

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2022.4.137>

С. Н. Шубина

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ СТАРШЕ 45 ЛЕТ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Расстройства пищевого поведения встречаются как у женщин, так и у мужчин всех возрастов. Медицинские осложнения, связанные с возрастом, стигматизация расстройств пищевого поведения в «нетипичном» возрасте, периодические занятия спортом часто препятствуют распознаванию нарушений пищевого поведения у лиц среднего и пожилого возраста. Усугубляется своевременная диагностика данных расстройств у пациентов с шизофренией в связи с интерпретацией этой проблемы врачами-психиатрами как следствие приема нейролептических препаратов и наличия в клинической картине абулии.

Целью работы является обсуждение возможных нарушений пищевого поведения у лиц женского пола с шизофренией старше 45 лет. Автором описывается 1 клинический случай пациентки с шизофренией с отклоняющимся пищевым поведением, демонстрирующий исключительную важность своевременной диагностики синдрома анорексии в работе врача-психиатра. Также приводятся данные обзора литературы по эпидемиологии расстройств пищевого поведения у женщин и у мужчин среднего и пожилого возраста.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, синдром анорексии, шизофрения, средний и пожилой возраст, врач-психиатр.

S. N. Shubina

FEATURES OF EATING DISORDERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA OVER 45 YEARS

Eating disorders occur in both women and men of all ages. Age-related medical complications, the stigmatization of eating disorders at «atypical» ages, and occasional sports often prevent the recognition of eating disorders in middle and old age. The timely diagnosis of these disorders in patients with schizophrenia is aggravated due to the interpretation of this problem by psychiatrists as a result of taking neuroleptic drugs and the presence of abulia in the clinical picture.

The aim of the work is to discuss possible eating disorders of females with schizophrenia older than 45 years. The author describes one clinical case of a patient with schizophrenia with deviant eating behavior, demonstrating the exceptional importance of timely diagnosis of anorexia syndrome in the work of a psychiatrist. It also provides data from a review of the literature on the epidemiology of eating disorders of women and men of middle and old age.

Key words: eating disorders, anorexia syndrome, schizophrenia, middle and old age, psychiatrist.

Распространенность расстройств пищевого поведения в соответствии с критериями DSM-5 по данным обзоров литературы составляет около 3,5% у женщин (старше 45 лет) и около 1–2% у мужчин (старше 45 лет) [1]. Большинство таких лиц не обра-

щается за квалифицированной медицинской помощью к врачам-специалистам. Данным фактом можно объяснить следующее: результаты выборочных исследований, проведенных в Российской Федерации, свидетельствуют, что в настоящее время не менее 30%

трудоспособного населения этой страны имеют избыточную массу тела и 25% – ожирение, в Украине распространенность ожирения среди лиц старше 45 лет составляет 52%, а избыточной массы тела – 33% [2].

Согласно многочисленным исследованиям стало очевидным, что расстройства пищевого поведения и связанные с ними проблемы с образом тела возникают не только у молодых женщин, но также у женщин среднего и пожилого возраста [3].

Smink F.R. et al. изучали случаи нервной анорексии и нервной булимии в соответствии с критериями DSM-4, выявленные в учреждениях здравоохранения среди 1% населения Голландии в 1980-х, 1990-х и 2000-х годах [4]. Объединяя результаты этих трех периодов, был обнаружен низкий уровень заболеваемости нервной анорексией, равный 4,0 на 100000 женщин в возрасте 35–64 лет по сравнению с уровнем заболеваемости 85,1 на 100000 женщин в группе высокого риска у девушек 15–19 лет. Ежегодная заболеваемость нервной булимией составила 5,9 на 100000 женщин в возрасте 35–64 лет по сравнению с уровнем заболеваемости 35,0 на 100000 женщин в возрасте 15–19 лет [5].

Conceição et al. исследовали распространенность расстройств пищевого поведения у 342 женщин в Португалии в возрасте 65–94 лет [6]. Авторы обнаружили 12 случаев расстройств пищевого поведения, что соответствует показателю распространенности 3,5 (сопоставимо с таковым у молодых португальских женщин). Согласно критериям DSM-5, компульсивное переедание было наиболее распространенным расстройством пищевого поведения у описанных женщин (1,7%), за ним следовали другие неуточненные расстройства питания и приема пищи (1,5%) и нервная булимия (0,3%).); случаев нервной анорексии или синдрома ночной еды не выявлено. Эпизоды компульсивного переедания (без соответствия критериям компульсивного переедания) были отмечены у 5,6% женщин.

Исследования нарушений пищевого поведения у женщин среднего и пожилого воз-

раста с шизофренией очень ограничены и в большинстве случаев основаны на отчетах об отдельных клинических случаях.

Цель исследования

Целью работы является изучение нарушений пищевого поведения у лиц женского пола с шизофренией старше 45 лет.

В настоящей работе приводятся результаты исследования, проводимого в рамках научных проектов кафедры психиатрии и медицинской психологии БГМУ на 2019 г. и в 2024 г. (исследование проводилось в добровольной анонимной форме), в котором принимали участие женщины с параноидной формой шизофрении старше 45 лет (возраст, медиана Me (25%-75%) составил 49 (45-55) лет) с длительностью болезненного процесса более 5 лет (35 человек, 22 из которых имели девиантное пищевое поведение в анамнезе, т.е. за 10 лет до выставления им диагноза шизофрении они стремились к снижению массы тела, принимали слабительные, мочегонные средства, чрезмерно занимались спортом; на момент осмотра такие пациентки также имели признаки нарушенного пищевого поведения, причем это были исключительно эпизоды переедания и очистительного поведения, периодические диетические ограничения). Обследование включало комплекс анамнестических, антропометрических, психометрических методов и методик в рамках психометрического метода. Также проводилось изучение историй болезней пациенток в архиве ГУ «РНПЦ ПЗ, в частности, анамнестические сведения и результаты патопсихологического обследования. Ниже приведены результаты исследования.

В таблице 1 видно, что пациентки с диагнозом шизофрении с признаками нарушенного пищевого поведения статистически достоверно имели больший уровень обсессивности-компульсивности, враждебности, психотизма и паранойяльных тенденций (показатели из опросника «Шкала общей психопатологической симптоматики» – SCL-90-R), больший уровень стремления к худобе и булимии (показатели

Таблица 1. Нейропсихологические и антропометрические особенности пациенток с шизофренией на фоне симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения, включая и доболезненный уровень (в рангах)

| Тесты | Показатели (достоверность различий, U-тест Манна-Уитни) | Пациентки с шизофренией на фоне симптоматики отклоняющегося пищевого поведения | Пациентки с шизофренией без симптоматики отклоняющегося пищевого поведения |
|-------------------------------|---|--|--|
| Антропометрические показатели | Окружность талии (U = 312, p = 0,01) | 38,1 | 26,5 |
| | Окружность бедер (U = 216, p = 0,02) | 39,8 | 24,9 |
| | Толщина кожной складки (U = 289, p = 0,05) | 37,2 | 26,2 |
| | «Качели» веса (U = 266, p = 0,05) | 33,3 | 25,6 |
| Показатели Scl-90r | Обсессивность-компульсивность (U = 283, p = 0,01) | 36,7 | 26,6 |
| | Враждебность (U = 273, p = 0,03) | 34,5 | 24,3 |
| | Психотизм (U = 251, p = 0,05) | 36,6 | 27,8 |
| | Паранойяльные тенденции (U = 266, p = 0,01) | 35,1 | 27,1 |
| Показатели ШОПП | Стремление к худобе (U = 301, p = 0,05) | 35,6 | 27,1 |
| | Булимия (U = 300, p = 0,04) | 38,9 | 26,13 |
| Показатели WCST | Общее количество предъявляемых карточек (U = 299, p = 0,05) | 33,9 | 25,2 |
| | Общее количество законченных категорий (U = 283, p = 0,01) | 36,7 | 26,7 |

из опросника «Шкала оценки пищевых предпочтений» – ШОПП), также в «Висконсинском тесте сортировки карточек» (WCST) данная группа респондентов имела наименьшее количество законченных категорий и наибольшее количество предъявляемых карточек. Кроме того, данная группа пациенток статистически достоверно имела большую окружность талии и бедер, толщину кожной складки и большие «качели веса» (разница между максимальным и минимальным весом) по сравнению с теми пациентками с шизофренией, у которых не было признаков нарушенного пищевого поведения.

Клиническое наблюдение

Представляется разбор 1 клинического случая пациентки с параноидной формой шизофрении старше 45 лет с признаками нарушенного пищевого поведения, проходившей лечение в ГУ «РНПЦ психического здоровья», в котором показана важность своевременной диагностики синдрома анорексии в работе врача-психиатра.

Пациентка А., 46 лет, была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в сопровождении сестры в ГУ «РНПЦ психического

здоровья» 5-й раз в жизни в связи с появлением следующей симптоматики: подозрительна, высказывает бредовые идеи физического воздействия, нарушен сон, отказывается от приема медикаментозного лечения.

Анамнез жизни

Пациентка А. родилась младшей из троих детей (есть 2 старшие сестры) в полной семье. Родители пациентки живут раздельно около 30 лет (не разведены). Раннее развитие без особенностей. В школу пошла по возрасту, окончила 11 классов СШ (средний балл составил 7,7). Затем окончила педагогический университет по специальности «социальный педагог». Наследственность психопатологически отягощена, известно, что родной отец страдал шизофренией. На момент поступления в стационар не обучалась и не работала около 5 лет, имела вторую группу инвалидности. Проживала с сестрой.

Анамнез заболевания

Болеет около 20 лет. Психическое состояние изменилось, когда поздно вечером на нее напали неизвестные подростки и украли сумку с кошельком и документами. В течение

2 лет стала замкнутой, снизилось настроение, уволилась с работы (работала в школе социальным педагогом). Обращалась за помощью к врачу-психотерапевту по месту жительства, были назначены антидепрессанты, однако психическое состояние не изменялось. Затем появились слуховые обманы восприятия императивного содержания, была совершена суицидальная попытка (падение с 3-его этажа), после чего пациентка А. впервые была доставлена в психиатрический стационар. За годы заболевания в клинической картине наблюдается апато-абулическая симптоматика. Из анамнеза также известно о частом применении диет, самопроизвольном вызывании рвоты, приеме слабительных препаратов до выставления диагноза шизофрении. В последние 5 лет наблюдаются эпизоды переедания с редким очистительным поведением (самопроизвольное вызывание рвоты 1 раз в неделю после приема пищи).

Объективно при поступлении:

Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Контакт формальный, по существу задаваемых вопросов. Речь непоследовательная. На вопросы отвечает односложно и коротко. Во время беседы подозрительна, оглядывается по сторонам. Фон настроения снижен. Эмоционально уплощена. Беспокойна. На месте удерживается с трудом. При расспросе о приеме дома лечения говорит: «я не больна, а лекарства повышают мне аппетит, а я устала от диет». Тревожна, напряжена. Эмоционально мало-выразительна. Внимание рассеянное. Мышление в замедленном темпе. Высказывает бредовые идеи физического воздействия: утверждает, что на ее тело «действует посторонняя сила, заставляющая совершать разнообразие поступки». Обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Вне суицидальных и агрессивных тенденций на момент осмотра. Формально настроена на лечение. Мотивации на выздоровление нет. Критики к своему психическому состоянию нет.

Неврологический статус без особенностей

Соматический статус: Телосложение правильное (ИМТ = 24,8 кг/м², рост – 175 см, вес – 76 кг). Кожные покровы чистые. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД = 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул – частые запоры. Диурез в норме.

Данные психологического обследования

В мышлении на фоне среднего уровня процессов обобщения, абстрагирования отмечаются в отдельных случаях явления формальности, снижение продуктивности.

В динамике психических процессов заметна умеренно выраженная инертность, снижение продуктивности мнестической деятельности. В аффективной сфере диагностирована умеренно выраженная тревожность и депрессивность.

Диагноз основной: Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом F20.01.

На фоне проводимого лечения (длительность составила 1,5 месяца) рисперидоном, групповой психотерапии упорядочилось поведение, исчезла продуктивная психотическая симптоматика, выровнялся фон настроения, нормализовался сон и аппетит, уменьшился контроль массы тела.

Рекомендовано наблюдение терапевта, психиатра по месту жительства, психотерапевтические занятия, рациональное питание.

Обсуждение

На примере пациентки А. мы видим, что у пациенток с шизофренией старше 45 лет в клинической картине могут быть признаки нарушенного пищевого поведения, снижающие комплаентность и требующие коррекции. Причем, до выставления диагноза шизофрении данные признаки были выраженнее и проявлялись в виде частых диет, самопроизвольного вызывания рвоты, приеме слабительных препаратов. Все это еще раз

доказывает необходимость интегративной оценки синдрома анорексии, возможность динамической изменчивости и необходимость своевременной его коррекции при работе с такими пациентами.

Заключение

У пациенток с шизофренией старше 45 лет с длительностью болезненного процесса более 5 лет на фоне симптоматики отклоняющегося пищевого поведения (22 респондента из 35), применение критерия Манна-Уитни показывает количественные и качественные

искажения параметров нейропсихологического и антропометрического профилей, причем более выраженные у пациенток с шизофренией при наличии нарушенного пищевого поведения. Данный результат подобен при исследовании пациенток с шизофренией младше 45 лет [7], однако мы видим с возрастом менее выраженную симптоматику нарушенного пищевого поведения в виде эпизодов переедания и редкого очистительного поведения (1 раз в неделю), что можно объяснить прогрессированием апато-абулической симптоматики.

Литература

1 *Mangweth-Matzek, B.* Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age / B. Mangweth-Matzek, H. W. Hoek // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2017. – Vol. 30, № 6. – P. 446–451.

2 *Кляритская, И. Л.* Ожирение / И. Л. Кляритская, Е. В. Максимова // *Крымский терапевтический журнал*. – 2009. – Т. 13, № 2. – С. 9–19.

3 *Mangweth-Matzek, B.* Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women / B. Mangweth-Matzek, H. W. Hoek, H. G. Pope // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2014. – Vol. 27. – P. 431–435.

4 *Smink, F. R., van Hoeken D, Donker GA, et al.* Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not

of anorexia nervosa / F. R. Smink [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2016. – Vol. 46. – P. 1189–1196.

5 *Hoek, H. W.* Epidemiology of eating disorders. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook 3rd ed / H. W. Hoek, K. D. Brownell, B. Walsh // New York: Guilford Press. – 2017. – P. 237–242.

6 *Conceição, E. M.* Prevalence of eating disorders and picking/nibbling in elderly women / E. M. Conceição [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. – 2017. – Vol. 50. – P. 793–800.

7 *Шубина, С. Н.* Влияние ограничительных тенденций в питании на клинику расстройств шизофренического спектра / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // *БГМУ в авангарде медицинской науки и практики: рец. ежегод. сб. науч. тр. / Белорус. гос. мед. ун-т; под ред. С. П. Рубниковича, В. Я. Хрыщановича*. – Минск, 2020. – Вып. 10. – С. 31–35.

References

1. *Mangweth-Matzek, B.* Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age / B. Mangweth-Matzek, H. W. Hoek // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2017. – Vol. 30, № 6. – P. 446–451.

2. *Klyaritskaya, I. L.* Ozhireniye / I. L. Klyaritskaya, E. V. Maksimova // *Krymskiy terapevticheskiy zhurnal*. – 2009. – Т. 13, № 2. – С. 9–19.

3. *Mangweth-Matzek, B.* Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women / B. Mangweth-Matzek, H. W. Hoek, H. G. Pope // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2014. – Vol. 27. – P. 431–435.

4. *Smink, F. R., van Hoeken D, Donker GA, et al.* Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not

of anorexia nervosa / F. R. Smink [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2016. – Vol. 46. – P. 1189–1196.

5. *Hoek, H. W.* Epidemiology of eating disorders. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook 3rd ed / H. W. Hoek, K. D. Brownell, B. Walsh // New York: Guilford Press. – 2017. – P. 237–242.

6. *Conceição E. M.* Prevalence of eating disorders and picking/nibbling in elderly women / E. M. Conceição [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. – 2017. – Vol. 50. – P. 793–800.

7. *Shubina, S. N.* Vliyaniye ogranichitelnykh tendentsiy v pitanii na kliniku rasstroystv shizofrenicheskogo spektra / S. N. Shubina, O. A. Skugarevskiy // *BGMU v avangarde meditsinskoy nauki i praktiki: rets. ezhegod. sb. nauch. tr. / Belorus. gos. med. un-t; pod red. S. P. Rubnikovicha, V. Ya. Khryshchanovicha*. – Minsk, 2020. – Vol. 10. – S. 31–35.

Поступила 10.08.2022 г.