рвоту. По утрам была подавлена, чувствовала разбитость, с трудом вставала с постели. В школе постоянно мучили голод и

мысли о еде. Почти ничем не интересовалась, не могла заниматься, «вся жизнь отошла на задний план».

В 17 лет вновь поступила в психиатрическую больницу. В отделении была раздражительной, требовательной, неряшливой. После еды вызывала рвоту. Нередко похищала чужие продукты, на замечания бурно реагировала слезами. К концу лечения (гипогликемические дозы инсулина, трифтазин, аминазин) уменьшились психопатоподобные проявления, однако больная по-прежнему вызывала рвоту, заявляя, что при воздержании от рвоты мысли о ней усиливаются еще больше. В стационаре у больной иногда также возникало острое желание вызвать рвоту. При этом больная становилась возбужденной, поела чужие продукты, стремясь как можно скорее произвести «рвотную процедуру». Поглоченная этим, она никого не замечала, при вмешательстве персонала становилась агрессивной, злобной.

Была выписана без улучшения; пыталась продолжить учебу. По-прежнему ежедневно вызывала рвоту. Вскоре значительно похудела и вновь была госпитализирована в ту же больницу.

При поступлении пониженного питания (масса тела 51,5 кг при росте 168 см). В отделении демонстративна, театральна; разговаривая с врачом, заламывала руки, заявляла, что желание «съесть и вырвать непреодолимо». Была плаксива, не верила в возможность выздоровления. В процессе лечения (стелазин, тизерцин) стала спокойнее, ела нормально, рвоту «е вызывала. Была выписана) 29.12.73 г. с диагнозом: вялотекущая шизофрения.

В дальнейшем состояние стало быстро ухудшаться в связи с прежним пищевым поведением, и 29.01.74 г. больная поступила в психиатрическую больницу. В отделении была вялой, астенизированной, бездеятельной, малообщительной. Стала раздражительной и злобной, поскольку под строгим наблюдением персонала лишилась возможности производить рвоту, на коленях просила отца забрать ее домой. После лечения инсулином (в коматозных дозах) была выписана 18.04.74 г. в удовлетворительном состоянии. По настоянию матери стала учиться в школе рабочей молодежи. Оставалась малообщительной, имелись немотивированные колебания настроения. Нередко прибегала к рвоте для того, чтобы «разрядить тоску». К лету значительно похудела. В этот период стало возникать чувство неестественности как своего поведения, так и поведения окружающих. Все казалось нереальным, не понимала «для чего все делает», «к чему все события». Напряженно «комментировала» собственные действия, события и поступки людей. Стремилась зафиксировать все, что «происходило рядом с ней». Ей казалось, что «она не живет обычной жизнью, а как будто играет и все делает для кого-то». Иногда возникало ощущение, что она «растворяется» в окружающем, «перестает существовать». В это время возникали тревога, боязнь за себя. После еды это чувство исчезало, и больная снова «становилась сама собой». Позднее (на фоне значительного истощения) появилось навязчивое желание считать букву «а» в словах, делать на нее ударение. В этот период была особенно раздражительной, искала выхода из своего состояния. Появились мысли «броситься с балкона».

26.07.74 г. поступила в психиатрическую больницу после суицидальной попытки (приняла много аминазина). В больнице настроение было сниженным, изредка задумывалась, устремляла взгляд в одну точку. Охотно рассказывала о своих переживаниях. В поведении обнаруживала манерность. Суицидальные мысли отрицала. Первое время после обеда возбуждалась, плакала, кричала, куда-то стремилась. Заявляла, что ее «неотступно преследует» буква «а», требовала выписки, утверждала, что к ней плохо относятся,

отбирают вещи. Позже успокоилась, перестала высказывать жалобы. В отделении больная много лежала, была вялой, малообщительной, пассивной, иногда читала.

Последний раз госпитализировалась в августе 1974 г. (18 лет). Соматический статус: масса тела 52 кг. при росте 168 см. Внутренние органы без патологии.

В неврологическом статусе знаков органического поражения центральной нервной системы нет.

Психическое состояние: охотно вступала в контакт, обстоятельно рассказывала о своем состоянии. Говорила быстро, монотонным голосом. Заявляла, что она очень мучается и не верит в выздоровление. Довольно легко рассказывала о своем отношении к еде. Утверждала, что голова постоянно занята мыслью о рвоте. Ей «чего-то не хватает», если не вызовет рвоту, при этом она мучается, появляются беспокойство, тревога, кошмарные сновидения, ощущение внутреннего напряжения, которое после рвоты проходит. Рвота превратилась для нее в «рефлекс», избавиться от которого невозможно. После нее появляется чувство, что «промыла каждую складочку желудка», «стала очищенной», «как будто снова родилась». К своему состоянию не обнаруживала достаточной критики, не старалась изменить отношение к пище. Малоактивна, вяла, необщительна, круг интересов сужен, эмоционально снижена.

Данные ЭЭГ: умеренное нарушение электрической активности головного мозга, состоящее в ослаблении реактивности на функциональные пробы и в активации очага патологической медленноволновой активности.

Данные экспериментально-психологического обследования: больная к обследованию относится несколько негативно, ряд заданий отказывается выполнять. Отказ ничем не мотивирует. Помощь экспериментатора использует очень мало, ошибки не исправляет. Объем непосредственной и опосредованной памяти в пределах нормы. При опосредовании понятий больная подбирает в основном конкретные, часто личностные образы. Рисунки в ряде случаев псевдоабстрактные. Опосредование конкретных понятий вызывает трудности.

Больной доступны простые обобщения, сложные обобщения делает с ошибками, в основе которых лежит актуализация конкретных признаков понятий.

В 1983 г. больная обращалась с просьбой помочь ей восстановить менструации и направить на пластическую операцию молочных желез. Сообщила, что продолжает периодически вызывать рвоту, дважды привлекалась к ответственности за хищение продуктов в магазине, выплачивала штраф. Работает дома портнихой. Высоко оценивает свои профессиональные способности. Крайне инфантильна, манерна. Одеты модно, со вкусом. О матери и сестре говорит холодно, контактирует с ними формально. В 1985 г. вышла замуж, забеременела.

В данном случае заболевание развилось у личности с преимущественно шизоидными чертами характера. Обращает на себя внимание довольно раннее появление политематической дисморфофобии, в том числе в 12 лет— мыслей о собственной полноте. Наряду с политематической дисморфоманией у больной имелись явления, близкие к метафизической интоксикации (поиски смысла жизни, стремление к гармоничному развитию и т. д.).

В пубертатном периоде в связи с небольшим прибавлением массы тела усилилось недовольство собственной внешностью, появились идеи отношения, подавленное настроение, т. е. развился синдром дисморфофобии. В этот же период с целью похудения больная начала ограничивать себя в еде. Иными словами, формировался первый этап синдрома нервной анорексии.

Однако отказ от еды очень быстро сменился стремлением к искусственно вызываемой рвоте. На этом этапе в клинической картине заболевания большое место занимали вторичные соматоэндокринные нарушения. В дальнейшем рвота как средство похудения утрачивала связь с дисморфоманией.

Очень характерным было сочетание синдрома нервной анорексии с такими расстройствами, как деперсонализация, навязчивости, ипохондрические, аффективные, психопатоподобные нарушения. Они становились все более грубыми, однообразными, а ипохондрические идеи были бредовыми.

В процессе болезни все более отчетливой становилась негативная симптоматика (склонность к аутизации, диссоциация поведения, вялость, сужение круга интересов). Несмотря на небольшую глубину шизофренического дефекта, у больной была стойко утрачена трудоспособность, преимущественно в связи с особым пищевым поведением.

Таким образом, у данной больной имеется шизофренический процесс с непрерывным течением и относительно умеренной прогрессивностью, клиническая картина которого исчерпывается симптоматикой «верхних регистров».

Собственно синдром нервной анорексии претерпевает типичную для шизофрении динамику и, полностью утратив связь с дисморфоманией, становится стержневым.

Нервная анорексия при приступообразно-прогредиентной шизофрении

У этих больных начало шизофренического процесса приходилось на пубертатный, реже — детский возраст.

Заболевание обычно начиналось с появления политематической дисморфомании, аффективных колебаний, навязчивостей. Кроме того, возникала склонность к патологическому фантазированию, самоанализу, бесплодным рассуждениям о смысле жизни; нарастала замкнутость, появлялась отгороженность от окружающих. Часто имела место деперсонализация с чувством утраты собственного «я», невозможностью контактировать с людьми.

Следует особо подчеркнуть, что мысли об излишней полноте у больных возникали в раннем пубертатном возрасте (11—12 лет). Идеи избыточной полноты были либо сверхценными, либо бредовыми, идеи отношения отличались большей выраженностью, больные ограничивали контакты с окружающими людьми, «ловили» на себе недоброжелательные, осуждающие взгляды. Настроение, как правило, было подавленным; довольно быстро возникало стремление к «коррекции» внешности. Обычно на начальном этапе больные отказывались от еды. С этого времени можно было говорить о развитии синдрома нервной анорексии.

Следовательно, в отличие от больных с непрерывным течением шизофрении, у которых болезнь дебютировала нервной анорексией, у данной группы больных этот синдром развивался на фоне уже текущего шизофренического процесса при наличии нерезко выраженной дефицитарной симптоматики.

Динамика синдрома нервной анорексии у этих больных была подобно таковой у больных с непрерывным течением шизофренического процесса: отказ от еды сменялся другими формами пищевого поведения (искусственная рвота и т. д.). Однако эта динамика была более ускоренной, что, вероятно, объяснялось более выраженными, шизофреническими изменениями личности. Возникающие вторичные соматоэндокринные нарушения почти у всех исследуемых не были массивными (как у больных с непрерывной шизофренией), и поэтому на этом этапе больные, как правило, не госпитализировались. К указанным расстройствам присоединялись ипохондрические переживания (нередко бредового содержания), аффективные расстройства. Последние становились все более выраженными, при этом преобладала вялая депрессия. На стадии соматоэндокринных нарушений все большее звучание приобретали психопатоподобные нарушения (явления эксплозивности и т. д.).

Таким образом, в этот период шизофренический процесс исчерпывался преимущественно неврозо- и психопатоподобной симптоматикой, но ведущее место занимал синдром нервной анорексии. На этом фоне (через 2—5 лет после начала заболевания) возникали острые аффективные или аффективно-бредовые приступы.

Особенно существенно, что в период острых приступов синдром нервной анорексии полностью исчезал, но тематика бреда включала переживания, связанные с пищевым поведением («голос запрещает вызывать рвоту» и т. д.).

После купирования приступа синдром нервной анорексии вновь возникал в ремиссии, хотя уже в более редуцированном виде. В дальнейшем он становился все менее выраженным и полностью исчезал.

К моменту катamnестического исследования (срок катamnеза 28 лет) клиническая картина определялась выраженными аффективными колебаниями, ипохондрическими, психопатоподобными расстройствами.

У части больных в связи с преобладанием стойких аффективных расстройств в виде вялой депрессии клиническая картина ремиссии была ближе к тимопатической [Жариков Н. М., 1961].

Отмечавшиеся в ряде случаев сенестопатически-ипохондрические переживания были преимущественно бредовыми. Эти больные, выражая опасения перед последствиями рвоты, заявляли, что у них «опустилась матка», «желудок перестал переваривать пищу». Сенестопатические расстройства сводились к неприятным ощущениям «скованности жиром», «наполнения» определенных частей тела сразу после еды. Больные жаловались на затруднения при дыхании в связи с чувством давления «жира на грудь», неловкость при ходьбе «из-за тяжелых ног».

Наряду с этим у больных отмечались психопатоподобные расстройства (с преобладанием черт истеричности или эксплозивности), но менее выраженные по сравнению с таковыми у больных с непрерывнотекущим шизофреническим процессом.

Синдром нервной анорексии (в период катamnеза) редуцировался, выражаясь лишь в искусственно вызываемой рвоте, а у части больных он полностью отсутствовал.

У всех больных обнаруживались довольно выраженные черты шизофренического дефекта (эмоциональное огрубение, склонность к резонерству, снижение активности, продуктивности, сужение круга интересов, малая общительность и т. д.). Обращало на себя внимание отсутствие в структуре дефекта черт органичности. Важно подчеркнуть, что даже при избыточной массе тела у 4 больных стремления к «коррекции» внешности не было. Это больные объясняли отсутствием «прежней силы воли», «энергии». Отрывочные высказывания, касавшиеся отрицательной оценки своей внешности, были лишены эмоциональной окраски («не нравятся крутые бока», «не те пропорции», «нескладная фигура» и т. д.).

Важно подчеркнуть, что в тех наблюдениях, где синдром нервной анорексии полностью исчезал, несмотря на выраженность дефекта, трудоспособность сохранялась, больные были лучше социально адаптированы. Эти больные работали, часть из них имели высшее образование. У больных с так называемым рвотным поведением наступала социально-трудовая дезадаптация.

Наблюдение 9. Больная Г., 25 лет, педагог музыкальной школы.

Мать несколько странная, подозрительная, раздражительная. В молодости ей казалось, что у нее «толстая» нижняя губа, поэтому при посторонних людях старалась ее закусывать. Отец вспыльчивый, неуравновешенный.

Раннее развитие больной нормальное. В анамнезе корь, скарлатина, ветряная оспа, воспаление легких. В детстве испытывала страхи по ночам, боялась темноты. По характеру была очень обидчивой, ранимой. Отца не любила за его грубость и

недостаточно чуткое отношение. Имела сестру, с которой не ладила, ревностно относилась к тому, что мать больше внимания уделяла младшей дочери. Росла «букой», хмурым, необщительным, малоподвижным ребенком. С детства избегала посещать общественные места. Временами возникало чувство, что на нее обращают внимание посторонние люди, проявляют к ней интерес «в упор». По этой причине было желание «спрятаться» от людей, «уйти в себя». В детский коллектив не тянуло. Любила в основном играть в куклы, при этом «до страсти хотела, чтобы они ожили», согревала их на батарее отопления, разговаривала с ними, как с живыми. С 7 лет начала учиться в общеобразовательной и музыкальной школах. Училась посредственно, но с увлечением рисовала, много читала. Отмечались колебания настроения с довольно быстрыми переходами от замкнутости и угрюмости к веселости и повышенной разговорчивости.

В 10-летнем возрасте стала обращать внимание на свою внешность, была недовольна ею, считала себя полной (объективно была среднего питания). В связи с этим эпизодически старалась есть меньше или вообще отказывалась от еды. Наряду с недовольством полнотой беспокоила мысль, что у нее «великовата голова». При всем внимании к своей внешности была несколько неряшлива, неаккуратна. В 13 лет, с появлением менструаций, пополнела, после чего больную стала еще больше волновать внешность (беспокоили «широкие бедра»). Отец часто высмеивал ее, называл тяжелой и неповоротливой, заставлял заниматься спортом. Насмешки отца тяжело ранили. С этого времени стала еще более замкнутой, молчаливой, часто уединялась, много читала. Появились бесплодные рассуждения о смысле жизни, стремление почерпнуть из книг все необходимое для того, чтобы стать на путь «идеального существования», а также желание «улучшить» свою внешность.

Без конца смотрела в зеркало, все больше убеждаясь, что она чрезмерно полная. Считая себя внешне хуже других, была убеждена в том, что «интеллектуально стоит выше» своих сверстников, «не способных понять ее требования к жизни». По утрам настроение снижалось, была вялой, не хотела идти на занятия. В связи с мыслями о чрезмерной полноте с 14—15 лет стала упорно ограничивать себя в еде, мучительно борясь с голодом. Иногда не могла устоять против желания поесть и тогда съедала сразу много, после чего расстраивалась, упрекала себя в «безволии». С этого времени стала вызывать рвоту после еды. Вначале это делала по одному разу в 2—3 дня, а через несколько месяцев — почти ежедневно. Съедая много пищи, стала испытывать чувство «напряженного удовольствия перед актом будущей рвоты», после которой наступало значительное «облегчение», «успокоение». Нередко больная сравнивала количество съеденной пищи и рвотных масс, которые оставляла в банках, и получала удовлетворение, рассматривая их.

Испытывая «наслаждение» в процессе «рвотных процедур», больная в то же время корила себя за это, считала, что поступает ненормально, вредит своему здоровью, тщетно пыталась прекратить вызывать рвоту. В 16-летнем возрасте значительно похудела, прекратились менструации, периодически возникали отеки, появилась вялость, подавленность. Больной казалось, что она «изменилась», «как бы отупела». С трудом вставала по утрам, все делала через силу, не было желания учиться, не могла сосредоточиться, с трудом усваивала учебный материал. В связи с описанными явлениями больная взяла академический отпуск (к этому времени училась только в музыкальной школе). В отпуске ничем не занималась, много лежала, никуда не выходила, не заботилась о своей внешности, ничего не предпринимала для похудения, ела нормально, пополнела.

Через год вернулась к учебе, стала чувствовать себя лучше, уменьшилась вялость. Снова начала соблюдать диету, так как считала, что она «безобразно полная и этим вызывает антипатию окружающих». Рвоту старалась вызывать редко. По-прежнему была

малообщительной, с удовольствием занималась музыкой, которую «остро» чувствовала, «воспринимала с избытком сентиментальности». После окончания музыкальной школы (21 год) больная работала в мюзик-холле. В связи с частыми поездками и отсутствием соответствующих условий была вынуждена прекратить вызывать рвоту. С большим трудом старалась не переедать и тем самым предотвращала желание вызвать рвоту.

Через год поступила в институт им. Гнесиных на заочное отделение и одновременно работала альтисткой. Познакомилась с молодым человеком, была с ним в близких отношениях, надеялась выйти за него замуж. Переживала, что он женился на другой, однако сохранила к нему хорошее отношение.

В январе 1973 г. родила сына. До родов и в период беременности испытывала некоторый подъем настроения, полное спокойствие, удовлетворение своим физическим состоянием. Оставаясь «наедине с собой», часто возвращалась к мыслям об отце своего ребенка, мечтала о встрече с ним, наделяла его особыми качествами. После родов состояние стало меняться, появилось напряженное ожидание какого-то несчастья. Дома никого не подпускала к ребенку, сама ухаживала за ним, не спала ночами.

Однажды при оформлении отпуска показалось, что директор разговаривает с ней «намекками», реплики сотрудниц относил к себе, поняла, что они «в курсе ее дел». Вскоре почувствовала, что ее голова, «как радиоприемник», принимает чужие мысли, изречения. Казалось, что она и ее ребенок, как «куклы на ниточке, исполняют чужую волю», что над ней при помощи «аппаратов из различных учреждений проводят эксперименты, показывают скрытой камерой всю ее жизнь», которую она видела, как в кино. Появилось чувство, будто она «насквозь видна». Всему придавала особый смысл. В пении птиц, журчании воды, всевозможных уличных шумах, в радио- и телепередачах улавливала что-то, сообщаемое только ей: «Птички щебетали для меня. В передачах в остроумной форме, инсказательно, намекали на моих знакомых». Символически воспринимала цвета, которые ей «показывали», «защищалась красным цветом», подбирала игрушки по цветам, считала, что ведется смысловая игра, которую надо было «разгадать», «расшифровать». Считала себя «центром мировой важности». Заявляла: «Я такой человек, что могу переговариваться с самыми отдаленными мирами». Занималась «научной деятельностью», постоянными «вычислениями», «угадывала дни рождения великих людей», слышала «ад и рай», «голоса в голове» умерших людей. Временами ее будто «озаряло», и тогда казалось, что «ясно мыслит и четко понимает». Писала письма на радио. Их содержание разорвано, однако они включают переживания, связанные с пищевым поведением: «Что же делать? Есть хочется Очень А-а, возьму рыбьего жира с черным хлебом. Но хлеб.. А без хлеба тошнит...».

Перед поступлением в больницу подумала о том, что «центр», с которым она «мысленно переговаривалась», находится «на грани катастрофы». Убегала из дома для того, чтобы выяснить, кто с ней общается. Вскоре по содержанию переговоров и «подсказок» поняла, что она «преступница». Была тосклива, тревожна, плакала, ждала «наказания».

В таком состоянии была госпитализирована 07.07.73 г. в психиатрическую больницу.

Психическое состояние: первые дни растеряна, принимала больницу за «каземат», была уверена, что ее считают преступницей, пыталась оправдаться, не спала, плакала. В дальнейшем в результате лечения состояние улучшилось. Однако жаловалась на чувство усталости, во время беседы засыпала, целыми днями лежала в постели. В контакт вступала формально. В начале беседы высказывания были аморфными, но постепенно больная становилась доступнее, достаточно последовательно рассказывала о своем

состоянии. Позже поведение было правильным, спокойна, мягка, приветлива, но несколько вяла. К перенесенному состоянию относилась с достаточной критикой, беспокоилась о ребенке, работе.

Выписана 17.0873 г. с диагнозом: шизофрения. После выписки чувствовала некоторую вялость. Сменила работу на более легкую, стала преподавать музыку. К своему ребенку относилась хорошо. По-прежнему была малообщительной, неразговорчивой. Настроение часто снижалось. Дома была неряшливой, не следила за собой. Заявляла, что все время ей «мешает лишний вес», «не нравятся крутые бока», «не те пропорции», «нет легкости, компактности». Говорила о том, что будет заниматься гимнастикой для похудения, однако этого не делала. Ела почти все.

Соматическое обследование не выявило каких-либо отклонений. Масса тела 66 кг при росте 165 см. Склонность к запорам.

Неврологический статус без патологии.

Экспериментально-психологическое обследование: больная никаких жалоб не предъявляет. К обследованию отнеслась без особой заинтересованности. На все вопросы отвечала охотно. Инструкции понимала, задания выполняла быстро. Заключение: больной доступны задания, требующие анализа, синтеза, абстрагирования на уровне, соответствующем полученному образованию. Однако в заданиях, допускающих свободный выбор признаков обобщения, появлялись ошибки, указывающие на искажения процесса обобщений (соскальзывания). Например, в классификации больная сначала собирала группы по цвету, относила в группу мебели телегу, так как она «тоже деревянная». Процесс опосредования доступен больной, опосредующие образы в меру отвлечены, в достаточной степени отражали содержание заданных понятий. Память и внимание в пределах нормы. Таким образом, на первый план выступило некоторое изменение мышления при безразличном отношении к обследованию. Память, внимание в пределах нормы.

В данном случае шизофрения манифестировала в детском возрасте и имела приступообразно-прогредиентное течение.

Синдром нервной анорексии возник в раннем пубертатном периоде на фоне шизофренического процесса (полидисморфомания, рудиментарные идеи отношения, явления деперсонализации, аффективные расстройства и т. д.) при нарастающей, но нерезко выраженной дефицитарной симптоматике и был тесно связан с синдромом дисморфомании.

Следует подчеркнуть, что синдром нервной анорексии быстро претерпевал типичную динамику. Самоограничение в еде очень рано сменилось искусственно вызываемой рвотой, причем этот феномен становился самостоятельным психопатологическим расстройством.

На фоне непрерывного течения шизофренического процесса впервые возник депрессивный приступ с преобладанием адинамии. Синдром нервной анорексии в период психотического приступа не имел клинического звучания. Однако он вновь появлялся в несколько редуцированном виде в межприступном периоде.

Следующий приступ можно квалифицировать как депрессивно-параноидный со значительно выраженными проявлениями синдрома Кандинского — Клерамбо,

отрывочными парафреническими переживаниями. Синдром нервной анорексии в этом приступе также отсутствовал. Однако в бредовых высказываниях отражалась тема особого пищевого поведения.

В следующем межприступном периоде на фоне ремиссии тимопатического типа синдром нервной анорексии полностью отсутствовал. Отдельные высказывания об отрицательной оценке своей внешности уже были лишены эмоциональной окраски. Наряду с этим обращали на себя внимание постепенно нарастающие черты шизофренического дефекта.

Описывая больных с синдромом нервной анорексии, некоторые авторы большое значение придают так называемой семейной нервной анорексии, указывая, что прогноз в этих случаях не всегда благоприятный. Так, А. Souques (1925) сообщал о двух сестрах, умерших от нервной анорексии. J. E. Meyer (1961) описал двух сестер-близнецов, одной из которых был поставлен диагноз «шизофренический психоз». Н. U. Ziolko (1966) представил описание нервной анорексии двух сестер; одна из них неоднократно совершала суицидальные попытки, в связи с чем длительное время лечилась в психиатрической больнице.

Мы также наблюдали развитие синдрома нервной анорексии при шизофрении у двух сестер (наблюдения 10 и 11). Несмотря на различное течение заболевания (в одном случае непрерывное, а в другом — приступообразно-прогредиентное), клиника и динамика синдрома у обеих сестер были довольно однотипны, как и структура дефекта.

Больные Г-е: младшая Г. Г., 1940 г. рождения, инвалид I группы (длительность катмнеза 24 года). Старшая Э. Г., 1937 г. рождения, инвалид II группы (длительность катмнеза 17 лет).

Прежде чем привести истории болезни каждой из сестер, приведем общие анамнестические сведения.

Данные о наследственности, полученные от матери, неполные. Мать замкнутая, малообщительная, без достаточной критики относится к состоянию детей, окончила начальную школу. Отец по характеру был раздражительным, отличался упрямством, подозрительностью. Со слов односельчанки, был странным, чрезмерно оберегал детей от «дурного влияния среды», всюду следил за ними, «держал» около себя. Умер от рака легкого в 1956 г.

Наблюдение 10. Больная Г. Г. (младшая сестра), 34 лет, масса тела 27,3 кг, рост 168 см, родилась в срок. В грудном возрасте была спокойной, хорошо ела, рано начала получать искусственное питание (гипогалактия у матери). В 8 мес. перенесла тяжелую травму головы, 2 сут была без сознания. В 3 года — корь, скарлатина в легкой форме, пневмония. С этого времени ухудшился аппетит, плохо ела, масса тела отставала от возрастной нормы. В детский сад пошла с 3 лет. В коллективе была малообщительной. Любила фантазировать, играла в основном в куклы, при этом придумывала сцены, содержание которых повторялось от игры к игре. К старшей сестре была очень привязана, любила ее.

В школе с 7 лет. До 8-го класса училась хорошо, хотя с трудом давалась математика. Предпочитала гуманитарные науки, много читала. По-прежнему общалась избирательно.

Примерно с 10 лет стала обращать внимание на свою внешность. В этот же период после насмешливых замечаний школьников появилось беспокойство по поводу «длинных ушей», «уродующих» веснушек. Зимой на улице ее называли «страшилищем» за красный

нос, и она стала реже выходить в холодную погоду, натирала щеки снегом для того, чтобы не выделялся «красный нос». На уроках без конца украдкой смотрела на себя в зеркало. Вскоре появилось убеждение в том, что нос краснеет во время еды, особенно при употреблении горячих блюд: ощущала «жар» в теле, «удушье». Казалось, что все обращают внимание на ее «безобразно красный нос», «пересмеиваются» и «презирают» ее. По этой причине не могла есть с детьми, часто расстраивалась, жаловалась сестре, которая успокаивала, убеждала ее в обратном. С 10 лет у больной появились периодические (2—3 раза в месяц) сильные боли в животе, слабость, отсутствие аппетита. В эти дни не могла встать с постели, не ходила в школу. Подобные явления продолжались до 15 лет, врачи объясняли их различными причинами (колит, глистная инвазия). Менструации с 12 лет, регулярные, безболезненные.

С 13—14 лет стала снижаться успеваемость, больная потеряла интерес к учебе, все чаще беспокоила мысль, что она «уродина». Была подавлена, раздражительна, плаксива. Однако мечтала стать актрисой, представляла себя на сцене красивой, способной покорить публику своим талантом. К 16 годам улучшился аппетит, больная стала полнеть, что стало поводом для разговоров окружающих о ее внешности, искренне хваливших идущую ей полноту. Больная воспринимала эти замечания как насмешки и считала себя чрезмерно полной. Для достижения «изящной фигуры» с этого времени стала ограничивать себя в еде, усиленно занималась лыжным спортом. Кроме того, для подавления аппетита принимала большие дозы грацидина. Испытывая сильный голод, больная иногда сильно наедалась, после чего расстраивалась, плакала, боялась полнеть. По этой причине стала с 17 лет прибегать к рвоте после еды.

После 10-го класса в вуз не поступала. Дома, ухаживая за больной бабушкой, готовила пищу и тайком ежедневно после еды вызывала рвоту. Стала быстро худеть, что очень нравилось. В 1959 г. (19 лет) уехала в Москву, где устроилась домработницей у пожилой актрисы. Иногда посещала Дом актера, так как по-прежнему мечтала играть в театре. Примерно с этого времени у больной после рвоты стало появляться приятное чувство «опьянения», «слабости» в ногах. Для достижения этого чувства много ела, а затем вызывала рвоту. Иногда делала это многократно, вслед за каждой едой. После такой многочасовой процедуры отдыхала, массировала ноги. Наряду с этим у больной (в 19 лет) после рвоты стал появляться неприятный вкус «кислоты» или «горечи» во рту. Чтобы избавиться от этих ощущений, стала после рвоты промывать желудок. С этой же целью подбирала соответствующую пищу, исключала жиры, кислые продукты и т. д. По утрам с нетерпением ждала стула, при отсутствии которого становилась подавленной, раздражительной. Часто прибегала к клизмам, слабительным средствам.

В 1960 г. поступила в книготорговую школу, после ее окончания работала в книжном магазине. На работе целыми днями не ела, постоянно думала о еде и рвоте. Вечером покупала много продуктов, ехала домой, наедалась и вызывала рвоту. Иногда прибегала к рвоте вместе с сестрой, которая к тому времени тоже стала ограничивать себя в еде. К осени 1961 г. больная значительно похудела, появились головная боль, утомляемость, снизилась работоспособность, прекратились менструации. Кроме того, беспокоили мысли о том, что «желчь и кислота скапливаются в желудке, разрушают кишечник».

В октябре 1961 г. состояние остро изменилось (после гриппа): нарушился сон, появилась тоска, больная была рассеянной, замечала «остановки мыслей», стала слышать «оклики». Госпитализирована в психиатрическую больницу. Из истории болезни следует, что больная тяготилась пребыванием в больнице и вскоре была выписана по настойчивой просьбе сестры с диагнозом шизофрения. Через некоторое время после выписки оставила работу.

С 1962 по 1964 г. жила с сестрой в Азербайджане, где пищевое поведение оставалось прежним. Плохо переносила жару, испытывала слабость, головокружение, почти никуда не выходила. В августе 1964 г. возник второй приступ: была тревожной, подавленной, плаксивой, возникли опасения за здоровье матери, потребовала срочного переезда домой. Считала, что должна «выполнить какую-то миссию», все имеет к ней особое отношение. Временами возникали грезоподобные переживания: казалось, что «сидит в саду», видит «быстрорастущие деревья», слышит «красивую музыку». В ноябре 1964 г. госпитализирована в психиатрическую больницу. При поступлении была манерна, многоречива, груба. Рвоту объясняла нелепо: у нее «особый обмен веществ», она — «машина», в которой не работает «верхний механизм — зубы». После выписки в январе 1965 г. (с тем же диагнозом) оставалась вялой, бездеятельной, продолжала вызывать рвоту. В феврале 1965 г. была снова госпитализирована в психиатрическую больницу. В отделении была многоречива, склонна к рассуждательству. После еды вызывала рвоту, утверждала, что не может без этого существовать. В беседе была формальна, просила ни о чем ее не расспрашивать.

В марте 1965 г. без улучшения переведена в психосоматическое отделение Московской городской больницы. Отмечалась неустойчивость настроения. Была то угрюма, раздражительна, капризна, злобна, то эйфорична, развязна. В поведении присутствовали черты демонстративности, театральности, склонность к псевдологическим утверждениям. Наблюдались истероформные реакции: лежала в постели, принимала театральную позу, начинала громко рыдать. Просила перевести ее в Хотьковскую психиатрическую больницу, утверждала, что «там прекратится рвота». Лечение (стелазин, мажептил) оказалось не эффективным, была вновь переведена в психиатрическую больницу, где находилась по август 1965 г. После выписки состояние почти не изменилось.

В ноябре 1965 г. снизилось настроение, плакала, опасаясь, что умрет, заявляла, что «слышит в животе голоса соседей», которые руководят ею, заставляют вызывать рвоту. С 02.12.65 г. по 13.12.65 г. находилась на лечении в психиатрической больнице. В процессе лечения аминазином галлюцинации исчезли, настроение стало лучше. В дальнейшем больная вплоть до 1973 г. госпитализировалась по несколько раз в год. Отмечались кратковременные психотические эпизоды с галлюцинаторно-параноидной, кататонической симптоматикой при постепенно нарастающем дефекте. Больная слышала «голоса» знакомых людей, часами сохраняла одну и ту же позу, мочилась под себя, не отвечала на вопросы, не выполняла инструкций. Заявляла, что ее организм «вырабатывает слишком много желчи», она чувствует от желчи «жжение и боль в желудке», «желчь разрушила зубы, кишечник, который почти не работает». Отказываясь принимать лекарства, выплевывала их, утверждая, что ее хотят отравить, все вокруг заражено «атомом». В таком состоянии была стационарирована в психиатрическую больницу.

Соматическое состояние: выраженное истощение (масса тела 27,3 кг при росте 168 см). Резко выступают ключицы, ребра, кости таза. Кожа с пониженным тургором, на лице морщинистая. Волосы редкие, зубы разрушены. Тоны сердца приглушены, брадикардия. Артериальное давление 70/60—80/70 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот запавший, безболезненный; запоры. Дизурических явлений нет.

Клинические анализы желудочного сока, мочи и крови без патологии.

В неврологическом статусе: череп микроцефальный. Расходящееся косоглазие при взгляде вниз. В остальном без отклонений от нормы.

Рентгенограмма черепа без особенностей.

ЭЭГ: диффузные нарушения биопотенциалов головного мозга без выраженной локальной патологии.

Психический статус: в отделении расплакалась, не хотела идти в палату, но очень быстро успокоилась. В контакт вступала формально, избегала разговоров о еде и рвоте. В поведении манерность, театральность. Обращали на себя внимание бедность мимики, однообразие интонаций, вычурная речь. Так, например, говорила: «Мамочка моя какая-то женственная, какая-то естественная и когда одевается и выходит на крылечко, то я просто люблюсь ею... Вот у нее полнота естественная. Она от этой полноты не страдает, а я краснею и задыхаюсь и кричу от полноты». В процессе беседы внезапно замолчала, просила отпустить ее в палату, не слушала врача, становилась рассеянной, жаловалась на усталость. Отмечалась лабильность аффекта, очень легко могла заплакать и быстро успокоиться. Движения замедленные, отсутствие пластичности. На советы прекратить рвоту злобно отвечала: «Это у меня не рвота, а срыгивание, потому что ферменты у меня больные и не способны к перевариванию пищи». Вызывала рвоту после приема большого количества пищи. Иногда отказывалась от еды, накапливала много продуктов, затем их ела и вызывала рвоту. Часто мучилась от голода, нетерпеливо ждала мать с передачей. При встрече с ней однообразно заявляла: «Я устала как сильно, просто невозможно, и слезы у меня льются, потому что я мамулечку люблю», заламывала руки, падала на пол.

В отделении общалась избирательно, ухаживала за тяжелобольными. Все время просила врача о выписке. В результате лечения стелазиним, аминазином, сонапаксом, а также постоянного контроля за питанием масса тела увеличилась на 17 кг. Выписана в удовлетворительном состоянии. После выписки вскоре вернулась к прежнему пищевому поведению.

В настоящее время ежедневно вызывает рвоту после приема колоссального количества пищи (до 2 ведер в день). Постоянно испытывает голод, может есть сырое мясо и рыбу. Выпрашивает у матери деньги на продукты. При отказе кричит, рыдает, в знак протеста отказывается от еды, упрекает мать в том, что та хочет ее смерти. В последнее десятилетие масса тела стабильная, не более 30 кг. Больная не выходит из дома. Интересы сосредоточены только на еде и рвоте. Неряшлива. Ходит в старой одежде, поношенной обуви, не следит за собой, не лечит зубы.

Экспериментально-психологическое обследование: больная понимает инструкции, но с трудом удерживает цель действия: отвлекается. Помощь экспериментатора не принимает, возмущается, ошибки не исправляет, уверена в правильности своего решения. Объем непосредственной и опосредованной памяти, процесс заучивания и отсроченное воспроизведение снижены. Больная легко, с удовольствием «изображает» запоминаемый материал. Образы, выбираемые для запоминания, в основном конкретно-ситуативные, но процесс их построения свидетельствует о расплывчатости, нецеленаправленности мыслительной деятельности — образы фрагментарные или множественные. В заданиях, дающих возможность свободно выбирать способ действия, еще четче выступают разноплановость, нецеленаправленность мышления. Сложные обобщения больной практически недоступны. Простые обобщения больная делает с большим количеством конкретно-ситуативных групп, обнаруживает склонность к детализации. В этом же задании больная группирует карточки по «слабому признаку». Таким образом, на первый план выступают снижение памяти и внимания, резкое изменение уровня обобщения, некоторое его снижение, нецеленаправленность и разноплановость мышления.

В приведенном наблюдении имеет место приступообразно-прогредиентный шизофренический процесс. У больной с выраженной наследственной отягощенностью в

детском возрасте появляются политематическая дисморфомания, аутистическое фантазирование, напоминающее бредоподобные фантазии у больных детской шизофренией [Мамцева В. Н., 1957; Сухарева Г. Е., 1959]. Политематическая дисморфофобия была бредовой и сочеталась с идеями отношения. По мере развития шизофренического процесса нарастал шизофренический дефект (снижение продуктивности, инициативы), на фоне которого в пубертатном возрасте сформировался синдром нервной анорексии, с динамикой, типичной для этой патологии при шизофрении.

Для похудения больная относительно рано перешла от ограничений в еде к рвоте, которая вскоре утратила связь с дисморфоманией и приобрела характер патологического влечения.

Таким образом, синдром нервной анорексии редуцировался до вычурного пищевого поведения и сохранялся на всем протяжении болезни. К синдрому нервной анорексии быстро присоединились выраженная бредовая ипохондрия, психопатоподобные, аффективные расстройства.

В данном случае приступообразно-прогредиентный шизофренический процесс сопровождался неуклонным нарастанием шизофренического дефекта. Приступы отличались кратковременностью (несколько дней), рудиментарностью психопатологических расстройств, что, возможно, было связано с длительным и тяжелым нарушением питания (алиментарная дистрофия). В структуре дефекта имелись черты органических изменений психической деятельности. Это особенно касается патологии мышления со склонностью к излишней детализации, конкретизации, использованию уменьшительно-ласкательных суффиксов.

Наблюдение 11. Больная Э. Г. (старшая сестра), 37 лет, масса тела 34 кг, рост 162 см. Раннее развитие нормальное. В детском саду с 4 лет, активная, общительная, жизнерадостная. Пользовалась особой любовью отца.

В дошкольном возрасте перенесла дизентерию, дифтерию, корь в легкой форме, в школьном — болезнь Боткина, воспаление легких. Были частые ангины (тонзилэктомия в 25 лет), простудные заболевания. В 1965 г. перенесла травму головы с потерей сознания. В школе с 7 лет, училась хорошо. Пользовалась авторитетом, в классе вела общественную работу.

Со школьного возраста в характере отмечались тревожность и мнительность в отношении собственного здоровья и здоровья родителей. Так, например, однажды встретив отца из длительной командировки (перед этим очень волновалась за его здоровье), больная упала в обморок.

Менструации с 14 лет, нормальные. Пубертатный период без патологии.

Приблизительно с этого времени появился интерес к противоположному полу, больная стала тщательно следить за своей внешностью. С 15—16 лет иногда возникали мысли о том, что поправилась «на лицо», но это не беспокоило. Окончила школу в 1954 г. (17 лет), в институт не поступила (отец в Москву не отпустил), окончила курсы бухгалтеров. Однако после их окончания по специальности не работала (не нравилась работа), устроилась контролером ОТК и одновременно училась заочно в Московском энергетическом институте, куда поступила в 1955 г.

В 1957 г. (в 20 лет) тяжело переживала смерть отца, появились слабость, утомляемость. Стало трудно одновременно работать и учиться, ездить в институт. По этой причине в 1958 г. перешла в техникум при заводе, на котором работала. По окончании техникума в 1960 г. работала технологом. Приблизительно с этого времени больная стала заметно полнеть, у нее «округлилось» лицо, «появился живот». После насмешливых замечаний сестры, которая в то время начала «худеть», ее стало беспокоить полное лицо. Для того чтобы скрыть этот «дефект» (который, как ей казалось, очень значителен и привлекает внимание), делала специальную прическу, начала соблюдать диету. Иногда не ела целыми днями, но, испытывая сильный голод, «срывалась», начинала много есть, в связи с чем очень расстраивалась, опасаясь пополнеть.

По совету сестры в 1960 г. (в 23 года) стала вызывать рвоту, но боялась ее последствий, считая рвоту вредной для здоровья. Старалась есть нежную пищу (печень, конфитюр и т. д.) для того, чтобы при рвоте «не повредить желудок». Сестры во всем признались друг другу и стали вызывать рвоту вместе, обмениваясь впечатлениями по поводу различных ощущений.

В 1962 г. больная вместе с сестрой уехала в Азербайджан «на освоение производства» (несмотря на возражения матери). В дальнейшем синдром нервной анорексии, редуцировав до типичного пищевого поведения, оставался стержневым, сочетаясь с ипохондрическим бредом.

В период обследования истощена (масса тела 34 кг при росте 162 см). Выглядит старше своего возраста, лицо морщинистое, щеки впалые, зубы отсутствуют (носит протезы), волосы поредевшие, ногти слоятся, кожа сухая, шелушащаяся. Ладони и стопы холодные. Подкожный жировой слой отсутствует, мышцы гипотрофичны, резко выступают ребра, ключицы, лопатки, кости таза. Тоны сердца значительно приглушены, ритмичны. Артериальное давление 70/50—80/50 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот запавший; запоры. Менструации отсутствуют.

Анализы мочи, крови, желудочного сока без патологии.

Неврологически черты дизрафического статуса (незначительное искривление позвоночника, выступание правой лопатки).

ЭЭГ: диффузные изменения в виде деформации волн в теменных отделах, бета-колебания в центральных лобных отведениях, а также диффузные гиперсинхронные разряды с акцентом на теменные отведения.

Психический статус: довольно свободно и очень обстоятельно рассказывала о своем заболевании. На глазах легко появлялись слезы, при этом быстро краснели веки. Была подавлена, истощаема. Объясняла свое состояние гнетущей больничной обстановкой. Просила назначить ей дробное питание в связи с отрыжкой и чувством тяжести в желудке после еды. Ела очень медленно, была беспокойной, когда питалась под контролем врача. Однажды пробовала спрятать картофель в карман, но затем это отрицала, долго оправдывалась, боялась, что «вышла из доверия». В дальнейшем неохотно выполняла указания врача, но под надзором персонала старалась есть лучше. Позже мать сообщила, что больная «спешит набрать килограммы для того, чтобы выписаться из больницы». После лечения (рациональное питание, френолон, общеукрепляющие средства и т. п.) больная прибавила 18 кг. Когда пополнела «на лицо», часто смотрела на себя в зеркало, следила за прической. Не соглашалась с тем, что стала выглядеть лучше, была недовольна своей внешностью, активно следила за массой тела. В отделении настроение было в

основном пониженным, с больными общалась формально, почти ничем не интересовалась. После выписки снова перешла на весьма ограниченную диету. Иногда готовила пищу, после еды вызывала рвоту, запершись у себя в комнате. Поздно вставала или лежала в постели целыми днями, а по ночам писала стихи (в основном о еде), посылала их в редакции. Приведем отрывки:

«Рыбка, сырок, колбаска сами скажут за себя,

Их не предаю огласке, кушайте и насыщайтесь,

Кому мало, признавайтесь».

«Торт столичный так искусен и, должно быть, очень вкусен,

Отведайте его кусочек, да и не один разочек».

Экспериментально-психологическое обследование: больная охотно выполняет задания, инструкции понимает правильно. Помощь экспериментатора принимает. Очень довольна качеством своей работы, считает себя способной. Достижения при выполнении заданий, в которых требуется умение абстрагироваться, отвлекаться, довольно неравномерны. Так, при простых и сложных обобщениях больная самостоятельно выделяет достаточно отвлеченные признаки понятий, но в то же время проявляет склонность к детализации. Сложные обобщения решает с конкретно-ситуативными группами. Процесс опосредования больной доступен, легко подбирает опосредующие образы. Среди них отмечается некоторое однообразие. Часть образов можно назвать фрагментарными. Память в пределах нормы. Таким образом, установлены некоторая измененность мыслительной деятельности, склонность к детализации, конкретизации. Отношение к обследованию адекватное, хорошая память.

В отличие от младшей сестры у описанной больной с отдельными астеническими чертами характера синдром нервной анорексии развивался (после психогении) в более зрелом возрасте и представлял собой дебют шизофрении.

У данной больной также имелась характерная для шизофрении динамика синдрома нервной анорексии, сходная с таковой у младшей сестры. Однако у старшей сестры эта динамика была несколько замедлена, что, вероятно, можно объяснить меньшей прогрессивностью шизофренического процесса. По мере нарастания шизофренического дефекта пищевое поведение и в этом наблюдении становилось все более вычурным, а затем как бы отрывалось от дисморфофобической идеи, приобретая свойства патологического влечения.

В данном случае речь идет о конформном бреде, а определенную роль в формировании и дальнейшей динамике самого синдрома нервной анорексии сыграли механизмы индукции [Печерникова Т. П., 1966]—то же своеобразное пищевое поведение младшей сестры.

В дальнейшем синдром нервной анорексии оставался в редуцированном виде стержневым на всем протяжении болезни и имел характерную для шизофрении синтропию с другими психопатологическими расстройствами. К их числу относились выраженные ипохондрические переживания, психопатоподобные, аффективные нарушения.

В процессе болезни становился все более выраженным шизофренический дефект, в структуре которого имелись отдельные изменения органического характера (вязкость мышления, лабильность аффекта).

У больной имеется непрерывнотекущий шизофренический процесс с умеренной прогрессивностью и неблагоприятным прогнозом в связи с выраженностью патологического пищевого поведения.

В ряде случаев диагностика шизофрении с синдромом нервной анорексии представляла значительные трудности даже при длительном катамнестическом наблюдении. Это касалось больных, у которых в преморбиде имелись выраженные истерические черты. Они стремились быть в центре внимания, отличались капризностью, требовательностью, старались самоутвердиться, любили представить себя в лучшем виде и поэтому нередко прибегали к лжи. Некоторые из них были трудны в семье, старались подчинить своему влиянию родных, настойчиво добивались выполнения своих желаний и прихотей.

Таким образом, синдром нервной анорексии возникал при выраженных истерических чертах как в формах поведения, так и в способах реагирования. Истерические проявления долго имели очень, большое звучание в клинической картине болезни и как бы маскировали другие психопатологические расстройства.

Тщательный анализ динамики синдрома нервной анорексии у этих больных все же давал основание считать, что данный синдром также претерпевал определенные изменения, характерные для шизофренического процесса. Однако темп этой динамики был более замедленным, в связи с чем на протяжении длительного периода наблюдения возникали предположения о развитии синдрома нервной анорексии в рамках психопатии истерического круга.

В дальнейшем диагноз шизофрении подтверждался не только характерной динамикой синдрома нервной анорексии, но и типичным для процесса сочетанием нервной анорексии с другими психопатологическими проявлениями, а также постепенно нарастающей дефицитарной симптоматикой.

На трудность распознавания шизофренического процесса у больных с выраженными истерическими чертами в преморбиде, которые заострялись в процессе болезни, обращали внимание многие авторы [Перельман А. А., 1925; Мелехов Д. Е., Шубина С. А., Коган С. П. и др., 1936; Морозов В. М., Наджаров Р. А., 1956; Банщиков В. М., Невзорова Т. А., Урсова Л. Г., 1963; Королев В. А., Лакосина Н. Д., 1966; Манандян Э. Я., 1967; Овсянников С. А., 1971, и др.].

Приведем наблюдение.

Наблюдение 12. Больная А., 29 лет, масса тела 38 кг, рост 165 см, не работает.

Отец по характеру спокойный, добрый, общительный. Мать неуравновешенная, властная, раздражительная.

Больная родилась в срок. Раннее развитие без особенностей. В детстве перенесла корь, скарлатину в легкой форме. Были частые ангины (тонзилэктомия в 1957 г), аппендэктомия в 1961 г.

Больная — единственная дочь, росла в «тепличных условиях», была избалованной, капризной, всегда добивалась выполнения своих желаний настойчивыми требованиями, слезами, ни в чем не знала отказа.

В школе с 7 лет. Была малоусидчивой, училась неохотно, хотя отличалась хорошими способностями, успевала по всем предметам, предпочитая гуманитарные. В 10-м классе во время экзаменов появились резкие боли в животе, диагностировали почечную колику, в связи с чем была госпитализирована в терапевтическое отделение. Позже со смехом подробно рассказывала подругам о том, как «симульнула». По характеру была веселой, общительной, настойчивой, обидчивой, требовала к себе повышенного внимания, всегда стремилась завоевать авторитет. Хорошо ела, была несколько повышенного питания. Небольшая полнота очень шла ей, за что ее ласково называли «пухленькой». Подобные высказывания не тяготили больную, но иногда все же «закрадывалось сомнение» в собственной физической полноценности.

В 12—13 лет с появлением менструаций прибавилась масса тела (59 кг при росте 158 см), изменилась фигура. Постоянные разговоры об этом, особенно мальчиков-сверстников, стали беспокоить больную. Появились мысли о своей чрезмерной полноте, в связи с чем постоянно рассматривала себя в зеркале, анализировала свою внешность. С целью похудения начала интенсивно заниматься спортом, эпизодически пыталась ограничивать себя в еде, но в связи с чувством голода снова начинала есть нормально.

С 13—14 лет стал постепенно меняться характер. Появилась грубость по отношению к матери, вспыльчивость, злобность. Однако на посторонних пыталась произвести хорошее впечатление, была достаточно вежливой, мягкой.

В 15—16 лет пополнила еще больше (масса тела 67 кг при росте 161 см). Объективно заметная полнота служила поводом для насмешек сверстников, которые дразнили ее «жирной». Больная тяжело переносила это, стеснялась своих «безобразно толстых» ног, из-за этого не могла выступать на спортивных соревнованиях. Была подавлена, ничего не хотела делать, постоянно думала только о своей внешности, все больше убеждалась в том, что она «уродливо полная». В то же время постоянно искала новых знакомств с мальчиками, старалась привлечь их внимание, убедиться в том, что все же способна произвести на них впечатление, но очень быстро прекращала контакты, когда достигала успеха.

В 10-м классе (17 лет) после совета тренера похудеть для улучшения спортивных результатов стала постоянно соблюдать диету, резко сократила количество пищи. Летом была на юге, где почти ничего не ела, много купалась, загорала, резко похудела (на 13—14 кг). Вернувшись, обрадовалась тому, что школьные товарищи нашли ее похудевшей, появилась уверенность в себе. Однако в связи с постоянным чувством голода вскоре начала много есть, «злилась на себя за несдержанность», «была противна сама себе». К зиме 1963 г. больная вновь пополнила (до 65—67 кг), из-за чего стеснялась своей внешности, пропускала занятия в школе. Жаловалась на плохое настроение, вялость, снижение интересов. Весной 1964 г. по своей диете (овощи, фрукты и т. п.) похудела до 55 кг. Настроение стало несколько приподнятым, была двигательной активной, спала очень мало, по ночам занималась домашним хозяйством. В школе была веселой, общительной, успешно сдала экзамены и поступила в вуз. С тревогой ожидала зимы или осени, боялась снова поправиться. В конце осени 1964 г. начала замечать прибавление массы тела, раздражала необходимость перешивать платья, устраивала «истерички родным».

Летом 1965 г. снова смогла долго соблюдать диету (питалась только растительной пищей), значительно похудела. Улучшилось настроение, хорошо занималась, перешла на II курс. К осени, как и прежде, не смогла соблюдать диету: «набрасывалась» на пищу, ела очень много, в результате чего пополнила. Вновь стала подавленной, раздражительной, к матери относилась враждебно, упрекала ее в том, что она «раскормила дочь». В институт не ходила, заявляла, что не может сосредоточиться из-за постоянных мыслей о своем «уродстве». Однажды утром заперлась в ванной, угрожала самоубийством, заявляла о том, что ей «надоело жить» и «ее молодость погублена». Перестала спать.

06.10.65 г. по инициативе родственников госпитализирована в психиатрическую больницу.

Соматическое состояние без особенностей, большая нормального питания, артериальное давление 110/90 мм.рт.ст.

Неврологический статус без патологии.

Психический статус: многоречива, возбуждена, несколько театральна. В течение первых 2 суток ничего не ела в порядке протеста против госпитализации, много лежала, ни с кем не общалась. Враждебно встречала родителей, кричала, что ненавидит их, заявляла, что готова их убить за то, что «упекли в больницу». В беседе с врачом отрицала свое неправильное поведение дома. Неохотно сообщала о стремлении похудеть. Больной себя не считала, но в то же время дала согласие «на обследование». В поведении много истерических черт: кокетливость, эгоцентризм, стремление представить себя в лучшем виде. После лечения больная по-прежнему была недовольна собственной внешностью, ограничивала себя в еде, взяла академический отпуск. С родителями была груба, демонстративно «с целью самоубийства» принимала при них лекарства, имеющиеся дома. Была недовольна веснушками, пыталась вывести их раствором йода, в связи с чем на лице образовались ожоги. Требовала поместить ее в клинику лечебного голодания, куда поступила 15.12.65 г.

Психическое состояние: выражение лица живое, держалась несколько манерно, говорила о том, что в основном недовольна своей полной фигурой, постоянно думает об этом, ничего не может делать. В отделении была злобной, раздражительной, необщительной. При похудании появились активность, подвижность и интерес к окружающим. Больная очень эгоцентрична. Легко вступала в бессодержательные беседы с больными, много курила. Постоянно говорила о том, что желает довести массу тела до 53 кг (поступила с массой 63 кг при росте 161 см). В то же время заявляла, что любит «вкусненько поесть», просила родителей принести ей разные продукты. Во время лечения испытывала сильное желание есть, жаловалась, что ей «не вынести голода», опасалась, что после голодания у нее усилится аппетит, и тогда она будет много есть и пополнеет.

Выписана 30.12.65 г. с диагнозом паранойальное развитие у психопатической личности возбудимого круга, синдром дисморфофобии. После выписки ела много, беспорядочно, за 2 месяца прибавила 15 кг. Ела по 14 раз в день, никуда не выходила, целыми днями лежала в постели. Постоянно плакала, была недовольна собой, снова просила положить в ту же клинику, куда поступила 23.02.66 г.

При поступлении подавлена, заявляла о том, что у нее «неправильный обмен веществ», она «некрасивая из-за своей толщины». Жаловалась, что ничем не может заниматься из-за постоянного голода и мысли о своем «недостатке». В отделении большую часть времени

проводила в постели, плакала, беспокоилась, что перестала худеть и лечение не поможет ей. Была заметно вяла, заторможена. Заявляла о том, что она психически больна. В восстановительном периоде была возбуждена, выражала недовольство по поводу прибавления массы тела. Вскоре персонал стал замечать, что больная вызывает рвоту, после чего промывает желудок. Однако больная это отрицала. Позже настроение оставалось неустойчивым. Больная нарушала режим, ссорилась с больными, громко разговаривала. Была выписана за нарушение режима (с массой тела 66 кг) 10.06.66 г с диагнозом: затяжная дисморфофобическая реакция у истероидной личности..

После выписки продолжала ограничивать себя в еде, но постоянно мучил голод; наедалась, а затем, чтобы не полнеть, вызывала рвоту. При таком поведении похудела до 49 кг. Улучшилось настроение, была довольна своей внешностью, устроилась работать инспектором Госстраха. На работе в течение всего дня ничего не ела, испытывала сильный голод, «только думала о еде». Вернувшись домой, больная тайно, очень быстро поела много предварительно купленных продуктов, а затем вызывала рвоту, после чего промывала желудок большим количеством раствора соды. Благодаря этому похудела за лето до 42 кг. осенью вернулась к учебе, хорошо занималась. К зиме 1966—1967 гг прибегала к рвоте еще чаще для того, чтобы не полнеть. Однако у больной стало появляться влечение к рвоте, после которой наступало значительное облегчение, «блаженство», повышалось настроение. Зимой благополучно сдала экзамены, была довольна своими успехами. Вышла замуж, но отношения с мужем сложились неудачно (муж страдал алкоголизмом), супруги развелись. К весне заболела лимфаденитом, много лежала, пополнела до 52 кг. Снова стала раздражительной, грубила матери, «закатывала истерики», кричала, что «она жирная», постоянно ощупывала себя, показывала «складки жира». Перестала ходить в институт, говорила о том, что на нее обращают повышенное внимание. 31.03.67 г. госпитализирована в психиатрическую больницу.

Соматическое состояние: пониженного питания. Кожные покровы бледные, брадикардия. Тоны сердца приглушены. Артериальное давление 70/50 мм.рт.ст. Менструации отсутствуют.

Психический статус: подавлена, плачет. Отрицает свое неправильное поведение дома, пытается логически объяснить свой отказ от еды. Тщательно скрывала свое стремление к похуданию, перед взвешиванием пила много воды. Просила врача как можно скорее выписать ее. Не предъявляла никаких жалоб.

Выписана 30.05.67 г. с диагнозом: нервная анорексия неясной этиологии. Получала лечение стелазинем, прибавила 3 кг, появились менструации. Через месяц после выписки снова начала вызывать рвоту. В течение дня почти ничего не ела, испытывала сильный голод, с нетерпением ждала момента, когда можно будет насытиться, а затем вызвать рвоту. Обычно делала это ежедневно. Съедала несколько тарелок борща, вторых блюд, после чего опорожняла желудок «рвотными движениями» и промывала его. После рвоты успокаивалась, «снималось напряжение», наступали «приятная усталость» и «расслабление всего тела».

В институте продолжала заниматься, но часто отвлекалась из-за постоянных о еде и рвоте. Устроилась работать в урологическое отделение санитаркой, одновременно училась в институте. На работе часто ставила себе клизмы, так как от плохого питания образовались каловые камни. К январю 1968 г похудела до 41 кг, настроение было очень хорошим, много работала, была активной. В этот период отношения с родителями стали более теплыми, чем обычно. Постоянно, как и раньше, вызывала рвоту и, как говорила больная, «смысл жизни свелся к тому, чтобы поесть и вырвать». Летом 1968 г. жила на даче, где

«промывалась реже» (это стоило большого труда из-за отсутствия условий для «рвотных процедур»). Прибавила массу тела до 53 кг. Изменилось настроение. Стала тоскливой, экс-пловивной. Ставила клизмы почти ежедневно, добиваясь жидкого стула. Снова решила лечиться в клинике голодания. 16.09.68 г. поступила в психиатрическую больницу.

Соматическое состояние: пониженного питания (масса 52 кг при росте 161 см. Настроение подавленное. Жаловалась на повышенный аппетит, настаивала на проведении разгрузочно-диетической терапии. Однако в дальнейшем стала отказываться от лечения, мотивируя это тем, что не худеет. Была выписана из больницы в прежнем состоянии. В 1969 г. перенесла грипп с фурункулезом, похудела до 45 кг, но чувствовала себя хорошо. Весной 1969 г. успешно закончила институт, с отличием защитила диплом. После окончания института работала в течение месяца младшим редактором, в декабре 1969 г. устроилась в научно-исследовательский институт младшим научным сотрудником. Работа не нравилась; больную стала тяготить необходимость вызывать рвоту, не могла мириться с тем, что жизнь сосредоточена только на этом. Эпизодически соблюдала свою диету. К марту 1970 г. снова пополнила до 53 кг, ухудшилось настроение, работа казалась «пресной», ничего не хотелось делать, появилась вялость. В связи с этим 22.04.70 г. поступила в психиатрическую больницу. Психический статус: жалобы на подавленное настроение, постоянное беспокойство в связи с тем, что полнеет и не способна «самостоятельно прекратить промывания». Тяготилась своим состоянием. В результате лечения похудела до 48 кг, настроение стало ровнее.

Выписана 15.05.70 г. с диагнозом: нервная анорексия у психопатической личности. После выписки стремилась соблюдать диету, но вскоре опять стала прибегать к рвоте. Выработала свою систему: вначале вызывала рвоту пальцами, после этого выпивала кувшин воды, снова вызывала рвоту, а затем глотала зонд (научилась этому в клинике) и промывала желудок содовым раствором. Эта процедура занимала около 2 ч. В феврале 1971 г. резко похудела, испытывала сильную слабость, была раздражительной, грубой с матерью. Утверждала, что ее волнует «не фигура, а болезненное влечение к рвоте», потребность «промываться», из-за чего она не способна «нормально жить», думать о чем-либо другом. 13.02.71 г. поступила в психиатрическую больницу.

Соматическое состояние: резко истощена, масса тела 37 кг, подкожный жировой слой отсутствует. Бледна, артериальное давление 80/60 мм.рт.ст., живот запавший, безболезненный.

Неврологический статус: отсутствует глоточный рефлекс.

Психический статус: манерна, демонстративна, старается подать себя в выгодном свете. Во время беседы часто плачет, говорит о «загубленной жизни». Подробно рассказывает о своем заболевании, но сведения сообщает очень формально, не касаясь существа дела. Возмущена госпитализацией, считает, что «могла бы справиться сама», «нажрет эти килограммы», чтобы быстрее выписаться. В отделении сразу завела знакомства, старалась всех очаровать. В первый день много и жадно ела, с трудом сдерживалась, чтобы не вызвать рвоту. В поведении неровная: то ласковая, приветливая, добрая, то резкая, грубая. Временами отсутствовало чувство дистанции. Лжива. Часто снижалось настроение, жаловалась, что «исковеркала свою жизнь», плакала «от жалости к себе», просила «подлечить от промываний».

В отсутствие врача заявляла больным, что никаких таблеток принимать не будет, «не позволит над собой экспериментировать». Негативно относилась к врачам, хотя внешне

была очень любезна, порою слащава. С матерью разговаривала грубо. Радовалась, когда у отца был гипертонический криз: «Значит, они начинают понимать, где я нахожусь». Была многословной, могла подолгу говорить ни о чем. Считала себя умной, интересной, «светской дамой», умеющей поддерживать любой разговор, но темы ограничивались едой и сплетнями о подругах. Иногда после еды могла вызвать рвоту, особенно после переедания. Со слезами рассказывала об этом врачу, сомневалась в том, что вылечится. С прибавлением массы тела стала просить о выписке. Сообщила одной больной, что «ей эти килограммы ни и чему», она сразу начнет «промываться» и сбросит с себя весь этот «ненужный вес». После лечения (элиниум, френолон и др.) выписана с диагнозом: шизофрения с психопатоподобными расстройствами, синдром нервной анорексии.

После выписки через месяц снова начала вызывать рвоту, сильно похудела (до 39 кг). Тяготилась своим состоянием, жаловалась, что не в состоянии избавиться от рвоты, постоянно думает об этом, не способна сосредоточиться на чем-либо другом, «прерываются мысли в голове». В сентябре 1971 г. получала гипнотерапию, но значительного улучшения не было. В январе 1972 г. приступила к работе. Вскоре состояние вновь начало ухудшаться, больная предъявляла прежние жалобы. Не могла работать, много лежала, целыми днями «жевала пищу» и тут же ее «вырывала». 09.03.72 г. снова направлена на госпитализацию в психиатрическую больницу.

Соматическое состояние: резко истощена (масса тела 38 кг), кожа сухая, шелушащаяся, тоны сердца приглушены. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст.

Психический статус: тревожна, плачет, беспокоится за свое здоровье, не верит в возможность выздоровления. Заявляет, что «разучилась нормально есть», испытывает постоянное желание вызвать рвоту после еды. Беспокоится о том, что быстро худеет, считает себя безнадежно больной. В отделении часто уединялась, ничем полезным не занималась. По назначению врача понемногу ела. После еды вызывала рвоту, периодически съедала продукты других больных. Иногда вдруг начинала кричать, что хочет есть, жаловалась на повышенную жажду. Настроение оставалось подавленным. Совершила побег из больницы и была задержана сотрудниками милиции в метро, где пыталась броситься под поезд. По возвращении в отделение постоянно говорила о том, что не хочет жить, так как физически поправиться уже не сможет и «внутренние органы у нее истощились настолько, что она никогда не будет здоровым человеком». По-прежнему после еды продолжала вызывать рвоту. Выписана с диагнозом: шизофрения с психопатоподобными расстройствами. Устроилась на работу библиотекарем. Иногда пыталась прекратить вызывать рвоту, старалась есть понемногу. Интересы были сосредоточены только на приготовлении пищи. Уделяла кулинарии много времени. При прибавлении массы тела становилась агрессивной, била посуду, кричала на мать. На улицу почти не выходила, так как считала, что посторонние лица обращают внимание на ее полноту.

Соматический статус: пониженного питания (масса тела не более 50 кг). Тоны сердца приглушены. Брадикардия. В остальном без патологии.

В неврологическом статусе: вегетативная лабильность, отсутствие глоточного рефлекса.

Экспериментально-психологиче

Глава 5. Нервная анорексия у мужчин

Сложилось традиционное мнение, что нервная анорексия — заболевание лиц женского пола. Развитие синдрома нервной анорексии у мужчин рассматривалось как казуистика. Более того, некоторые авторы вообще отрицают возможность этого заболевания у лиц мужского пола [Wright W. et al., 1969].

В последние десятилетия отмечается учащение случаев нервной анорексии, в том числе и у мужчин. В 50—60-е годы соотношение случаев анорексии у женщин и у мужчин было 1:20 [Decourt J., 1964]. Впоследствии число случаев мужской анорексии значительно возросло. В настоящее время соотношение мужчин и женщин при этом заболевании, по данным разных авторов, составляет 1: 15 [Kendell R. et al., 1973], 1: 10 [Szyrynski V., 1973], 1:9 [Christy N., 1967], 1:4 [Rowland L., 1970].

Мнения о клинике мужской анорексии весьма противоречивы: одни авторы полностью отождествляют ее с женской анорексией [Crisp A. et al., 1972; Toms D. et al., 1984] и считают снижение сексуальных интересов и потенции у мужчин эквивалентом аменореи [Russell G., 1970], другие указывают на ее значительное отличие от одноименной патологии у женщин. В то же время работ, специально посвященных нервной анорексии у мужчин, мало, нередко делаются далеко идущие выводы на явно недостаточном материале [Leger F. et al., 1969; Beaumont P., 1970; Valanne E. et al., 1972]. Зарубежные авторы нередко рассматривали мужскую анорексию с позиций различных модификаций психоанализа, как проявление эдипова и кастрационного комплексов (эротическая направленность на мать, уход в болезнь как самонаказание за невыявленную агрессию к отцу и т. д.) [Leger F. et al., 1969; de Boucand D., 1969].

При многолетнем динамическом изучении нервной анорексии мы также выявили значительно большую частоту этой патологии у женщин. Однако нам встречались и больные мужского пола с характерной картиной нервной анорексии. У всех больных мужчин имелся шизофренический процесс.

Следует особо подчеркнуть, что во всех наблюдениях отмечалась наследственная отягощенность, чаще всего шизофренией, у одного из родителей и значительно реже — психопатией шизоидного круга с алкоголизацией. Интересно, что часть матерей больных в молодости перенесли шизофренический приступ с дисморфоманической и аноректической симптоматикой.

Вопрос о наследственной отягощенности при мужской нервной анорексии привлекает внимание исследователей. Так, Н. Н. Crisp и соавт. (1972); D. Toms и соавт. (1984) отмечают у матерей и отцов этой группы больных выраженные психические расстройства (фобии, алкоголизм, тревожная депрессия, параноидные психозы, нервная анорексия, различные аномалии характера).

К особенностям мужской анорексии относится сочетание шизоидных и астенических черт характера в преморбиде в отличие от преимущественного сочетания астенических и истерических черт при шизофрении с синдромом нервной анорексии у женщин [Коркина М. В. и др., 1974—1980; Ushakov J. K., 1971].

Заболевание во всех наблюдениях начиналось в препубертатном или пубертатном возрасте (10—14 лет) с характерологических сдвигов или медленно нарастающей

негативной симптоматики. На этом фоне у большинства больных развивался синдром нервной анорексии, тесно связанный с дисморфофобическими переживаниями.

У одних больных убеждения в излишней полноте с самого начала были бредовыми, развиваясь даже при дефиците массы тела. Диагностически важно, что, фиксируясь на мнимой полноте, больные совершенно не реагировали на реально существовавшие, подчас уродующие дефекты внешности. Несомненно, важным является и то, что в генезе дисморфомании у этих больных нельзя было отметить доминирующей роли психогенных факторов.

К инициальным проявлениям заболевания относилось заострение шизоидных и астенических черт характера с появлением чрезмерного внимания к своей внешности и медленное нарастание негативной симптоматики в виде аутизации и снижения активности.

Бред излишней полноты у этих больных сопровождался сниженным настроением и идеями отношения. Идеи чрезмерной полноты довольно быстро приводили больных к мысли о необходимости коррекции, устранения этой «полноты» путем самоограничения в еде (дисморфомания). У всех больных на фоне дисморфоманических переживаний довольно быстро формировалась типичная картина нервной анорексии [Коркина М. В. и др., 1974]. Не было никакой закономерности в выборе способа похудения: больные одновременно отказывались от еды, искусственно вызывали рвоту, занимались чрезмерными физическими упражнениями, достигая выраженной кахексии. Вместе с тем искусственно вызываемая рвота у больных никогда не приобретала характера патологического влечения (вомитомания), как при нервной анорексии шизофренического генеза у женщин [Коркина М. В. и др., 1975]. Объяснение отказа от еды носило формальный, псевдорациональный, а нередко вычурно-бредовый характер («еда — помеха деятельности», «пищевое пресыщение мешает жить», «если есть регулярно, то ощущение голода будет нарастать катастрофически» и т. д.). Аффективная насыщенность дисморфоманических переживаний и связанной с ними нервной анорексии во многом определялась и наступающими уже на этом этапе изменениями личности, характерными для шизофрении, а также психопатоподобным поведением в виде грубого отношения к самым близким людям, преимущественно к родителям.

Длительное (до 20 лет) прослеживание катамнеза больных обнаруживало в дальнейшем нарастание у них сенестопатически-ипохондрической симптоматики с формированием стойкого ипохондрического бреда, не имеющего тематической связи с прежними дисморфоманическими переживаниями. Однако у ряда больных дисморфомания была более стойкой, с постепенным присоединением синдрома Кандинского — Клерамбо.

В целом у этих больных можно было говорить о непрерывном течении параноидной шизофрении. Особенностью шизофренического процесса с синдромом нервной анорексии у мужчин являлись выраженность и стойкость сенестопатически-ипохондрических расстройств, чем в значительной степени и обуславливалась социально-трудовая дезадаптация этих больных.

Несколько иными были формирование и динамика синдрома нервной анорексии у других больных. У них еще до заболевания была избыточная масса тела. Заболевание начиналось в более раннем возрасте, чем у выше описанных больных. Полнота этих подростков служила причиной многочисленных и длительных психотравмирующих воздействий (насмешек со стороны окружающих). Они чрезмерно фиксировались на мыслях об избыточной полноте, и в препубертатном периоде у них развивались нарушения,

укладывающиеся в картину дисморфомании. В дальнейшем больные начинали отказываться от еды с целью похудения, т. е. у них формировался синдром нервной анорексии. Динамика и этапы развития нервной анорексии у этих больных по существу

совпадали с тем, что наблюдалось у женщин; в частности, у них можно было выделить инициальный, аноректический, кахектический и этап редукции аноректической симптоматики [Коркина М. В. и др., 1974]. Для больных этой группы был весьма типичен и так называемый симптом фотографии (М. В. Коркина): больные упорно отказывались фотографироваться даже для паспорта, так как, по их мнению, на фотографии их «дефект» был особенно заметен. Значительная роль психогенного фактора в формировании дисморфомании, ее сверхценный характер, склонность больных к диссимуляции, невыраженность негативной симптоматики создавали большие дифференциально-диагностические трудности на ранних этапах болезни.

Катамнез больных этой группы свидетельствует о стойкости дисморфоманической и аноректической симптоматики, хотя синдром нервной анорексии в значительной степени связан в дальнейшем с нарастающими сенестопатически-ипохондрическими расстройствами. Однако ипохондрическая симптоматика у этих больных не становилась бредовой. Существенное место в клинической картине болезни приобретали также психопатоподобные расстройства и склонность к употреблению алкогольных напитков.

О шизофреническом процессе у больных этой группы свидетельствовали медленно нарастающая негативная симптоматика в виде особой аутизации, эмоционального оскудения, сужения круга интересов до «проблем рационального питания», оторванность анорексии от дисморфомании, однообразие и монотонность больных, изменения мышления (постепенная утрата его гибкости, шаблонность, склонность к резонерству). В то же время у этих больных (в отличие от женщин с нервной анорексией шизофренического генеза) отмечалась довольно высокая трудовая адаптация со способностью к профессиональному росту. Процесс в целом был вялым, с малой прогрессивностью.

Среди больных нервной анорексией шизофренического генеза встречались также пациенты, нервная анорексия которых не была связана с синдромом дисморфомании. В преморбиде у них были отчетливые признаки физического инфантилизма (маленький рост, недоразвитие мышечной и сосудистой системы, определенная патология желудочно-кишечного тракта с нарушением аппетита, непереносимость некоторых видов пищи и т. д.). В физическом развитии больные с детства отставали от сверстников. В семье они воспитывались в теплой атмосфере, их искусственно ограждали от трудностей. Всегда чрезвычайно зависимые от родителей, особенно от матери, они перекладывали на родных и близких решение всех своих проблем.

С начала пубертатного периода соматическое состояние этих подростков ухудшалось, развивалось отвращение к пище, после еды возникали тошнота, рвота. Наряду с описанными расстройствами в клинической картине все более отчетливыми становились аффективные колебания (с преобладанием вялой депрессии), сенестопатически-ипохондрическая симптоматика, obsessivno-fobicheskie расстройства (нозофобии).

С этого периода больные начинали систематически ограничивать себя в еде с целью уменьшить тягостную тошноту и рвоту и неприятные ощущения в области желудка. Самоограничение в еде рассматривалось больными как метод терапевтической коррекции «болезней желудка». Отказ от еды приводил к резкому истощению. Иными словами, формировался синдром нервной анорексии. В дальнейшем в клинической картине болезни

ведущее место занимала сенестопатически-ипохондрическая симптоматика, при этом ипохондрические переживания были бредовыми. Отказ от еды и пищевое поведение также имели бредовую основу и имели вид различных вычурных систем самоусовершенствования, приближаясь к особым вариантам метафизической интоксикации. Постепенно нарастала и негативная симптоматика. В целом можно было говорить о паранойяльной шизофрении.

Экспериментально-психологическое обследование больных показало, что у них при достаточном запасе знаний, способности абстрагировать, свободно оперировать сложными обобщениями, хорошей памяти и умственной работоспособности была изменена операциональная сторона мышления в виде «соскальзывания». Это выражалось в эпизодическом использовании псевдоабстрактных или «слабых» признаков понятий.

Психологическое обследование в анамнезе выявило значительное изменение операциональной стороны мышления, в котором наряду с «соскальзыванием» отмечалась псевдоорганичность, особенно при использовании конкретных признаков понятий и работе со сложными обобщениями. Для иллюстрации приведем одно из наблюдений.

Наблюдение 13. Больной Г., 18 лет, масса тела 50 кг, рост 168 см. В 5-летнем возрасте болел скарлатиной с осложнением в виде лимфаденита, в 7 лет трижды перенес пневмонию, в 8 лет — корь, затем безжелтушную форму гепатита.

По характеру был веселым, подвижным, общительным, чрезвычайно настойчивым и упрямым, много времени уделял спорту.

Приблизительно с 14 лет стал ограничивать себя в еде. Уходил, не завтракая, в школу, днем ел очень мало. Самоограничение в еде стало особенно заметным в 15—16 лет. Причины отказа от еды тщательно скрывал, и родителям с большим трудом и далеко не сразу удалось узнать, что мальчик не ест потому, что считает себя «жирным» и не желает «быть, как бочка». С не меньшим трудом родители выяснили, что еще в 7-м классе во время взвешивания школьников масса тела их сына (63 кг при росте 166 см) оказалась больше, чем у многих других, и кто-то из товарищей назвал его «жирным». С этого времени началось самоограничение в еде, на первых порах дававшееся больному очень трудно. Вначале перестал есть супы и мясо, затем — хлеб, масло, картофель. Одно время питался только сгущенным молоком и фруктами. Всячески обманывал родителей, уговаривавших и заставляющих его есть. Требовал, чтобы ему давали есть отдельно от всех, в другой комнате, и никто туда в это время не входил. Тарелки возвращал пустыми, но потом выяснилось, что всю еду складывал в припрятанные банки. Иногда жевал пищу, а потом незаметно выплевывал. После обнаружения банок стал складывать пищу в тряпки и прятал их всюду.

Часто рассматривал себя в зеркале, заявлял, что он «как бочка», что ноги у него, «как тумбы», все смотрят на него и замечают, какой он «жирный». Правда, больной говорил об этом очень редко и неохотно, только при самых настойчивых требованиях родителей поесть. После еды делал изнуряющую гимнастику, привязывал к ногам гантели или бегал с собакой по пустырю. Желая казаться более тонким, перестал надевать нижнее белье даже в сильные морозы.

В то же время заметно изменился по характеру, стал молчаливым, менее общительным, грубым, раздражительным. Похудел до 49 кг. В связи с истощением с диагнозом алиментарное истощение был госпитализирован в терапевтическую больницу. Однако от

лечения категорически отказывался, совершенно ничего не ел. В связи с этим был переведен на лечение в психиатрическую больницу.

В отделении обращали на себя внимание бледность и истощенность больного, а также цианотичность кистей и резкая потливость ладоней. Масса тела 50 кг при росте 168 см. Отмечены систолический шум у верхушки сердца, артериальная гипотония (90/70 мм рт. ст.), брадикардия, спастическое состояние кишечника и желудка.

Психический статус: полностью ориентирован, охотно разговаривает с врачом, но всячески избегает темы его заболевания, которое он старается диссимулировать; убеждает врача, что его самого беспокоит отсутствие аппетита, что он опасается, не причинил ли себе голоданием непоправимого вреда, уверяет, что теперь он ест хорошо и много («как все»). О причине голодания говорит еще менее охотно. Идей отношения не высказывает, но сообщает, что «дома все его жирность замечали». Настроение подавленное.

С первых же дней пребывания в отделении пытался обманывать персонал: делая вид, что с аппетитом ест, прятал пищу в карман и рукава пижамы, старался носить при себе банку, куда сливал суп. На прогулке очень много ходил и бегал, каждый раз стараясь давать этому рациональное объяснение («замерз», «давно не занимался физкультурой» и т. д.). Постоянно просил о выписке, уверял, что теперь «все осознал», «понял».

Лечение: инсулинокоматозная терапия (31 сеанс) в комбинации с тофранилом, затем амитал-кофеиновое растормаживание, аминазинотерапия, витамины. В результате лечения состояние улучшилось, прибавил 7,6 кг, стал общительным, живым, строил планы на будущее, исчезла подавленность. Ел лучше, однако по-прежнему пытался обманывать окружающих, потихоньку выбрасывал хлеб и масло, уверяя, что он «это просто не любит». При настойчивых вопросах иногда неохотно признавался, что раньше ему стоило очень большого труда ограничивать себя в еде, а в дальнейшем стало гораздо легче: «аппетит со временем пропал».

В дальнейшем по мере улучшения соматического состояния в поведении больного стали все чаще выявляться психопатоподобные черты: реагировал злобными вспышками на попытки заставить его больше есть, грубил персоналу и особенно приходившей к нему на свидание матери, причем старался оскорблять ее потихоньку, чтобы никто не слышал, на людях демонстративно проявлял к ней уважение.

По данным катамнеза, по возвращении домой первое время больной работал в слесарных мастерских, с работой хорошо справлялся. Затем успешно окончил 10-й класс и поступил в институт. Учился без труда. По-прежнему очень много читал, интересовался техникой. С товарищами контактировал формально, к родственникам проявлял почти полное безразличие, его не трогали ни болезнь матери, ни неприятности на работе у отца. Был неряшлив, мог целый месяц не мыться. Питался отдельно от семьи, совершенно не ел хлеб, гарниры, старался обойтись без супов, масла. Преимущественно употреблял творог, яблоки, морковь, капусту. Не переносил разговоров о еде, стал еще более грубым и раздражительным. Постоянно следил за массой своего тела (68 кг). Был чрезвычайно фиксирован на деятельности желудочно-кишечного тракта, часто обращался к терапевту. Подозревает у себя язвенную болезнь, «а может быть, и рак». Часто требует рентгеноскопии и гастроскопии. После очередного обследования у терапевта на некоторое время успокаивается, но при малейшем дискомфорте в какой-либо части тела вновь возникает беспокойство о своем здоровье. Последние годы стал злоупотреблять алкоголем. Объясняет это тем, что алкоголь «подавляет аппетит, а значит, приводит к похуданию».

Ведущим психопатологическим расстройством в данном наблюдении является синдром дисморфомании и нервной анорексии. Значительные сложности связаны в данном случае с нозологической принадлежностью синдрома. Его чрезвычайная стойкость, развивающиеся в процессе заболевания изменения личности с нарастанием холодности, черствости, неряшливости, появление характерных для шизофрении с синдромом дисморфомании черт психопатоподобного поведения дают основание диагностировать вялотекущую шизофрению.

Итак, синдром нервной анорексии встречается у мужчин гораздо реже, чем у женщин (по нашим данным, в 9 раз). В отличие от женской анорексии, где эта патология может быть проявлением шизофрении, неврозов, психопатий или самостоятельным пограничным психическим заболеванием, у мужчин она чаще всего является синдромом в рамках шизофрении. По мере развития процесса в клинической картине заболевания все большее место занимает сенестопатически-ипохондрическая симптоматика, нередко бредовая, которая сочетается с выраженным психопатоподобным синдромом и вторичной алкоголизацией. В отличие от наблюдающегося у женщин синдрома нервной анорексии шизофренической природы, у мужчин в структуре этого синдрома реже развивается патологическое пищевое (рвотное.— М. В. Коркина и соавт., 1974) поведение. В целом шизофрения имеет непрерывное течение со средней или малой прогрессивностью. При вялом течении шизофрении отмечается достаточная трудовая адаптация.

Глава 6. Нарушения некоторых видов обмена веществ при нервной анорексии

Несмотря на большое число публикаций, многие аспекты нервной анорексии остаются малоизученными. Это в первую очередь касается вторичных нарушений метаболизма, связанных с длительным голоданием у страдавших нервной анорексией. Данные литературы по этому поводу немногочисленны и весьма противоречивы.

Так, J. A. Silverman (1977), обследовав 65 больных нервной анорексией, пришел к выводу, что показатели электролитов в плазме крови при этом заболевании не отличаются от таковых в норме. Подобное мнение имеют M. P. Warren, Van de Wiele (1973). S. E. Warren и соавт. (1979) выявили выраженную гипокалиемию у 4 из 7 наблюдавшихся ими больных нервной анорексией, гиперкалиемию у одного, гипонатриемию у одного, а также снижение показателей хлоридов у 3 больных.

Одни авторы [Wolff H. P. et al., 1968] при данном заболевании чаще отмечали снижение содержания калия и натрия в плазме, другие [Elkinton J. K. et al., 1959] допускали такую возможность лишь в небольшом проценте случаев. Высказывалось мнение, что гипокалиемия отмечается только у больных, часто вызывающих рвоту [Warren S. E., 1979]. Разных точек зрения придерживаются авторы и относительно содержания холестерина в плазме при нервной анорексии. A. H. Grisb и соавт. (1968) обнаружили его повышенную концентрацию (до 13,0 ммоль/л) у всех обследованных ими 37 больных нервной анорексией. Аналогичные данные приводят N. S. Мооге и соавт. (1954). Однако W. J. Walker и соавт. (1951) отмечали, что потеря массы тела в пределах 10 кг (обычный дефицит массы при нервной анорексии) не приводит к выраженному изменению содержания холестерина в плазме. Подобные противоречия объясняются, по-видимому, недоучетом таких клинических показателей, как избираемый больными метод похудения и выраженность кахексии.

Несомненно, что чем более выражена кахексия, тем более значительных нарушений обмена веществ следует ожидать. В этой связи необходимо указать, что одним из главных диагностических критериев нервной анорексии является достаточно большой дефицит массы тела (25 % преморбидной массы). Кроме того, больные нервной анорексией достигают одной и той же цели (похудание) различными способами, что приводит к различной алиментарной недостаточности.

Независимо от нозологической принадлежности синдрома нервной анорексии обычно больные сознательно отказываются от еды, главным образом путем значительного сокращения количества пищи. Чаще они избегают пищи, богатой углеводами и жирами, предпочитая различные варианты так называемой белковой диеты, нередко собственного изобретения. Иными словами, максимальное ограничение касается жиров и углеводов при значительно менее выраженном ограничении употребления белков.

Другие больные прибегают с целью похудения к искусственной рвоте с последующим промыванием желудка большим количеством воды. Естественно, подобное пищевое поведение приводит уже не к частичной, а к общей алиментарной недостаточности (резкое ограничение не только жиров и углеводов, но и белков).

Между этими главными методами похудения (ограничение в еде и вызывание рвоты) существуют многочисленные смешанные варианты: сочетание приема больших доз слабительных и анорексигенных средств с самоограничением в еде, вызывание

искусственной рвоты в сочетании с приемом слабительных, чередование искусственно вызываемой рвоты и самоограничения в еде, вызывание рвоты с последующим промыванием желудка с помощью резинового зонда после булимических приступов в сочетании с приемом мочегонных препаратов и т. д.

Искусственная рвота в различных сочетаниях с другими методами похудения — один из главных компонентов пищевого поведения у определенной части больных нервной анорексией. В ряде случаев больные начинали прибегать к рвоте после нескольких лет безуспешного самоограничения в еде. В таких случаях рвотное поведение становилось этапом более злокачественного течения нервной анорексии.

Дефицит массы тела и особенно нарушения метаболизма во многом зависели от специфики пищевого поведения. Мы исследовали содержание в плазме крови холестерина, калия, натрия, кальция и хлоридов у больных с резким ограничением приема пищи, содержащей углеводы и жиры, и у больных, вызывающих с целью похудения рвоту. Показатели сопоставлялись с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования представлены в таблице.

Содержание (ммоль/л) некоторых веществ в плазме больных нервной анорексией с искусственно вызываемой рвотой и резким ограничением количества пищи

Показатели	Больные		P
		вызывающие рвоту с резким ограничением в еде	
Холестерин	3,92±0,25	5,30±0,25	< 0,001
Калий	4,35±0,23	5,02±0,18	<0,05
Кальций	1,91±0,02	2,64±0,17	<0,01
Натрий	122,91 ±6, 13	126,0±2,22	<0,05
Хлориды	120,75±26,14	171,11±2,96	<0,001

Из таблицы видно, что содержание холестерина в плазме больных с так называемым рвотным поведением значительно ниже уровня холестерина при простом ограничении углеводной пищи (с высокой достоверностью). В целом ту же закономерность можно отметить и в отношении содержания в плазме больных нервной анорексией калия.

Особое внимание следует обратить на низкое содержание кальция в плазме больных с искусственно вызываемыми рвотами. Разница в показателях содержания кальция в плазме обследованных больных также статистически достоверна. Содержание кальция в крови обычно связывается с уменьшением его всасывания в кишечнике или с гипопаратиреозом. Отсутствие первичного поражения паращитовидных желез убедительно показано рядом авторов [Vagenanis A. G., 1977; Brown G. M. et al., 1977] при изучении гормонального профиля больных нервной анорексией. Следовательно, снижение при этом заболевании содержания кальция в крови можно объяснить (наряду с влиянием алиментарной недостаточности) нарушением его всасывания в стенке кишечника. Клинически снижение содержания кальция у больных нервной анорексией выражается усилением возбудимости нервно-мышечной системы, что нередко приводит к судорогам мышц конечностей, особенно икроножных и мышц пальцев рук.

Ниже показателей нормы было и содержание натрия в плазме обследованных больных. Особенно велик его дефицит у больных с искусственной рвотой (хотя различия статистически недостоверны).

Известно, что даже сравнительно небольшое уменьшение содержания в плазме крови натрия—регулятора обмена воды между клетками и внеклеточной средой — приводит к заметной потере воды организмом. В связи с этим можно думать, что одним из механизмов значительного снижения массы тела у больных нервной анорексией служит гипонатриемия. Гипонатриемия при нервной анорексии необходимо учитывать (особенно при большом дефиците массы тела) при диетотерапии. Поваренная соль может привести к почти полному связыванию потребляемой жидкости и, следовательно, к отекам, особенно на первых этапах так называемой пищевой реабилитации.

Более низкое содержание хлоридов отмечено только у больных со рвотами. Разница уровней хлоридов между группами у больных с ограничением в еде и у больных со рвотой характеризуется высокой достоверностью. Ионы хлора, как известно, участвуют в поддержании осмотического давления крови и других физиологических жидкостей, обеспечивают регуляцию водного и минерального обмена, кислотно-основного состояния, регулируют процесс образования хлористоводородной кислоты желудочного сока. При нервной анорексии, особенно на высоте кахексии, при так называемом рвотном поведении, когда значительно снижается уровень хлоридов в плазме, страдают все указанные выше физиологические процессы.

Таким образом, при искусственной рвоте все показатели изучаемых метаболитов значительно отличаются от соответствующих показателей у больных с простым самоограничением в еде. Это необходимо учитывать при разработке комплексного лечения больных нервной анорексией, в том числе индивидуальной диетотерапии.

Глава 7. Динамика соматоэндокринных расстройств

Важное диагностическое и прогностическое значение имеет динамика вторичных соматоэндокринных расстройств, занимающих существенное место в структуре нервной анорексии и влияющих на течение заболевания в целом. Клиническим выражением этих расстройств являются уже отмечавшиеся похудание, аменорея, гипотония, брадикардия, гипотермия, тяжелые запоры, трофические нарушения. Соматоэндокринная патология подтверждается также и результатами проводимых рядом авторов лабораторных исследований.

Так, гематологические исследования [Cravetto C. et al., 1977; Rieger W. et al., 1978; Amrein Ph. et al., 1979] показали, что в острой стадии этого заболевания снижается гематокрит (отношение объема плазмы к общему объему форменных элементов крови), уменьшается содержание гемоглобина и лейкоцитов. При этом лейкопения развивается как следствие уменьшения количества нейтрофилов. Это увеличивает тяжесть бактериальных инфекций у этих больных и затрудняет их своевременную диагностику. Имеются указания на то, что лейкопения обусловлена гипоплазией костного мозга в результате голодания [Lamp F., Lau B., 1976].

Проведившееся рядом авторов [Mordasini R. et al., 1978] исследование содержания холестерина в плазме показало его повышение у большинства больных в стадии истощения и снижение до нормального уровня по мере увеличения массы тела.

Прямым свидетельством участия гуморальных факторов в регуляции аппетита считают обнаружение в моче у ряда больных нервной анорексией так называемых анорексигенных и аппетитстимулирующих пептидов [Trygstad O. et al., 1979]. Их присутствие связывают с выраженностью гипоталамических расстройств.

Нарушениям эндокринных функций при нервной анорексии посвящено много работ, основные результаты которых обобщены в литературных обзорах последних лет [Богданова Е. А., 1981; Балаболкин М. И., Герасимов Г. А., 1984].

Особый интерес представляют расстройства функций гипоталамо-гипофизарно-овариальной оси, непосредственно обуславливающие аменорею — один из основных симптомов нервной анорексии. Ряд авторов считают их наиболее выраженными среди других эндокринных нарушений, отмечаемых у этих больных [Bliss E., Migeon C., 1957; Beaumont P. et al., 1976; Boulard C., 1978, и др.].

Установлено, что аменорея сопровождается снижением плазматических уровней гонадотропинов гипофиза — лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов. Концентрация указанных гормонов коррелирует с массой тела больных как при «поперечном» обследовании в острой стадии заболевания, так и при «продольном» обследовании в процессе прибавки массы тела [Beardwood C., 1974; Isaacs A. et al., 1980]. Кроме того, секреция ЛГ и ФСГ в ответ на введение гонадотропин-рилизинг-гормона (в норме быстро усиливающаяся) ослаблена и замедлена. Реакция гонадотропинов постепенно восстанавливается по мере увеличения массы тела [Beaumont P. et al., 1976, 1978; Isaacs A. et al., 1980]. Обнаружено также изменение суточного ритма секреции ЛГ, он как бы возвращается к препубертатной стадии [Boyar R. et al., 1974]. Аналогия с препубертатными особенностями гонадотропной функции гипофиза проявляется и в преобладании уровня ФСГ над уровнем ЛГ в плазме истощенных больных [Богданова Е. А. и др., 1978].

Расстройства эндокринной функции яичников выражаются в снижении концентрации эстрогена, эстрадиола, прогестерона, нарушении обменных превращений половых гормонов [Fisman G. et al., 1975; Baranowska B. et al., 1978].

Изменения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы приводят к увеличению содержания кортизона в плазме у истощенных больных [Boyar R. et al., 1977], ослаблению его реакции на тест подавления дексаметазоном (тест, выявляющий нарушение выработки кортикотропин-рилизинг-фактора в гипоталамусе), снижению концентрации в моче 3-метокси-4-гидроксифенилгликоля (один из метаболитов мозгового норэпинефрина, отражающий активность центральных норадренергических нейронов). Вместе с тем, по мнению R. Cierner, H. Ciwirtsman (1981), все отмеченные изменения могут быть связаны не только с похуданием, но и с эндогенной депрессией, поскольку при ней такие же изменения часто отмечаются у больных без уменьшения массы тела. В том и другом случае гормональное состояние нормализуется в результате лечения.

Из нарушений тиреоидных функций отмечается снижение уровня трийодтиронина в плазме. Содержание тироксина и тиреостимулина остается в пределах нормы [Moshung T. et al., 1975]. В процессе восстановления массы тела больных концентрация трийодтиронина повышается [Croxson M., Ibbertson H., 1977]. Подобные изменения уровня трийодтиронина встречаются при голодании в связи с тяжелыми соматическими заболеваниями, а также при лечебном голодании.

По мнению С. Boulard (1978), все эндокринные расстройства при нервной анорексии в значительной степени обусловлены изменениями в гипоталамо-гипофизарной области, варьирующими в зависимости от одного общего параметра — массы тела, поскольку они появляются, когда масса падает ниже определенного критического уровня и редуцируются, когда больные восстанавливают исходную массу тела. Это понятие критической массы, первоначально применяемое по отношению к началу пубертата у девочек [Frisch R., Revelle K., 1971], стали привлекать при описаниях эндокринных расстройств в связи с нервной анорексией — «весовой порог менструаций» (по А. Н. Crisp, 1977).

Из краткого обзора данных, касающихся лабораторных методов исследования, становится очевидным, что так же, как и в клинической практике, основными показателями тяжести соматоэндокринной патологии являются изменения массы тела и состояния менструальной функции.

В данной главе, посвященной описанию корреляций между соматоэндокринными и психическими расстройствами в зависимости от нозологической принадлежности нервной анорексии, в качестве основных характеристик соматоэндокринного состояния также использованы масса тела и состояние менструальной функции.

Для изучения динамики соматоэндокринных расстройств выявлялись следующие показатели: масса тела до заболевания, масса тела к началу похудения, масса тела к моменту наступления аменореи, скорость падения массы тела после начала аменореи, масса тела к началу лечения, изменения массы тела в процессе лечения, масса тела к моменту восстановления менструаций, возраст, в котором появились менструации, возраст начала интенсивного похудения, возраст наступления аменореи, длительность периода от начала аменореи до начала лечения, общая длительность интенсивного похудения, длительность стационарного лечения, длительность периода от начала лечения до восстановления менструаций.

В результате изучения динамики соматоэндокринных расстройств у больных нервной анорексией удалось выявить следующие общие особенности, независимые от нозологической принадлежности синдрома:

- тенденция к более раннему, чем в норме, половому созреванию (средний возраст менархе был меньше, чем у здоровых девочек);
- масса тела у значительной части больных при появлении убежденности в излишней полноте превышала среднюю возрастную-ростовую норму;
- начальная потеря массы тела отвечала стремлению больных к похуданию с целью «коррекции» внешности;
- аменорея наступала после довольно быстрого похудения;
- аменорея сохранялась все время, пока масса тела больных оставалась более низкой, чем та индивидуальная масса тела, при которой она наступала, что подтверждает имеющиеся в литературе данные о индивидуальном «весовом пороге менструаций» (ВПМ) у этих больных (Весовой порог менструаций — ВПМ— масса тела, при которой наступила аменорея) [А. Crisp, 1977];
- индивидуальная величина ВПМ отчетливо коррелировала с массой тела у больных к началу интенсивного похудения (преданоректическая масса): чем больше была преданоректическая масса тела, тем более высоким был ВПМ;
- с наступлением аменореи ускоряется развитие кахексии;
- восстановление менструальной функции в процессе лечения сопровождалось улучшением соматопсихического состояния и способствовало его стабилизации;
- длительность периода от начала лечения до восстановления менструаций непосредственно зависела от эффективности лечения в стационаре: чем больше была прибавка массы тела в стационаре, тем короче был этот период, т. е. быстрее в целом наступала нормализация соматоэндокринного состояния;
- скорость прибавки массы тела в стационаре в процессе адекватной терапии коррелировала с возрастом начала интенсивного похудения: чем старше были больные к началу интенсивного похудения, тем медленнее у них прибавлялась масса в стационаре;
- после выписки из больницы скорость восстановления массы тела значительно снижалась;
- в процессе адекватной терапии аменорея сохранялась тем дольше, чем более длительной она была до начала лечения.

Диагностическое и прогностическое значение перечисленных общих закономерностей заключается в том, что их можно использовать, с одной стороны, для распознавания синдрома нервной анорексии, а с другой — для разработки общих принципов лечения больных с этим синдромом.

Существенно, что обнаруживаются определенные особенности динамики как соматоэндокринного, так и психического состояния в отдельных нозологических группах.

Особый интерес с точки зрения прогностической информативности динамики соматоэндокринного состояния вообще и корреляций между преморбидными соматоэндокринными показателями и вторичными соматоэндокринными изменениями в частности представляли больные нервной анорексией при пограничной психической патологии с преобладанием тормозимых черт характера в преморбиде.

Эти больные имели избыточную массу тела с детства. Тенденция к ускоренному половому созреванию была достаточно отчетливой (менархе у большинства больных в 11—12 лет при средней норме 13 лет). Преданоректический этап начался в относительно раннем возрасте (14—15 лет) при довольно большой избыточности массы тела (в среднем 8—10 % нормы). Несмотря на эпизодические попытки «коррекции» внешности, на этом этапе сохранялась возрастная тенденция к нарастанию массы тела, так что к началу интенсивного похудения ее избыточность уменьшалась незначительно.

Преданоректическая масса коррелировала с возрастом менархе: чем раньше появлялись менструации, тем выше была преданоректическая масса тела.

Вскоре после начала коррекции избыточной полноты (через 1—4 мес) при похудании на 2—10 % (тем больше, чем больше была преданоректическая масса) у больных наступала аменорея. Масса тела при наступлении аменореи, т. е. ВПМ, приблизительно равнялась средней возрастно-ростовой норме массы тела или даже несколько превышала ее.

Эти больные ограничивали себя в еде и проявляли повышенную двигательную активность без стремления к искусственной рвоте. В дальнейшем, несмотря на значительную потерю веса, больные продолжали деятельность по «коррекции» внешности в связи со страхом прибавки веса. Имела место двигательная гиперактивность, сохранявшаяся вплоть до кахексии, что было особенно выраженным именно у этой группы больных.

После начала аменореи значительно возрастала скорость похудения. Вместе с тем скорость падения массы тела зависела от ряда соматоэндокринных показателей в преморбиде и на первом этапе болезни. Она была больше у больных с более ранним возрастом менархе, с большей преморбидной массой тела, а также с более ранним возрастом начала интенсивного похудения и аменореи. Эти больные на этапе выхода из кахексии полнели быстрее, нормализация соматоэндокринного состояния занимала меньше времени. Общие для всех групп корреляции между сроками восстановления менструальной функции и длительностью ее отсутствия до начала лечения в этой группе были наиболее выраженными.

В процессе лечения после восстановления менструаций нарастание массы тела замедлялось и прекращалось совсем, когда масса приближалась к преданоректической, как правило, не достигая ее. Недовольство чрезмерной полнотой и в связи с этим особое отношение к еде сохранялись, но не препятствовали удовлетворительной социально-трудовой адаптации больных. Клинически выраженных рецидивов синдрома нервной анорексии у этих больных ни в одном случае не наблюдалось.

Таким образом, основными особенностями соматоэндокринного состояния у этой группы больных были: повышенная полнота с детства и избыточность преданоректической массы тела; ранний возраст начала интенсивного Похудания (15—17 лет); высокий ВПМ, в среднем приблизительно равный возрастно-ростовой норме массы тела; выраженная зависимость скорости похудения и скорости восстановления массы тела от преморбидных соматоэндокринных показателей и показателей, непосредственно предшествовавших похуданию (похудание и прибавка веса происходили быстрее у больных с более ранним появлением менархе, с большей избыточностью преданоректической массы тела и более

ранним началом похудения); четкая зависимость между длительностью аменореи до и после начала лечения; относительно короткий период от начала лечения до нормализации соматоэндокринного состояния (6—10 мес) и короткий период стабилизации соматопсихического состояния (около 1 года).

Нервная анорексия, представлявшая собой особый вариант пограничной психической патологии у больных с преобладанием истерических черт характера в преморбиде, также имела ряд особенностей в плане изучаемых вопросов.

Эти больные не имели избыточной массы тела с детства. Однако в период полового созревания (после наступления менархе) они значительно и быстро полнели несколько больше нормы.

Преданоректический этап, также с развитием особого варианта сверхценной дисморфомании, сопровождался эффективной «коррекцией» внешности, в результате чего масса тела к началу интенсивного похудения была несколько ниже нормы. Нерезкое, но достаточно длительное самоограничение в еде на преданоректическом этапе сопровождалось усилением истерических черт характера.

Вместе с тем двигательная гиперактивность, отчетливо выраженная на преданоректическом этапе и в начале интенсивной «коррекции» внешности, утрачивала актуальность уже на ранних стадиях кахексии. У больных быстро нарастали астенические расстройства, включавшие в себя вегетативно-сосудистые нарушения и выраженную ипохондрическую фиксацию на вторичных, даже незначительных нарушениях пищеварения.

Количество и выраженность корреляций между показателями динамики соматоэндокринного состояния у этих больных были меньше, чем у больных с тормозимым преморбидом. Меньшую роль также играли преморбидные соматоэндокринные показатели. Изменение массы тела и менструальной функции в большей степени зависело от возраста начала интенсивного похудения и его общей длительности. Так, чем в более старшем возрасте начиналось интенсивное похудание, тем большая потеря массы тела предшествовала аменорее. При этом ВПМ был в среднем ниже, чем у больных с преобладанием тормозимых черт в преморбиде. Ускорение похудения после наступления аменореи зависело от возраста, в котором она возникла, и длительности периода от появления менархе до прекращения менструаций, т. е. от общей длительности нормальной менструальной функции: кахексия нарастала быстрее у больных с более ранним началом аменореи и меньшей общей длительностью нормальной менструальной функции.

Особенно тесная зависимость у этих больных была обнаружена между длительностью периода от начала лечения до нормализации соматоэндокринного состояния и общей длительностью интенсивного похудения: чем больше длилось похудание, тем больше времени занимало восстановление массы тела и эндокринных функций, хотя в среднем этот период был короче, чем у больных с тормозимыми чертами в преморбиде (3—7 мес). Стабилизация соматопсихического состояния была более длительной (до 2—3 лет), сохранялась возможность рецидивов соматоэндокринных расстройств. Их тяжесть была меньше, чем в остром периоде, масса тела, как правило, не падала ниже ВПМ. Рецидивы всегда связывались с ситуационно обусловленным ухудшением психического состояния.

Когда масса тела становилась близкой к норме и соматическое состояние стабилизировалось, в психическом статусе этих больных определялись истерические

черты характера, выраженные слабее, чем в период интенсивного похудения, но у некоторых больных несколько интенсивнее, чем до начала развития синдрома. Кроме того, у этих больных, так же как и у больных с тормозимым преморбидом, сохранялось настороженное отношение к еде в связи с боязнью пополнеть. Социально-трудовая адаптация у них была удовлетворительной.

Таким образом, для динамики соматоэндокринного состояния этих больных характерны: появление избыточной массы тела не ранее чем в пубертатном возрасте; постепенное снижение массы тела и ликвидация ее избыточности к началу интенсивной «коррекции»; относительно позднее начало интенсивного похудения (в 17—19 лет); относительно низкий ВПМ и большее снижение массы тела перед началом аменореи; выраженная зависимость длительности нормализации соматоэндокринного состояния от общей длительности интенсивного похудения: чем больше длилось похудание, самоограничение в еде, тем дольше восстанавливались соматоэндокринные функции; сочетание относительно быстрой нормализации соматоэндокринного состояния (в течение 3—7 мес) с длительным отсутствием его стабильности и возможностью рецидивов соматоэндокринных расстройств (в течение 2—3 лет).

Больные шизофренией с синдромом нервной анорексии значительно отличались от больных с пограничным заболеванием по выраженности корреляций соматоэндокринных показателей.

Несмотря на сходство преморбидного соматоэндокринного состояния этих больных и больных с тормозимым преморбидом, вторичные соматоэндокринные сдвиги мало зависели от преморбидного соматоэндокринного состояния в отличие от больных с пограничной патологией и преобладанием тормозимых черт характера личности.

Соматоэндокринные расстройства у этой группы больных были наиболее связаны с возрастом начала похудения, в среднем достаточно высоким (17—19 лет). В целом характер этой зависимости был сходен с тем, который описан у больных с нервной анорексией с истерическим преморбидом при пограничной психической патологии.

Эти больные также относительно больше худели до наступления аменореи, имели низкий ВПМ, большой дефицит массы при поступлении в больницу и большую длительность периода от начала лечения до восстановления менструаций. Следует отметить, что общая для всех больных корреляция между скоростью прибавки массы тела в больнице и длительностью нормализации соматоэндокринного состояния у больных шизофренией была более выраженной.

Большая тяжесть и стойкость соматоэндокринных расстройств была обусловлена прежде всего психическими нарушениями, зависевшими от особенностей сочетания синдрома нервной анорексии с другой психопатологической симптоматикой.

Таким образом, к основным особенностям соматоэндокринного состояния в этой группе больных относятся: избыточная полнота с детства; относительно поздний возраст начала похудения (17—19 лет); относительно низкий ВПМ и большее похудание перед наступлением аменореи; относительно большая потеря массы тела при обращении в больницу; большая длительность нормализации соматоэндокринного состояния; выраженная зависимость длительности восстановления соматоэндокринных функций от скорости увеличения массы тела в больнице; возможность рецидивов соматоэндокринных сдвигов в процессе стабилизации соматопсихического состояния.

Таким образом, изучение корреляций соматоэндокринных и психических расстройств свидетельствует, как уже отмечалось выше, о том, что характер синдрома кинеза нервной анорексии и динамика соматоэндокринных показателей, в частности, имеет большое диагностическое и прогностическое значение.

К основным показателям, претерпевающим наибольшую динамику и в достаточной степени характеризующим соматоэндокринное состояние при нервной анорексии, относятся масса тела и состояние менструальной функции.

Существенное значение для диагностики и прогноза заболевания имеет анализ особенностей развития соматоэндокринных расстройств и характер их редукции с учетом динамики психических расстройств.

Глава 8. Данные экспериментально-психологического исследования

На современном этапе развития психиатрии экспериментально-психологическое исследование помогает решению дифференциально-диагностических задач и реабилитации больных.

Направленность психологического обследования больных нервной анорексией определялась клиническими особенностями — истощением и упорным, склонным к рецидивам течением. Выявлялись первичные (обусловленные возрастом, соматическими и другими факторами) и вторичные (сформировавшиеся под влиянием болезни) особенности личности и познавательной деятельности больных.

За рубежом нервная анорексия привлекает все большее внимание исследователей, и статьи об этом заболевании появляются в самых различных изданиях: [Chwee L., 1983], но собственно экспериментально-психологических исследований мало. Обычно их результаты трактуются как символическое выражение «фрустрации оральной фазы», «регрессии психического развития», «познания неосознанных аутоагрессивных желаний и стремлений», болезненных отношений мать — ребенок, возникающих в различные периоды, и др. Интерес к познавательной деятельности вызван тем, что ряд авторов считают одной из причин нервной анорексии конфликт между высокоодаренными девочками и их близкими с низким интеллектуальным уровнем (дочь — мать).

Выделяя в особенностях личности больных нервной анорексией много сходного и утверждая на основе этого патогномичность измененного типа личности, авторы этих исследований фактически игнорируют длительное и сложное формирование патологического мотива похудания, приводящего к отказу от еды.

Результаты исследований познавательной деятельности в зарубежной литературе довольно разноречивы. Одни авторы утверждают, что интеллект больных очень высок [Sobczynska Z., 1971], другие — что он близок к средней норме [King A., 1967], а в работах V. Taipale (1971), A. Holl с соавт. (1983) показано, что он ниже, чем у матерей больных. Наши исследования познавательной деятельности позволяют объяснить подобное разнообразие данных неоднородностью групп больных по нозологическому признаку. Авторы интересного исследования восприятия больных нервной анорексией [Slade P., Rassel G., 1973] были вынуждены исключить из описания больных с резко отличающимися показателями. Краткое клиническое обследование этих больных дает основание предполагать у них шизофрению с упорным рвотным поведением.

Указывая на влияние особенностей подросткового возраста, исследователи видят в нем либо «кризис полового созревания», либо «пусковой момент выявления конфликтных переживаний, сложившихся в период детской сексуальности». Между тем о роли возрастного этапа можно судить только на основании содержательного психологического анализа «развития ведущей деятельности ребенка, так как она складывается в данных конкретных условиях его жизни» (А. Н. Леонтьев).

В ряде исследований по нервной анорексии отмечается, что многие черты поведения этих больных обусловлены постоянным чувством голода [Thoma H., 1965; Grisp A., 1973; Green R., 1974; Schwartz D., 1983]. Исследователи, стоящие на позициях психоанализа [Restemberg E., 1968; Bietz P., 1970], утверждают, что чувство голода переживается больными как «оргазм», как «нарциссический триумф». В связи с диссимуляцией больных

динамика чувства голода описывается по-разному [Bruch H., 1965; Selvini M. P., 1975; Morgan G., 1983]. Так как чувство голода не только играет важную роль в клинической картине острого периода нервной анорексии, но и во многом затрудняет реабилитацию больных, мы специально изучили потребность в еде у больных нервной анорексией.

Таким образом, исследование познавательной деятельности, личности и специальный анализ потребности в еде проводились для решения дифференциально-диагностических и реабилитационных вопросов.

Для выработки дифференциально-диагностических критериев, а также для изучения влияния длительного недоедания на познавательную деятельность больных (способность к успешной реабилитации) применяли комплекс экспериментально-психологических методов. Мышление, память, умственную работоспособность исследовали с помощью методов «классификации предметов», «двойной стимуляции Выготского — Сахарова», исключения предметов, сравнения понятий, простых и сложных аналогий, пиктограмм, заучивания 10 слов, заучивания цифр «сложной дешифровки», «кубиков Коосса», «куба Линка», «совмещение двух признаков» (В. М. Коган). Особенности личности изучали по уровню притязаний, самооценке, ТАТ и варианту «голодного ТАТ»². Развитие личности определяли «психологическим анализом истории жизни» [Зейгарник Б. В., Коченов М. М., 1970; Братусь Б. С., 1973], который основывается на данных истории болезни и направленной беседы с больными и их родственниками. Потребность в еде изучали совместно с Б. В. Зейгарник при помощи специально разработанного варианта «прерванных действий с последующим замещением» (описание метода см. в соответствующем разделе).

Познавательная деятельность. Больные нервной анорексией попадают под наблюдение в состоянии крайнего истощения, поэтому психолога привлекают к решению дифференциально-диагностических вопросов.

Больные нервной анорексией в рамках пограничных состояний в связи с тщательной диссимуляцией настороженно относились к исследованию их умственной работоспособности. Они огорчались в случае неудач, оправдывались, стараясь доказать, что ошибки допущены случайно. Инструкции понимали быстро, задания старались выполнять как можно лучше, активно искали помощи экспериментатора, умело использовали ее в дальнейшей работе.

Исследование познавательной деятельности не выявило грубых нарушений. Больным были доступны сложные обобщения, они могли сравнивать понятия на абстрактном уровне. Выполняя мыслительные задания в течение 20—25 мин, больные начинали допускать ошибки, в основе которых лежало использование конкретных связей понятий. Отмечались также ошибки, вызванные утомлением и трудностью концентрации внимания. Этот вид патологии мышления Б. В. Зейгарник квалифицирует как «непоследовательность суждений». Важно, что память у больных нервной анорексией даже на высоте истощения оставалась в пределах нормы, объем опосредованной памяти превышал объем непосредственной. Исследование умственной работоспособности выявило «латентную утомляемость», трудность переключения и концентрации внимания.

Динамическое исследование познавательной деятельности (в остром периоде, в ремиссии и при длительной реабилитации), а также сопоставление продуктивности познавательной деятельности и выраженности соматоэндокринных расстройств показали, что «латентная утомляемость», снижение устойчивости внимания и замедление заучивания четко коррелировали с тяжестью истощения. Независимо от соматического состояния в

мышлении всех больных отмечалась склонность к конкретизации. По мере восстановления массы тела психологическое исследование обнаруживало нормализацию умственной работоспособности, объема и концентрации внимания и темпа заучивания. Нерезкая конкретизация мышления оставалась устойчивой, не зависела ни от степени и длительности голодания, ни от выраженности похудания.

Динамическое экспериментально-психологическое обследование больных нервной анорексией при шизофрении в остром периоде, на высоте истощения, показало незначительное снижение умственной работоспособности, выявившееся только при специальном анализе процесса утомления. На продуктивность мыслительной деятельности и процесс запоминания физическое истощение прямо не влияло. Состояние операциональной стороны мышления соответствовало возрастной и образовательной норме. В то же время практически у всех больных отмечалось изменение мышления по типу «соскальзывания». В процессе решения мыслительных задач, при свободном владении операциями абстрагирования, отвлечения, обобщения все больные допускали единичные псевдоабстрактные решения или использовали «латентные», «слабые» признаки понятий, что не корригировалось обучением или помощью психолога. По мере нормализации соматического состояния повышалась продуктивность умственной работоспособности.

Исследование познавательной деятельности больных нервной анорексией позволило объяснить разноречивость данных литературы о состоянии их интеллектуальной сферы. Синдромологический подход не позволял обеспечить однородность (по нозологическому принципу) группы, в которую могли войти одновременно и больные шизофренией, и больные с пограничным заболеванием. Количественный анализ интеллектуальной деятельности не выявил искажения процесса обобщения у больных шизофренией. В нашем исследовании не подтвердилось мнение [Sobzinska Z., 1971] о том, что нервная анорексия отмечается у девочек с высоким интеллектом. По нашим данным, успехи в учебе достигались главным образом тщательностью, организованностью, последовательностью при выполнении домашних заданий, а также хорошей памятью. Это учитывали в реабилитационных рекомендациях по дальнейшему обучению.

Особенности личности. В историях болезни, как правило, отмечалась не критичность больных к тяжести своего состояния на высоте истощения и склонность к рецидивам в периоде реабилитации. В связи с этим представлялось важным исследовать потребностно-мотивационную сферу больных, особенности их отношения к себе, способность руководствоваться самооценкой, управлять своим поведением, опираясь на результаты собственных действий.

Интересные результаты получены при исследовании уровня притязаний. Больные охотно решали предлагаемые задания, старались показать свой высокий интеллект, доказать, что они абсолютно здоровы. Вообще ситуация при применении этого метода воспринималась больными как экзамен, на котором они смогут добиться привычно высоких отметок. Эти больные имели завышенный, медленно корригирувавшийся уровень притязаний. Девочки выбирали трудные задания, снижая притязания только после 3—5 неудачных решений, и одного успеха было достаточно, чтобы трудность выбираемых заданий резко возросла. Снижение уровня притязаний больные тяжело переживали. В ситуации «неуспеха» они оправдывались, ссылались на объективные причины, помешавшие им правильно ответить, долго помнили о своих неудачах. Очень важно, что такой ригидно завышенный уровень притязаний сочетался с адекватным поведением больных в ситуациях первого и последнего выбора. В этих случаях, чтобы обеспечить себе успех, больные выбирали задания средней трудности. Таким образом, несмотря на явное желание выполнять самые

трудные задания, больные могли контролировать и регулировать свое поведение в ответственных ситуациях.

Самооценка как основа притязаний была неоднородной. Так, оценка здоровья была неадекватно завышена: больные считали себя «абсолютно здоровыми». Напоминание о голодных обмороках и тяжелом соматическом состоянии не снижало оценки до нормы (в норме свое здоровье определяют как «более — менее здоров»),. В тех немногих случаях, когда больные соглашались снизить самооценку здоровья (не ниже, чем до «весьма здорова»), они объясняли это «плохим зрением», тем, что «иногда болят зубы». Все вторичные соматоэндокринные изменения больные игнорировали. Некритичность к своему состоянию прослеживалась и при работе со шкалой «Счастье». Больные по собственной инициативе делали две отметки: «абсолютно счастливая» до госпитализации и «самая несчастная» в больнице. Какехсия, конфликты с близкими из-за еды мешали больным чувствовать себя счастливыми, поскольку они худели. Такое неадекватное отношение к своему состоянию отражалось в охотных, подробных высказываниях по поводу «заботы о внешности». По этой шкале больные оценивали себя как «людей, все свободное время отдающих заботе о внешности», и считали, что «те, кто не может заботиться о своей внешности, глубоко несчастны».

В то же время оценка характера достаточно адекватная и отражает реальную систему отношений в семье и школе. Девочки считали свой характер «более — менее плохим», так как иногда бывали слишком упрямы, эгоистичны, грубы, особенно с родителями. Среди наиболее хороших черт своего характера больные отметили умение сходить с людьми. Вообще общительность, стремление помочь другим девочки считали неременной чертой хорошего характера. Самооценка по шкале «ум» подтверждала высокие притязания больных, но они сохраняли способность адекватно контролировать проявление своих притязаний. Больные определяли свое положение среди «более — менее умных людей», т. е. чуть выше середины, что обычно бывает в норме. Их высокое мнение о себе выявлялось только в объяснениях: пока они учатся в школе, они не могут поставить себе более высокую оценку по уму, так как «умным человека делает высшее образование».

Таким образом, при стремлении больных к диссимуляции у них выявилось не критичное отношение к тяжести своего состояния. Деятельность общения определялась как значимая, а ведущее положение в структуре этой деятельности занимала забота о внешности. Девочки с достаточной критикой оценивали свой ум и характер; чем ближе содержание системы отношений подходило к мотиву похудения, тем больше самооценка больных (а значит, и ее регуляторная способность) отличалась от нормы.

Мотивационную сферу также изучали традиционным ТАТ и его вариантом («голодный» ТАТ¹). Выбор этого метода был связан с тем, что одно из самых первых исследований влияния пищевой потребности на психические процессы человека было проведено Сенфордом (1936, 1937) при помощи ТАТ. Он получил интересные результаты, выявил неоднозначную зависимость между потребностью и ее проявлением в деятельности воображения здоровых людей. В традиционном ТАТ больные нервной анорексией составляли рассказы формально и неохотно, а в «голодном ТАТ» — с большой выдумкой и эмоционально. В отличие от А. Theilgaard (1965), мы не встретили в рассказах традиционного ТАТ, тем, прямо связанных с голодом. А Theilgaard (1965) приводит выдержки из протоколов обследования одного больного, содержание которых он считает символическим выражением «орального удовольствия, равносильного наказанию», и «орально-агрессивных тенденций», «каннибалистических фантазий». Мы считаем, что в связи с синдромологическим подходом А. Theilgaard среди наблюдаемых им больных

могли оказаться больные шизофренией с синдромом нервной анорексии, поскольку обследованы 2 больных мужчин.

При работе с традиционным ТАТ наши больные составляли рассказы с основным конфликтом в виде семейных ссор (дочь, родители, муж и жена). Важно, что в историях наиболее схематично разрабатывался (а иногда и вовсе отсутствовал) выход из конфликтной ситуации. Позиция героев была страдательной, пассивной, основной эмоциональный фон — депрессивным. Герои рассказов тяжким трудом добывали себе пропитание, приобретали себе посуду, готовили пищу. Мы считаем, что эти темы отражали значение чувства голода для больных нервной анорексией.

Резкое отличие было получено при обследовании больных нервной анорексией с помощью варианта ТАТ («голодный ТАТ», А. Н. Ланда, 1976). Больные эмоционально, охотно, с явным удовольствием придумывают истории, фантазируют, составляют рассказы по картинкам этого варианта. Тема голодания, больших запасов продуктов, лишения пищи (иногда она приносилась самими больными) встречалась в варианте ТАТ гораздо чаще. Многие больные составляют рассказы о том, как трудно добывать пропитание. Только в варианте ТАТ больные придумывали истории, герои которых получали «гору продуктов» как вознаграждение за работу или как «подарок в день рождения от возлюбленного». Изображая ситуацию семейного ужина, больные подчеркивали мирную картину «семейных трапез», большой аппетит персонажей, вызванный вкусно приготовленной пищей. Подробно, развернуто описывается сам процесс еды («девушка закладывает в рот картошку», она «съела полкуска» и т. п.). Персонажи любовались горой овощей, желали увидеть ее еще раз. Столь же эмоционально заинтересованно больные описывали все, что связано с едой: посуду, способы ее использования, подробно перечисляли предметы сервировки стола, все овощи, изображенные на картинке. Изложение иногда достигало патетики: «Здесь изображена официантка, это очень сильная, хорошая и гордая профессия».

Эмоционально и увлеченно больные составляли рассказы и по картинкам, изображающим худеньких девушек, подчеркивая необходимость стройной фигуры у девушки. По картинке с изображением упражнений йогов больные рассказывают об исправлении фигуры, о преодолении трудностей. Здесь в отличие от других историй герои активны, целеустремленны, стеничны.

На этапе реабилитации больные не только с удовольствием составляли рассказы по картинкам, изображающим процесс еды или продукты, с не меньшим увлечением они выполняли и другие задания, по содержанию связанные с едой (лепили из пластилина торт, работали со «съедобной классификацией» и др.). В специальном исследовании методом «прерванных» и «замещающих» действий (совместно с Б. В. Зейгарник)¹ выполнение подобных заданий было очень трудно прервать. Больше того, почти все они не демонстрировали «эффект замещения», хотя прерывающее действие также было связано по содержанию с едой (составление рассказов по «голодному ТАТ»). Больные охотно придумывали истории, связанные с едой, а потом доделывали торт долго и тщательно. Необходимо отметить, что «эффект замещения» отсутствовал у всех больных независимо от нозологической принадлежности заболевания. Больные шизофренией и больные с пограничными расстройствами одинаково часто возвращались к прерванной лепке торта. Сопоставление частоты возврата с выраженностью чувства голода дало интересные результаты. Длительно голодающим больным было безразлично, проводились ли исследования перед едой или после нее. «Эффект замещения» появлялся только у больных с выраженной кахексией (эти больные не возвращались к лепке торта после

рассказа по «голодному ТАТ») и у больных, обследованных, непосредственно после булимического приступа.

Таким образом, исследование личности больных нервной анорексией в остром периоде выявило неоднородность изменения ее различных структур. Анализ самооценки позволил понять, почему больные, несмотря на

ригидно завышенный уровень притязаний, умеющие регулировать свое поведение в учебной или экспериментальной ситуации, оказываются не критичными в отношении похудения. Установлены достаточно адекватное отношение к своему уму и характеру, но неадекватная оценка внешности. Сопоставление самооценки и результатов ТАТ показывает не только значимость внешности, но и отрицательное отношение к конфликтам в семье. ТАТ и метод «прерванных действий» выявили актуальность чувства голода, его динамику в процессе заболевания, что имеет большое значение в связи с выраженной диссимуляцией больными своего состояния и разноречивыми данными литературы по этому вопросу.

Психологический анализ истории жизни больных нервной анорексией позволил установить развитие выявленных в экспериментальном исследовании черт личности, определить их зависимость от болезни. Основное внимание уделялось тому, как желание похудеть, исправить «недостаток внешности», привело к выраженному и упорному антивитальному поведению (отказ от еды вплоть до наступления кахексии). Изучали состояние ведущих видов деятельности, их смену на различных возрастных этапах. Специальное рассмотрение «внутренних ситуаций развития», «переходных периодов», «ключевых переживаний» позволяло подойти к определению формирования новых личностных смыслов, новых ведущих мотивов.

Начало заболевания чаще приходилось на подростковый период, и историю жизни мы начинали изучать с предшествующего ему младшего школьного возраста. По данным возрастной психологии, у детей 7—9 лет ведущее место занимает учебная деятельность. Уже в младшем школьном возрасте больные стремились к самоутверждению через достижения в учебе. Большинство девочек отличались тщательностью, самостоятельностью и умением организовать свое поведение. Реальные достижения в ведущей деятельности способствовали становлению высокой самооценки и высокого уровня притязаний. В это время неодобрение внешности больных (обидные прозвища) не вызывают выраженных отрицательных переживаний. Внутренняя позиция больных в младшем школьном возрасте полностью уравновешена, так как они занимают действительно высокое положение среди сверстников.

С переходом в старшие классы, т. е. в подростковом возрасте, структура самооценки и связанного с ней мотива самоутверждения усложнялась, включала в себя не только достижения в учебе, но и отношение к своей личности и внешности не только взрослых, но и сверстников. Способность подростков к активному построению поведения в соответствии с собственным идеалом становится тем «поворотным пунктом, который характеризует принципиально новый этап в движущих силах развития личности ребенка» (Л. И. Божович). Нашим больным не соответствующая идеалу внешность, отрицательно оцениваемая сверстниками, мешала сохранить высокую самооценку. Девочки всеми силами старались вернуть положение «круглой отличницы», привычно высокий уровень самооценки. Они пытались добиться этого способами, которыми овладели в младшем школьном возрасте и которые уже приносили им успех. Больные много занимались, тщательно готовили уроки. Однако добиваться высоких отметок им стало трудно, поскольку программа в старших классах усложнилась, что предъявляло повышенные

требования к развитию абстрактно-логического мышления. Склонность мышления к конкретизации, свойственная больным в преморбиде (см. данные экспериментального исследования познавательной деятельности), также затрудняла достижение привычных успехов в учебе. По мнению наших больных, их общение со сверстниками затрудняла не соответствующая идеалу внешность (излишняя полнота). Однако длительное время желание похудеть оставалось для наших больных «знаемым», не обладало собственной побудительной силой.

Само по себе желание похудеть, конечно, не является патологическим. Для сформировавшейся, взрослой личности оно, как правило, служит средством для более широкой деятельности (улучшение здоровья, желание соответствовать моде, требованиям профессии, собственному идеалу).

Как показывает анализ истории жизни в подростковом возрасте, коррекция «недостатка» своей внешности у больных нервной анорексией не была самостоятельной деятельностью. Это действие включалось в деятельность общения и подчинялось наряду с другими действиями более общему мотиву — самоутверждению среди сверстников. В отличие от других подростков после «ключевого переживания», когда похудание осознается как необходимое и возможное, больные подходили к его осуществлению со свойственной им тщательностью и самостоятельностью. Девочки вырабатывали свою диету, придумывали специальную зарядку и строго соблюдали распорядок дня. Это было типично для наблюдавшихся нами больных.

Действия по коррекции «недостатка» внешности приносили девочкам на первых порах удовлетворение. Они не только нравились себе в «новом, похудевшем» виде, но удовлетворяли и основные престижные мотивы подросткового возраста (одобрение и уважение сверстников), и требования идеального образа. Уровень притязаний и самооценка сохранялись таким путем на привычно высоком уровне. В связи с этим у больных в этот период преобладало хорошее настроение, стремление обесценить отрицательные переживания, связанные с выраженным чувством голода («все должны есть и не могут без этого, а я могу»). В этот момент происходила важная перестройка в потребностно-мотивационной сфере. Желание похудеть «как цель действия», входившего в деятельность общения, приобретает собственную побудительную силу. «Происходит сдвиг мотива на цель действия» (А. Н. Леонтьев). Коррекция «недостатка» своей внешности становится самостоятельной деятельностью. Однако процесс формирования нового мотива происходит в совершенно особых условиях. Действия по осуществлению похудения противоречат органической потребности (потребности в еде). Постоянная актуальность чувства голода выделяет похудание среди других мотивов.

Деятельность по «коррекции недостатка своей внешности» отличается также сложностью и опосредованностью. Больным приходится сознательно определять и выполнять действия по похуданию, но ни одно из них не имеет собственной побудительной силы (отказ от еды, физическая нагрузка, рвота, слабительные).

Со временем положительные эмоции все больше зависят от того, помогает или нет данный метод похудеть. Похудание становится фактически основным смыслом жизни больных, и деятельность по его осуществлению — ведущей.

Как известно, изменение ведущей деятельности, ведущего отношения ребенка к действительности — признак перехода от одной стадии психического развития к другой (Д. Б. Эльконин, Л. И. Божович). А. Н. Леонтьев показал, что ведущая деятельность — это такая деятельность, развитие которой обуславливает главнейшие изменения в

психических процессах и психологических особенностях личности ребенка на данной возрастной стадии.

Общение регулируется новым смыслообразующим мотивом. Больные, которые тепло относились к близким, из-за еды вступают с ними в конфликт. Ограничить похудание, накормить своего ребенка чаще старается мать, с ней и складываются наиболее напряженные отношения у больных. Если мать не вмешивалась в поведение дочери, то отношения с ней не менялись. Конфликты могли возникать и с посторонними людьми, если те пытались заставить больных питаться нормально. Таким образом, конфликтные отношения с матерью — следствие деятельности по коррекции «недостатка» внешности, а не ее причина. Избирательными становятся и отношения со сверстниками. Девочки стараются не общаться с теми, кто не одобряет их поведения, скрывают произвольность своего похудания. Таким образом, ведущая в подростковом возрасте деятельность общения меняет свое место и подчиняется деятельности похудания.

Не менее важно, что учебная деятельность, оставаясь значимой для больных, фактически не развивается. Нарастающая астения, истощаемость мешают усвоению нового материала, но девочки не перестают голодать. Познавательная сторона учебной деятельности не получает развития, обучение нередко сводится к «голой погоне за отметками», интересы больных ограничиваются учебной программой и похуданием.

В юношеском возрасте изменение внутренней позиции (направленность в будущее), как правило, делает особым отношение к труду. При нервной анорексии трудовая деятельность формируется в момент наиболее интенсивной деятельности по похуданию, в рамках нового смыслообразующего мотива. Труд в юношеском возрасте для больных становится не способом самовыражения и самоопределения, а одним из средств похудания. Считая, что физическая нагрузка способствует похуданию, девочки усиленно начинают помогать взрослым в домашней работе. Если работа мешает похуданию, больные тут же прекращают ее. Направленность в будущее, выбор профессии достаточно однотипны для больных нервной анорексией и часто связаны со стремлением к коррекции «недостатка» своей внешности (кондитер, повар и т. п.).

Ведущее положение патологического мотива похудания в юношеском возрасте приводит к тому, что он опосредует строение иерархии мотивов. А. Н. Леонтьев подчеркивал, что мотивы, как правило, не осознаются человеком. Осознание мотива требует специальной активности — «это акт отражения отношения мотива данной конкретной деятельности к мотиву деятельности более широкой, осуществляющей более широкое, более общее жизненное отношение, в которое включена данная конкретная деятельность» [Леонтьев А. Н., 1972]. В связи с тем что мотив исправить «недостаток» своей внешности становится наиболее общим мотивом поведения, начинает определять общее отношение к жизни, антивитаальность упорного стремления к похуданию все меньше осознается больными («Я хотела быть красивой, а этого хотят все»).

Кроме того, в период наиболее выраженной соматогенной астении (в связи с кахексией) больные нервной анорексией, так же как и длительно голодающие добровольцы, а также люди, перенесшие вынужденное голодание, с трудом осознают истинную тяжесть своего состояния [Лурия А. Р., 1922; Гелштейн Э. М., 1947; Мясников А. Л., 1945; Матеашвили Г. И., 1945; Медведь Л. И., 1946, и др.].

Таким образом, подобное формирование фактически основных движущих сил развития личности в юношеском возрасте определяет изменение направленности личности, поэтому через 2—3 года похудания больные начинают считать наиболее общим

свойством всех людей «заботу о своей внешности», а наибольшей ценностью внешность (см. результаты исследования самооценки). Они «видят» подтверждение этому в обыденной жизни, в кино, в литературе. Все остальное (учеба, работа) имеет важное, но как бы подчиненное значение. Такая иерархия мотивов обуславливает длительное сверхценное отношение к внешности, соблюдение диеты, строгий контроль за массой тела, ухудшение настроения в связи с ее прибавкой, что резко затрудняет реадaptацию больных.

Таким образом, были выявлены «первичные», сложившиеся до заболевания, и «вторичные», сформировавшиеся в условиях болезни черты личности. Первичными, сложившимися уже в младшем школьном возрасте можно считать завышенный уровень притязаний, завышенную самооценку ума (см. раздел «Исследования личности»). Способность к адекватной оценке характера также не меняется под влиянием болезни. До заболевания девочки умели регулировать свое поведение в ведущих для этого возраста областях деятельности (учебная и игровая).

В то же время умение регулировать отношения со сверстниками, которое складывается как ведущая деятельность только в подростковом возрасте, у наших больных оказалось измененным под влиянием болезни. Успех общения во многом зависит от оценки внешности. Внешность, соответствующая требованиям сверстников и собственному идеалу, всегда имеет особое значение у подростков. Неадекватное завышение ее оценки, заставшее содержание у больных нервной анорексией (см. данные исследования личности) также связаны с болезнью (психотравмирующие оценки сверстников в начале заболевания, высокие оценки похудевшей фигуры в прекахетическом периоде). Конфликты со взрослыми — также вторичные проявления болезни, которые во многом обусловлены постоянным чувством голода и попытками родителей прекратить голодание больной.

Состояние потребности в еде. Состояние потребности в еде, ее положение в системе ценностей изменяются. Голод становится «ненасыщаемым». Психологический анализ истории жизни дал возможность проследить возникновение этих изменений.

Описывая органические потребности человека, Л. И. Божович подчеркивала быструю насыщаемость. В нормальных условиях потребность в еде сразу после своего удовлетворения перестает доминировать в сознании человека в виде «объективных потребностных состояний организма» (А. Н. Леонтьев). У наших больных (так же как и у людей, перенесших вынужденное голодание, и у добровольцев в эксперименте Миннесотского университета) голод постепенно становится «ненасыщаемым».

Потребность в еде становится значимой, постоянно актуальной, занимает все мысли больных, т. е. осознается. Больные сознательно ищут такие способы удовлетворить голод, которые не мешали бы похуданию, и чаще всего больные начинают вызывать рвоту после еды. Так, одна больная услышала рассказ о vomитариях римлян (они вызывали рвоту, чтобы освободить желудок и продолжать пир). Она «очень обрадовалась, так как догадалась, что, вызывая рвоту, сможет наесться и не поправляться».

То, что мотив коррекции «недостатка» своей внешности становится смыслообразующим, отражается в эмоциях, связанных с потребностью в еде. Тягостное чувство голода осознается больными как показатель успешности похудения — коррекции «недостатка» внешности и иногда не только не вызывает отрицательных эмоций, но сопровождается чувством удовлетворения («внутри все скручивается от голода, но я спокойна и

довольна»). Наоборот, чувство насыщения вызывает снижение настроения («опять не удержалась и наелась»).

В структуре самой органической потребности обращает на себя внимание одно своеобразное парадоксальное явление: отказываясь от еды, больные с удовольствием готовят пищу для других. Так, например, больная П. могла целый день делать торт, тщательно взвешивая все продукты, но ничего не пробуя. Многие больные интересуются кулинарными рецептами, любят красиво накрывать на стол, приобретать посуду, выбирая при этом для себя специальные тарелки, вилки, ножи. Им очень нравится угощать близких, следить за их рационом, заставлять питаться строго по часам высококалорийной пищей. Некоторые больные буквально «закармливают» своих младших братьев и сестер, многие подолгу рассматривают витрины продуктовых магазинов или каждое утро ходят на рынок, ничего там не покупая. Больные мечтают о профессии повара, инженера-технолога на кондитерской фабрике, находя в этом эстетическое удовольствие («делать торты — это так красиво»).

Описанные выше парадоксальные действия больных с атрибутами питания можно (с известной долей условности) рассматривать как своеобразные способы удовлетворения («квазиудовлетворения») органической потребности в пище. Вероятно, такие «квазиспособы» возникают потому, что отказ от еды у больных не вынужденный, а происходит в обычной ситуации, когда продуктов питания достаточно и еда вполне доступна больным. Мотив похудения, не допуская употребления пищи, оставляет широкое поле для совершения любых других действий, связанных с едой.

«Отвязывание» от объективных потребностей состояний организма при нервной анорексии выражено в утрированном виде и искажено: потребность в еде становится «расчлененной», как бы все менее органичной. Иными словами, изменяется и расширяется способ удовлетворения потребности в еде, а это означает изменение самой органической потребности.

Таким образом, психологический анализ истории жизни больных и результаты экспериментального исследования потребности в еде в остром периоде болезни и в процессе реабилитации выявили некоторые закономерности и позволили сопоставить их с жалобами больных.

Вторичные, сформировавшиеся в процессе болезни изменения в строении потребности в еде выявлены методом «прерванных действий». Результаты этой серии экспериментов подтвердили самоотчеты больных о том, что во время кахексии голод притупляется, а при нормализации питания больные чувствуют постоянный голод даже после еды. Такое состояние провоцирует приступы булимии, снимающие на какое-то время ненасыщаемый голод. Подтвердились также сведения о ненасыщаемом голоде в период реабилитации при нервной анорексии и в восстановительном периоде у длительно голодавших добровольцев (миннесотский эксперимент — J. Brozek, 1947, 1951).

«Квазиудовлетворение» потребности в еде, сохраняя привлекательность для больных, теряет свое замещающее значение, которое оно имело в раннем периоде голодания и на высоте астении. Все это, безусловно, затрудняет саморегуляцию больных в период реабилитации и делает необходимым специальное психотерапевтическое воздействие.

Итак, движущей силой антивиталяного поведения у наблюдаемых нами больных нервной анорексией служит мотив коррекции «недостатка» своей внешности. Этот мотив возникает преимущественно у подростков в процессе самоутверждений в деятельности общения. У больных нервной анорексией деятельность общения осуществляется в особом

условиях (несоответствие представления о своем внешнем облике возникшему «идеальному образу»).

Превращение этого мотива в доминирующий, определяющий стойкость отказа от еды (длительное целенаправленное голодание), можно объяснить своеобразием движущих сил развития личности в подростковом возрасте. Мотив приобретает смыслообразующую функцию, удовлетворяя такие кардинальные потребности, как стремление заслужить одобрение сверстников, занять среди них ведущее положение, строить поведение в соответствии с собственными требованиями.

Патологически доминирующее положение деятельности по коррекции «недостатка» внешности затрудняет и искажает развитие обычно ведущих в подростковом возрасте видов деятельности (учебной и общения). Обуславливая более широкое отношение к жизни, интегрируя и опосредуя иерархию мотивов, эта деятельность определяет в юношеском возрасте и структуру трудовой деятельности, и направленность личности наших больных.

Механизмы формирования патологического мотива похудения у больных с анорексией в рамках пограничных заболеваний психологически во многом сходны с механизмом формирования специфически человеческих мотивов у здоровых детей. Однако условия закрепления и функционирования этих механизмов своеобразны и не встречаются при нормальном развитии у здоровых подростков. К этим условиям относятся некоторая церебральная недостаточность и ряд преморбидных особенностей личности.

Исследование познавательной деятельности у группы больных с нервной анорексией в рамках шизофрении показало несколько иную картину. Продуктивность познавательной деятельности (и в первую очередь памяти и мышления) меньше зависела от выраженности и длительности голодания. Даже на высоте истощения больные легко справлялись с обобщением, отвлечением, абстрагированием. Объем памяти также оставался в пределах нормы. Типичным для этих больных оказалось искажение процесса обобщения от «соскальзывания» на ранних этапах болезни до псевдоорганической «разноплановости» в отдаленные сроки (при катамнестическом исследовании).

Особенности патологического развития мотивационной сферы больных нервной анорексией во многом зависят от вторичных соматоэндокринных нарушений, вызванных длительным голоданием.

Изучение больных, долго произвольно отказывающихся от еды, указывает на изменение самой потребности в еде. Голод становится «ненасыщаемым». Потребность в еде приобретает развернутое, осознанное строение, появляются парадоксальные способы ее удовлетворения («квазиудовлетворение»).

Эти данные можно использовать при разработке некоторых теоретических вопросов общей психологии (например, как конкретную модель того, что появление новых потребностей и мотивов у человека связано с «отвязыванием» их от органических потребностных состояний организма.— А. Н. Леонтьев).

В коррекционной и психотерапевтической работе с больными нервной анорексией в рамках пограничных психических заболеваний необходимо учитывать эту особую, сформировавшуюся в результате длительной деятельности по исправлению «недостатка» внешности, новую систему ценностей и долго сохраняющийся в реабилитационном периоде «ненасыщаемый» голод.

Глава 9. Лечение

Сложность и малокурабельность нервной анорексии вызывали необходимость поисков самых разнообразных методов лечения. Так, в частности применялись такие методы терапии, как гормонотерапия, инсулинотерапия, электросудорожная терапия, ударные дозы нейролептиков, психотерапия, включая различные варианты психоанализа [Bernstein J. S., 1964, 1972; Frahm П., 1965; Fra-zier S. П., 1965; Meyer J., 1971; Garfinkel P. R. et al., 1973; Tissot A., 1973; Lucas A. R. et al., 1976].

В последние годы, однако, выявился более дифференцированный подход к лечению различных вариантов нервной анорексии: стали широко использовать антидепрессанты для лечения как «классической» нервной анорексии, так и ее булимического варианта [Needleman H. L., Waber D., 1977; Brotman A. W. et al., 1984], соли лития [Gross H. A. et al., 1981; Stein G. S. et al., 1982], антиконвульсанты [Rau, 1977; Moore S. Z., Rakes S., 1982]. Получили распространение и различные варианты непсихоаналитической психотерапии, главным образом поведенческой [Crisp A. H., 1980; Ploog D. et al., 1981; Porot D., 1981; Cinciripini P. M. et al., 1983].

Многие исследователи считают необходимым условием успешного лечения больных нервной анорексией, особенно при выраженном истощении, помещение их в психиатрический стационар [Коркина М. В., 1963; Мишо Л., 1962, 1967; Карапетян Э. Э., 1974; Марилов В. В., 1974; Kay D. W. K., Shapiro L., 1965; Theander S., 1970; Pier-loot R., 1982].

Многолетнее изучение нервной анорексии с поисками наиболее адекватных методов терапии показало, что более эффективным, особенно при выраженном истощении, являлось стационарное лечение. Из наблюдавшихся нами 507 больных стационарно лечились 405 человек, причем 203 — неоднократно. На амбулаторном лечении было 102 человека.

Как уже отмечалось, стационарное лечение, как правило, проводилось в случаях тяжелой анорексии, когда больных госпитализировали по витальным показаниям (выраженная кахексия, возможность летального исхода).

Амбулаторное лечение применялось лишь тогда, когда вторичные соматоэндокринные расстройства не угрожали жизни больных.

Остановимся на особенностях лечения в психиатрическом стационаре.

Схематически лечение можно разделить на два этапа: I этап, условно определяемый М. В. Коркиной как неспецифический, направленный на улучшение соматического состояния (терапия одинакова для всех больных независимо от нозологической принадлежности нервной анорексии), II этап — так называемого специфического лечения — предусматривает лечение основного заболевания.

Цель первого этапа терапии — приостановить похудание, ликвидировать угрозу для жизни, вывести больного из состояния кахексии.

В первые дни пребывания больных в клинике наибольшее внимание уделялось состоянию сердечно-сосудистой системы, поскольку у больных нервной анорексией отмечались

дистрофические изменения миокарда алиментарного генеза и выраженная гипотония. Нередко гипотония (особенно при резком переходе из горизонтального в вертикальное положение) приводила к развитию коллаптоидного состояния. Сердечные и сосудистые средства больные должны получать ежедневно одновременно с введением достаточного количества жидкости (40 % раствор глюкозы внутривенно, 5 % раствор глюкозы и раствор Рингера подкожно) и витаминов (особенно группы В). С первых же дней лечения в стационаре необходимо назначение больным дробного, небольшими порциями питания; при этом важно учитывать функциональное состояние желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы. Сначала назначается только жидкая пища. Специальную диету больным не назначали. Лишь при тяжелом истощении в начале лечения необходимо ограничить количество плохо перевариваемых жиров. Соотношение белков, жиров и углеводов в рационе больных должно быть таким же, как в рационе здоровых людей, т. е. 14 %:30 %:56 %. Энергетическая ценность рациона постепенно увеличивалась приблизительно на 300 ккал ежедневно до средней суточной энергетической ценности около 3000 ккал, что соответствует средней норме для взрослого здорового человека, не занимающегося физическим трудом. При выведении из кахексии по мере нормализации соматоэндокринного состояния дневной рацион пищи нужно распределять на 6 приемов. Завтрак, обед и ужин больные получали по распорядку отделения. В промежутках между этими приемами пищи они питались дополнительно. После еды не менее часа больные соблюдали покой (лучше лежа в постели). При достижении массы тела, равной ВПМ, больные переводятся на 4-разовое питание. Если между приемами пищи больные ощущали голод, то им давали фрукты или овощи.

Особо следует отметить применение таких препаратов, как карнитин и кобамамид. Карнитин, выпускаемый в таблетках по 0,25 и 0,5 г и в 20 % водном растворе, стимулирует моторную и секреторную активность желудка, улучшает обменные процессы, обладает выраженным анаболическим действием. В зависимости от кислотности желудочного сока препарат назначали в дозе 0,75—1,5 г в день (по 1—2 таблетки 3 раза в день во время еды). Этот препарат, по отзывам больных, уменьшал или полностью снимал ощущение тяжести и распираания желудка после еды. Объективно больные, принимавшие карнитин, быстрее восстанавливали массу тела, чем больные, не принимавшие его. При сравнении скорости прибавки массы у одной и той же группы больных до назначения карнитина и в процессе его приема оказалось, что при приеме карнитина они полнели быстрее (в среднем прибавляли 2 кг за 6 дней вместо 1,5 кг за тот же срок). Кобамамид является коферментной формой витамина В₁₂ и отличается от него выраженной анаболической активностью. Он улучшает переваривание и всасывание в тонком кишечнике и также способствует ускорению прибавки массы тела. Препарат выпускается в таблетках по 0,0005 и 0,001 г, назначается по 1,5—3 мг в день.

Постоянное стремление больных к физической гиперактивности заставляло в первые дни после госпитализации назначать больным строгим постельный режим. Круглосуточный надзор за больными нервной анорексией позволяет предупредить искусственную рвоту ночью.

На подобные меры больные почти всегда дают отрицательную реакцию в отношении лечащего врача и медицинского персонала. Для снятия внутреннего напряжения и выраженного негативизма больным необходимо сразу назначать седативные препараты

(в частности, седуксен или элениум по 10—20 мг/сут) или нейролептики мягкого действия в малых дозах (френолон по 10—30 мг/сут).

Одно из основных правил лечения больных нервной анорексией—изоляция от семьи, поэтому посещения родителями и другими родственниками резко ограничивали. Нередко свидания с родственниками использовались как психотерапевтическое средство при правильном пищевом поведении больных.

Неспецифическое лечение, направленное на устранение дефицита массы тела, продолжалось 2—3 нед. За этот период удавалось повысить массу тела больных на 2—4 кг. Следует отметить, что все описанные выше меры позволяли избежать кормления через зонд. Ни у одного из наблюдавшихся нами больных такое кормление не применялось.

Второй, «специфический» этап наиболее сложен, так как терапия направлена на заболевание в целом. Метод лечения зависит от нозологической принадлежности синдрома нервной анорексии.

При лечении больных шизофренией на фоне продолжающейся общеукрепляющей терапии постепенно под тщательным контролем за соматическим состоянием увеличивали дозу нейролептиков. Если дисморфомания сопровождалась более или менее осознаваемым страхом перед едой, а также была выражена двигательная гиперактивность, то назначали аминазин в средних дозах 75—100 мг/сут. При выраженности ипохондрических расстройств, связанных с нарушением функций пищеварительного тракта, применяли френолон в дозах до 30 мг. При сочетании этих двух нейролептиков их доза уменьшалась вдвое.

У больных шизофренией с извращенным пищевым поведением (стремление съесть как можно больше для «более полноценной рвоты»), приступами булимии оказались эффективными дробные дозы аминазина или стелазина (внутримышечно). Выбор этих препаратов определялся их не только седативным, но и противорвотным и анорексигенным действием. По-видимому, указанные препараты в какой-то мере стабилизировали уровень так называемого пищевого насыщения.

Больным с закрепившейся рвотой назначали этаперазин в средних дозах до 30 мг/сут, в результате чего уменьшались тошнота, тяжесть и распирающие в желудке после еды, успешнее вырабатывалось активное стремление отказаться от вызывания рвоты.

Применяли и другие производные фенотиазина, а также производные бутирофенона. При шизофрении, когда синдром нервной анорексии сочетался с бредовой дисморфофобией или тяжелыми психопатоподобными и неврозоподобными расстройствами, использовали сочетание производных фенотиазина и бутирофенона.

С повышением доз нейролептиков прибавка массы тела ускорялась. Однако при увеличении массы тела часто актуализировалась дисморфоманическая симптоматика, что замедляло прибавку массы. Так повторялось несколько раз, но каждое последующее обострение сопровождалось меньшей выраженностью дисморфоманической активности, чем предыдущее. Масса тела больных нарастала ступенчато. Максимальные дозы нейролептиков, обеспечивавшие устойчивый положительный эффект, подбирали индивидуально, они были весьма различны.

При лечении больных шизофренией, у которых дисморфоманические расстройства сочетались с вялой депрессией, наряду с нейролептиками применяли антидепрессанты-седатики: амитриптилин (до 75 мг/сут), азафен (до 100—150 мг/сут).

Клинически выраженные пароксизмальные расстройства (вегетативно-сосудистые, гипертермические, цефалгические пароксизмы) заставляли дополнять лечение нейролептиками, финлепсином (в дозах 100—300 мг/сут) с определенным положительным эффектом.

В конце этапа нормализации соматоэндокринного состояния при массе тела, близкой к ВПМ, дозы нейролептиков постепенно снижали. Больные шизофренией нуждались в поддерживающей терапии нейролептиками или седативными препаратами.

Следует отметить, что попытки использовать психотерапию в полном объеме у больных нервной анорексией шизофренического генеза не увенчались успехом.

Продолжительность лечения при шизофрении составляла 2—7 мес (в среднем 3 /2 мес). Больные поправлялись в среднем на 9 кг, у них нормализовался соматический статус, однако полной критики к заболеванию не было. Около половины из них по-прежнему тщательно диссимулировали свое состояние, крайне тяготились пребыванием в больнице. После выписки на амбулаторное лечение они через некоторое время (4 мес — 1 год) повторно госпитализировались в психиатрическую больницу, причем нередко в состоянии выраженной кахексии. Анализ случаев повторной госпитализации позволяет прийти к выводу, что она особенно необходима больным с так называемым рвотным поведением, так как они наиболее резистентны к различным терапевтическим воздействиям.

В лечении больных с пограничной психической патологией ведущим было сочетание медикаментозной терапии с различными видами психотерапии. В первые дни после госпитализации у больных возникали выраженные реакции протеста, и они нуждались в назначении небольших доз нейролептиков или транквилизаторов на стадии неспецифического лечения.

На этапе «специфического лечения», кроме общеукрепляющей терапии, больным назначали большие дозы нейролептиков (в частности, френолон до 30 мг/сут). Френолон не только снимал эмоциональное напряжение и несколько повышал аппетит, но и способствовал большей эффективности психотерапии. Использовали рациональную, суггестивную психотерапию и аутогенную тренировку. Выбор психотерапевтической методики обуславливается личностными особенностями больных, внутренней картиной болезни и этапом заболевания.

Содержание рациональной психотерапии было следующим. Больным, нуждающимся в госпитализации, в предварительной беседе разъясняли необходимость этой формы лечения, указывали на то, что дальнейшее пребывание дома опасно для их жизни, на безуспешность попыток излечиться без врачебной помощи.

В стационаре с больными систематически проводили беседы, направленные как на раскрытие механизмов их похудения, так и на осознание ими опасности своего состояния, необходимости и вынужденности тех мер, которые представляются им столь тягостными. В беседах логически обосновывали используемые в больнице меры, которые иногда расценивались больными как неоправданное стеснение или наказание за неправильное поведение.

Поскольку ближайшей целью лечения было восстановление нормальной массы тела, в первых же беседах уточняли, какую массу тела следует считать индивидуально нормальной. Сначала выясняли собственное мнение больной об этом. Все больные, рано или поздно признававшие необходимость пополнить, считали, что масса тела не должна

превышать индекс Брока (рост в сантиметрах минус 100). Многие называли массу на несколько килограммов меньше, объясняя это тем, что лучше всего они себя чувствовали при такой массе тела.

Дальнейшее обсуждение вопроса о необходимой массе тела проводилось с учетом взаимосвязи массы тела, соматоэндокринных функций (в первую очередь менструальной функции) и психического состояния. Согласно этим данным, на завершение восстановления соматоэндокринных функций указывает восстановление менструаций. В свою очередь восстановление менструаций в большой мере способствует стабилизации психического состояния и снижению вероятности рецидивов. Основным же условием восстановления менструаций является восстановление массы до уровня не меньше, чем масса тела, при которой в процессе похудения наступила аменорея. Из этого следует, что минимальная масса тела, которую должна восстановить каждая больная, должна быть равна массе, при которой в прошлом, при похудании, у нее наступила аменорея (точнее, масса тела, при которой прошла последняя менструация).

Таким образом, если масса тела, которую больная считала пределом восстановления, была выше ее ВПМ, ее принимали как целевую. В противном случае (у большинства больных) в качестве целевой устанавливали массу на 1—3 кг больше индивидуального ВПМ. При этом больным на основе изложенных выше данных тщательно разъяснялась необходимость достижения такой массы тела.

Сведения о массе тела, при которой наступила аменорея, собирали у больных для разъяснения им прогностического значения этой массы. При обратной последовательности больные для того, чтобы снизить требования врача в отношении целевой массы тела, пытались называть меньшую массу при наступлении аменореи, чем она была на самом деле.

Если ВПМ был ниже возрастно-ростовой нормы массы, в беседах с больными подчеркивали, что такая масса лишь минимально необходима, но не достаточна для устойчивого улучшения соматического и психического состояния. В качестве более отдаленной цели называли массу, близкую к средней норме.

После того, как целевая масса была определена, с больными обсуждали скорость прибавки массы тела. Им разъясняли, что имеющийся врачебный опыт дает ожидание прибавки не менее 2 кг в неделю. Больных предупреждали, что меньшая скорость будет рассматриваться как свидетельство более тяжелого течения заболевания, сохраняющегося стремления ограничивать количество пищи, потребует большого контроля за их питанием и поведением, продлит их изоляцию от родителей и пребывание в закрытом отделении.

В последующем это предупреждение подкреплялось строгим надзором, регулярным взвешиванием больных (не реже 1 раза в 3 дня), запретом свидания с родителями в течение по меньшей мере первой недели после госпитализации и другими мерами, целью которых была мобилизация собственных усилий больных для перестройки патологических пищевых установок.

Важное значение в рациональной психотерапии, особенно при нормализации соматоэндокринного состояния, придавалось доведению до сознания больных, идеи адекватной социально-трудовой адаптации. Это было обусловлено незрелостью у ряда больных соответствующих установок, усугубившейся в результате заболевания.

Еще при сборе анамнеза тщательно выяснялись интересы, склонности, способности больных, их намерения относительно будущей профессии, отношение к имеющейся специальности. Обращали внимание на их учебную, трудовую и общественную активность. Полученные данные использовали в беседах с больными для того, чтобы убедительно показать им противоречие между представлениями о своем будущем и сохранявшимися дисморфоманическими тенденциями. Подчеркивалось, что единственным способом преодоления этого противоречия является восстановление и поддержание намеченной массы тела и возвращение к учебе или труду.

Регулярно больным напоминали, что реализация их стремлений, связанных с учебой, интересующей работой, положением в семье и обществе, в большой степени зависит от их собственных усилий в борьбе против патологической фиксации на своей внешности и питании. Им разъясняли, что общественно-полезная деятельность должна отвлечь их от чрезмерной озабоченности своим телом и помочь избежать повторного похудения.

Попытки использования гипноза и аутогенной тренировки при лечении больных с синдромом нервной анорексии разной нозологической принадлежности показали, что эти методы наиболее эффективны при пограничном психическом заболевании.

Истерические черты характера, в соответствии с мнением большинства психотерапевтов, делают наиболее показанной суггестивную, психотерапию. Внушение проводилось как в гипнозе, так и в бодрствующем состоянии.

Применяя методику суггестии, мы руководствовались положением известного отечественного психотерапевта С. И. Консторума (1959) о том, что «гипнозом нельзя создать в человеке то, чего в нем нет», и гипноз может лишь «усилить или ослабить тенденции, присущие личности». Гипноз оказался эффективным лишь в комплексной терапии больных нервной анорексией. Основной целью суггестивного воздействия было преодоление неправильных жизненных установок, изменение поведения, снятие внутреннего напряжения, обусловленного аноректическим поведением. При значительной внушаемости у больных нервной анорексией с истерическим типом реагирования сочетание внушения с медикаментозным лечением и строгим пищевым режимом приводило к благоприятным результатам.

Некоторых больных обучали аутотренингу в модификации Лебединского — Бортник. При ежедневных занятиях больные полностью овладевали методикой аутотренинга в течение 3—4 нед. Этот метод психотерапии позволял снять или значительно снизить аффективную напряженность, а также устранить различные неприятные ощущения, столь характерные для больных нервной анорексией.

Непосредственное психотерапевтическое воздействие на больных дополнялось опосредованным влиянием — работой с их родителями. Целью этой работы, кроме сбора анамнестических сведений, было формирование у родителей адекватного отношения к больным и обеспечение их эффективного сотрудничества с врачом в восстановительной терапии.

Необходимость такой работы была вызвана следующими обстоятельствами. В ряде случаев родители недооценивали тяжесть состояния больных. Поскольку больные худели, сознательно ограничивая себя в еде, родители считали, что усиление питания — процесс произвольный, зависящий только от сознания. Поддаваясь уговорам больных, родители или просили назначить только амбулаторное лечение, тогда как была показана госпитализация, или требовали преждевременной выписки больных в связи с их жалобами

на «тяжелые» условия психиатрической больницы. О том, насколько необходимо и вместе с тем трудно убедить родителей оставить дочь в больнице, свидетельствует следующий случай: больная, выписанная в начале лечения по настоянию родителей, через год умерла дома от истощения.

Все родители активно интересовались питанием больных и обращением с ними. Дома, по мере того как похудание больной прогрессировало, родители чувствовали себя все более бессильными остановить его, сталкиваясь с нарастающим сопротивлением больной, все большей избирательностью в отношении еды. Когда больные находились в больнице, родители нуждались в определенных рекомендациях относительно встреч с ними и передачи продуктов: больные требовали много фруктов и овощей, но часто отказывались от более питательной мучной и мясомолочной пищи. Родителям давали список рекомендуемых продуктов в зависимости от состояния больных с учетом постепенного повышения питательности и разнообразия их рациона. Вопросы, касавшиеся посещения больных, родителям рекомендовали каждый раз предварительно согласовывать с врачом.

Во многих семьях родители придавали чрезмерно большое значение внешности, излишней полноте, что часто обсуждалось в присутствии больных. С развитием заболевания у дочери фиксация родителей на этих вопросах усиливалась. Это обстоятельство требовало определенной коррекции в интересах более успешной реадaptации больных после выписки.

Большую озабоченность родителей вызывала трудовая реадaptация больных. Болезнь, длившаяся многие месяцы, безуспешность нескольких попыток лечения, нараставшее физическое истощение больных приводило к мысли, что дочери после относительно кратковременной госпитализации нужен какой-то период полного отдыха от учебы или работы для закрепления результатов лечения. Однако родителям рекомендовали сразу после выписки больной всемерно содействовать возобновлению ее учебы и/или работы с продолжением амбулаторного лечения.

Разъяснительная работа с родителями проводилась с привлечением современных данных о природе синдрома нервной анорексии, его клинических проявлениях и лечении. Родителям, как правило, не сообщали диагноз, но предупреждали, что больные нуждаются в длительном систематическом наблюдении у психиатра.

Результаты стационарного лечения в большой мере зависели от работы с больными младшего и среднего медицинского персонала. В целях обеспечения надлежащего отношения к больным медицинским сестрам и санитаркам сообщали необходимые сведения о синдроме нервной анорексии и о каждой больной. В беседах с персоналом объясняли задачи в каждом конкретном случае, давали инструкции по надзору, уходу и выполнению лечебных назначений. Особо подчеркивалась необходимость тщательного контроля за питанием и двигательной активностью больных, обращали внимание на возможность вызывания ими рвоты. Медицинские сестры должны были подробно описывать соответствующие наблюдения за больной в дневнике.

Хотя к насильственному кормлению больных приходилось прибегать крайне редко, медицинские сестры и санитарки должны владеть соответствующими приемами такого кормления. Основным способом побуждения больных к еде, предотвращения у них рвоты и чрезмерной двигательной активности было терпеливое, доброжелательное и в то же время твердое и спокойное словесное воздействие персонала.

Вместе с тем высказывания, обращенные к больным, должны формулироваться с учетом основного болезненного переживания — боязни чрезмерно поправиться. Так, были недопустимы какие бы то ни было выражения удивления нарастающим аппетитом, быстрой прибавкой массы тела и соответствующим изменением внешности больных. Тем более недопустимы в устах персонала различные оценки («хомячок», «пончик» и др.), подчеркивающие особенности жировых отложений у больных во время восстановления массы тела. Даже высказывания, имеющие целью поощрить больных и выразить удовлетворение результатами лечения, иногда воспринимались больными как свидетельство чрезмерно быстро нарастающей полноты и усиливали у них дисморфофобически-дисморфоманические переживания. Таким образом, во избежание обострения этих переживаний в разговорах с больными и при больных следовало воздерживаться от преувеличенно положительных оценок результатов лечения.

Заслуживает внимания вопрос о возможности и целесообразности лечения в отделении одновременно нескольких больных с нервной анорексией. С одной стороны, это усложняет процесс лечения и реабилитации в связи с тем, что больные нервной анорексией могут неблагоприятно влиять друг на друга, в частности перенимать способы коррекции внешности. С другой стороны, правильный выбор терапевтической тактики в отделении, где находятся несколько больных с синдромом нервной анорексии, может дать положительный лечебно-реабилитационный эффект. Наш многолетний опыт показал, что если в отделении лечатся одновременно двое больных с синдромом нервной анорексии и более (до пяти) между ними устанавливается значительно более тесный контакт, чем у каждого из них в отдельности с больными с другой патологией. Вместе с тем характер их общения зависит от ряда факторов. Большему сближению способствуют условия закрытого отделения, примерно одинаковая степень похудения, одинаковый возраст, принадлежность синдрома нервной анорексии к группе пограничных заболеваний.

Менее склонны к установлению и поддержанию таких контактов больные с синдромом нервной анорексии в рамках шизофрении, но и они так или иначе оказываются вовлеченными в круг взаимоотношений этих больных. Таким образом формируется микроколлектив, объединенный ближайшей врачебной задачей — восстановить массу тела.

Влияние больных друг на друга сказывается уже в начале лечения. Если при поступлении больные, как правило, недооценивают степень своего истощения и аномальность пищевого поведения, то при виде других таких же больных они становятся более критичными в самооценке и к необходимости лечения. Разъяснения врача о тенденциях развития болезни наглядно подтверждаются на примере других больных.

Интересам лечения в коллективе служит и такая приобретенная в процессе болезни особенность больных, как повышенная забота о питании других, состоящих в близком контакте с ними людей, их бескомпромиссность в этом вопросе. За столом, во время совместного приема пищи, они всячески побуждают друга к еде, делятся между собой принесенным из дома, своевременно привлекают внимание персонала к «нарушителям» пищевого режима.

Организованную работу с больными облегчает наличие в такой микрогруппе неформального лидера, которым, как правило, становятся больные пограничным заболеванием с преобладанием истерических черт в преморбиде.

Использование отмеченных особенностей позволяет добиваться удовлетворительных терапевтических результатов вопреки, как уже отмечалось, возможному отрицательному

влиянию больных друг на друга (главным образом взаимной передачи опыта похудания и диссимуляции расстройств).

Как уже указывалось, амбулаторное лечение осуществлялось при относительно благоприятных формах нервной анорексии (главным образом в рамках пограничной психической патологии).

Амбулаторное лечение больных нервной анорексией по возможности проводилось по той же схеме (с небольшими вариациями), что и в стационаре, но необходимости всех мероприятий в полном объеме на этапе «неспецифического лечения» не было. Наилучшие результаты были получены от применения малых доз френолона (до 15 мг), аминазина (до 50 мг) и трифтазина (до 10 мг) в сочетании с психотерапией. Большое внимание уделяли работе не только с больными, но и с их родственниками, чтобы создать наиболее приемлемый «семейный климат» и обеспечить правильный режим жизни больных.

Необходимо подчеркнуть, что при амбулаторном лечении выздоровление занимало больше времени и во многом зависело от отношения родственников к больной и их участия в лечении.

Синдром нервной анорексии в рамках шизофрении, особенно при нелепом, вычурном рвотном поведении, резистентен ко всем видам терапии. Эти больные нуждаются не только в стационарном лечении, но и в тщательно продуманной поддерживающей терапии. При лечении больных нервной анорексией нешизофренической природы необходимо широко применять различные психотерапевтические методики в комбинации с медикаментами, что возможно как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Среди больных этой группы лучший терапевтический эффект отмечается у больных с истерическими чертами характера, а больные с психастеническими особенностями обнаруживают значительно меньшую курабельность. В заключение следует еще раз подчеркнуть, что больных нервной анорексией с выраженными вторичными соматоэндокринными нарушениями следует немедленно госпитализировать независимо оттого, относится ли их заболевание к пограничным состояниям или к шизофрении. Наилучший результат в лечении больных с высоким уровнем социально-трудовой реадaptации достигается при своевременной диагностике данной патологии.

В наших многочисленных (с 1961 г.) публикациях по проблеме нервной анорексии приводилось подробное описание основных 4 этапов синдрома (дисморфофобический, или преданоректический; дисморфоманический; кахектический и этап выхода из кахексии). Однако при специальном анализе динамики вторичных соматоэндокринных сдвигов в процессе лечения и реабилитации возникла необходимость уточнить последний этап, а именно выделить такие его стадии, как выход из кахексии (от начала лечения до исчезновения признаков кахексии), нормализация соматоэндокринного состояния (от исчезновения признаков кахексии до восстановления менструаций), стабилизация соматопсихического состояния.

Как уже подчеркивалось, сложное сочетание психических и соматоэндокринных расстройств при нервной анорексии требует комплексного подхода к лечению больных. Наряду с общесоматическими лечебными мероприятиями используется психофармакотерапия и психотерапия, при этом удельный вес каждого из этих методов зависит от этапа болезни.

Анализ закономерностей динамики нервной анорексии в процессе лечения дает основание считать оптимальной терапию больных на стадии кахексии в условиях психиатрического

стационара до достижения массы тела, равной ВПМ. Ближайшей задачей после выписки является стабилизация этой массы, при которой восстанавливается менструальная функция. Следует подчеркнуть, что гормональная терапия для восстановления менструальной функции нецелесообразна ранее, чем через 2—4 мес после достижения ВПМ.

Список литературы

Азеркович Н. Н. О дифференциальном диагнозе болезни Симмондса и анорексии невроза.— В кн.: Проблемы эндокринологии и гормонотерапии. М.: Медицина, 1963, т. 9, № 6, с. 89—92.

Балаболкин М. И., Герасимов Г. А. Нервная анорексия и гормональные расстройства (обзор).— Журн. невропатол. и психиатр., 1984, вып. 4, с. 603—606.

Баранов А. М., Коркина М. В., Цивилько М. А., Карева М. А. Роль показателей динамики соматоэндокринных расстройств в диагностике и лечении больных с синдромом нервной анорексии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1982, вып. 11, с. 1688—1691.

Бояджиева М., Ачкова М. Една натрапливоневротична разновидност на анорексия невроза.— Невролгия, психиатрия и неврохирургия (София), 1979, т. 18, № 2, с. 126—132.

Кабанов М. М. Реабилитация психически больных.— Л.: Медицина, 1978 — 232 с.

Карвасарский Б. Д. Неврозы.— М.: Медицина. 1980.— 448 с.

Карева М. А., Марилов В. В. Психологический анализ случая нервной анорексии.— В кн.: Патопсихологические исследования в психиатрической клинике.— М.: Изд-во МГУ, 1974, с. 56—62.

Карева М. А., Цивилько М. А., Марилов В. В. и др. Замещающие действия и патология потребности. В кн.: Тез. научн. сообщ. сов. психологов К VI Всесоюзн. съезду об-ва психологов СССР.— М., 1983, ч. II, с. 244—246.

Кербиков О. В. Избранные труды.—М.: Медицина, 1971.— 312 с.

Кисель А. А. Случай тяжелой истерической анорексии (anorexie hysterique) у девочки 11 лет.— Мед. обзор, 1894, т. XII, № 17, с. 410—416.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.—М.: Медицина, 1979 — 607 с.

Коркина М. В. К вопросу о нервной анорексии (об одной из причин вторичной анорексии).— Журн. невропатол. и психиатр., 1963, вып. I, с. 124—129.

Коркина М. В. К вопросу о нервной анорексии.— В кн.: Проблемы общей и судебной психиатрии. М., 1963, вып. XIV, с. 77—84.

Коркина М. В. Нервная анорексия непроцессуальной природы (к вопросу о ее нозологической принадлежности и взаимоотношениях с синдромом дисморфомании]. — В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л.: Медицина, 1967, с. 128—151.

Коркина М. В., Марилов В. В. Современное состояние проблемы нервной анорексии (по данным советских и зарубежных исследователей за последние 10 лет). — Журн. невропатол. и психиатр., 1974, вып. 10, с. 1574—1583.

Коркина М. В., Марилов В. В. О некоторых корреляциях между особенностями клиники и рциройдствами обмена при нервной анорексии.— Журч. невропаюл. и психиатр., 1980, вып. 11, с. 1666—1668.

Коркина М. В., Марилов В. В. Препубертатная нервная анорексия.— Журн. невропаюл. и психиатр., 1981, вып. 10, с. 1536—1540.

Коркина М. В., Марилов В. В., Цивилько М. А. К вопросу об атипичных формах нервной анорексии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 3, с. 429—432.

Коркина М. В., Зейгарник Б. В., Карева М. А., Марилов В. В. Роль возрастного фактора в формировании клиники нервной анорексии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1976, вып., с. 1871—1875. *Коркина М. В., Марилов В. В., Цивилько М. А., Карева М. А.* Нервная анорексия у мужчин.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 11, с. 1562—1568.

Коркина М. В., Марилов В. В., Цивилько М. А. и др. Лечение больных нервной анорексией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1975, вып. 5, с. 741—745.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. и др. Особенности синдрома нервной анорексии при пограничных психических заболеваниях.— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, вып. 11, с. 1703—1710.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. и др. Особенности синдрома нервной анорексии при шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1975, вып. 12, с. 1870—1874.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. и др. К вопросу о ранней диагностике нервной анорексии.— В кн.: IV Всерос. съезд невропатологов и психиатров. Тез. докл.— М., 1980, т. 1, с. 302—305.

Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития.— М.: Медицина, 1970.— 222 с.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1977.— 208 с.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1979.— 335 с.

Марилов В. В. Значение психотерапии в комплексном лечении больных нервной анорексией.— В кн.: Практика судебно-психиатрической экспертизы, № 23.— М., 1974, с. 76—79.

Марилов В. В. Динамика нервной анорексии в рамках пограничных состояний.— В кн.: Проблемы теоретич. и клин. мед. развивающихся стран.— М.: Изд-во УДН им. П. Лумумбы, 1975, с. 100.

Марилов В. В. Роль психотерапии в комплексном лечении больных нервной анорексией.— В кн.: Проблемы теоретической и клинической медицины развивающихся стран.— М.: Изд-во УДН им. П. Лумумбы, 1975, с. 98—99.

- Марилов В. В., Карпетян Э. Э.* Дифференциально-диагностические критерии нервной анорексии шизофренического и непроецессуального генеза. — В кн.: Проблемы теоретич. и клин. мед. развивающихся стран.—М: Изд-во УДН им. П. Лумумбы, 1975, с. 96—97.
- Марилов В. В., Баринов А. М., Бондарева В. В.* О неспецифическом лечении больных нервной анорексией в стадии кахексии. — В кн: VII Всесоюз съезд невропатологов и психиатров.—М., 1981 т. 3, с. 413—415.
- Новлянская К. А.* Об одной из форм затяжных патологических реакций в пубертатном возрасте. — Журн. невропатол. и психиатр., 1958, № 7, с. 861—866.
- Ротинян Н. С.* О нозологической принадлежности синдрома нервной анорексии. — В кн.: Материалы 3-й Всерос. науч. конф. по неврологии и психиатрии детского возраста. — М., 1971, с. 153—155
- Симеон Т. П., Кудрявцева В. П.* Клиника, этиология и патогенез шизофрении у детей и подростков. — В кн: Шизофрения у детей и подростков. — М.: Медгиз, 1959, с. 11—52.
- Смулевич А. Б., Щирин М. Г.* Проблема паранойи.— М. — Медицина, 1972. — 184 с.
- Снежневский А. В.* Nosos et Pathos Schizophrenia.— В кн.; Шизофрения. — М.: Медицина, 1972, с. 5—15. *Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. (Избр. главы). — М.: Медицина, 1974. — 320 с.
- Ушаков Г. К.* Детская психиатрия. — М.: Медицина, 1973. — 392 с. *Ушаков Г. К.* Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1978. — 400 с. *Цивилько М. А., Коркина М. В., Марилов В. В.* Психотерапия при лечении больных нервной анорексией. — В кн.: VI Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. Тез. докл. — М.: 1975, т. I, с. 532—534.
- Agras W. S., Barlow D. H., Chapin H. N. et al.* Behaviour modification of anorexia nervosa.— Arch. Gen. Psychiatry, 1973, vol. 30, № 3, p. 279—286..
- Andersen A. E.* Atypical Anorexia Nervosa.— In: Anorexia Nervosa/Ed. R. A. Vigersky.—N. Y., 1977, p. 11—19.
- Anyan W. R., Schowalter J. E.* A comprehensive approach to anorexia nervosa —J. Amer. Child Psychiatry, 1983, vol. 22, № 2, p. 122— 127.
- Aro A., Lamberg B. A., Pelkonen R.* Hypothalamic endocrine dysfunction in anorexia nervosa.— Acta Endocr., 1977, vol. 85, p. 673—675.
- Beardwood C. J.* Relationship between body weight and gonadotrophin excretion in anorexia nervosa and obesity.— S. Afr. Med. J., 1974, vol. 48, № 2, p. 53—54.
- Ben-Tovim D., Marilov V. V., Crisp A. H.* Personality and mental state within anorexia nervosa.— J. Psychosom. Res., 1979, vol. 23, p. 321—325.

- Bliss E., Branch C.* Anorexia nervosa, its history, psychology and biology.— N. Y.: Hoeber, 1960 — 326 p.
- Bruch H.* Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within.— N. Y.: Basic books, 1973 — 396 p.
- Bruch H.* Psychological Antecedents of Anorexia Nervosa. In: Anorexia nervosa./Ed, R. A. Vigersky.—N. Y., 1977, p. 1—10.
- Bruch H.* The golden cage. The enigma of anorexia nervosa.— Cambridge (Mass.): Harvard univ. press, 1978.— 150 p.
- Buvat J., Buvat-Herbaut M.* Dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobies dans l'anorexia mentale. A propos de 115 cas des deux sexes.— Ann. med. psychol., 1978, vol. 136, № 4, p. 547— 561.
- Cantwell D. P., Sturrenberger S., Burroughs J. et al.* Anorexia nervosa: an affective disorder? — Arch. Gen. Psychiatry, 1977, vol. 34, № 9, p. 1087—1094.
- Cinciripini P. M., Kornblith N. et al.* A behavioral program for the management of anorexia nervosa.— J. nerv. ment. Dis., 1983, vol. 171, № 3, p. 186—189.
- Crisp A. H.* Some psychobiological aspects of adolescent growth and their relevance for the fat/thin syndrome (anorexia nervosa).— International Journal of Obesity, 1977, № 1, p. 231—238.
- Crisp A. H.* Anorexia nervosa: let me be.— London: Acad. press, 1980.— 200 p.
- Crisp A. H., Fenton G. W., Scotton L.* A controlled study of the EEG in anorexia nervosa.— Br. J. Psychiat., 1968, vol. 114, p. 1149—1160.
- Dally P.* Anorexia nervosa.— N. Y.: Grime and Stratton, 1969.— 137 p. 171
- Dally P., Gomes I.* Obesity and anorexia nervosa: a question of shape. London, Boston Faber a. Faber, 1980.— 121 p.
- Davy J. — P., Anderson J. — C., Poilpre B.* Devenir et
- Fichter M. M., Pirke K. M.* Somatische Befunde bei Anorexia nervosa und ihre differentialdiagnostische Wertigkeit.— Nervenarzt., 1982, Bd 53, № 11, s. 635—643.
- Fries ff.* Secondary amenorrhoees self-induced weight reduction and anorexia nervosa.— Acta Psych. Scand., 1974, suppl. 248.
- Garfinkel P., Garner D.* Anorexia nervosa: A multidimensional perspective.—N. Y., 1982 — 379 p.
- Gross H. A. et al.* A double-blind controlled trial of lithium carbonate in primary anorexia nervosa.— Psychopharmacol. Bull., 1981, vol. 17, № 3, p. 179—180.
- Hill O. W.* Anorexia Nervosa.— In: Modern Trends in Psychosomatic Medicine, 3/Ed. Oscar Hill.—London, 1976, p. 382—403.

Lambley P. How to survive anorexia.— London, 1983.— 267 p.

Lucas A. R. et al. The treatment of Anorexia Nervosa.— *Amer. J. Psychiat.*, 1976, vol. 128, February, p. 194—198.

Maloney M. J., Klykylo W. M. An overview of anorexia nervosa, bulimia and obesity in children and adolescents.— *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 1983, vol. 22, № 2, p. 99—107.

Mester H. Die Anorexia nervosa.— Berlin: Springer, 1981.— 349 S.

Needleman H. L., Waber D. The use of Amitriptyline in anorexia nervosa.— In: *Anorexia Nervosa*/Ed. R. A. Vigersky.— N. Y., 1977, p. 357—362.

Palmer R. L. Anorexia nervosa. A guide for sufferers and their families.— Harmondsworth (Mddx): Penguin books, 1981.— 156 p

forot D. L. L anorexia mentale: Protestation et depression.— *Sem. Hop. Paris*, 1981, vol. 57, № 43/44, p. 1837—1840.

The Psychobiology of anorexia nervosa. Ed. K- M. Purke, D. Ploog.— Berlin — Heidelberg — New York — Tokio — Springer — Verlag 1984.— 181 p.

Samuel-Lajeunesse B. Le pronostic de l anorexiae mentale.— Paris, 1966— 123 p.

Sch

Swift W. J. The long-term outcome of early onset anorexia nervosa. A critical review.— *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 1982, vol. 21, N 1, p. 38—46.

Theander S. Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients.— Copenhagen: Munksgaard, 1970.— 194 p.

Thoma H. Anorexia nervosa. (Transl. from Germ.).— N. Y. International universities press, 1967.— 342 p.

Willi J., Grossman S. Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland.— *Amer. J. Psychiat.*, 1983, vol. 140, № 5, p. 564—567.