**Лекция 14**

**Дисморфомания. Нервная анорексия. Булимия.**

**План.**

1. **Симптомы дисформании.**
2. **Нервная анорексия: признаки и степень изученности.**
3. **Сходство и различие нервной анорексии и нервной булимии.**

**ДИСМОРФОМАНИЯ  (ДИСМОРФОФОБИЯ** **- “страх быть телесно измененным, несовершенным”; ДИСМОРФОМАНИЯ – убежденность в наличии у себя таких изменений) представляет собой болезненное недовольство своей внешностью, представление о своем мнимом физическом уродстве, страх телесных изменений**. Дисморфофомания возникает преимущественно в пубертатном и юношеском возрасте, в основном у девочек. Убежденность в наличии мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка чаще всего касается открытых частей тела (нос, уши, волосы,  кожа, зубы, руки, ноги, рост) или неправильных отправлений организма (например, уверенность больного в том, что от его рта, прямой кишки или гениталий исходит зловоние). При этом “уродливым”, с точки зрения больного, являются одна (монотематическая дисморфофомания) или нескольких частей тела (политематическая дисморфомания).

***Патологические идеи физического недостатка сопровождаются упорной борьбой за исправление дефекта внешности.*** Подростки уверены в том, что присущий им дефект уникален и не сопоставим с имеющимися у других людей. Нередко дисморфоманическая идея  касается совершенно благополучной части тела, а на настоящий дефект внешности больные не обращают внимания. В некоторых случаях мыслям об уродстве предшествуют необычные или мучительные ощущения в определенном участке тела.

***Возникновение “уродства” больные порой объясняют  неправильным поведением родителей, неблагоприятной наследственностью, собственными дурными привычками, колдовством, сглазом, отравлением, врачебной ошибкой в прошлом.*** С мнимым уродством больные связывают свою неприспособленность в жизни, все свои неудачи, отсутствие друзей. Для того, чтобы скрыть уродство от окружающих, подростки предпринимают различные способы их маскировки - носят особые прически, челки, шапки и шляпы, платья с длинными рукавами, черные плотные чулки, туфли на платформе. Больные могут оказываться весьма активными в попытке исправления мнимого дефекта с помощью косметологов, хирургов, урологов, целеустремленно добиваясь сложных методов лечения, хирургического вмешательства или пластической операции. **При этом признание специалистами мнимого уродства как истинного и тем более оперативное вмешательство для больных с дисморфоманией абсолютно противопоказано, так как при этом усиливаются патологические идеи.**

Больные с дисморфоманией длительно скрывают свое состояние, в связи с чем иногда по нескольку лет не попадают на прием к психиатру. При этом они, настаивая на операции,  иногда весьма откровенны с косметологами и хирургами, а также с кем-то из родителей, нередко индуцируя их своими дисморфоманическими идеями, так что и те начинают добиваться исправления “дефекта” у ребенка. Стремление к исправлению “дефекта”, как правило, отличается волнообразностью.

**Наряду с дисморфоманической идеей описываемое состояние  включает:**

1. *сниженное настроение, нередко со стремлением к самоубийству и самоповреждениям;*

*2)  идеи отношения с уверенностью, что все окружающие  замечают уродство больного и плохо (недоброжелательно, насмешливо, брезгливо, презрительно) его воспринимают;*

*3) социальная дизадаптация (больные  перестают ходить на занятия, кружки и секции, прекращают учить уроки, встречаться с друзьями, гулять, посещать людные места, ведут уединенный образ жизни, постепенно теряя контакт с реальностью).*

Идеи физического недостатка могут быть навязчивыми (при наличии чувства чуждости идеи и элемента внутренней борьбы с ней),  сверхценными (когда больные придают особое значение реально существующему незначительному дефекту внешности) или бредовыми (при отсутствии реального дефекта внешности). Дисморфоманический синдром возникает у подростков в рамках невроза, депрессивной фазы циклотимии или при шизофрении. Возникновение развернутых форм дисморфомании в детском или зрелом возрасте, а также у мальчиков-подростков является  прогностически неблагоприятным фактором.

**НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ** - упорный отказ от пищи,  связанный с болезненным представлением о чрезмерной полноте. Встречается практически только у девушек, для которых, как правило, характерны гиперсоциальные установки, происхождение из благополучных семей с авторитарной, энергичной матерью. Возникновение аноректического симптомокомплекса у мальчиков-подростков, как правило, является прогностически неблагоприятным признаком.

**Распространенность нервной анорексии отражает устойчивую культуральную моду на женскую фигуру.** В связи с этим во многих странах Африки и островных государствах нервной анорексии в нашем понимании попросту нет, поскольку там красивыми считаются толстые женщины. Надо также отметить заметные колебания в отношении частоты возникновения нервной анорексии в соответствии с социально-экономическими условиями и уровнем жизни.

***Нередко начало аноректического поведения связано с  неосторожным замечанием педагогов, родителей, сверстников по поводу повышенного веса подростка. Отказ от пищи нарастает постепенно - иногда в течение многих месяцев: сначала больные отказываются от хлеба, мучных блюд, затем -  от супов,  жирного и жареного  мяса, а в дальнейшем весь их дневной рацион ограничивается несколькими яблоками и 1-2 стаканами кефира.*** Подростки начинают высчитывать калорийность блюд, составляют сложные расчеты затраченных и потребленных калорий. При любом “срыве” с перееданием (булимией) подростки искусственно вызывают рвоту, а потом по многу дней полностью голодают. Постепенно многие из больных с анорексией начинают вызывать рвоту после каждого приема пищи, которая через несколько месяцев может трансформироваться в привычную рвоту, в связи с чем подросток по существу совсем не получает пищи. Нередко подростки с целью снижения веса начинают принимать во все более возрастающих дозах биодобавки, слабительные и мочегонные препараты, что может само по себе явиться опасным для их жизни.

***Очень характерно поведение больных с нервной анорексией. Как правило, они придумывают для себя различные физические упражнения, связанные с большой затратой физической энергии: поднимаются на 10-17 этаж без лифта, прыгают по 1000 раз, совершают столько же наклонов, отжиманий и т. д.*** В основном подростки одеваются в темную или черную одежду, туго затягивая талию широким ремнем. Они неожиданно начинают проявлять большой интерес к кулинарии,  часто готовят,  предпочитают при этом печь пироги и торты, а потом закармливают ими младших братьев и сестер, проявляя грубость, жестокость и агрессию в случае их отказа от угощения.

**В результате аноректического поведения вес подростка снижается на 15-25% от прежней массы тела.** У  больных в течение многих месяцев развивается картина алиментарной дистрофии. Кожа становится бледной с сероватым или желтоватым оттенком, сухой, шелушащейся; нередко появляются признаки дерматита; становятся холодными, синюшными конечности. Подкожная жировая клетчатка исчезает, мышцы истончаются, живот втянут, выпирают подвздошные кости, через стенку живота прощупывается позвоночник. Появляются “голодный” запах ацетона изо рта, гипертрихоз (повышенное оволосение), особенно в области рук, голеней, спины. У девушек с большой потерей массы тела нарушается менструальный цикл, чаще всего менструации прекращаются.  При ранней (в начале пубертатного возраста) манифестации нервной анорексии проявления пубертатного периода задерживаются или совсем отсутствуют (прекращается рост, не развиваются грудные железы, не начинаются менструации). После выздоровления  пубертатный период протекает нормально, но запаздывают сроки наступления первой менструации. При тяжелых формах анорексии случаи спонтанного выздоровления (без специального лечения) крайне редки. От 4% до 30% случаев нервной анорексии при отсутствии своевременного и адекватного психиатрического лечения заканчиваются смертью.

**Анорексия, как и дисморфомания, возникает в рамках различных синдромов - как навязчивость, как сверхценное образование и как бредовое расстройство.** При сверхценной анорексии стремление подростка к снижению веса, болезненная чувствительность к своей внешности, переживания по поводу своей непривлекательности психологически понятны, хотя и чрезмерно утрированы. Сверхценная анорексия при достаточном, с точки зрения подростка, снижении веса чаще всего протекает на фоне несколько приподнятого настроения, и только на отдаленных стадиях болезни при отсутствии возможности остановить процесс снижения веса, упорных рвотах, множественных соматических расстройствах, потере сил нередко появляются депрессивные включения. Самыми упорными и сложными для лечения являются случаи аноректического синдрома при шизофрении, когда наблюдаются наиболее тяжелые соматические расстройства, а клиническая картина включает полиморфную симптоматику, в том числе бредовую (не только связанную с убежденностью в излишнем весе) и достаточно очерченную депрессивную с нередкими  попытками самоубийства.

**Подростков с синдромом нервной анорексии необходимо стационировать во избежании смертельного исхода.** Лечение нервной анорексии включает:  строгий постельный режим; полноценное дробное питание, а при неукротимой рвоте или сопротивлении кормлению - кормление через зонд; витаминотерапию; общеукрепляющее лечение; иммуностимулирующие препараты; психотропные средства (в том числе антидепрессанты, транквилизаторы, антибредовые препараты); введение небольших доз инсулина; психотерапию.

**Нервная анорексия — это заболевание, характерное для подросткового и юношеского возраста, преимущественно у лиц женского пола и заключающееся в стремлении к снижению веса тела.** В основе нервной анорексии лежит болезненная убежденность в мнимой или чрезвычайно переоцениваемой излишней полноте и стремление к коррекции этого недостатка. (Коркина М.В. 1967, 1984, 1995, 2001, Сухарева Г.Е. 1955, 1969, 1974, Личко А.Е., 1989, Цивилько М.А. 1975, 2000, 2001, Исаев Д.Н., 1996, 2000)

          Последние годы многие исследователи отмечают увеличение частоты встречаемости этого заболевания. Значимость этих расстройств для клинической практики определяется не только его опасностью для жизни и нормальной деятельности больных, но и немалой его распространенностью. При этом следует отметить увеличение частоты фиксируемых случаев заболевания. Пик заболевания приходится на возраст 12-15 лет.

Однозначно установлено, что патоморфоз проявлений нарушения пищевого поведения у молодых лиц включает в себя увеличение удельного веса булимических расстройств в их структуре.  (Кислова Е. К. 2004 г.)

***Отдельно следует подчеркнуть, что спектр расстройств нарушений поведения изучен к настоящему времени недостаточно, не ясны границы и взаимоотношения  форм  анорексического синдрома, взаимосвязи клинических проявлений, не до конца понятен генез этих расстройств, не разработаны четкие дифференциально диагностические критерии.***

Несмотря на увеличение числа больных с нарушениями пищевого поведения и рост аффективной патологии среди больных с нервной анорексией и булимией, в отечественной и зарубежной литературе не содержится подробной оценки и клинического описания вариантов аффективных расстройств у таких пациентов, нет четких рекомендаций по лечению аффективной патологии с учетом возраста, этапа болезни, степени истощения  (Онегина Е. Ю. 2010 г. )

**Нервная анорексия и нервная булимия — заболевания, развивающиеся преимущественно в подростковом и юношеском возрасте, присущи большей частью лицам женского пола.** Они могут рассматриваться как самостоятельные психические расстройства, так и как проявления других психических заболеваний, в частности, шизофрении, что определяет полиморфизм психической патологии.

**МКБ — 10 рассматривает  эти расстройства совместно, в одной группе F50  «Поведенческие синдромы,  связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами».**

В клинической картине больных с синдромом нервной анорексии в рамках пограничных психических расстройств можно выделить общие  преморбидные черты  (независимо от нозологической принадлежности синдрома): пунктуальность, педантизм, упорство в достижении цели, прилежность, аккуратность, болезненное самолюбие, косность, ригидность, бескомпромиссность, склонность к сверхценным и паранойяльным образованиям. В детстве они чрезмерно привязаны к матери, тяжело переживают разлуку с ней. В структуре преморбида возможны и истерические, психастенические черты.

**Заболевание зачастую дебютирует с психотравмирующего фактора – замечания окружающих, друзей, родственников об избыточной полноте подростка.**

**Основным симптомом нервной анорексии является отказ от еды, который  тесно связан со сверхценной,  либо, реже,   навязчивой идеей об  избыточной массе тела с возникновением упорного желания, стремления к похуданию.**  Клиническая  картина нервной анорексии ассоциируется с  дисморфофобией. Общей чертой всех пациентов является скрытность — мысль об излишней полноте и стремление похудеть больные тщательно скрывают от окружающих.  Вначале ограничения в еде бывают эпизодическими. Пациенты исключают лишь те пищевые продукты, которые кажутся им наиболее питательными, и проявляют необычный интерес к калорийности пищи. В дальнейшем коррекция «излишней полноты» становится все более упорной. Аппетит не утрачен, воздержание от еды сопровождается мучительной борьбой с голодом. Принуждаемые родителями есть, подростки прячут, выбрасывают пищу или тайком вызывают у себя рвоту после еды, делают промывание желудка, принимают слабительные.

***Кроме этого, больные стремятся к безостановочной физической активности. Они занимаются гимнастикой, бегом, очень охотно выполняют домашнюю работу, требующую физической нагрузки, стараются меньше лежать и даже сидеть, могут делать уроки, прохаживаясь по комнате. Девушки иногда стягивают талию, носят тугой бандаж, предпочитают одежду, которая «не толстит» (не носят нижнего белья).*** Испытывая неприязнь к тучным людям и родственникам с хорошим аппетитом, они любят участвовать в приготовлении пищи, кормить младших братьев и сестер. Наряду с отказом от пищи больные доводят себя до истощения себя физическими нагрузками, прибегают к приему мочегонных,  слабительных препаратов.  вызывают искусственную рвоту.  В психическом статусе, кроме сверхценной или навязчивой идеи похудеть и поведения, направленного на достижение этой цели, выявляется депрессия различной глубины. Если на начальных этапах преобладают раздражительность, иногда тревога, напряженность и пониженный фон настроения сочетаются с гиперактивностью, то в далеко зашедших случаях депрессия сопровождается вялостью, истощаемостью, гиподинамией, сужением круга интересов.  По мере прогрессирования болезни вместе с физическим истощением нарастают вторичные соматоэндокринные сдвиги. В выраженных случаях истощение может достигать кахексии, масса тела снижается на 10—50% исходной. Кожа сухая, шелушащаяся, бледная, с землистым оттенком. Конечности холодные. Отмечаются признаки гиповитаминоза. Тоны сердца приглушены, брадикардия, гипотензия. Отмечаются запоры, после еды боли в животе. Разнообразны по выраженности эндокринные нарушения – аменорея, гирсутизм.   В течении болезни различают следующие этапы: начальный, преданорексический, или дисморфофобический; анорексический, или дисморфоманический; кахектический; этап распада анорексической симптоматики.  Болезнь чаще протекает волнообразно, рецидивируя на протяжении всего подросткового периода.

***Говоря о клинических особенностях проявлений аномалий пищевого поведения (синдроме нервной анорексии и нервной булимии) в рамках эндогенного процесса, следует отметить, что при шизофрении выражены дисморфофобические симптомы, простой отказ от еды заменяется нелепым, вычурным «пищевым поведением».*** Искусственно вызываемая рвота теряет связь с невротическими переживаниями и приобретает вид вомитомании.  Во время рвоты больные могут испытывать блаженство, экстаз. Процесс принятия пищи так же становится вычурным, неестественным.  Отказ от еды не сопровождается внутренней «борьбой мотивов», характерной для больных с пограничными состояниями. Аппетит у больных шизофренией снижается быстрее. При шизофрении в структуру заболевания, наряду с синдромом нервной анорексии включаются симптомы иных регистров — расстройства мышления, характерные для шизофренического процесса, навязчивые явления, деперсонализация, сенестопатии, наблюдается диссоциация между стремлением к стройности, грациозности и неряшливостью, неопрятностью. Значительное место в патологии аффективной сферы занимают аффективные колебания в виде  депрессии различной степени выраженности.  Основным отличием шизофрении является симптоматика дефицитарного регистра — появление изменений личности. Падение активности на начальных этапах болезни, быстрое нарастание замкнутости, холодности и ожесточения к близким всегда свидетельствуют в пользу шизофрении. О редукции возможностей личности свидетельствует и псевдоактивность, когда деятельность непродуктивна, бесцельна, без творческого роста. Иногда с самого начала шизофрении с анорексическим синдромом нарастают грубые психопатоподобные расстройства — эксплозивность, своенравность, негибкость, крайняя раздражительность. У пациентов часто имеется отягощенная наследственность по эндогенным заболеваниям.  Течение болезни длительное, рецидивирующее, не ограничивается рамками подросткового периода.

В качестве примера одной из форм нарушения пищевого поведения – синдрома нервной булимии при эндогенном процессе можно представить следующий клинический случай пациентки, проходившей лечение в женском психиатрическом отделении №2 ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница».

*Уроженка Тюменской области, рождена первым ребёнком из двоих детей в полной семье. Наследственность отягощена: у тёти по маминой линии отмечались эпизоды «депрессии», алкоголизм и суицидальные тенденции. Во время беременности матери, врачи настоятельно рекомендовали сделать аборт, аргументируя это тем, что имеет хромосомные аномалии,  предполагали  синдром Дауна.  Роды в срок,  через естественные родовые пути, осложнены асфиксией. В раннем развитии от сверстников не отставала. Воспитывалась в полной семье, воспитанием в основном занималась мать пациентки. Мать, старший кладовщик, по словам пациентки по характеру очень требовательная, строгая, отношения с ней всегда были напряженными, со слов пациентки, мать часто избивала её, даже без повода, «придиралась по любому поводу, «могла даже ругать матерными словами… говорила, что я уродина, что волосы у меня, как у ведьмы», всегда требовала от пациентки безупречной учёбы, запрещала проявлять эмоции, при виде слёз говорила: «не смей давить на жалость». В настоящее время по-прежнему отношения холодные. Отец водитель, добрый, отзывчивый, справедливый, любит читать. Отношения с отцом и братом всегда были хорошие, по словам пациентки «он единственный человек, которому я доверяю все свои секреты, всегда обращаюсь к нему за советами».  Брат младше на три года, отношения с ним тёплые, достаточно доверительные. Детство организованное. Научилась читать и писать в детском саду. Занималась у логопеда, т.к. детский сад был с лингвистическим уклоном, но проблем с артикуляцией не имела. В дошкольном возрасте занималась в художественном кружке, недолго. Описывая свой характер в детстве, пациентка отмечает, что никогда не страдала фобиями, была спокойной, но периодически испытывала чувство «беспричинного» стыда, собственной «порочности», «чувство, словно ты обнажён в присутствии людей», такое ощущение возникало спонтанно, без видимых на то причин, начиная с 6-ти летнего возраста. Отмечает, что «сколько себя помнит, всегда была замкнутой, не любила рассказывать о себе». В 7 лет пошла в среднюю школу. По словам пациентки «учёба давалась легко», всегда училась исключительно на «отлично». Учителя на собраниях хвалили, всегда ставили в пример другим детям. В детском коллективе чувствовала себя неуютно, держалась всегда обособленно. Пациентка сообщает, что ей было проще общаться с мальчиками, «была как свой человек». Были 2 подруги, но отношения с ними были поверхностные, «я им ничего о себе не рассказывала, только слушала, мы даже никогда не бывали друг у друга в гостях, сейчас понимаю, что настоящими подругами они никогда не являлись, они общались со мной только ради того, чтобы списывать». В данный момент связь с ними не поддерживает. Конфликтов, притеснений со стороны сверстников не было. Из любимых предметов отмечает литературу, русский язык, биологию, участвовала в областных олимпиадах.  В подростковом возрасте часто шила, вязала шапки, любила рисовать, много читала. Пациентка сообщает, что с детства имела «альтруистические желания», хотела работать ветеринаром, так как очень любит животных. Позднее решила, что хочет помогать людям. В 2012 году закончила обучение в 11 классе, имеет серебряную медаль, сдала ЕГЭ на высокие баллы, была зачислена в ВУЗ на бюджетной основе, переехала в Тюмень. В новом коллективе адаптировалась  хорошо, отношения  очень тёплые, «люди в группе даже называют друг друга родными, семьёй», появились подруги, одногруппники часто звонят пациентке, поддерживают её. Сочувствуют ей, со слов: «отношения стали ещё более доверительными, несмотря на мою болезнь».  Пять лет проживала одна, осенью 2017 года к пациентке приехал жить брат, т.к. тоже поступил в ВУЗ. Проживанием в одиночестве никогда не тяготилась. Во время обучения на первом курсе впервые стало возникать неодолимое желание съесть большое количество пищи, т.к. по словам пациентки: «еда приносила облегчение… при приёме пищи возникало чувство защищённости, комфорта». Тогда же начала вызывать рвоту, так как боялась располнеть, ела по 6-7 раз в сутки. Начала курить. На втором курсе иногда «забрасывала учёбу» на две-три недели, со слов, «просто не было сил, падало давление до 60/45 мм. рт. ст»; Летом 2016 года устраивалась на работу администратором в сеть косметических салонов, через месяц уволилась, со слов: «мне было стыдно обманывать людей, зазывать их на эти процедуры. Совесть мне не позволила там работать». Летом 2017 года начала ходить на индивидуальные занятия по танцам, сообщает, что получала большое удовольствие от такого времяпровождения, обращает внимание, что танцы помогали ей «вылезти из тяжёлой апатии». Себя характеризует: «спокойная, сдержанная, скрытная, недоверчивая, стеснительная; не люблю, когда мне говорят комплементы, меня сильно смущает».*

*Гинекологический анамнез: Менструации с 14 лет, сейчас нарушенный цикл, была аменорея в течение семи месяцев (в 2014 году), сейчас три месяца (с конца июля 2017 года) месячные отсутствуют. Половой жизнью жила. Беременностей, абортов не было.*

*Анамнез заболевания: С детства считала себя несколько замкнутой, часто испытывала беспричинное чувство вины, стыда. В 14 лет начала чувствовать, что она «страшная, волосы как у ведьмы, нос большой, глаза маленькие, слишком толстая», отмечает, что в формировании таких мыслей сыграли не последнюю роль замечания матери аналогичного содержания. Начала худеть, могла есть только один раз в день, утром. В конце 10 класса впервые ясно стала отмечать у себя апатию, замкнутость, стала меньше общаться с одноклассниками, с трудом заставляла себя учиться, ходить в школу. Начала испытывать дискомфорт в людных местах, возникали мысли о собственной неопрятности, некрасивости, «казалось, что что-то не так с походкой». Размышляла о смысле жизни, хотела «умозрительно распланировать свою жизнь, свой характер и структурировать поступки».  В 16 лет впервые появились «панические атаки», которые пациентка описывает как приступы сильного сердцебиения, сопряжённые с тревогой, страхом смерти. В дальнейшем, на первом курсе появилось неодолимое желание «объедаться», могла есть по 6-7 раз в день. При этом пациентка отмечает, что употребление пищи ассоциировалось у неё с чувством защищённости, безопасности, помогало снять напряжение. Нарушения пищевого поведения прошли через 4-5 месяцев. Всегда сильно нервничала перед сессиями, вздрагивала при засыпании и во время бодрствования. В 20 лет стала допускать мысли о нежелании жить. Основным мотивом этих мыслей, по словам пациентки являлось чувство собственной неполноценности, ощущение «морального и физического уродства, изъяна; я чувствовала, что являюсь бременем, обузой для своей семьи… Мне не хотелось, чтобы они страдали из-за меня». Суицидальных попыток не предпринимала. Летом 2015 года начала испытывать сильные «чувство сжимания в области сердца», «понимала, что эти боли психогенного характера». Вновь появилась апатия, снизилось настроение, появилось неодолимое желание «постоянно есть, объедаться». Одновременно с этим появились «панические атаки» в людных местах. Обратилась к психотерапевту, были назначены венлафаксин и тералиджен, курс психотерапии. Боли и навязчивые мысли о приёме пищи, чувство тревоги, связанное с этими мыслями прошли.  Через три — четыре месяца поле начала лечения, развились побочные эффекты: задержка мочи; кроме того, настроение вновь стало сниженным,  не хотелось  общаться, была апатия. По настоянию матери прекратила  лечение. Пациентка стала пропускать занятия по причине общей слабости и апатии. Психическое состояние спонтанно улучшилось в ноябре 2015 года, однако сохранялась «булимия», пациентка всё ещё принимала пищу до 6-7 раз в день, вызывала у себя рвотный рефлекс, «чтобы не располнеть». Осенью 2016 года вновь обратилась к психотерапевту, получала лечение таб. Венлафаксин, сообщает, что настроение стало лучше, под влиянием психотерапии улучшились отношения с матерью, «перестала её ненавидеть». Летом 2017 года вновь развились приступы «панических атак», но, по словам пациентки на этот раз более тяжёлые. Приступы возникали в людных местах, пациентка перестала выходить из дома, пропустила два экзамена и студенческую практику. Нарастала апатия, «всё время лежала дома в постели… не могла ничего делать, даже рисовать…». В течение двух недель к описанной симптоматике присоединилось навязчивое желание принимать пищу, «объедаться» могла есть до 10 раз в сутки, после приёма пищи всегда вызывала рвоту, «чтобы не располнеть». Появилась сильная тревога, напряжение. Периодически возникало ощущение «отчуждённости, отстранённости», «всё было как в фильме «День сурка» одно и тоже. Как будто во сне». Возникли нарушения сна: долго не могла проснуться, не помнила событий, разговоров, произошедших после пробуждения. Практически каждую ночь снились кошмарные сны. После беседы с психотерапевтом было рекомендовано стационарное лечение в ГБУЗ ТО ОКПБ. Была направлена в психиатрическое отделение с диагнозом: «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной степени с расстройством приема пищи, затяжное течение». В течение первого месяца лечения наблюдалась явная положительная динамика в состоянии, прошла тяга к перееданию и рвоте, нормализовалось настроение, пациентке перед планируемой выпиской был назначен лечебный отпуск. Вернувшись, отметила ухудшение самочувствия, связывала с общением с родными, которые постоянно напоминали о том, что она вызывает рвоту, обращали особенное внимание на ее питание, со слов стала испытывать напряжение, чувствовала непреодолимое желание избавиться от напряжения привычным способом, съев большой объем пищи и вызвав рвоту. Настроение было снижено, отказалась от выписки. Продолжила лечение. Психическое состояние длительно оставалось неудовлетворительным, настроение сниженным, испытывала желание вызвать рвоту после приема пищи, жаловалась на напряжение, сниженное настроение, просыпалась в ранние утренние часы. Решением ВК рекомендовано предоставление академического отпуска по месту учебы. Неоднократно проводилась коррекция лечения. Постепенно состояние улучшилось, нормализовалось настроение, прибавила в весе, стала значительно реже прибегать к вызыванию рвоты, стала чувствовать себя более спокойно и уверенно, увеличилась продолжительность сна. Стала тяготиться госпитализацией, стремиться к возвращению к трудовой деятельности. Была выписана из отделения в ремиссии «В», трудоспособность восстановлена.*

*Соматический статус: пониженного питания (47 кг), среднего роста (162см). Т-36.5. Кожные покровы видимые слизистые, физиологической окраски. На предплечья обеих рук рубцы от самопорезов, а также округлые рубцы от сигаретных ожогов, приблизительно двухнедельной давности. На бедрах обеих ног застарелые рубцы от самопорезов. В легких дыхание везикулярное, при аускультации хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД при поступлении 90/60 мм. рт. ст. Пульс 68 уд/мин, Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.*

**Неврологический статус:** общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Зрачки одинаковой формы, округлые. Фотореакции живые, содружественные. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметричное, язык по средней линии. Рефлексы живые, равномерные, патологических знаков нет. Координационные пробы выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчива.

Психический статус: На беседу пришла по приглашению.  Внешне опрятна, напряжена, осанка неестественно прямая, губы сжаты. Зрительный контакт поддерживает. Контакту доступна. Малоэмоциональна, гипомимична.  Предъявляет жалобы на бессонницу, сниженное настроение, «булимию» — вызывает рвоту почти каждый день по 2-3 раза, желание наносить самопорезы с целью «себя наказать за переедание», а также появление суицидальных мыслей. Сознание не помрачено. Ориентирована во всех сферах психической деятельности верно.  Фон настроения снижен — высказывает идеи своей виновности, физического недостатка: «постоянно чувствую вину перед всеми за свое поведение, одновременно их всех виню, что они меня довели до такого», «мне кажется я некрасивая, очень боюсь располнеть, лучше умереть, чем быть толстой».  Говорит, что в возрасте 14 лет стали часто появляться мысли о своей непривлекательности, физическом и моральном «изъяне». Считала себя слишком толстой, в связи с этим стала реже принимать пищу, похудела до 37 кг, тогда же впервые испытала выраженное снижение настроения, «ничего не радовало», «не хотелось никого видеть», возникла апатия. Чувствовала себя «порочной, всегда винила себя во всём… после ссоры с мамой резала себе кожу рук, ног, потому что понимала, что виновата во всём я… даже если меня обвиняли несправедливо, я всё равно чувствовала себя виноватой… Поэтому наносила порезы, физическая боль заглушала психическую, становилось легче». Тогда же начала испытывать дискомфортные ощущения в людных местах, возникало необъяснимое чувство страха.  Тогда же впервые появились приступы тахикардии, сопровождающиеся чувством неопределенного страха, тревоги, которые пациентка определяет, как «панические атаки». В настоящее время стремление к похуданию активно отрицает, утверждает, что удовлетворена своей фигурой. Не может логически обосновать свое стремление вызывать рвоту после приема пищи – «мне так спокойнее».  Мышление непоследовательное, лишенное целенаправленности, расплывчатое. В целом, ассоциативный процесс замедлен.   Галлюцинаторной симптоматики не выявляет. Сферы внимания, памяти и интеллекта без грубой патологии. Фон настроения резко снижен, апатична, волевые побуждения снижены, эмоционально нивелирована не тяготится пребыванием в палате строгого круглосуточного надзора – «я просто в себя ухожу и не замечаю, что вокруг меня творится».  Аутична, не стремится к контактам с окружающими, удовлетворяется формальным контактом с соседками по палате. Время проводит, бесцельно, погруженная в свои переживания. Критическое отношение к своему поведению и состоянию частичное – считает болезненным стремление к перееданию и вызыванию рвоты, но  в остальном считает свои рассуждения и поведение правильным. Формально высказывает заинтересованность в продолжении обучения.

**Дифференциальный диагноз:**  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 14 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 похудания 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 похудания 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.

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 возникла социальная дезадаптация тяжесть состояния требовала неоднократных госпитализаций, преимущественно в связи с особым пищевым поведением.

Таким образом, у данной больной имеется шизофренический процесс с непрерывным течением и относительно умеренной прогредиентностью, клиническая картина которого исчерпывается симптоматикой неврозоподобного круга.

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