

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

**А.Е. Брюхин, М.С. Артемьева,
С.О. Федяй, Р.А. Сулейманов**

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

Ю.В. Григорьева

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
Психиатрическая больница № 14 Департамента здравоохранения города Москвы
ул. Бехтерева, 15, Москва, Россия, 115447

В статье рассматриваются особенности расстройств пищевого поведения (РПП) у медицинских работников. Обнаружено, что течение РПП может усугубляться за счет осведомленности данной категории лиц о свойствах мочегонных, слабительных, анорексигенных препаратов, а также о медицинских манипуляциях, ведущих к снижению массы тела.

Ключевые слова: нервная анорексия, нервная булимия, кахексия, нарушения пищевого поведения.

Расстройства пищевого поведения — класс психогенно обусловленных поведенческих синдромов, связанных с нарушениями в приеме пищи. В числе прочих к расстройствам приема пищи относят нервную анорексию, нервную булимию, психогенное переедание, а также ряд других расстройств [3].

Нервная анорексия представляет собой сознательный отказ от приема пищи, чаще с целью коррекции внешности в связи с убежденностью в чрезмерной полноте, что приводит к развитию тяжелых вторичных соматоэндокринных нарушений. Значительное похудание, нередко вплоть до кахексии, сопровождается наступлением аменореи в качестве одного из основных клинических проявлений, развивающихся при хронической пищевой недостаточности.

Впервые нервную анорексию описал R. Morton в 1689 г. под названием «нервная чахотка», хотя упоминание об этой патологии встречалось и раньше. В частности, в трудах Авиценны (1155 г.) можно найти описание психического

расстройства у юноши, весьма напоминающее клинику нервной анорексии [Shafii M., 1972]. Позднее описания симптомов нервной анорексии встречаются в трудах S. Hammond (1542), N. Hobbes (1668), J. Reynolds (1669) [5].

Причины преднамеренного и чрезмерного снижения массы тела при нервной анорексии довольно сложны и представляют собой переплетение психогенных и биологических факторов [2; 4]. К последним относятся преморбидные особенности 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 [2].

Нервная булимия (F50.2) представляет собой расстройство, характеризующееся повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролем массы тела, что подталкивает больного к принятию крайних мер для смягчения «пожняющего» влияния съеденной пищи. Этот термин ограничивается той формой расстройства, которая связана с нервной анорексией, фактически разделяя с ней общие психопатологические признаки.

Тщательно диссимулируемое на ранних этапах, сознательное ограничение приема пищи приводит к тому, что под наблюдением психиатра больные оказываются лишь спустя 3—4 и более лет от начала похудения, как правило, в состоянии выраженной кахексии, сопровождающейся стойкой аменореей. Тяжесть вторичных соматоэндокринных нарушений требует стационарного лечения по витальным показаниям [1].

Общая распространённость нарушений пищевого поведения по типу нервной анорексии с эпизодами нервной булимии, по данным разных авторов, колеблется от 0,5 до 4% у женщин и 0,29—1,5% у мужчин. В основном это девушки в возрасте 12—24 лет. Однако в последние годы отмечается рост заболеваемости данной патологией женщин более зрелого возраста, что являются причиной расширения группы риска по неблагоприятному прогнозу для данного заболевания.

Сравнительно часто нарушения пищевого поведения встречаются среди медицинских работников. При этом нередко они протекают в более тяжелой по сравнению с общей популяцией форме, что может быть связано с упрощенным доступом к слабительным, мочегонным препаратам, более частым использованием «очищающих» процедур, а так же характеризуется поздним обращением за квалифицированной медицинской помощью. Данное утверждение подтверждает клинический пример тяжелого варианта течения нервной анорексии у медицинского работника.

Пациентка Б., 1973 г.р., по специальности медицинская сестра, поступает с жалобами на удушье при употреблении пищи; страх, что пища, попавшая в организм, может из него не выйти; запоры; многократные рвоты; слабость. Из анамнеза: наблюдается в психиатрической клинике с 1997 г. Диагноз: нервная анорексия в стадии кахексии у пациентки со смешанным расстройством личности. За время болезни семь раз добровольно госпитализировалась в нашу клинику, наблюдалась на кафедре психиатрии РУДН. С 19 лет стала ограничивать себя в еде, фиксирована на собственной внешности, особенно на весе, принимала фуросемид, слабительные, делала клизмы. После переедания намеренно вызывала рвоту до нескольких раз в день. Вес

колебался от 33 до 40 кг при росте 174 см. За годы болезни состояние ухудшилось: переедание и рвоты приобрели постоянный характер, иногда это был непрерывный процесс, длительностью до суток. Регулярно использует мочегонные и слабительные средства, а также ежедневно делает себе «неглубокие» клизмы. Считает, что медицинское образование позволяет ей контролировать прием препаратов и «очищающие» манипуляции. Средние цифры массы тела снизились до 32—35 кг. Круг интересов сузился до пищевых нарушений и компенсаторного особого отношения к трудовой деятельности в виде долгих смен и систематических переработок. За два месяца перед последней госпитализацией нарушился ночной сон, начались приступы «паники», которые провоцировались видом еды или мыслями о ней, но могли начаться и без пищевой провокации. Приступы начинались внезапно, с чувства сильной тревоги, страха смерти и помешательства, жара, спазма в области желудка, чувства нехватки воздуха. Организм казался «неживым» — как будто все органы «отключались». Приступ сопровождался двигательной возбужденностью. Максимальная длительность до получаса.

Пациентка обратилась за помощью на кафедру РУДН и была направлена на госпитализацию.

Психический статус: Пациентка самостоятельно пришла в кабинет для беседы. Выглядит старше своего возраста. Охотно вступает в беседу. Мимика печальная, настороженная. Голос негромкий, выразительный. Охотно рассказывает о своей работе, о своей «незаменимости» там. Многословна до уровня резонерства, употребляет много уменьшительных суффиксов, угодлива. Жалобы предьявляет подробно. На глазах быстро выступают слезы, настроение неустойчивое, склона давать раздражительные реакции. Тяготится своим пищевым поведением, демонстрирует высокую степень заинтересованности в исходе лечения.

По данным экспериментально-психологического исследования, в эмоционально-личностной сфере обращает на себя внимание проявление выраженного регрессивного состояния в виде депрессии с общей напряженностью, беспокойством, ипохондрической фиксацией, страхами, отказом от социальных контактов, повышенной подозрительностью, трудностями контроля примитивных влечений, агрессивными и аутоагрессивными тенденциями у эмоционально незрелой интровертированной личности с чертами аффективной ригидности с выраженными трудностями в интерперсональных отношениях, а также признаками псевдоабстрактности и резонерского мышления.

Данный случай демонстрирует, что медицинские работники составляют группу риска по неблагоприятному течению расстройств пищевого поведения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] 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.
- [2] Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1979. С. 335.
- [3] Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision. М.: Медицина, 2003. Т. 1—4.
- [4] Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1978. С. 400.
- [5] Bliss E., Branch C. Anorexia nervosa, its history, psychology and biology. N.Y.: Hoeber, 1960.

A CASE OF SEVERE ANOREXIA NERVOSA IN MEDICAL WORKER

A.E. Bryukhin, M.S. Artem'eva, S.O. Fedyai

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

Yu.V. Grigor'eva

City Psychiatric Hospital № 14
Bekhterev str., 15, Moscow, Russia, 115447

The article discusses the features of eating disorders among health care workers. Discovered that eating disorders may increase awareness of this category of persons about the properties of diuretics, laxatives, anorectics, as well as about medical procedures, leading to body weight loss.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, cachexia, disorders of eating behavior.

REFERENCES

- [1] *Korkina M. V, Zeigarnik B. V, Kareva M.A., Marilov V.V.* Role of the age factor in the formation of anorexia nervosa clinical symptoms. *J. nevropatol. and psychiatrist.* 1976. Vol. 3. P. 1871—1875.
- [2] *Lihcko A.E.* Teenage psihiatry. L.: Medicine, Moscow, 1979. P. 335.
- [3] The International statistical classification of diseases and problems with health. Revision 10 = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision. Moscow: Medicine, 2003. Vol. 1—4.
- [4] *Ushakov GK* Borderline neuro-psychiatric disorders. M.: Medicine, 1978. P. 400.
- [5] *Bliss E., Branch C.* Anorexia nervosa, its history, psychology and biology. NY: Hoeber, 1960.