

Составить индивидуальную программу терапии больной А.

А., 16 лет.

Anamnesis vitae. Родилась и проживает в небольшом отдаленном районном центре. Воспитывается родителями, старшая из двоих детей. Родилась от нормальной беременности, в детстве развивалась по возрасту. В школу пошла с 7 лет, учится хорошо, участвует в школьных олимпиадах по физике, активно занимается спортом. В настоящее время учится в 8 классе.

Из заболеваний: простудные, пневмония в двухлетнем возрасте, гастрит, бронхиальная астма.

Туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты, ВИЧ, гемотрансфузии, аллергические реакции отрицает.

Менструации начались с 11 лет, с 14 лет вторичная аменорея, на фоне приема дидрогестерона цикл временно восстанавливается, при отмене препарата вновь исчезает.

Anamnesis morbi. В общении со сверстниками ранее проблем не возникало, была в меру общительной, активной. Впервые изменения поведения возникли около трех лет назад, после того как гостила у бабушки и набрала 3 кг веса, после чего захотела «сбросить вес». Начала активно заниматься спортом, бегать, плавать в бассейне, ограничивать себя в еде. Не завтракала, не обедала, на ужин съедала большое количество пищи, затем вызывала рвоту. В течение года вызывала рвоту ежедневно. Потеряла в весе с 63 до 46 кг (рост пациентки – 175 см).

Обратилась к психиатру в сопровождении матери.

В сознании, ориентирована верно. На вопросы отвечает по существу. Подробно рассказывает о себе, своих переживаниях. Астенизирована. Настроение снижено. Интеллектуально достаточно хорошо развита. Нарушений памяти нет. Внимание рассеянное. Просит помощи. Жалуется на слабость, рассеянность, колебания настроения в последнее время. На момент осмотра суицидальных мыслей нет.

Доброжелательна, улыбчива, настроение хорошее, планы на будущее реальные, конкретные. Задания выполняет с готовностью, в хорошем темпе. Интересуется результатами исследования. Ответы на вопросы носят социально одобряемый характер. Сожалеет о своем поведенческом эксперименте, «сейчас кушаю, набрала 2,5 кг». Темп мышления средний. Не истощается. Критика формально сохранена. Мыслительная деятельность: исследование мышления не выявило грубых нарушений построения логических структур – последовательное, логичное. Ярко выраженных органических знаков на момент исследования не выявляется. Заключение:

сочетанность показателей отражает проблему смешанного типа реагирования с эмоциями астенического регистра интровертированно направленной личности. Стремление к сохранению миролюбивых отношений с окружающими, несмотря на внутренний протест. Экзальтация чувств под контролем. Возможности психосоциальной адаптации достаточные.

ЭЭГ (13.02.2017): патологических изменений биоэлектрической активности головного мозга не отмечено. Невролог (03.02.2017): на момент осмотра данных за неврологическую патологию нет. Осмотр терапевта (13.02.2017): жалоб не предъявляет. Анамнез: простудные, гипотония. Объективно: температура тела 36 о С, общее состояние удовлетворительное, лимфоузлы не увеличены, безболезненны, щитовидная железа не увеличена, кожа чистая, влажная, склеры чистые. Отеков нет. Зев спокоен. Миндалины не увеличены. Костно-суставной аппарат без видимых изменений. Сердце: тоны ритмичные, ясные. Пульс: 80 в минуту. А/Д: 80/50 мм рт. ст. Легкие: дыхание везикулярное. ЧД: 16 в минуту, КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ 71 легочный звук. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Appetit не нарушен. Mочеиспускания свободные, безболезненные. Симптом Пастернацкого (-). Mочевой пузырь не увеличен. Диагноз: гипотонический синдром (?). Рекомендации: контроль А/Д.

Первые дни больная тяготилась обстановкой отделения, держалась обособленно, была замкнута, большую часть времени лежала в постели, жаловалась на слабость. Пищу принимала в ограниченном количестве, находилась под постоянным контролем. В результате лечения состояние с положительной динамикой. Настроение улучшилось, нормализовался ночной сон, уменьшилась фиксация на объеме съедаемой порции. Appetit достаточный, съедает все порции пищи. Стала активнее, общительнее, высказывает реальные планы на будущее, много читает.

Получает витаминотерапию, ноотропы, флуоксетин 20 мг в сутки. Проводится когнитивноповеденческая психотерапия. Набор веса за период лечения нестабильный (с 48 до 49,2 кг, затем 48,1 кг). Настроена на дальнейшее лечение в стационаре.

Отвеч

Терапия заболевания имеет два направления: восстановление работы системы пищеварения с постепенной прибавкой веса и возвращение к здоровым пищевым привычкам. На первом этапе применяется дробное питание, постельный режим, медикаментозное устранение рвоты, обезвоживания, запоров. На втором – психокоррекция, симптоматическое лечение психопатологических проявлений. На третьем – переход к нормальному режиму жизнедеятельности, контроль рецидивов, завершение психокоррекции.

Схема лечения определяется клинической картиной заболевания, назначаются антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, стимуляторы аппетита (например, антигистаминные средства).

Если дочь-подросток страдает от анорексии, родителям нужно:

- обратиться за помощью к специалистам;
- не настаивать на том, чтобы ребенок принимал пищу. Не ставить ультиматумы;

- не стыдить и не обвинять ребенка;
- не сравнивать дочь с окружающими ее людьми.

При анорексии нет единого способа лечения больных. Каждый случай индивидуален и требует соответствующего подхода.

. Лишение себя еды рассматривается в качестве наказания за ошибки, несоответствие ожиданиям родных и близких. Избавление от лишних килограммов и поддержание неестественной худобы для многих анорексиков – возможность проявления собственной воли, повод для гордости.

Некоторые психологи уверены, что от анорексии страдают те подростки, которые имеют определенные семейные проблемы: невнимание со стороны родителей или тотальный контроль и завышенные требования, которые мамы и папы предъявляют к девочкам.

«Предотвратить анорексию можно, если родитель – друг для своего ребенка. Нельзя допускать в адрес подростка критических замечаний по поводу его веса да и по поводу своего веса тоже. Важно разговаривать с девочкой о том, что такое женская красота, что она бывает разной. Нужно отмечать красоту других женщин, независимо от их комплекции»,