

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра психиатрии,
наркологии и медицинской
психологии

Особенности синдрома нервной анорексии при шизофрении

Работу выполнила студентка
педиатрического факультета
группы 15-03
Добровольских А.Н.

Пермь, 2020

Терминология

- Шизофрения – это хроническое психическое заболевание эндогенной природы, характеризующееся прогрессивностью течения и диссоциацией психических функций (расщепление).
- Прогрессиентность – расширение, усиление симптоматики с течением времени, постепенное утяжеление.
- Вялотекущая (малопрогрессиентная) шизофрения – отсутствие продуктивной симптоматики, слабое прогрессирование заболевания.
- Приступообразно-прогрессиентное (волнообразное) течение шизофрении – периоды обострения сменяются периодами ремиссии.
- Синдром дисморфомании – болезненное убеждение о наличии у себя какого-либо воображаемого или переоцениваемого, утрируемого физического дефекта внешности.

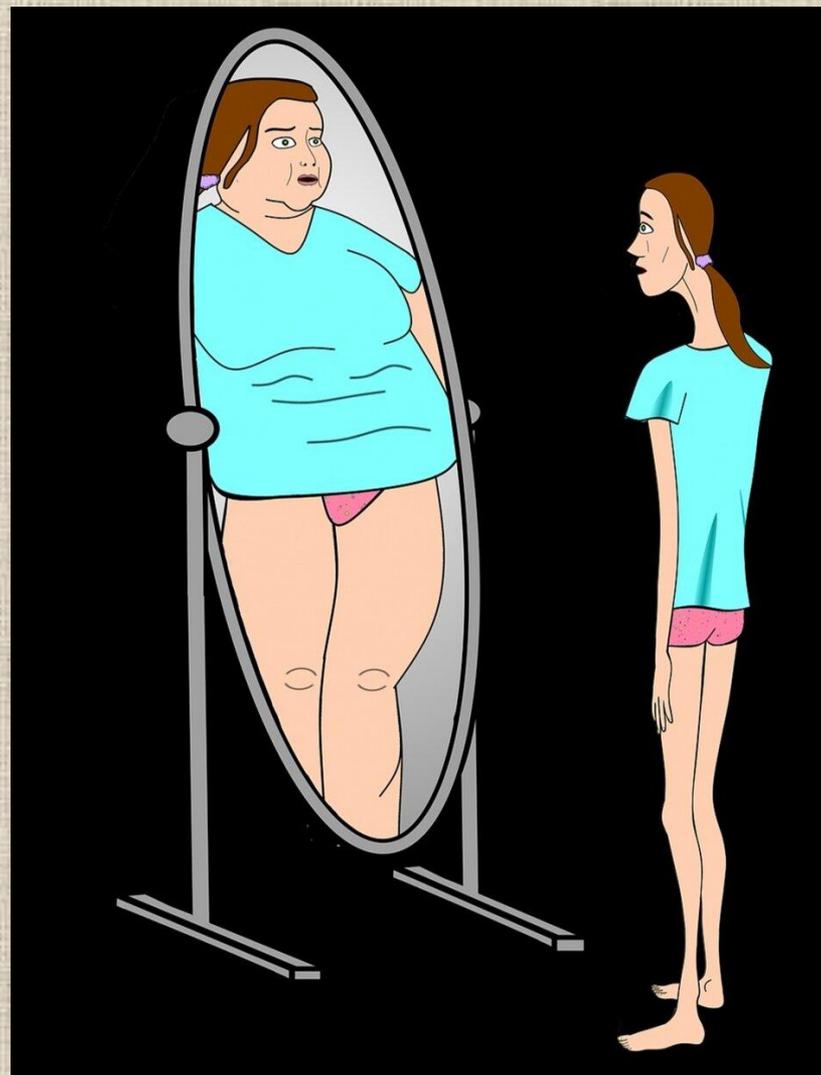
Материалы исследования

- Обследовано 236 больных с синдромом нервной анорексии процессуальной природы.
- У 206 больных шизофрения имела непрерывное вялое течение с умеренной прогрессивностью, у 28 — приступообразно-прогрессивное течение. У 2 больных шизофренический процесс был злокачественным.
- 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.

Особенности синдрома нервной анорексии при вялотекущей шизофрении

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.).

- выраженный синдром дисморфомании;
- психопатоподобные явления (раздражительность, злобность, капризность);
- явления навязчивости;
- деперсонализационно-дереализационные расстройства;
- позднее – сенестопатически-ипохондрические расстройства.



Особенности синдрома нервной анорексии при вялотекущей шизофрении

Второй этап – искусственная рвота.

- булимические приступы;
- причуды в питании;
- избирательность в еде;
- прогрессивное похудание;
- ослабление дисморфоманических переживаний.



Особенности синдрома нервной анорексии при вялотекущей шизофрении

Третий этап – «рвотное поведение».

- полное отсутствие дисморфомании;
- удовольствие в виде легкого «опьянения» или «приятной усталости» после рвоты;
- психопатоподобные явления;
- сенестопатически-ипохондрические расстройства.



Особенности синдрома нервной анорексии при вялотекущей шизофрении

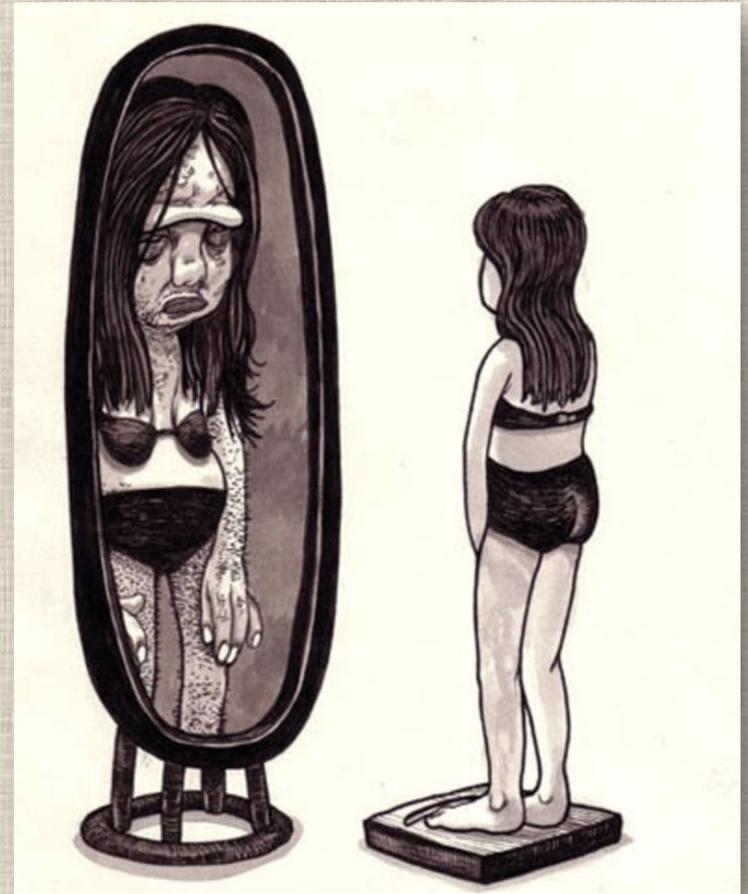
- При соматическом обследовании обнаруживались выраженные и стойкие соматоэндокринные нарушения (физическое истощение, брадикардия, трофические расстройства, аменорея, дистрофия миокарда и т. д.). У ряда больных определялась патология желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит).
- При неврологическом обследовании отмечались вазовегетативные расстройства (гипергидроз, лабильность пульса, стойкий красный дермографизм), асимметрия глазных щелей, анизорефлексия.
- ЭЭГ: в основном диффузные изменения электрической активности мозга.

Особенности синдрома нервной анорексии при вялотекущей шизофрении

Таким образом, шизофрения, дебютировавшая нервной анорексией, имела непрерывное течение и истощалась симптоматикой «верхних регистров». 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.

Особенности синдрома нервной анорексии при приступообразно-прогредиентной шизофрении

- Начало шизофренического процесса приходится на пубертатный, реже — детский возраст.
- Заболевание начинается с появления политематической дисморфомании, аффективных колебаний, навязчивостей.
- Мысли об излишней полноте возникали в раннем пубертатном возрасте (11—12 лет).
- Синдром нервной анорексии развивался на фоне уже текущего шизофренического процесса при наличии нерезко выраженной дефицитарной симптоматики.



Особенности синдрома нервной анорексии при приступообразно-прогредиентной шизофрении

- Динамика синдрома нервной анорексии: отказ от еды сменялся другими формами пищевого поведения. Однако эта динамика была более ускоренной.
- Соматоэндокринные нарушения не были массивными.
- Ипохондрические переживания (нередко бредового содержания), аффективные расстройства;
- Психопатоподобные нарушения;

В период острых аффективных и аффективно-бредовых приступов синдром нервной анорексии полностью исчезал. После купирования приступа синдром нервной анорексии вновь возникал в ремиссии, хотя уже в более редуцированном виде.



В заключение следует подчеркнуть, что синдром нервной анорексии при шизофрении по мере нарастания дефекта полностью утрачивает связь с дисморфоманическими переживаниями, приобретает характер самостоятельного психопатологического расстройства в виде особого, подчас нелепого «пищевого поведения».

Клинический пример

- 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, пневмония. Росла хмурым, обидчивым, необщительным, малоподвижным ребенком. С детства избегала посещать общественные места. В детский коллектив не тянуло.
- С 7 лет начала учиться в общеобразовательной и музыкальной школах. Училась посредственно, много читала. Отмечались колебания настроения с 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.
- В 13 лет, с появлением менструаций, пополнела, после чего больную стала еще больше волновать внешность. 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.

- В связи с мыслями о чрезмерной полноте с 14—15 лет стала ограничивать себя в еде. 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. Испытывала «наслаждение» в процессе «рвотных процедур».
- В 16-летнем возрасте значительно похудела, прекратились менструации, появилась вялость, подавленность. Взяла академический отпуск, в котором ничем не занималась, ничего не предпринимала для похудения, ела нормально, пополнела.

- Через год вернулась к учебе, стала чувствовать себя лучше, уменьшилась вялость. Снова начала соблюдать диету. Рвоту старалась вызывать редко.
- 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.
- Через год поступила в институт им. Гнесиных. Познакомилась с молодым человеком, была с ним в близких отношениях.
- В январе 1973 г. родила сына. До родов и в период беременности испытывала подъем настроения, полное спокойствие, удовлетворение своим физическим состоянием. После родов состояние стало меняться, появилось напряженное ожидание какого-то несчастья.

- Вскоре почувствовала, что ее голова, «как радиоприемник», принимает чужие мысли, изречения. Казалось, что она и ее ребенок, как «куклы на ниточке, исполняют чужую волю». Считала себя «центром мировой важности».
- Писала письма на радио: «Что же делать? Есть хочется Очень А-а, возьму рыбьего жира с черным хлебом. Но хлеб.. А без хлеба тошнит...».
- 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 результате лечения состояние улучшилось. К перенесенному состоянию относилась с достаточной критикой, беспокоилась о ребенке, работе.
- Выписана 17.0873 г. с диагнозом: шизофрения. После выписки чувствовала некоторую вялость. 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.

Список литературы

1. Коркина М. В. Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия – М.: Медицина. 1986, с. 55-84.
2. Коркина М.В. Дистормомания в подростковом и юношеском возрасте. – Монография, 1984.
3. 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.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!