
ПАТОЛОГИЯ ВОЛЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

М.С. Артемьева, А.Р. Арсеньев

Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

В статье отражено изучение одного из основных этиопатогенетических и клинических аспектов нервной анорексии — патологии воли, рассмотрены нарушения влечений как расстройств низших волевых действий, а также нарушения высших волевых действий при этом заболевании. Отмечено различие этих нарушений у больных с нервной анорексией коморбидной с шизофренией и при нервной анорексии как при самостоятельном заболевании.

Ключевые слова: нервная анорексия, нервная булимия, патология влечений, vomитомания.

Нервная анорексия развивается преимущественно в подростковом и юношеском возрасте. Заболевание представляет собой сознательное ограничение в приеме пищи или даже полный отказ от еды в сочетании с интенсивной физической нагрузкой с целью коррекции мнимой или резко переоцениваемой избыточной массы тела [1]. Многие авторы объединяют анорексию и булимию в одно расстройство пищевого поведения — «булимарексия» [2].

Патология влечений, формирующихся на основе инстинктов, относится к патологии низшей волевой деятельности. К патологии влечений относятся: патология пищевого инстинкта (булимия, анорексия, поедание малосъедобных веществ); патология самосохранения (фобии, суицидомания, аутоагрессия); патология полового инстинкта. Импульсивные действия характеризуются сильным влечением с ощущением напряженности перед этим актом и облегчением после него. Компulsive действия, ритуалы — повторяющееся стереотипное поведение. Патология высшей волевой деятельности проявляется в виде ее усиления (гипербулия) или снижения (гипобулии, апатии, абулии).

С использованием клинико-катамнестического и экспериментально-психологического методов обследовано 105 женщин с нервной анорексией, находившихся на стационарном (в Московской психиатрической больнице № 14) в 2000—2010 гг.

Синдром нервной анорексии, коморбидный с шизофренией, был диагностирован у 81 пациентки (1-я группа). Средний возраст больных этой группы к моменту обследования составлял 22 года. У 24 больных (2-я группа) нервная анорексия протекала в виде самостоятельного заболевания (средний возраст больных был на момент исследования 20 лет).

Целью исследования являлось сравнительное изучение особенностей патологии волевой деятельности у данных групп больных.

На инициальном этапе заболевания обе группы больных проявляли повышенную волевою активность в ограничении пищи и применении различных спосо-

бов похудения. По мере прогрессирования заболевания, снижения веса до 50% от исходного, у большинства больных обеих групп присоединялась патология влечений в виде булимии. У 60 больных 1-й группы выявлена патология влечений в виде приступов булимии, которая имела ряд существенных особенностей: высокая частота (от 3 до 12 эпизодов ежедневно), полная утрата не только количественного, но и качественного контроля за приемом пищи (употребление огромных порций малосъедобной пищи), в ряде случаев — утраты так называемого ситуационного контроля, что проявлялось в неэстетических формах приема большого количества пищи без чувства стеснения перед окружающими. Мысли о еде постепенно приобретали навязчивый характер, включая навязчивые представления, сны, касающиеся пищевой тематики. По мере прогрессирования заболевания приступы булимии приобретали сходство с компульсивными и сопровождались выраженным вегетативным компонентом.

Патологическое непреодолимое влечение к приему любой пищи часто было неразрывно связано с искусственно вызываемыми рвотами, которые лишь в начале появления булимии служили средством предотвращения прибавки массы тела. Рвоты в 1-й группе приобретали характер патологического влечения с сохранением лишь формальной связи с первичной дисморфоманической идеей. К особенностям этих рвот относились, прежде всего, непреодолимая тяга к ним, полная охваченность больных деятельностью по подготовке и вызыванию их, рано присоединяющаяся особая эйфория как во время рвоты, так и в течение 1—2 ч после ее вызывания, длительность периода рвот, продолжающегося с короткими перерывами до нескольких часов, что требовало очень большого количества пищи и жидкости, малая курабельность больных с этой патологией. Этот вариант рвот является извращенной формой патологии влечений (вомитоманией). У 20 больных 1-й группы за переждением после кратковременного периода эйфории развивалось депрессивное состояние с тревогой, вплоть до суицидальных тенденций и аутоагрессии, а также агрессивные тенденции по отношению к близким. Обычно присоединялась obsессивная, сенестопатическая, а также аффективная симптоматика. Патология пищевого поведения приобретала характер ритуала, сопровождалась навязчивыми мыслями о еде, однако в период наибольшей выраженности нарушений пищевого поведения при наличии признаков кахексии имели место навязчивости и ритуалы иного содержания — однообразные, монотонные, тягостные для больного. Весьма типичным для 1-й группы больных было присоединение других видов патологии влечений (повышенная сексуальность, токсикомании, включая алкоголизм, злоупотребление снотворными, слабительными, мочегонными, табакокурение).

Таким образом, на инициальном этапе нервной анорексии в обеих группах больных выявлялись расстройства высшей волевой деятельности в виде гипербулии: сознательный стойкий отказ от пищи, когда больные путем невероятных усилий преодолевали мучительный голод, при этом гордились своей сильной волей, а также заставляли себя заниматься физическими упражнениями (активные способы похудения). У 21 (17%) больной 1-й группы и у 90% больных 2-й группы активные способы похудения сохранились на фоне такой патологии влечений,

как отсутствие чувства голода и инстинкта самосохранения (кахексия с эйфорией и отрицанием болезни). По мере прогрессирования заболевания у 60 больных 1-й группы развивалась патология влечений в виде булимии, различных фобий, ритуалов, связанных и не связанных с едой, нарушение полового инстинкта — гиперсексуальности или фригидности, суицидомании, аутоагрессии, клептомании, парабулия в виде поедания несъедобной пищи, злоупотребление слабительными, мочегонными, кофе, а также vomitomania, т.е. переход к пассивным способам похудения. У ряда больных в динамике заболевания возникало патологическое влечение к психоактивным веществам. Расстройства волевой деятельности в виде апатии и абулии у 1-й группы больных формировались медленно; у 2-й группы нарастание данной симптоматики не было отмечено.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В.* Нервная анорексия. — М.: Медицина, 1986. — 172 с.
- [2] *Коркина М.В.* Социальные факторы и расстройства пищевого поведения. Глава в Руководстве по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: Медицинское информационное агенство, 2009. — С. 332—338.

DISTURBANCES OF WILL IN ANOREXIA NERVOZA PATIENTS

M.S. Artemieva, AR. Arseniev

Department of Psychiatry
Medical faculty
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

This article is divided to the one of the main clinical futures, reason and outcomes of anorexia nervosa — pathology of will. Craving is describing as the form of will disturbances; also some other types of will pathology were studied in anorexia nervosa patients. The difference of this symptoms were revealed in anorexia nervosa and anorexia nervosa comorbid with schizophrenia.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, craving, binge eating, vomitomania.