

УДК 615.851:616.89

*С.Е. Казакова, Н.В. Ковалева, В.И. Трескач***РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ**

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: нервная анорексия, психологические особенности, прогноз

Нервная анорексия является весьма распространенной патологией [1-3]. Это заболевание привлекает внимание психиатров и психологов, как отечественных, так и зарубежных [4-5]. Ряд пациентов при данном заболевании отличаются

труднокурабельностью, у них отмечается хронифицированное заболевание и даже с летальным исходом [6]. Поэтому очень важно обнаружить те симптомы заболевания, которые позволяют прогнозировать течение данной патологии.

Материалы и методы исследования

Целью данного исследования послужило выявление факторов, способствующих прогнозированию исхода нервной анорексии, облегчающих выбор адекватной терапии данной патологии. В связи с этим обследованы 172 пациентки в возрасте от 15 до 25 лет с различным течением нервной анорексии. Исследование проводилось клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами с использованием стандартизированного метода исследования лич-

ности (СМИЛ) и тематического апперцептивного теста (ТАТ).

Профили СМИЛ использовали для детального анализа индивидуально-личностных особенностей пациента, а также для уточнения показателей социальной адаптации.

Метод ТАТ позволил выявить неосознаваемые больным аспекты, фрустрируемые им, отвергаемое «Я», глубинные структуры подсознания.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенткам проводили витаминотерапию, лечение анаболическими препаратами, малыми дозами инсулина, антидепрессантами, нейролептиками (эглонил 100 мг и выше) и психотерапию. При этом у 87 человек наступала быстрая положительная динамика, а 85 девушек оказались достаточно труднокурабельными. Этим пациенткам дозы эглонила повышались свыше 300 мг, лечение проводилось свыше года, в дальнейшем назначались поддерживающие дозы 150-100 мг эглонила, антидепрессанты.

При исследовании методом СМИЛ труднокурабельных лиц установлено, что показатель восьмой шкалы расположен выше 76 Т и соответствовал внутренней напряженности пациента, склонности к поиску и анализу надуманных проблем, отгороженности от реального мира, неловкости в межличностных контактах, некоммуникабельности, своеобразию суждений. Поведенческие реакции данных пациенток были своеобразными и малопредсказуемыми. Эмоциональная холодность и черствость по отноше-

нию к близким сменялись импульсивными порывами самопожертвования. Нежелание поступиться любимыми, даже незначительными выгодами, сочетались с неожиданными глубоко альтруистическими поступками, во время которых девушки жертвовали материальными ценностями, карьерой и даже отказывались от значимых для них молодых людей. Стремление к «свободе», острым ощущениям, борьба с рутинной, размеренной жизнью сосуществовали с трусливостью, жадностью, эгоцентризмом, инфантильной зависимостью от родных. Будучи в мечтах властелинами мира и особенно мужских душ, в реальном мире пациентки отличались неуклюжестью, злобностью, застенчивостью.

У 57 человек пик по восьмой шкале сочетался с повышением по нулевой шкале, что клинически соответствовало интраверсии. У исследуемых с данным профилем не было близких подруг. Девушки, к которым они стремились, считали их странными и отвергали. Пациентки не принимали эмоциональную поддержку матерей,

считали ее назойливой и с досадой отвергали. Они были одиноки, хотя и гордились одиночеством. Мир специфических неординарных фантазий переплетался с реальностью и позволял им не заметить факт, что они являются объектом насмешек и недоброжелательства, в их фантазиях, напротив, они были желанны, горды, красивы, с ними мечтали дружить, им подражали.

У 50 девушек акцент отмечался по трем шкалам, а именно по выше приведенной «восьмой» (шкале «индивидуалистичности»), «нулевой» (шкале «интраверсии») и «четвертой» (шкале «импульсивности»). Чем выше отмечался акцент по данным шкалам, тем более злокачественно развивалось заболевание.

Упрямые, безразличные к мнению окружающих, девушки глубоко погружались в мир фантазий. Неординарное понятие красоты и уродства приводило к насилию над пищевым инстинктом, а в дальнейшем к ослаблению и извращению данного инстинкта. Мышление и поведение данных пациенток отличалось формальностью.

Следующая группа лиц (8%) отличались более благоприятным течением и лучшей курбельностью. У данных лиц отмечался профиль с повышением 7-ой шкалы (свыше 75 Т), повышение свыше 70 Т отмечалось также по шкале «восьмая», «нулевая», «шестая». «Первая» также была высокой, достигала 70 Т. При этом уровень «девятой» шкалы оставался низким.

Данный профиль отражал выраженную тревожность, которая сочетаясь с акцентом по «шестой» шкале, свидетельствовала о тревожности как о конституциональной черте и указывала на «тревожно-мнительную» или по определению других авторов ананкастную акцентуацию. Высокая нулевая шкала выявляла некоторую робость, застенчивость, затруднение при установлении социальных контактов, стремление к избеганию конфликтных ситуаций, уступчивость, подчиняемость. Наличие высокой «нулевой» шкалы в сочетании с низкой «девятой», свидетельствовало об атении. Акцент по «первой» шкале также указывал на сензитивно-мнительный склад личности.

Девушки с данным личностным профилем, обычно отличаются терпимостью, деликатностью, совестливостью, исполнительностью. Требуется реактивная ситуация, которая выведет их из состояния равновесия и резко изменит стереотип привычного стиля деятельности. Такой ситуацией может оказаться юношеская влюблен-

ность, либо услышанное в свой адрес оскорбление по поводу избыточного веса. Имеющиеся в характере черты косности и ригидности надолго фиксируют данное обстоятельство, а пессимизм и тревожность усугубляют отрицательное отношение к собственной внешности.

Зафиксированное исследуемым неприятие себя и своего тела обычно трудно разрушить, этот «образ» нуждается в специальной психотерапевтической и медикаментозной тактике.

В 31% случаев среди пациентов с нервной анорексией отмечалась конверсионная пятерка, в которой первая и третья шкалы были акцентированы свыше 70 Т баллов, а вторая шкала относительно «утоплена». Восьмая шкала в данном профиле также возвышается над другими, отражая оригинальность мыслительных и поведенческих партнеров. Заниженность нулевой шкалы свидетельствует об экстравертированности личности, ее общительности, непринужденности, демонстративности, раскованности.

Вышеописанный профиль дополняет низкая пятая шкала, которая подчеркивает, что девушки этой группы ориентированы на эстетичное восприятие себя и окружающих, они стремятся к воплощению своего эстетического идеала в жизнь и воспринимают себя сквозь собственное богатое воображение. Они воспринимают не свой реальный образ, а придуманный ими идеал, в котором грациозность и богатая пластика тела должны обязательно сочетаться с бестелесностью соматической оболочки.

Акцент по первой шкале, отмечаемый у пациенток этой группы, отражающий гиперсоциальность личности, является лишь фасадом, скрывающим эгоцентризм и желание любой ценой привлечь на себя внимание. При этом сочетание акцента по первой шкале с низкой пятой свидетельствует о том, что женственность, хрупкость, «воздушность» девушек данной группы сочетается с выраженным упрямством и стеничностью, стремлением к борьбе с чужим мнением и отстаиванием собственного права в борьбе за социальную активность в понимании больной, в данном случае за создание эфемерного образа, отвечающего эстетическому восприятию пациентки. Относительное понижение второй шкалы свидетельствует о повышенной эмоциональности, остром переживании неудач и обид, а акцент по третьей шкале свидетельствует о некоторой диссоциации в эмоциональной сфере, например, о раздражительности и агрессивности с желанием производить положительное впечатление на окружающих. Это стремление

нравиться доминирует в мыслях и поведении пациентов, становится болезненным и приобретает характер манерности шизоида, о чем свидетельствует акцент по седьмой шкале. Женственность лиц с этим психопатологическим профилем болезненна и извращена, они не женственны, они демонстрируют женственность. Эмоциональность и контактность также демонстративны. Высокие зубцы профиля свидетельствуют о грубых расстройствах личности психопатического регистра.

Клинически малокурабельность коррелировала с шизоидностью пациентов, что наиболее полно раскрывалось методом ТАТ.

Так, у труднокурабельных пациентов этой группы при описании картин, составляющих ТАТ, в 69% фразы носили витиеватый характер. Речь изобиловала оригинальными и малопонятными символами, многочисленными, мрачными метфорами. В 53% описание картин отличалось причудливостью, вычурностью. В 72% исследуемые описывали малое количество деталей, отмеченных на картинке, пациенты словно не замечали их, подробно останавливаясь лишь на развитии сюжета. В 69% случаев сюжет не отражал пищевую тематику, он представлял мрачную смесь противоречивых желаний пациенток, их неудовлетворенность собою и окружающим миром, претензионность сменялась выхолащенностью. Общепринятые нормы морали гротескно игнорировались. Рассказ составлял смесь причудливых фантазий, бравады, нелепостей и пессимизма. Смерть, насилие сочетались с сексуальными сценами, беспокойством по поводу здоровья, недовольством одиночеством и стремлением к одиночеству. В описании сцен фигурировало и кокетство, но оно носило гротескный характер, сочеталось с теоретизированием, рассуждательством. У 78% пациентов при описании картинок выявлялась депрессия, у 54% - суицидальные мысли, у 49% - страх темноты, у 69% - страх одиночества. У 65% отмечалась амбивалентность желаний, страх смерти сочетался с суицидальными намерениями. 73% пациентов описывали тревожное состояние героев даже в тех случаях, когда стимульный материал был весьма отдален от данной тематики. Так, картинка «упражнение в игре на скрипке» по мнению многих испытуемых отражает тревогу в связи с отсутствием таланта, способностей, умения чего-либо добиться в жизни и т.д. Картинка с изображением деревенской сцены провоцировала тревогу из-за плохих отношений в семье, непонимания, взаимных обид (при этом

члены семьи категорически отрицали данный характер отношений, они даже не подозревали о том, что их забота истолковывается превратно).

Эмоциональная холодность по отношению к матери также выявлялась в картинке 7 СФ. Эта картинка помогала определить наличие в 75% негативизма, презрения и обиды, спровоцированными материнской заботой. Ненависть и подозрительность по отношению к матери раскрывает и картинка 5, в которой женщина средних лет заглядывает в полуоткрытую дверь. В этой картинке 87% обследуемых видят мать, подсматривающую, съели ли они свою пищу. При этом они не ощущают заботы со стороны матери, а представляют мать как досадную помеху их свободе. Небезынтересно, что о расстройстве пищевого влечения свидетельствовала лишь одна эта картинка. Остальные картинки воспринимались при полном вытеснении данной проблемы.

У пациенток наряду с вялостью, слабостью, пониженным настроением отмечалась и выраженная агрессия, о чем свидетельствовало описание по картинкам 3 ВМ (скорчившаяся фигура) и 8 ВМ (мальчик на переднем плане). Для 98% больных несомненный интерес представляла картинка 15 (фигура человека посреди кладбища). Все самые мрачные фантазии реализовались в описании данной картинки. Так, в протоколе пациентки отмечено, что центральную фигуру она определила зловещей, мистической, возникающей из ада, притягивающей к себе жертвы и выпивающей из них кровь. Фигура возникла из ничего, росла на глазах, всюду протягивала свои костлявые руки с острыми ногтями-когтями и впивалась в горло жертвы. Эта фигура символизировала смерть. Себя девушка заметила в едва заметной тени, притаившейся за могольной плитой. Поджидавший ее символ смерти своим мрачным видом демонстрировал абсурдность жизни, призывал к повиновению и доказывал бесполезность сопротивления.

Как видно из изложенного, использование психодиагностических методов не только облегчает диагностику нервной анорексии, но и позволяет прогнозировать варианты течения и исходов данной патологии. При наличии аутистического мышления, легко выявляемого методами СМЛ и ТАТ, заболевание трудно курабельно, требуются более высокие дозы антипсихотиков, пациенты нуждаются в поддерживающей медикаментозной терапии, при этом исходы заболевания далеко не всегда оптимистичны.

Течение нервной анорексии наиболее благоприятно при наличии «конверсионной пятерки»,

то есть у диссоциативных конверсионных личностей. Заболевание не затрагивает их социаль-

ной сферы, достаточно быстро купируется медикаментозно и психотерапевтически.

Казакова С.Є., Ковальова Н.В., Трескач В.Й.

РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ В ПРОГНОЗУВАННІ ВИХОДУ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ

Луганський державний медичний університет

Обстежено 172 пацієнтки, які страждають на нервову анорексію, з ціллю виявлення факторів, сприяючих прогнозування виходу нервової анорексії та полегшенню вибору адекватної терапії даної патології. Дослідження проводились клініко-психопатологічним та психодіагностичним методами (СМОО, ТАТ). Використання психодіагностичних методів не тільки полегшує діагностику нервової анорексії, але й дозволяє прогнозувати варіанти перебігу та виходу даної патології. При наявності аутистичного мислення виходи захворювання найбільш тяжкі. Плин нервової анорексії найбільш сприятливий при наявності «конверсійної п'ятірки», тобто у диссоціативних конверсійних особистостей. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.55-58)

Kazakova S., Kovaleva N., Treskach V.

ROLE OF PSYCHOLOGICAL FEATURES IN FORECASTING THE OUTCOME OF THE NERVOUS ANOREXIA

Lugansk state medical university

172 patients, suffering are surveyed by a nervous anorexia with the purpose of revealing the factors promoting forecasting of an outcome of a nervous anorexia and facilitating a choice of adequate therapy of the given pathology. Research was carried out clinical-psychopathological and psychodiagnostic by methods. Use psychodiagnostic methods not only facilitates diagnostics of a nervous anorexia, but also allows to predict variants of current and outcomes of the given pathology. At presence autistic thinking outcomes of disease the heaviest. Current of a nervous anorexia is optimum at presence of «the conversion five», that is at conversion persons. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.55-58)

Литература

1. Безносюк Е.В., Филин Е.Е. Современные представления о нервной анорексии // Мед. помощь – 1995 - № 2 – С. 18-20.
2. Крылов В.И. Нарушения пищевого поведения у больных с невротами // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1995 - № 5 – С. 80-82.
3. Цивилько М.А., Дмитриева Т.Н., Занозин А.В. Распространенность нервной анорексии в городской популяции школьниц // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова

– 199 - № 3 – С. 47-49.

4. Мариллов В.В., Крип А.Х., Бентовим Д.И. Особенности личностного реагирования и психического состояния при нервной анорексии – 2000 - № 2 – С. 19-22.

5. Lazaro L., Toro J., Canalda G. Variables clinical, psicologicas y diologicas anorexia nerviosa. Med clin. 1996 – С. 169-171.

6. Presence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Jamaica. West Indian Med J. 2002 Mar.81(1):32-4.

Поступила в редакцию 16.06.2004