

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89-008.44-053.2-07/-08

Титиевский С.В.¹, Данилова Е.М.¹, Некрасова И.Н.², Фролова И.А.³

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР, Российская Федерация

²Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Донецкий национальный университет», Донецк, ДНР, Российская Федерация

³Республиканская клиническая психиатрическая больница, Донецк, ДНР, Российская Федерация

Расстройства пищевого поведения представляют собой отдельный раздел сложных заболеваний, характеризующихся нарушением регуляции веса и аппетита в сочетании с характерными поведенческими и психологическими особенностями.

Клинико-психологические особенности нервной анорексии (НА) в современном мире остаются не до конца исследованными, как и столетия назад. Однако комбинация основных клинических проявлений и предикторов развития данной патологии является классической и практически идентична той, что наблюдалась и в прошлом веке.

Мнение о том, что нарушения пищевого поведения более характерны для стран, где внешний вид человека значим для успеха в повседневной жизни, в нынешней ситуации теряет свои границы. Практически не остается уголка земного шара, где облик человека не участвовал бы во всех сферах его жизнедеятельности. Распространение этой патологии вызвано формированием стереотипизации «идеала», «эталона» женской и мужской красоты.

Anorexia nervosa, (от греч.: an – отрицат. частица + ogexis – аппетит) – синдром невротического регистра, характерный в большей мере для девочек-подростков и девушек, и проявляющийся воздержанием от пищи, отсутствием аппетита, что сопровождается снижением веса, развитием аменореи, сменой привычек и состоянием гиперактивности [1].

По литературным данным, в странах Европы у лиц женского пола в возрасте 15-20 лет НА выявлялась в 16 случаях на 100 тыс., или у

0,016%. Частота НА в странах Европы остается стабильной на протяжении продолжительного времени. В последние годы отмечается рост заболеваемости НА. Распространенность НА в популяции составляет 1,2% среди женщин и 0,29% среди мужчин. При этом, НА у лиц мужского пола встречается в 5 раз реже, чем у женского. Несмотря на то, что 90% пациентов с расстройством пищевого поведения составляют женщины, распространенность диагностированных расстройств пищевого поведения у мужчин будет увеличиваться [2].

Скрининговое обследование студентов медицинского института выявило у 28% обследованных девушек в возрасте 17-25 лет дефицит массы, у 65% индекс массы тела (ИМТ) соответствовал нормальному значению, а у 7% выявлена избыточная масса тела. Также, среди общего количества обследованных лиц выявлено 22% с явной склонностью к анорексии, хотя показатель ИМТ у данной категории не выходил за рамки нормального значения. У лиц с дефицитом массы выявлена лабильность пищевого поведения, в сочетании с наиболее частым применением искусственных методов снижения массы тела. Подавляющее большинство (90%) больных составляют лица женского пола в возрасте от 12 до 24 лет. Летальность при НА достаточно высока и составляет 5-6%, будучи обусловленной нарушениями сердечной деятельности и суицидом. По другим данным, летальность может достигать 15% [2].

Причины возникновения НА окончательно не установлены. В развитии данного заболевания выделяются следующие предикты:

психодинамический фактор (неадекватное воспитание пренебрегающей или склонной к гиперопеке, постоянно всё запрещающей семьи, которая не учит ребенка адекватно реагировать на внутренние стимулы голода и насыщения); системный фактор (семьи больных анорексией характеризуются нарушением отношений между супругами, трудностями лидерства, отказом от коммуникации, неправильным разрешением конфликтов, скрытыми альянсами или отвергнутыми коалициями между членами семьи, порицающими любые изменения и отличающимися крайней ригидностью); социо-культуральный фактор (больные анорексией боятся взросления, управление массой тела используется как заместитель оперирования реальными событиями жизни, которые не удается контролировать); биологический фактор (наследственная предрасположенность в сочетании с гормональной дисфункцией) [3].

Болезненная уверенность в собственной «излишней полноте», которая чаще всего носит характер сверхценной или бредовой идеи, со временем наталкивает больных на мысли о необходимости «коррекции» имеющегося «недостатка», являющегося на самом деле мнимым или сильно преувеличенным. Большинство больных пытаются бороться с лишним весом тайно (прежде всего, от членов семьи): принимают пищу в одиночестве, а, если это невозможно, прибегают к различным хитростям. Многие больные не останавливаются только на ограничениях в еде, они также активно занимаются различными физическими упражнениями, чаще всего по самостоятельно придуманной ими самими системе. Помимо этого, частым является нерациональный прием слабительных средств в огромных количествах (при длительном голодании прием слабительных объясняется также проблемой запоров, являющихся следствием атонии кишечника) [2].

В 99% случаев среди больных НА отмечается сочетание с соматическими и неврологическими расстройствами, которые предшествуют или осложняют нарушения пищевого поведения. Чаще других из неврологических и соматических заболеваний встречались: умеренные или выраженные дисметаболические изменения миокарда, хронические гастриты, энтериты, колиты, синдром раздраженного кишечника, гипохромная анемия, воспаление околоушных

слюнных желез, кисты щитовидной железы, поликистоз яичников, эмфизема легких, пиелонефрит, аутоиммунный тиреоидит, гидроцефалия, кахексия [4].

У пациентов с НА на протяжении жизни наблюдаются высокие показатели распространенности других психических расстройств: аффективные расстройства (расстройство настроения) – у 51,4%, тревожные расстройства – у 60% и алкоголизм – в 27,1% случаев. По другим данным, НА в 20-89% случаев сочетается с большим депрессивным расстройством, а в 55-60% – с тревожными расстройствами, а также с биполярным расстройством. Кроме того, у страдающих НА чаще встречаются генерализованное тревожное расстройство, изолированная тревога, паническое расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство [2].

НА проявляется преимущественно в виде синдрома, а не является самостоятельным заболеванием. В своей практической деятельности врач-психиатр может встретить данное состояние в сочетании как с заболеваниями невротического регистра, так и с более тяжелыми психотическими расстройствами.

У больных НА часто выявляются ипохондрические расстройства: в 31% наблюдений в структуре ипохондрического синдрома преобладают навязчивости, в 21% случаев встречается депрессивная ипохондрия сверхценного характера, в 24% наблюдений отмечается депрессивная ипохондрия с преобладанием сенестопатически-ипохондрических расстройств, и ещё в 24% случаев обнаруживается бредовая ипохондрия [5].

Психиатрические последствия синдрома НА разнообразны, его клиническая картина зависит от нозологической принадлежности симптоматики. Так, если НА наблюдается в структуре шизофрении, то по мере прогрессирования заболевания развивается патология влечений: булимия, фобии, ритуалы, нарушение полового инстинкта (гиперсексуальность или фригидность), суицидомания, аутоагрессия, клептомания, парабулия (поедание несъедобных вещей), злоупотребление слабительными, мочегонными, кофе, а также vomитомания. У некоторых больных в течение заболевания возникает патологическое влечение к психоактивным веществам. В свою очередь, расстройства волевой сферы в виде апатии и абулии у пациентов с НА

формируются медленно. В то же время, при невротических расстройствах нарастание данной симптоматики не отмечено [2].

Цель исследования - изучение клинико-психологических аспектов нервной анорексии у детей и подростков.

Материал и методы исследования

Исследован 31 больной (3 юношей (9,7%) и 28 девушек (90,3%)) нервной анорексией в возрасте от 10 до 17 лет, находившийся на стационарном лечении в детском отделении Республиканской психиатрической больницы МЗ ДНР. Использованы клинико-патологический, экспериментально-психологический (опросник характерологических особенностей личности Т.В.Матолина, пробы на обобщение, исключение и способность делать умозаключения, методики словесно-ассоциативного эксперимента А.Г.Иванова-Смоленского, «Пиктограмма» А.Р.Лурья, «Прогрессивные матрицы Равена», обучающий эксперимент «Кубики Кооса») методы исследования, анализ медицинской документации (историй болезни). Результаты исследования обработаны с использованием компьютерного пакета статистического анализа «Statistica 5.0».

Результаты исследования и их обсуждение

По возрасту больные распределились следующим образом: 10 лет – 1 чел. (3,2%), 12 лет – 1 чел. (3,2%), 13 лет – 3 чел. (9,7%), 14 лет – 11 чел. (35,5%), 15 лет – 7 чел. (22,6%), 16 лет – 6 чел. (19,4%), 17 лет – 2 чел. (6,4%). Средний возраст составил 14,5 лет ($SD=1,5$). Таким образом, основной частью обследованных являлись 13-16-летние девушки.

Для 27 (87,1%) обследованных госпитализации были первичными, для 3 (9,7%) – 2-й раз в жизни, для 1 (3,2%) – 4-й раз в жизни.

Длительность заболевания к моменту последней госпитализации варьировала от 5 месяцев до 3 лет, в среднем, 1,15 года ($SD=0,7$).

Суммарные сроки стационарного лечения в каждом случае составляли от 6 до 200 дней, в среднем, 49,1 дня ($SD=36,1$).

Значение индекса массы тела А. Quetelet на момент последней госпитализации у обследованных было отмечено в пределах от 10 до 18, в среднем, 14,8 ($SD=1,8$).

Нарушение менструального цикла (у достигших половой зрелости девочек) отмечено в 21 (75,0%) случае.

Наличие соматической патологии (связанной либо не связанной со снижением массы тела) констатировано у 19 (61,3%) больных, церебральной органической патологии – у 7 (22,6%).

В 29 (93,5%) случаях в медицинской документации пациентов отмечены факторы триггерного характера, связанные у них с началом анорексии. В 1 (3,2%) случае заболевание возникло в связи с началом полового созревания (сообщено о сезонных обострениях – как только наступают осень и зима, вес резко снижается, так как испытываемая не может есть («что-то першит, тошнит», срыгивает пищу, не может проглотить и т.п.), причём обследование у гастроэнтеролога патологии не выявило); замечания сверстников (одноклассников) по поводу лишнего веса послужили «стартом» данного расстройства в 7 (22,6%) случаях, замечания родителей по поводу лишнего веса – в 1 случае (3,2%), фактор смены места жительства, переезда (в том числе, в связи с боевыми действиями) отмечен в 4 (12,9%) случаях, семейные конфликты – в 3 (9,7%) случаях, конфликты со сверстниками (одноклассниками) – в 3 (9,7%), недовольство своей внешностью – в 2 (6,4%) (одна из больных после набора веса считала себя некрасивой, полностью отказавшись от еды; ограничение порций стало возникать у неё по типу навязчивостей: «демон анорексии – это мой внутренний страх из бессознательного, он заставляет меня отказываться от еды»), по 1 (3,2%) случаю представлено такими факторами, как смерть отца, занятия спортом (девушка готовилась к защите спортивного разряда и на фоне усиленных физических нагрузок применяла диету с ограничением углеводов),хождение медицинского осмотра, телереклама модной жизни, поездка на море, недостаток мужского внимания, переход к вегетарианству, переедание в период новогодних праздников. При этом, в 3 (9,7%) случаях отмечено сочетание указанных факторов. Можно констатировать достоверное ($p<0,05$) доминирование фактора замечаний сверстников (одноклассников) по поводу лишнего веса среди выявленных нами «триггеров» нервной анорексии.

Потеря веса всеми пациентами вызывалась с помощью диетических ограничений. При этом, 8 чел. (25,8%) дополнительно использовали чрезмерные физические упражнения, 5 (16,1%) вызывали у себя рвоту, 2 (6,5%)

применяли слабительные средства, 2 (6,5%) – мочегонные препараты, 2 (6,5%) ограничивали потребление жидкости. В 3 (9,7%) случаях указанные дополнительные методы сочетались. Следует отметить достоверное ($p < 0,05$) преобладание частоты применения чрезмерных физических упражнений.

При экспериментально-психологическом исследовании у большинства (28 чел., 90,3%) обследованных не выявлены признаки интеллектуального снижения, хотя в 1 (3,2%) случае (у юноши 15 лет) отмечены несколько ослабленные предпосылки интеллектуальной деятельности (слабая словесно-логическая память, недостаток операции сосредоточения, культурные и социальные депривации развития), в 2 (6,5%) случаях (у девочки 10 лет и девушки 15 лет) констатирована интеллектуальная субнорма. И лишь в 1 (3,2%) 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. Таким образом, отмечено достоверное ($p < 0,001$) преобладание интеллектуальной нормы.

У 22 (71,0%) обследованных обнаружены различной степени выраженности деформации личности (личностные нарушения, личностный дефект): шизоидного типа (деформации личности или мышления, либо их сочетание) – 7 чел. (22,6%), шизоидно-истероидные – 2 чел. (6,5%), шизоидно-депрессивные – 2 чел. (6,5%), смешанного тревожного, истероидно-депрессивного типа с элементами шизоидного – 1 чел. (3,2%), истероидного типа – 5 чел. (16,1%), истероидно-тревожного типа – 3 чел. (9,7%), истероидно-депрессивного типа – 1 чел. (3,2%), тревожно-депрессивного типа – 1 чел. (3,2%), тревожно-фобического типа – 1 чел. (3,2%). Отмечено достоверное ($p < 0,01$) преобладание шизоидных изменений (в личностной и когнитивной сферах) и истероидных проявлений.

В 8 (25,8%) случаях признаки личностного расстройства не обнаружены. При этом, в 3 (9,7%) случаях в качестве ситуативно-обусловленных личностных особенностей как ингибиторов мотивации аддиктивных поведенческих реакций (анорексии) выявлены повышенная

аффилиативность в сочетании с высокой тревожностью и перфекционизмом. У 4 (12,9%) 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 их эмоционально-волевых и ценностно-смысловых личностных образований. У 1 (3,2%) больного без признаков личностных расстройств обнаружена склонность к невротическому типу обработки личностно значимой информации (функциональные нарушения поведения в травматической ситуации).

При изучении характера проводившегося обследованным лечения установлено, что в парентеральной терапии нуждались 5 чел. (16,1%); ферменты, витамины, препараты улучшающие метаболизм, стимуляторы аппетита, регуляторы кишечной флоры получали все больные (100,0 %); антипсихотики применялись в 100,0% случаев, антидепрессанты назначались 21 чел. (67,7%), нормотимики – 2 чел. (6,5%), транквилизаторы – 1 чел. (3,2%), ноотропные препараты – 6 чел. (19,4%).

Результаты корреляционного анализа результатов исследования представлены в таблице.

Обращает на себя внимание возрастание по мере взросления значимости семейных конфликтов в генезе нервной анорексии и использования слабительных средств для снижения веса (поскольку длительность заболевания достоверно положительно коррелирует с возрастом, – то же самое можно утверждать и в отношении применения мочегонных препаратов).

Наличие нарушений менструального цикла положительно коррелировало с применением слабительных и мочегонных средств, существованием личностных деформаций (вероятно, шизоидных, поскольку именно они достоверно связаны с применением данных препаратов). Таким образом, нарушения менструального цикла, демонстрирующие тяжесть анорексии, характерны для шизоидных личностей, использующих слабительные и мочегонные средства.

Результаты корреляционного анализа результатов исследования (р по Спирмену)

	Длительность заболевания	Семейные конфликты	Применение слабительных средств	Депрессивные переживания	Невротический тип обработки личностно значимой информации	Отсутствие личностных расстройств
Возраст	0,45*	0,58**	0,47**	0,39*	0,43*	0,44*
	Возраст	Применение мочегонных препаратов	Повышенная аффилиативность	Невротический тип обработки личностно значимой информации	Отсутствие личностных расстройств	Эффективность нормотимиков
Длительность заболевания	0,45*	0,38*	0,39*	0,42*	0,40*	0,48**
	Применение слабительных средств	Применение мочегонных препаратов	Наличие деформаций личности	Повышенная аффилиативность	Невротический тип обработки личностно значимой информации	Эффективность транквилизаторов
Наличие нарушений менструального цикла	0,47*	0,42*	0,44*	0,47*	0,47*	0,47*
	Конфликты со сверстниками (одноклассниками)	-	-	-	-	-
Наличие соматической патологии	0,41*	-	-	-	-	-
	Применение чрезмерных физических упражнений	Применение слабительных средств	Наличие деформаций личности фобического типа	Невротический тип обработки личностно значимой информации	-	-
Наличие церебральной органической патологии	0,38*	0,36*	0,50**	0,50**	-	-
	Сезонность обострений	Применение слабительных средств	Применение мочегонных препаратов	Наличие деформации личности по депрессивному типу	-	-
Наличие шизоидных изменений (в личностной и когнитивной сферах)	0,48*	0,46**	0,46**	0,56**	-	-
	Конфликты со сверстниками (одноклассниками)	Значение индекса массы тела	Отсутствие церебральной органической патологии	Отсутствие интеллектуального снижения	Наличие деформации личности тревожного типа	Эффективность нормотимиков
Наличие истероидных проявлений	0,53**	0,38*	0,41*	0,40*	0,46**	0,46**

Примечание: * - $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

Для истероидных личностей, страдающих нервной анорексией, характерны «триггерные» конфликты со сверстниками (одноклассниками), более высокое значение индекса массы тела, отсутствие

церебральной органической патологии, интеллектуального снижения, сочетание с деформациями личности тревожного типа и эффективность применения нормотимиков.

Таким образом, можно сделать следующие выводы, относящиеся к клинико-психологическим аспектам нервной анорексии у изученных нами детей и подростков.

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

2. У 3/4 больных НА отмечено нарушение менструального цикла.

3. В большинстве случаев установлено наличие соматической патологии, связанной либо не связанной со снижением массы тела. Церебральная органическая патология выявлена у 22,6% обследованных.

4. В 93,5% случаев обнаружены связанные с началом анорексии факторы триггерного характера, среди которых достоверно ($p < 0,05$) преобладали замечания сверстников (одноклассников) по поводу полноты.

5. Потеря веса всеми пациентами вызывалась с помощью диетических ограничений. Следует отметить достоверное ($p < 0,05$) преобладание частоты применения чрезмерных физических упражнений среди дополнительных факторов снижения массы тела.

6. При экспериментально-психологическом исследовании установлено достоверное ($p < 0,001$) преобладание у обследованных интеллектуальной нормы. У 71,0% обследованных обнаружены

различной степени выраженности деформации личности (личностные нарушения, личностный дефект), среди которых достоверно ($p < 0,01$) преобладали шизоидные изменения (в личностной и когнитивной сферах) и истероидные проявления.

7. Установлена успешность комплексного подхода к медикаментозной терапии больных: ликвидация последствий недостаточного питания, нутритивное восстановление совместно с применением корректоров эмоциональных и поведенческих нарушений. Из числа психотропных препаратов чаще всего применялись антипсихотики (в 100,0% случаев) и антидепрессанты (в 67,7 % случаев).

8. Определено, что с возрастом увеличивается значимость семейных конфликтов в генезе нервной анорексии и использования слабительных и мочегонных средств для снижения веса.

9. Нарушения менструального цикла, демонстрирующие тяжесть анорексии, характерны для шизоидных личностей, использующих слабительные и мочегонные средства.

10. Для истероидных обследованных характерны «триггерные» конфликты со сверстниками (одноклассниками), более высокое значение индекса массы тела, отсутствие церебральной органической патологии, интеллектуального снижения, наличие личностных деформаций тревожного типа и эффективность применения нормотимиков.

Титиевский С.В.¹, Данилова Е.М.¹, Некрасова И.Н.², Фролова И.А.³

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Донецк, ДНР, Российская Федерация

²Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Донецкий национальный университет»,
Донецк, ДНР, Российская Федерация

³Республиканская клиническая психиатрическая больница,
Донецк, ДНР, Российская Федерация

Нервная анорексия – синдром невротического регистра, характерный в большей мере для у девочек-подростков и девушек, и проявляющийся воздержанием от пищи, отсутствием аппетита, что сопровождается снижением веса, развитием аменореи, сменой привычек, состоянием гиперактивности. В последние годы отмечается рост заболеваемости нервной анорексией, распространенность которой в популяции составляет 1,2% среди женщин и 0,29% среди мужчин.

Цель нашего исследования заключалась в изучении клинико-психологических аспектов нервной анорексии у детей и подростков.

Материал и методы исследования. Нами обследован 31 больной (3 юношей (9,7%) и 28 девушек (90,3%)) нервной анорексией в возрасте от 10 до 17 лет, находившийся на стационарном лечении в детском отделении Республиканской психиатрической больницы МЗ ДНР. Используются клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (опросник характерологических особенностей личности Т.В.Матолина, пробы на обобщение, исключение и способность делать умозаключения, методики словесно-ассоциативного эксперимента А.Г.Иванова-Смоленского, «Пиктограмма» А.Р.Лурия,

«Прогрессивные матрицы Равена», обучающий эксперимент «Кубики Кооса») методы исследования, анализ медицинской документации (историй болезни).

Результаты исследования и их обсуждение. Основной частью обследованных являлись девушки в возрасте 13-16 лет, что представляет мировую статистику распространенности данного заболевания. У 3/4 обследованных отмечено нарушение менструального цикла. В большинстве случаев установлено наличие соматической патологии, связанной либо не связанной со снижением массы тела. Церебральная органическая патология выявлена у 22,6% обследованных. В 93,5% случаев выявлены связанные с началом анорексии факторы триггерного характера, среди которых достоверно ($p < 0,05$) преобладали замечания сверстников (одноклассников) по поводу лишнего веса. Потеря веса всеми пациентами вызывалась с помощью диетических ограничений. Достоверно ($p < 0,05$) преобладала частота применения чрезмерных физических упражнений среди дополнительных факторов снижения массы тела. Установлено достоверное ($p < 0,001$) преобладание у обследованных интеллектуальной нормы. В 71,0% случаев обнаружены деформации личности, среди которых достоверно ($p < 0,01$) преобладали шизоидные изменения (в личностной и когнитивной сферах) и истероидные проявления. Установлена успешность комплексного подхода к медикаментозной терапии больных: ликвидация последствий недостаточного питания, нутритивное восстановление совместно с применением корректоров эмоциональных и поведенческих нарушений. Из числа психотропных препаратов чаще всего применялись антипсихотики (в 100,0% случаев) и антидепрессанты (в 67,7 % случаев). С возрастом увеличивается значимость семейных конфликтов в генезе нервной анорексии и использования слабительных и мочегонных средств для снижения веса. Демонстрирующие тяжесть анорексии нарушения менструального цикла характерны для шизоидных личностей, использующих слабительные и мочегонные средства. Для истероидных обследованных характерны «триггерные» конфликты со сверстниками (одноклассниками), более высокое значение индекса массы тела, отсутствие церебральной органической патологии, интеллектуального снижения, наличие личностных деформаций тревожного типа и эффективность применения нормотимиков.

Выводы. Выявленные нами закономерности определяют основные направления диагностики и лечения при данной патологии у детей и подростков.

Ключевые слова: нервная анорексия, дети и подростки, психические расстройства, экспериментально-психологическое исследование

Titievsky S.V.¹, Danilova E.M.¹, Nekrasova I.N.², Frolova I.A.³

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ANOREXIA NERVOSA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

¹State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR, Russian Federation

²State educational institution of higher professional education «Donetsk National University»,
Donetsk, DPR, Russian Federation

³Republican Clinical Psychiatric Hospital, Donetsk, DPR, Russian Federation

Anorexia nervosa is a neurotic register syndrome that is more characteristic of adolescent girls and girls, and is manifested by abstinence from food, lack of appetite, which is accompanied by weight loss, the development of amenorrhea, a change in habits, and a state of hyperactivity. In recent years, there has been an increase in the incidence of anorexia nervosa, the prevalence of which in the population is 1.2% among women and 0.29% among men.

The aim of our investigation was to study the clinical and psychological aspects of anorexia nervosa in children and adolescents.

Material and methods. We examined 31 patients (3 boys (9.7%) and 28 girls (90.3%)) with anorexia nervosa aged 10 to 17 years who were hospitalized in the children's department of the Republican Psychiatric Hospital of the Ministry of Health of the DPR. Clinical-psychopathological, experimental-psychological (questionnaire of the characterological features of the personality of T.V. Matolin, tests for generalization, exclusion and the ability to draw conclusions, methods of verbal-associative experiment of A.G. Ivanov-Smolensky, "Pictogram" by A.R. Luria Raven's Progressive Matrices, training experiment "Koos Cubes") research methods, analysis of medical records (case histories) were used.

Results and discussion. The main part of the surveyed were girls aged 13-16 years, which represents the world statistics on the prevalence of this disease. In 3/4 of the examined persons menstrual irregularities were noted.

In most cases, the presence of somatic pathology associated or not associated with weight loss was established. Cerebral organic pathology was detected in 22.6% of the examined. In 93.5% of cases, trigger factors associated with the onset of anorexia were identified, among which remarks from peers (classmates) about being overweight significantly ($p < 0.05$) prevailed. Weight loss in all patients was induced by dietary restrictions. Significantly ($p < 0.05$) the frequency of excessive exercise prevailed among the additional factors of weight loss. A significant ($p < 0.001$) predominance of the intellectual norm in the examined patients was established. In 71.0% of cases, personality deformations were found, among which schizoid changes (in the personal and cognitive spheres) and hysteroid manifestations significantly ($p < 0.01$) prevailed. The success of an integrated approach to drug therapy of patients has been established: elimination of the consequences of malnutrition, nutritional recovery in conjunction with the use of correctors for emotional and behavioral disorders. Of the psychotropic drugs, antipsychotics (in 100.0% of cases) and antidepressants (in 67.7% of cases) were most often used. With age, the importance of family conflicts in the genesis of anorexia nervosa and the use of laxatives and diuretics for weight loss increases. Demonstrating the severity of anorexia, menstrual disorders are characteristic of schizoid personalities using laxatives and diuretics. The hysteroid surveyed persons are characterized by "trigger" conflicts with peers (classmates), a higher body mass index, the absence of cerebral organic pathology and intellectual decline, the presence of anxiety-type personality deformities, and the effectiveness of normotimics.

Findings. The patterns we have identified determine the main areas of diagnosis and treatment for this pathology in children and adolescents.

Keywords: anorexia nervosa, children and adolescents, mental disorders, experimental-psychological research

Литература

1. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П., сост. Большой психологический словарь. СПб.: Прайм-Еврознак; М.: ОЛМА-ПРЕСС; 2004. 666.
2. Захарова Л.И. Нервная анорексия: распространенность, критерии диагностики и психосоматические соотношения (обзор). Научные результаты биомедицинских исследований. 2019; Т.5.1: 108-121.
3. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб: Речь; 2005: 144-189.
4. Артемьева М.С., Васильев Н.Г. Коморбидность нервной анорексии. Здоровье и образование в XXI веке (Серия медицина). 2012; Т. 14. 1: 90-91.
5. Князевич О.Е. Клинико-динамические особенности ипохондрических расстройств у больных нервной анорексией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва; 2005. 22.

References

1. Meshcheryakov B.G., Zinchenko V.P., sost. Bol'shoi psikhologicheskii slovar' [Big psychological dictionary]. Saint Petersburg: Praim-Evroznak; Moscow: OLMA-PRESS; 2004. 666 (in Russian).
2. Zakharova L.I. Nervnaya anoreksiya: rasprostranennost', kriterii diagnostiki i psikhosomaticheskie sootnosheniya (obzor) [Anorexia nervosa: prevalence, diagnostic criteria and psychosomatic relationships (review)]. Nauchnye rezul'taty biomeditsinskikh issledovaniy. 2019; T.5.1: 108-121 (in Russian).
3. Isaev D.N. Emotsional'nyi stress. Psikhosomaticheskie i somatopsikhicheskie rasstroistva u detei [Emotional stress. Psychosomatic and somatopsychic disorders in children]. Saint Petersburg: Rech'; 2005: 144-189 (in Russian).
4. Artem'eva M.S., Vasil'ev N.G. Komorbidnost' nervnoi anoreksii [Comorbidity of anorexia nervosa]. Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke (Seriya meditsina). 2012; T. 14. 1: 90-91 (in Russian).
5. Knyazevich O.E. Kliniko-dinamicheskie osobennosti ipokhondricheskikh rasstroistv u bol'nykh nervnoi anoreksiei: avtoref. dis. ... kand. med. Nauk [Clinical and dynamic features of hypochondriacal disorders in patients with anorexia nervosa: Cand.med.sci.diss.abs]. Moscow; 2005. 22 (in Russian).

Поступила в редакцию 15.05.2022