

Поведенческие расстройства,
связанные с физиологическими
нарушениями (анорексия,
булимия, расстройства сна,
сексуальные расстройства)

Расстройства приема пищи (F50).

При оценке расстройств приема пищи следует учитывать культурально-специфичные особенности еды и питья. Кроме того, в современной культуре сохраняется более жесткое ограничение в еде у женщин в соответствии с требованиями моды и стиля.

Нервная анорексия (F50.0).

Причиной нервной анорексии является нарушение периода идентификации, в основном у девочек возраста 12—18 лет.

Другой причиной может быть снижение уровня гормонов гипоталамуса и гипофиза в результате сосудистой или опухолевой причины.

За маской нервной анорексии может также стоять депрессия пубертатного возраста.

Если анорексия наблюдается в препубертате, то половое развитие мальчиков и девочек резко замедляется.

Кроме того, в эволюционном смысле, аноректика можно считать альтруистом, который оставляет еду для членов своей семьи.

Высокий уровень тревожности может также лежать в основе анорексии.

Клиника

В анамнезе пациенты отмечают снижение самооценки, говорят, что их часто дразнят толстыми. Иногда подростки стремятся достигнуть конкретного Эго-идеала, например, киноактрисы, певицы. Рассматривая себя в зеркало, они видят явное несоответствие себя и идеала.

В позднем пубертате при юношеской влюбленности анорексия может скрывать любовь без взаимности, а также депрессию.

Пациенты воспринимают себя слишком толстыми, хотя иногда они считают толстыми отдельные части своего тела (икры ног, щеки, ягодицы). У них возникает навязчивый страх располнеть, поэтому они могут избегать вечеринок, праздников, на которых возможно употребление большого количества еды и питья. У них возникает интерес к изучению калорийности пищи и избегание жирной пищи, поэтому часто они устанавливают для себя стереотипную диету, фиксируясь на одном-двух типах продуктов, чаще фруктов или овощей. Все это приводит к потере веса более чем на 15% по сравнению с ожидаемым весом, возникают вторичная астения и уменьшение социальной успешности.

Диагностика

.Вес тела сохраняется на 15% ниже ожидаемого.

2. Потеря веса связана с избеганием пищи, рвотой, с приемом слабительных, чрезмерной гимнастикой, использованием средств, подавляющих аппетит, приемом диуретиков.

3. Ужас перед ожирением становится сверхценной идеей и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес.

4. Аменорея у женщин и импотенция у мужчин.

5. Задержка пубертатного периода.

Терапия



Для нервной анорексии показано лечение антидепрессантами (флуоксетин в малых дозах, малыми дозами лития с контролем количества жидкости, выпиваемой пациентом), Однако основными являются методики психотерапии:
когнитивная терапия,
психоанализ,
гештальт-терапия,
поведенческая терапия.

Нервная булимия (F50.2).



Нервная булимия является расстройством пищевого поведения. Проявляется оно приступами сильного голода, неконтролируемым перееданием и отсутствием чувства сытости. Для нервной булимии характерны периодические колебания веса. Приступы обжорства обычно чередуются с попытками «очистить» себя: человек пьет слабительное, вызывает рвоту, пытается голодать или изнурять себя чрезмерными физическими нагрузками. Главной задачей человека становится избавление от лишнего веса.

Причины нервной булимии

Обычно причинами нервной булимии становятся заниженная самооценка, психологические травмы, стрессы, подавленность или же постоянный страх набрать лишние килограммы. Булимия возникает потому, что человеку легче всего избавиться от стресса с помощью еды, ведь она – одно из самых простых удовольствий. Булимия может иметь мазохистские, obsессивные, демонстративные корни или же быть обусловленной желанием быть сексуально привлекательным.

Клиника

Пациенты жалуются на периоды, напоминающие приступы острого желания есть, навязчивые мысли и сновидения о еде. Иногда в этих переживаниях присутствует определенный тип еды (мясо, мучное, сладкое), навязчивость ликвидируется перееданием, при котором за короткий период времени съедается большое количество пищи, часть из которой может быть условно съедобной или испорченной. Далее, для предотвращения избыточного веса, пациенты вызывают у себя рвоту, принимают слабительное, мочегонное, длительно голодают, используют гормоны, подавляющие аппетит. Больные чувствуют себя слишком полными, испытывают навязчивый страх располнеть. За фасадом булимии может скрываться также клиника депрессии.

Диагностика

1. Непреодолимая тяга к пище, за короткое время может съесть большое количество пищи.
2. Противодействие эффекту ожирения с помощью рвоты, злоупотребления слабительными, периодов голодания, использование подавляющих аппетит препаратов.
3. Установление больным низкого предела веса тела.

Лечение нервной булимии

Лечение нервной булимии должно заключаться прежде всего в психотерапии. Больной человек нуждается в помощи доктора, который поможет осознать проблему и принять себя таким, каким человек является на самом деле. Медикаментозное лечение заключается в приеме антидепрессантов. Также обязательно следует придерживаться диеты, заниматься физкультурой и стараться избегать возможных стрессов, вызывающих чувство голода.

Расстройства сна неорганической природы (F51).

Сон регулируется ретикулярной формацией и искажается при множестве психогенных причин. В описание сна входит поведение сна (движение глазных яблок, перемещение в постели, снохождение), позы сна, звуки сна, нейрофизиологические стадии сна.

Клиника

Отмечаются расстройства цикла сон — бодрствование, инсомния, гиперсомния, а также парасомния (снохождение, ночные ужасы и кошмары). Все указанные расстройства сна могут первично влиять на состояние бодрствования, например, задержка дыхания (сонное апноэ) может постепенно привести даже к синдрому органической деменции.

Ночные кошмары и ужасы в детском и подростковом возрасте могут являться источником фантазирования и бредообразования. Изменение ритма и глубины сна почти всегда сочетается с переживанием слабости, раздражительности, снижением работоспособности.

Диагностика

1. Диссомнии — первично психогенные состояния, при которых основным является эмоционально обусловленное нарушение количества, качества или времени сна, то есть инсомния, гиперсомния и расстройство цикла сон — бодрствование.

2. Парасомнии — возникающие во время сна аномальные эпизодические состояния психогенной природы — снохождение, ночные ужасы и кошмары.

Бессонница неорганической природы (F51.0).

Клиника

Неудовлетворительная продолжительность или неудовлетворительное качество сна. Причина — стресс, симптомы — тревога, напряженность, беспокойство. Нередко больной при обычной продолжительности сна уверяет, что совершенно не спал ночью или не выспался, он отмечает раздражительность и трудность сосредоточения. В сновидениях выступают стрессорные события.

Диагностика

Основные клинические признаки:

1. Жалоба на плохое засыпание, трудности сохранения сна или на плохое качество сна.
2. Нарушение сна отмечается как минимум три раза в неделю на протяжении одного месяца.
3. Озабоченность бессонницей и ее последствиями.
4. Дистресс в результате бессонницы и препятствие социальному и профессиональному функционированию.

Терапия

Применяются теплые ванны на ночь, валериана, седативные средства.

Гиперсомния неорганической природы (F51.1).

Клиника

Пациенты жалуются на повышенную сонливость днем в самое неподходящее время, внезапные приступы сна в транспорте, и даже при вождении машины. Некоторые из них говорят о том, что не могут сразу проснуться после сна, и сновидение и сон вторгаются в обычную жизнь, что заставляет их совершать неадекватные поступки (просоночное состояние и опьянение сном). Признаки нарколепсии, такие как катаlepsия и признаки сонного апноэ (храпящие звуки, ночная остановка дыхания), отсутствуют. В результате гиперсомнии возникает избегание ситуаций общения, в период которых пациент может заснуть. Это действует на личность стрессорно. Вторично образуются невротические симптомы раздражительности и напряженности.

Диагностика

Повышенная сонливость в дневное время. Приступы сна или пролонгированный переход к состоянию полного бодрствования после пробуждения при достаточной продолжительности сна. Отмечается ежедневно на протяжении более одного месяца и приводит к дистрессу, снижению социального функционирования при отсутствии признаков нарколепсии, а также неврологической и соматической патологии.

Терапия

В лечении используют ноотропы со стимулирующим действием, растительные стимуляторы.

Кошмары (F51.5).

Кошмары представляют собой насыщенные тревогой или страхом сны, которые больной помнит очень детально. Сны являются крайне живыми и обычно имеют темы, включающие угрозу жизни, безопасности или самоуважению. Довольно часто повторяются одни и те же или сходные темы кошмарных сновидений. Во время типичного эпизода повышен уровень вегетативной активности, но отсутствуют существенные вокализации и подвижность тела. При пробуждении быстро достигается нормальный уровень бодрствования и ориентировки. Больной полностью коммуникабелен и обычно дает детальный отчет о сновидении как при пробуждении от эпизода, так и на следующее утро.

Диагностика

- а) пробуждение от ночного сна или дремы с детализированным и живым воспроизведением сновидений ярко устрасшающего содержания, обычно включающего угрозу для жизни, безопасности или для самоуважения; пробуждение может наступать в любое время периода сна, хотя как правило во вторую половину;
- б) при пробуждении от страшного сна быстро достигаются нормальный уровень бодрствования и ориентировки;
- в) сновидения и возникающие как их следствие расстройства сна приводят к выраженному дистрессу.

Лечение

Применяются психотерапия, психоанализ, углубление сна антидепрессантами и транквилизаторами, карбамазепин.

Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием (F52).

Вся клиническая группа является фактически невротической, она должна дифференцироваться от многочисленных органических половых дисфункций, связанных с поражением периферических сосудов, в том числе пещеристых тел, спинномозговых нарушений, центральных нарушений, психоэндокринных синдромов.

Отсутствие или потеря полового влечения (F52.0).

Этиология

Синоним импотенции. Вторичная импотенция может быть обусловлена множеством причин, прежде всего утратой удовольствия (ангедонией) по аффективным причинам (депрессия, шизофрения). Первичная — собственно изолированная потеря полового влечения, на которую, обычно у мужчин чаще, чем у женщин, возникает разной степени выраженности невротическая реакция в зависимости от возраста, то есть возраста естественного уменьшения полового влечения.

Клиника

Потеря полового влечения является основной проблемой, а не вторичной по отношению к другим сексуальным затруднениям, таким как отсутствие эрекции или диспареуния. Отсутствие полового влечения не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но делает половую активность менее вероятной.

Диагностика

1) недостаток или потеря полового влечения выражается в уменьшении сексуальных фантазий, поиска сексуальных стимулов, мыслей о сексуальной стороне жизни, сопровождаемых субъективно приятным эмоциональным оттенком;

2) интерес к осуществлению сексуальной активности с партнерами или к мастурбации без них появляется реже, чем этого можно было ожидать с учетом возраста, ситуации и ранее привычного уровня.

Терапия

Психотерапия супружеской пары. Поведенческая терапия.

Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения (F52.1).

Этиология

Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения обусловлено тем, что половая связь с партнером вызывает бессознательную тревогу и страх, что обусловлено негативными чувствами к половому партнеру.

Клиника

Предстоящая половая связь с партнером вызывает отвращение, страх или тревогу, избегается, а если происходит, то сочетается с сильным чувством вины, которое блокирует последующую половую связь с этим партнером.

При отсутствии сексуального удовлетворения генитальная реакция носит «автоматический характер» и не сопровождается ощущением удовольствия.



Диагностика

F52.10 — сексуальное отвращение

Предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, которые достаточны, чтобы привести к уклонению от половой активности.

F52.11 — отсутствие сексуального удовлетворения

Возникают нормальные сексуальные реакции, переживается оргазм, но нет адекватного удовольствия, чаще отмечается у женщин.

Дифференциальная диагностика

Проблема состоит в выявлении первичной и вторичной причин половой дисфункции. Следует также предполагать за фасадом сексуального отвращения невротические расстройства, бред.

Терапия

Психотерапия и семейная терапия. Поведенческая терапия.

Отсутствие генитальной реакции (F52.2).

Клиника

При наличии признаков половой дисфункции у мужчин полная эрекция наступает на ранних стадиях вступления в половую связь, но исчезает при половом акте, таким образом, эрекция присутствует, но не во время полового акта. Иногда возможна частичная эрекция.

При наличии признаков половой дисфункции у женщин стимуляция эрогенных зон не приводит к исчезновению сухости влагалища по психогенным причинам (дисгармония) или в результате менопаузы, присоединения инфекционного поражения бартолиниевых желез.

Диагностика

У мужчин — эректильная дисфункция характеризуется тем, что эрекция сохраняется во время сна, мастурбации или с другим партнером. У женщин — сухость влагалища, психогенная или патологическая (инфекция, менопауза).

Дифференциальная диагностика

Следует дифференцировать с другими нарушениями эрекционной составляющей, например, при органическом поражении головного мозга, сосудистых поражениях пещеристых тел, спинномозговых нарушениях.

Терапия

Психотерапия, поведенческая терапия, в том числе секс-терапия. Эректоротерапия и лечение локальным отрицательным давлением.

Оргазмическая дисфункция (F52.3).

Психогенные причины, в том числе страх утраты контроля над границами влечения, определяемые моральными запретами, страх беременности, кастрационный страх и инцестуозные переживания.

Клиника

Оргазм у некоторых женщин никогда не возникал ранее. Это сочетается со слабой выраженностью эротических фантазий. У других женщин он возникает только при мастурбации, но тормозится при обычном сношении. У мужчин и женщин оргазм может наблюдаться только во сне или при фантазировании в сочетании с мастурбацией. Иногда оргазм возникает во сне и при фантазировании с образами гомосексуальных партнеров.

Диагностика

Оргазм не возникает или заметно задерживается — чаще отмечается у женщин, аноргазмия имеет чаще психогенный характер.

Дифференциальная диагностика

Аноргазмия функциональной природы дифференцируется от аноргазмии при эндогенных психических расстройствах (депрессия, шизофрения) и органических аноргазмий.

Терапия

Поведенческая терапия, психотерапия и психоанализ.

Преждевременная эякуляция (F52.4).

Этиология

Психогенные причины. Возможно возникновение при длительном воздержании, тревоге, боли. Включается в синдром парацентральной доли, в котором присутствуют, кроме преждевременной эякуляции, энурез в детстве и снижение ахилловых рефлексов.

Клиника

При хорошей и удовлетворительной эрекции эякуляция возникает в тяжелых случаях до введения полового члена во влагалище, в более мягких вариантах пациент указывает на короткий период от введения полового члена до эякуляции, не позволяющий получить удовлетворение второму партнеру.

Диагностика

Неспособность задерживать эякуляцию на период, необходимый для удовлетворения обоих партнеров полового акта.

Дифференциальная диагностика

Следует дифференцировать с органическими, в том числе урологическими причинами расстройства.

Терапия

Рефлекторная терапия, психотерапия, гармонизация отношений пары.

Повышенное половое влечение (F52.7).

Этиология

Повышенное половое влечение у мужчин (сатириазис) и женщин (нимфомания) может быть связано со скрытой гомосексуальностью, которая препятствует установлению стойких симбиотических отношений с половым партнером; инцестузными мотивами, которые ведут к постоянному поиску идеального партнера; стремлением к гиперкомпенсации комплекса неполноценности; устойчивой тревогой, которая снимается половым актом.

Клиника

Стремление к частым половым актам как изолированное расстройство, на которое пациент предъявляет жалобы в связи с тем, что в результате частых половых актов не удается достичь оргазма, или в результате стремления к новым сексуальным объектам разрушаются устойчивые семейные или партнерские связи.

Дифференциальная диагностика

Следует дифференцировать с повышением полового влечения при лобной атрофии в среднем и позднем возрасте, эпизодами юношеской гиперсексуальности как физиологическими периодами, а также изменениями сексуальности при аффективных расстройствах. При лобной атрофии присутствуют другие симптомы социальной дисфункции, в частности усиливается эгоцентризм, возникает своенравная злоба или эйфория. Органика уточняется с помощью КТ и ЯМР исследований. При аффективных расстройствах можно выявить признаки депрессии или, чаще, мании.

Терапия

Снижение полового влечения может быть достигнуто с помощью бромистого калия, бензодиазепинов, карбамазепина или лития, а также с помощью поведенческой терапии и психоанализа, методы которых направлены на усиление сублимационных процессов.

Расстройства сексуального предпочтения (парафилии). F65

Парафилии — это расстройства, характеризующиеся постоянными и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, включающим неодушевленные предметы, детей, несочувствующих взрослых, причинение унижения или страдания самому человеку или другим людям. Эти расстройства обнаруживаются главным образом у мужчин. **Парафилии включают фетишизм, трансвеститский фетишизм (трансвестизм), эксгибиционизм, вуайеризм, фроттеризм, педофилию, сексуальный мазохизм и сексуальный садизм.**

F65.0 Фетишизм

Ориентированность на некоторые неживые объекты как стимуляторы полового возбуждения и полового удовлетворения. Многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу (например, предметы одежды или обуви). Другими распространенными примерами фетишей являются некоторые специфические материалы (например, резина, пластик или кожа). Фетишные объекты варьируются в своей значимости для индивида. Иногда они просто способствуют усилению сексуального возбуждения, достигаемого обычным способом (например, одевание партнера в специфическую одежду).

F65.1 Фетишистский трансвестизм

Надевание одежды противоположного пола главным образом для того, чтобы добиться сексуального возбуждения и вызвать образ индивида противоположного пола. Фетишистский трансвестизм отличается от транссексуального трансвестизма своей ясно выраженной связью с сексуальным возбуждением и сильным желанием освободиться от одежды при наступлении оргазма и последующего сексуального расслабления. Расстройство может оказываться ранней стадией развития транссексуализма.

F65.2 Эсгибиционизм

Повторная или устойчивая тенденция показывать свои половые органы посторонним лицам (обычно противоположного пола) или людям в общественных местах без намерения вступить в близкий контакт. Обычно, но не всегда отмечается сексуальное возбуждение в момент показа половых органов, и этот акт чаще всего сопровождается мастурбацией.

F65.3 Вуайеризм

Повторная или устойчивая тенденция подсматривать за людьми в момент совершения ими сексуальных или интимных действий, таких, как раздевание. Это производится втайне от человека, за которым наблюдают, и обычно ведет к сексуальному возбуждению и мастурбации.

F65.4 Педофилия

Сексуальная тяга к детям (мальчикам, девочкам или к тем и другим), обычно препубертатного или раннего пубертатного возраста.

F65.5 Садомазохизм


Сексуальная тяга к действиям, которые связаны с причинением боли или вызыванием унижения и зависимости. Если индивид предпочитает быть объектом такой стимуляции, речь идет о мазохизме, если исполнителем ее, то о садизме. Часто индивид достигает сексуального возбуждения и от садистских, и от мазохистских действий.

Мазохизм

Садизм

F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

Иногда у одного пациента имеет место несколько сексуальных извращений, и их трудно ранжировать. Наиболее частой комбинацией является фетишизм, трансвестизм и садомазохизм.



Вне зависимости от конкретного типа парафилий, общими для всей категории расстройств являются следующие диагностические критерии:

1. повторно возникающие интенсивные сексуальные импульсы и фантазии, связанные с необычными предметами или поведением;
2. эти импульсы в существенной мере определяют или нарушают общий рисунок поведения больного;
3. расстройство проявляется в течение не менее шести месяцев.

Источник: Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия

Лечение парафилии

Чтобы эффективно и надолго избавить человека от подобных фантазий, необходимо четкое представление того, что именно возбуждает пациента, от чего он получает наслаждение и т.д. Как уже указывалось выше, видов парафилии есть достаточно. Поэтому первым этапом в лечении является установление вида парафилии.

Основными методами лечения таких расстройств на сегодняшний день являются следующие:

психотерапия;
поведенческая терапия;
лечение медикаментами;
тренинг социальных навыков.