

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии
с лабораторией психического здоровья

Клинико-психологические аспекты нервной анорексии у детей и подростков

Данилова Елена Михайловна, ассистент

Титиевский Сергей Владимирович, профессор, д.мед.н.

Донецк, 2022



ИСТОРИЯ

*Нервная анорексия (лат. *anorexia nervosa*) (от др.-греч. ἀν- — «без-», «не-» и ὄρεξις — «позыв к еде, аппетит») — расстройство приема пищи, характеризующееся значительно сниженным весом тела, преднамеренно вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса.*

Нервная анорексия берёт свои истоки из религиозных постов. Первый случай датируется ещё эллинистической эрой. Мария, королева шотландцев, страдала нервной анорексией. Английский врач Ричард Мортон описал нервную анорексию в 1689 году, но медицинское сообщество не воспринимало это всерьёз до конца 19-го века.

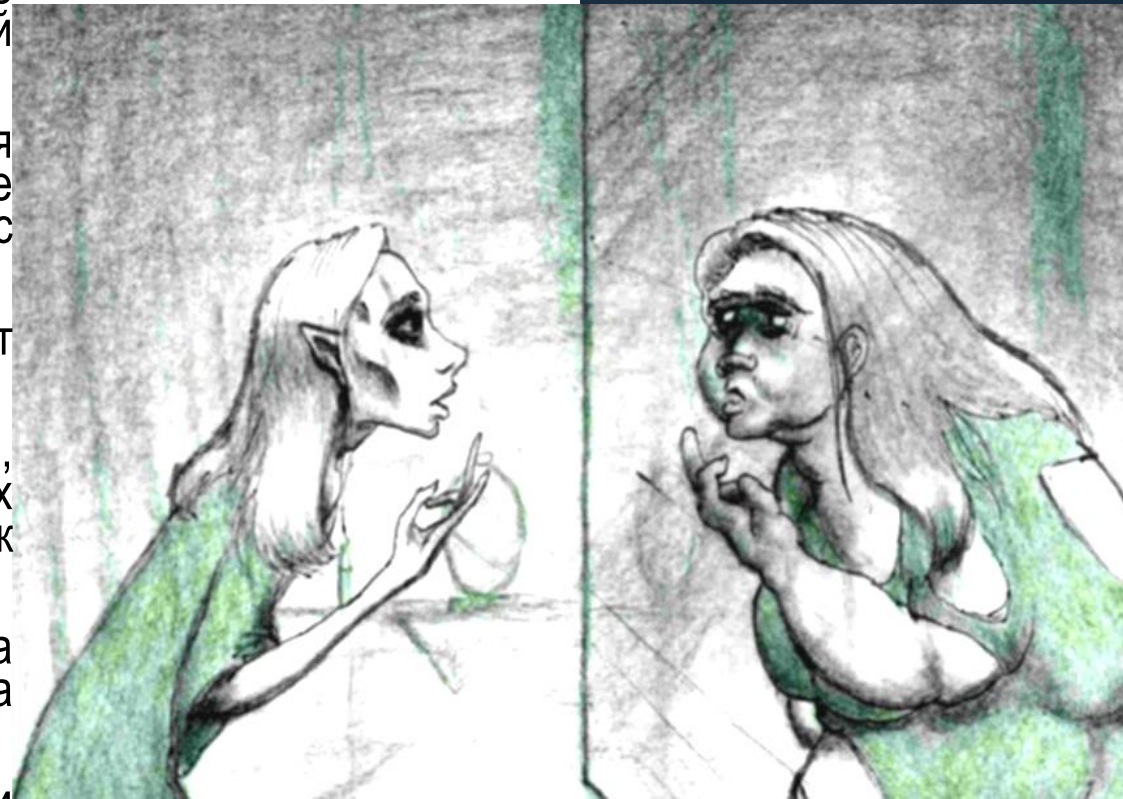
В 1873 году врачи королевы Виктории опубликовали документ, в котором был термин «нервная анорексия». Они описали случаи и методы лечения.

В современном мире Нервная анорексия является биопсихосоциальным заболеванием с генетическими и нейробиологическими корнями.



СТАТИСТИКА

- Нервная анорексия является основной причиной смерти среди подростков и молодых людей. По оценкам, молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет с нервной анорексией имеют в десять раз больший риск смерти по сравнению со сверстниками того же возраста.
- Расстройства пищевого поведения существенно чаще встречаются у женщин – 10:1. У мальчиков встречаются реже, хотя в последние несколько лет расстройства появились и у мальчиков, что связано с диктованием современным обществом идеалов красоты и успеха.
- По статистическим данным, анорексией чаще всего болеют девушки в возрасте 16–18 лет.
- Данные Министерства здравоохранения Российской Федерации, полученные в результате исследования обучающихся трех крупнейших российских вузов, указывают на то, что 46% девушек страдают пищевыми расстройствами.
- Зарубежные исследования показывают, что нервной анорексией на планете Земля страдают 16–20% людей, что является весьма высоким показателем.
- Нервная анорексия занимает третье место по длительности лечения среди психических расстройств после аффективных психозов и шизофрении частично и из-за большего количества соматических осложнений.



Клинические проявления

Критерии диагностики нервной анорексии по МКБ-10 и DSM-5

МКБ-10	DSM-5
<p>А. Вес тела на 15% ниже нормативного. Значение индекса массы тела Кветелета равно 17,5 или ниже</p>	<p>А. Отказ поддерживать вес в минимальных пределах возрастной нормы или неспособность набрать 85% от ожидаемого веса за установленный период времени.</p>
<p>Б. Снижение веса вызывается самим пациентом путем избегания приема пищи, которая «полнит». Используются вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, диуретиков, препаратов, подавляющих аппетит, чрезмерные физические упражнения</p>	<p>В. Нарушение восприятия веса или формы своего тела; вес тела и его параметры оказывают неоправданно большое влияние на самооценку; отрицание серьезности текущих проблем, связанных с недоеданием.</p>
<p>В. Навязчивые и сверхценные идеи в интерпретации искаженного восприятия образа своего тела.</p>	<p>С. Сильный страх ожирения, несмотря на недостаток массы тела.</p>
<p>Г. Общие эндокринные расстройства. Аменорея у женщин, утрата либидо и снижение потенции у мужчин.</p>	<p>Д. Отсутствие в процессе полового созревания подряд трех менструальных циклов.</p>
<p>Д. При начале в препубертатном возрасте проявления пубертата задерживаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы, первичная аменорея).</p>	



Стадии развития нервной анорексии

Стадии	Развитие стадий	Клинические проявления
Дисморфоманическая	Начальная (первичная, инициальная) стадия	Преобладают мысли о собственной неполноценности и ущербности в связи с мнимой полнотой, то есть дисморфомания — патологическая убежденность в дефекте тела или отдельной его части с активным стремлением к его исправлению. Симптомы депрессии
Аноректическая	Возникает на фоне стойкого голодания	Снижение веса на 20–30 %, что сопровождается эйфорией и ужесточением диеты, «чтобы похудеть еще больше». При этом больной активно убеждает себя и окружающих в отсутствии у него аппетита и изнуряет себя большими физическими нагрузками. Из-за искаженного восприятия своего тела пациент недооценивает степень похудения. Объем циркулирующей в организме жидкости уменьшается, что вызывает гипотонию и брадикардию. Это состояние сопровождается зябкостью, сухостью кожи и алопецией. Еще один клинический признак — прекращение <i>mensis</i> у женщин и снижение полового влечения и сперматогенеза у мужчин. Также нарушается функция надпочечников, вплоть до надпочечниковой недостаточности. Из-за активного распада тканей подавляется аппетит
Кахектическая	Период необратимой дистрофии внутренних органов. Наступает через 1,5–2 года	В этот период снижение веса достигает более 50 %. При этом возникают безбелковые отеки, нарушается водно-электролитный баланс, резко снижается уровень калия в организме. Данный этап, как правило, необратим

Цель исследования:

Изучение клинико-психологических аспектов нервной анорексии у детей и подростков.



Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 24 ребенка, проходивших стационарное лечение в детском отделении Республиканской психиатрической больницы МЗ ДНР.

Распределение обследуемых по полу: юноши 2 (8,3%), девушки 22 (91,6%).

Методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, анализ медицинской документации (историй болезни).



Психологические методики, используемые в исследовании:

01

Исследование личностных особенностей:

✓ Опросник характерологических особенностей личности Т.В.Матолина.

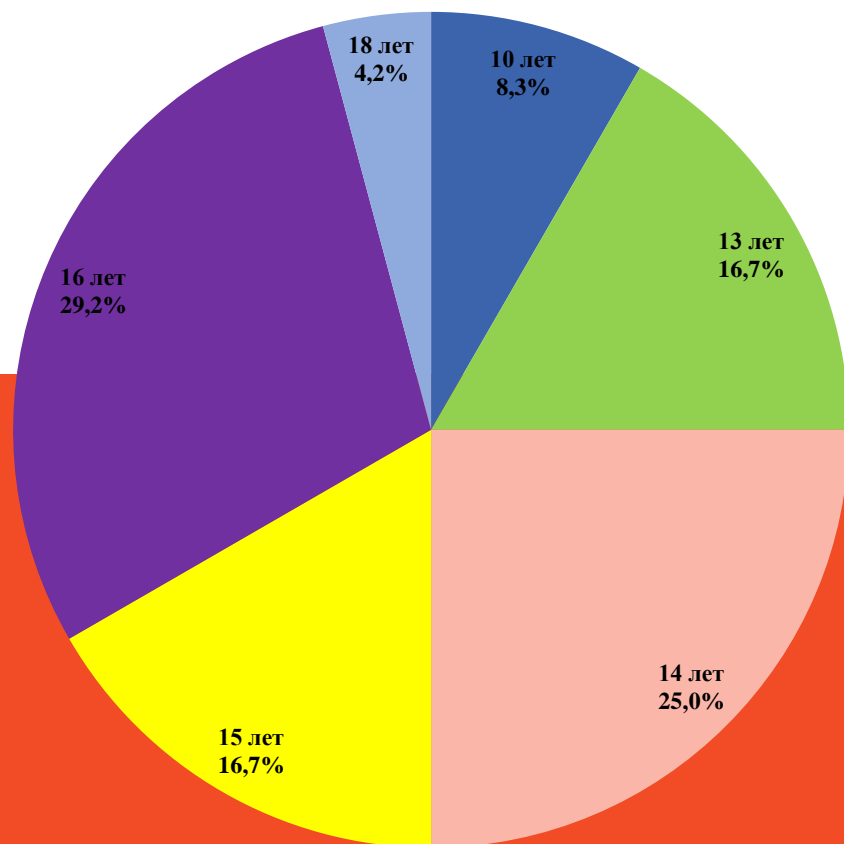
02

Исследование уровня интеллекта:

- ✓ Пробы на обобщение, исключение и способность делать умозаключения.
- ✓ Методика словесно-ассоциативного эксперимента А.Г.Иванова-Смоленского.
- ✓ Методика «Пиктограммы» А.Р.Лурия.
- ✓ Методика Прогрессивные матрица Равенна.
- ✓ Методика обучающий эксперимент «Кубики Koshа».

Результаты исследования:

Распределение обследуемых по возрасту

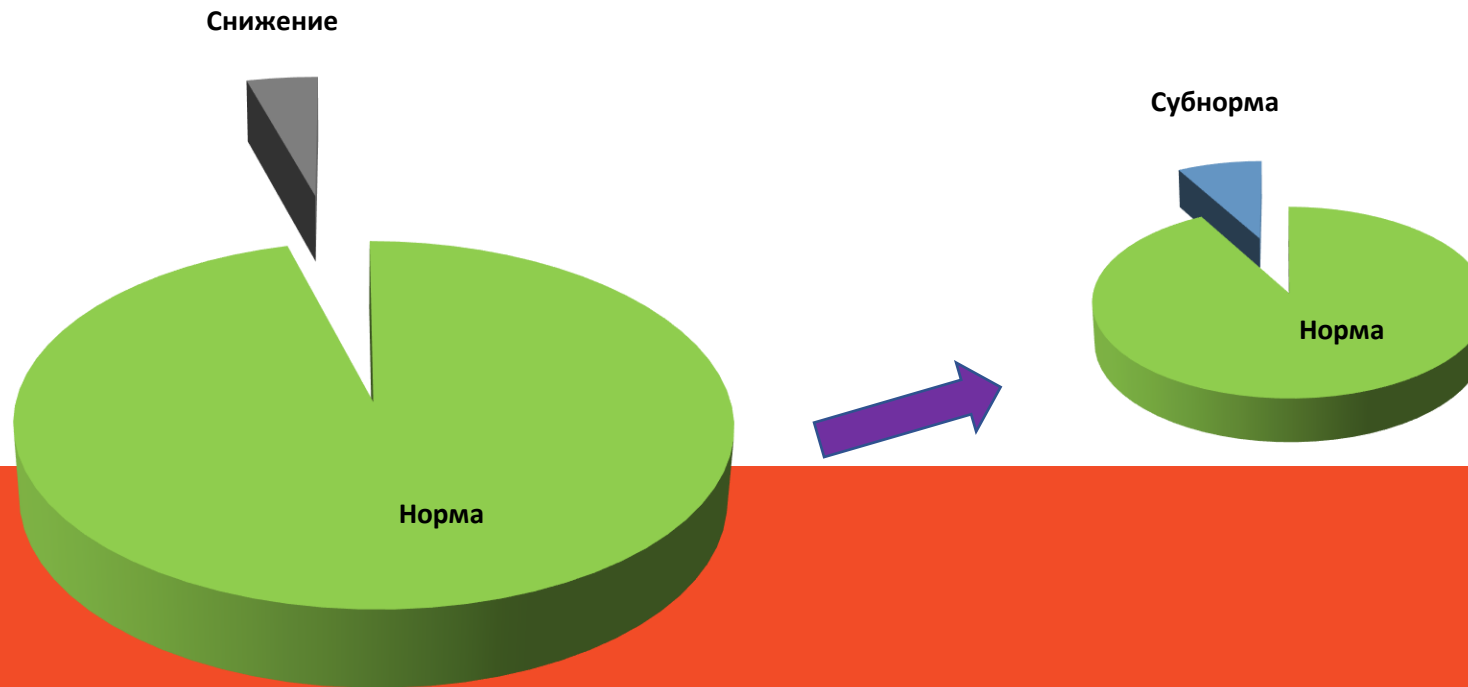


Исследованы 24 больных (2 юношей и 22 девушки) с проявлениями нервной анорексии в возрасте от 10 до 18 лет (10 лет – 2 чел. (8,4%), 13 лет – 4 чел. (16,7%), 14 лет – 6 чел. (25,0%), 15 лет – 4 чел. (16,6%), 16 лет – 7 чел. (29,1%), 18 лет – 1 чел. (4,2%)).

Таким образом, основную часть обследованных составляли девушки в возрасте 13-16 лет.

Результаты исследования:

Уровень интеллектуального развития обследуемых



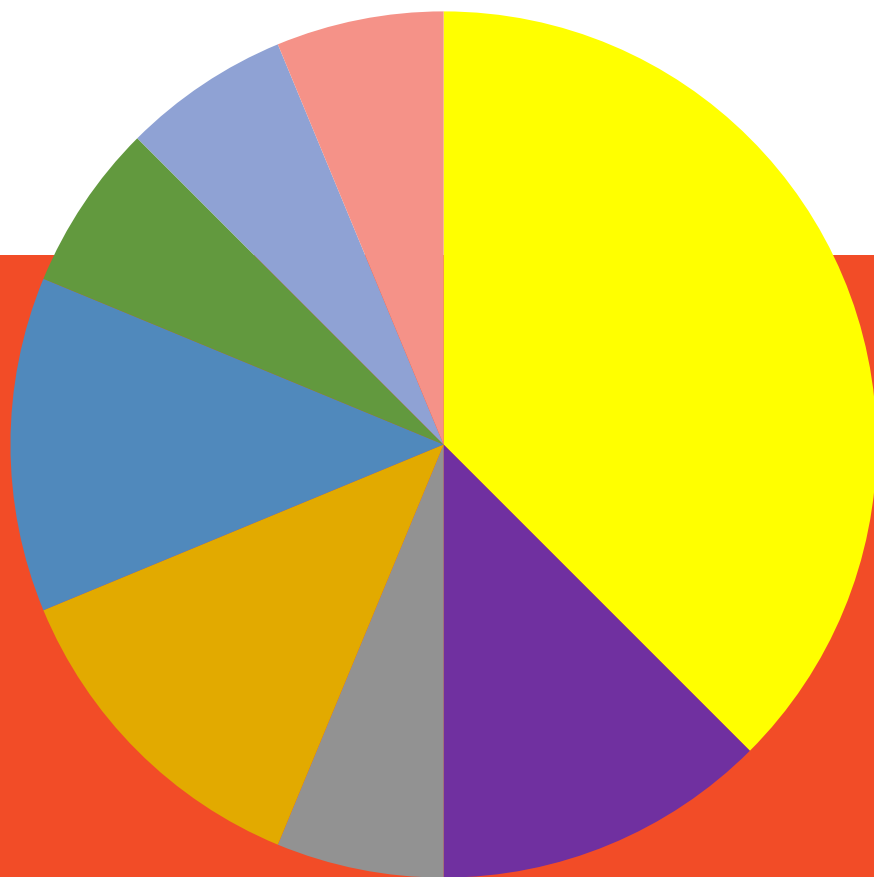
У большинства (23 чел., 95,8%) обследованных признаки интеллектуального снижения не выявлены, хотя в 1 (4,2%) случае (у юноши 15 лет) отмечены несколько возрастослабленные предпосылки интеллектуальной деятельности (слабая словесно-логическая память, недостаток операции сосредоточения, культурные и социальные депривации развития), в 2 (8,4%) случаях (у девочки 10 лет и девушки 15 лет) констатирована интеллектуальная субнорма. И лишь в 1 (4,2%) случае у юноши в 14-летнем возрасте обнаружены признаки интеллектуального снижения, которые, тем не менее, при повторных обследованиях в возрасте 15 лет трансформировались вначале в проявления интеллектуального истощения, снижения интеллекта до уровня субнормы, а затем – в интеллектуальную норму, которая определена у данного больного и в 16-летнем возрасте.

Результаты исследования:



Личностные особенности обследуемых

- по шизоидному типу
- шизоидно-истероидные деформации
- шизоидно-депрессивные нарушения
- по истероидному типу
- по истероидно-тревожному типу
- по истероидно-депрессивному типу
- по тревожно-депрессивному типу
- по тревожно-фобическому типу



У 16 (66,7%) обследованных обнаружены различной степени выраженности деформации личности (личностные нарушения, личностный дефект): **по шизоидному типу** (деформации личности или мышления, либо их сочетание) – 6 чел. (25,0%), **шизоидно-истероидные деформации** – 2 чел. (8,3%), **шизоидно-депрессивные нарушения** – 1 чел. (4,2%), **по истероидному типу** – 2 чел. (8,3%), **по истероидно-тревожному типу** – 2 чел. (8,3%), **по истероидно-депрессивному типу** – 1 чел. (4,2%), **по тревожно-депрессивному типу** – 1 чел. (4,2%), **по тревожно-фобическому типу** - 1 чел. (4,2%).

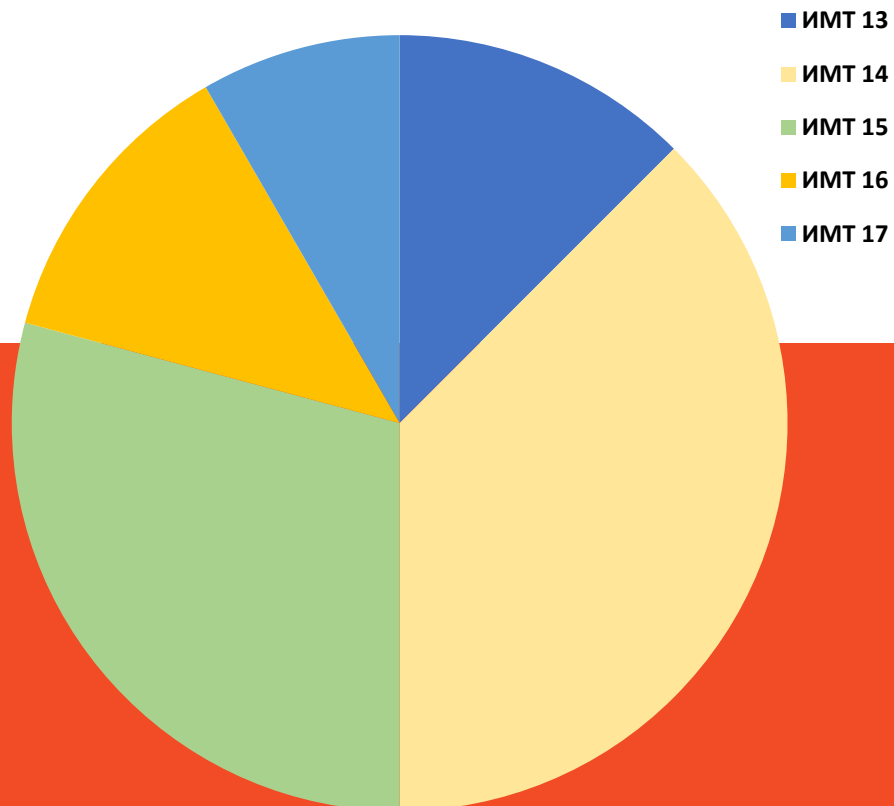
Таким образом, преобладали шизоидные изменения (в личностной и когнитивной сферах), при отчетливой представленности также истероидных проявлений.

У 8 (33,3%) обследованных признаки личностного расстройства **не обнаружены**. При этом, в 5 случаях в качестве ситуативно-обусловленных личностных особенностей как ингибиторов мотивации аддиктивных поведенческих реакций (анорексии) выявлены повышенная аффилиативность в сочетании с высокой тревожностью и перфекционизмом; в 4 (16,7%) из указанных случаев отмечена склонность к длительным невротическим переживаниям, ранимость и чувствительность к смене социального окружения, а в 1 (4,2%) случае – также элементы незначительного нарушения когнитивной сферы по шизоидному типу. У 2 (8,3%) обследованных без признаков личностных расстройств в качестве ситуативно-обусловленных личностных особенностей выявлены депрессивный характер эмоциональных переживаний, снижение самооценки, высокий уровень критичного нетерпимого отношения к окружающим, эгоизм, низкий социальный интеллект, которые, не являясь психологически типичными для личности испытуемых, позволяли сделать вывод о депрессивном нарушении эмоционально-волевых и ценностно-смысловых образований их личности. У 1 (4,2%) больного без признаков личностных расстройств обнаружена склонность к невротическому типу обработки личностно значимой информации (функциональные нарушения поведения в травматической ситуации).

Результаты исследования:



Показатели индекса массы тела (индекс Кетле)



Нарушения менструального цикла

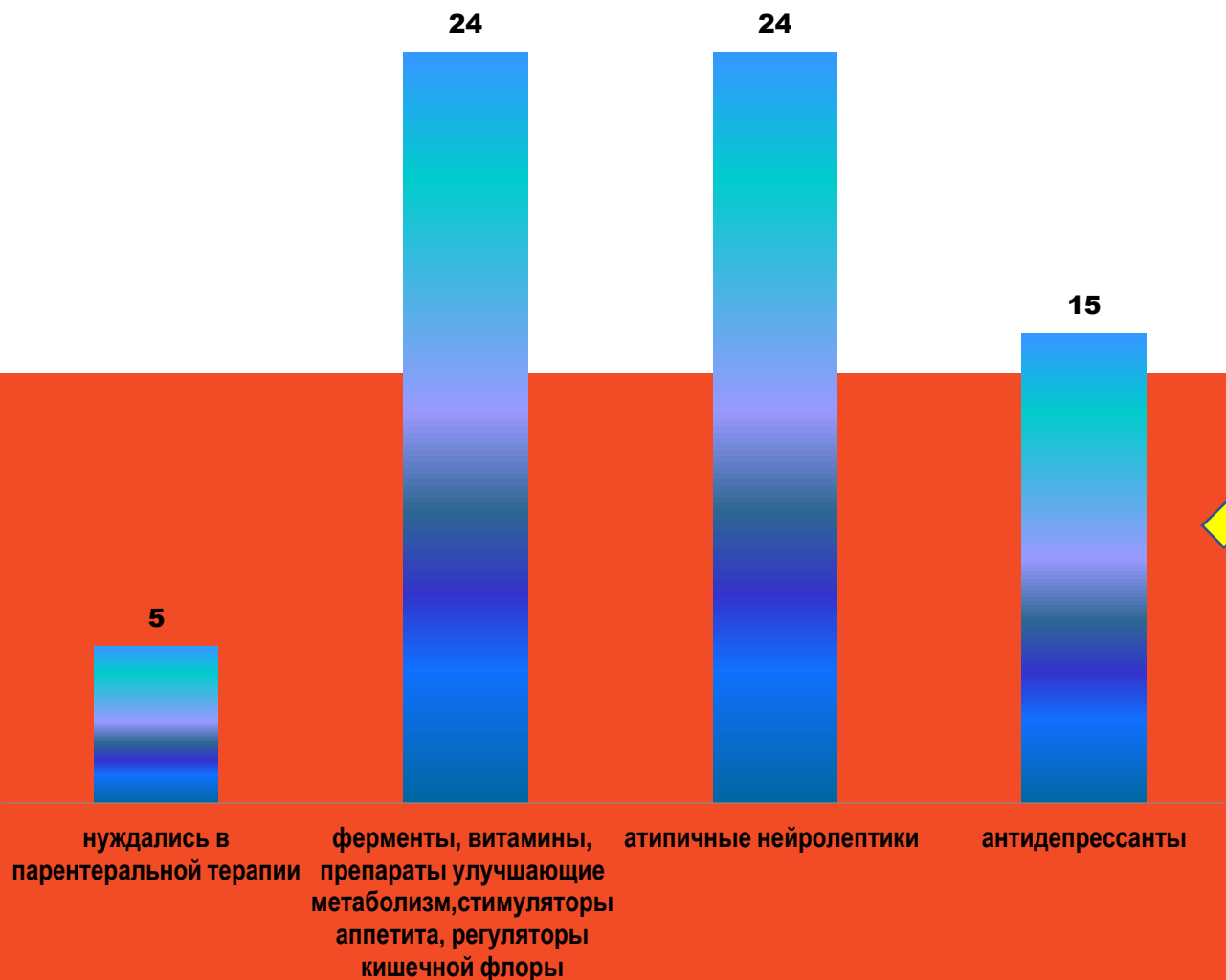


На момент госпитализации ИМТ 13 констатирован у 3 чел. (12,5%), ИМТ 14 – у 9 чел (37,5 %), ИМТ 15 – у 7чел (29,1 %), ИМТ 16 – у 3 чел. (12,5 %), ИМТ 17 – у 2 чел. (8,3 %).

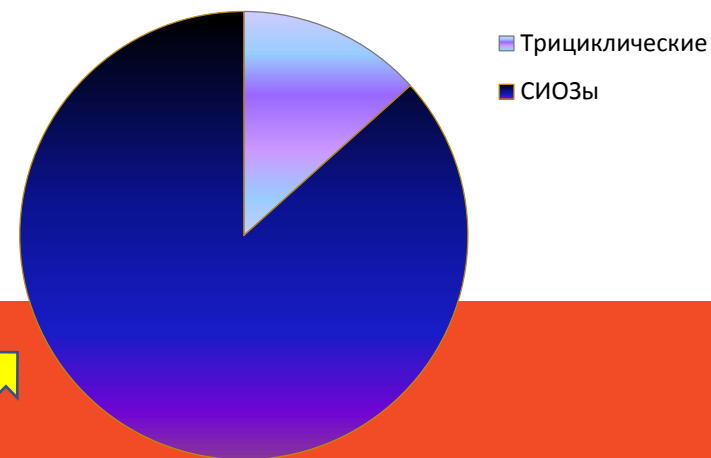
Отсутствие менструации от 3 до 7 мес. наблюдалось у 9 чел. (41%); более 1 года – у 2 чел. (9%); в течение 10 мес. у 3 чел. (13,6%); присутствовал нерегулярный менструальный цикл у 3 чел.(13,6%); у 5 чел. (22,7%) проблемы с циклом отсутствовали: из них 2 (9%) еще не достигли половой зрелости.

Результаты исследования:

Характеристика терапии обследуемых



Антидепрессанты



Лечение: в парентеральной терапии нуждались 5 чел. (20,8%); ферменты, витамины, препараты улучшающие метаболизм, стимуляторы аппетита, регуляторы кишечной флоры получали все 24 человека (100%); нейролептики атипичи применялись в 100% случаев; антидепрессанты получали 15 чел. (62,5 %), из них 2 чел. (8,3%) получали трициклический антидепрессант, а 13 чел. (54%) препараты из группы СИОЗов.



ВЫВОДЫ

1. Основной частью обследованных являлись девушки в возрасте 13-16 лет, что представляет мировую статистику распространенности данного заболевания.

2. Интеллектуальная сфера в большинстве случаев не страдала.

3. У более чем половины обследованных отмечены различной степени выраженности деформации личности.

4. Успешным явился комплексный подход к медикаментозной терапии данного расстройства: ликвидация последствий недостаточного питания, нутритивное восстановление совместно с применением корректоров эмоциональных и поведенческих нарушений.

Прогноз лечения при нервной анорексии зависит от своевременной диагностики данного заболевания, обусловленных им осложнений, принятия адекватных лечебно-тактических решений и мотивирования больного к проведению терапии и выздоровлению.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

