

ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И ШИЗОФРЕНИЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
г. Минск, Республика Беларусь

Своеобразие когнитивных проявлений больных нервной анорексией в развернутой фазе заболевания, а также динамическая изменчивость синдрома анорексии в структуре шизофрении определяет необходимость дифференцированного подхода к этим клиническим феноменам. В статье приводятся данные сравнительного патопсихологического исследования женщин, больных нервной анорексией и параноидной шизофренией, для выделения клинически значимых дифференциально-диагностических характеристик. Пациентки при условии информированного согласия участвовали в сравнительном поперечном одномоментном исследовании с формированием выборки методом направленного отбора. Приводится обзор литературы особенностей патопсихологического исследования больных нервной анорексией, обсуждаются сложности диагностики данной нозологии. Определили, что нарушения пищевого поведения зачастую требуют динамического наблюдения и дифференциального диагноза с расстройствами шизофренического спектра.

Ключевые слова: нервная анорексия, шизофрения, патопсихологическое исследование.

S. N. Shubina, O. A. Skugarevsky

SPECIFICS OF THE RESULTS OF PATHOPSYCHOLOGICAL STUDY OF PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA AND SCHIZOPHRENIA

Peculiarity of the cognitive manifestations in patients with anorexia nervosa in the developed phase of the disease, as well as the dynamic variability of the anorexia syndrome within the structure of schizophrenia, determines the need for a differentiated approach to these clinical phenomena. The article presents the findings of a comparative pathopsychological study of women with anorexia nervosa and paranoid schizophrenia and highlights clinically significant characteristics of differential diagnostics. The patients, having given their informed consent, participated in a comparative cross-sectional single-step study with formation of the sampling by directional selection. The work provides a review of the literature containing peculiarities of pathopsychological studies of patients with anorexia nervosa and discusses the complexity of diagnostics of this nosology. The article argues that eating disorders often require dynamic observation and differential diagnosis with disorders of schizophrenic spectrum.

Key words: anorexia nervosa, schizophrenia, pathopsychological study.

Нарушения пищевого поведения продолжает оставаться одной из наиболее острых медико-социальных проблем. Нервная анорексия, согласно Международной классификации болезней (МКБ-10), представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и поддерживаемым самим пациентом. Искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой страх перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой/сверхценной идеи, и большой считает допустимым для себя лишь низкий вес. Вес тела сохраняется как минимум на 15% ниже ожидаемого, индекс массы тела составляет 17,5 или ниже. Обязательным является общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей. По данным авторов, нервной анорексией страдают от 0,5 до 1% девочек-подростков [3].

Вопросы изучения нервной анорексии привлекают все большее внимание специалистов разного профиля, но собственно экспериментально-психологических исследований проводилось не так много. В психологической литературе нервную анорексию считают символическим выражением «фрустрации оральной фазы», «регрессии психического развития», «познания неосознанных аутоагрессивных желаний и стремлений», болезненных отношений в диаде мать-ребенок, возникающих в различные периоды. В последнее время возрос интерес к познавательной деятельности при нервной анорексии, возможно, это связано с тем, что ряд авторов считают одной из причин заболевания конфликт между высокоодаренными детьми и их родителями с достаточно низким интеллектуальным уровнем. Результаты исследований когнитивной сферы неоднородны. Одни авторы утверждают, что интеллект больных очень высок, другие – что он близок к средней норме [2].

Согласно другим авторам, при нервной анорексии отмечаются разнообразные нейрокогнитивные нарушения, обычно имеющие легкую или умеренную степень выраженности. К ним относятся несбалансированность внимания и оценок, недостаточная когнитивная гибкость и др. Эти нарушения могут создавать основу для характерного когнитивного сдвига, в результате которого у больных формируется предвзятое отношение к проблемам внешности и приема пищи [6]. Феноменология клинически значимых нарушений пищевого поведения (НПП) зачастую требует динамического наблюдения. Кроме того, настороженность, прежде всего, больных нервной анорексией в отношении любых попыток извне скорректировать дезадаптивное пищевое поведение и предупредить его драматические последствия дает основания предполагать специфический характер когнитивной организации их психических процессов. Однако, практика показывает, что даже своеобразные поведенческие паттернов (например, при очистительном пищевом поведении, присоединении компульсивных ритуалов и пр.), отгороженность от социальных контактов, полиморфная сопутствующая психопатологическая симптоматика и прочие симптомы НПП не дают веских оснований трактовать клинику девиантного пищевого поведения с позиции дефекта эмоционально-волевой сферы в контексте шизофренического процесса даже при длительном наблюдении [Скугаревский О. А., 2007].

Патопсихологическое исследование – это эксперимент, в котором в контролируемых условиях изучаются различные виды психической деятельности. К таким контролируемым

условиям относятся: порядок предъявляемых методик, содержание инструкций, характер обратной связи, время проведения исследования и т.п. Анализируется не только успешность выполнения методик, но и темп психической деятельности, критичность, характер ошибок и способность пациентов их замечать, его эмоциональные реакции, мотивация, речь. Основной задачей исследования является сравнение полученных результатов с данными о функционировании психических процессов в норме и выделение патопсихологического синдрома. Под патопсихологическим синдромом понимают «закономерно возникающее сочетание симптомов нарушения познавательных процессов или личности, в основе которого лежит вызванная болезненным процессом недостаточность объединяющего их звена в системно-структурном строении психики» [1].

Пациенты с нервной анорексией попадают под наблюдение врача чаще в состоянии крайнего истощения, упорно скрывая истинные мотивы похудения, что затрудняет постановку диагноза, поэтому результаты патопсихологического обследования познавательной деятельности являются важными в решении дифференциально-диагностических вопросов и прогноза заболевания. Также результаты патопсихологического исследования дают возможность выделить специфику изменения познавательной деятельности при различной нозологической принадлежности нервной анорексии [2].

Ведь необходимо учитывать и тот факт, что нарушения пищевого поведения зачастую требуют динамического наблюдения и дифференциального диагноза с расстройствами шизофренического спектра [5]. Следует подчеркнуть, что раннее выявление диагностических и прогностических критериев нервной анорексии имеет большое теоретическое и практическое значение в связи с возможностью своевременной профилактики и лечения такого типичного для подросткового и юношеского возраста, труднокурабельного заболевания, а также медико-социальной реабилитации пациентов.

Изучены данные двух групп пациенток: 1 группа – 60 пациенток с диагнозом нервная анорексия (средний возраст $21,66 \pm 5,05$ лет); 2 группа – 56 пациенток, страдающих параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет (средний возраст – $31,21 \pm 1,15$ лет). Также приводятся результаты патопсихологического исследования (при первичном поступлении) двух пациенток с первоначальным диагнозом нервная анорексия, который в дальнейшем был изменен на диагноз – острое полиморфное психотическое расстройство (средний возраст $20,56 \pm 5,05$ лет). Респонденты участвовали в сравнительном поперечном одномоментном исследовании в рамках научного проекта в 2012 г. и в 2016 г. (исследование проводилось в добровольной анонимной форме).

При проведении патопсихологического исследования применялись следующие методики: классификация и исключение предметов, классификация понятий, объяснение метафор и пословиц, методика заучивания 10 слов, методика «Пиктограмм», методика «Опосредованное запоминание по Леонтьеву», таблицы Шульте.

Все пациентки с нервной анорексией, в том числе и две пациентки с первоначальным диагнозом нервная анорексия, которым в дальнейшем диагноз был изменен на диагноз – острое полиморфное психотическое расстройство, в связи с тщательной диссимуляцией мотивов похудения настороженно относились к исследованию их умствен-

ной работоспособности, в беседе вступали неохотно, вели себя несколько высокомерно. Мимические реакции были однообразными. Речь пациенток с нервной анорексией характеризовалась монотонностью, что, возможно, объясняется не только глубокой астенией, но и резким истощением подкожно-жировой клетчатки, дистрофией мимической мускулатуры. В беседе пациентки употребляли короткие фразы, объяснялись простыми предложениями. При переходе к заданиям, содержание которых было связано с едой, речь пациенток становилась более эмоциональной, содержащей сложные речевые обороты. Речь обеих пациенток с первоначальным диагнозом нервная анорексия, которым в дальнейшем диагноз был изменен на диагноз – острое полиморфное психотическое расстройство, характеризовалась монотонностью, употреблением в беседе коротких фраз, простых предложений, а у одной из данных пациенток – при связи заданий с тематикой еды присутствовало наличие большей эмоциональности речи, сниженная вербальная продуктивность, поверхностные ответы, также некоторые вопросы оставались без ответов. Речь пациенток, страдающих параноидной формой шизофрении, характеризовалась монотонностью, присутствием неологизмов, соскальзываний, ассоциаций по созвучию, использованием вычурных или усложненных высказываний, нарушением связности, а у 4 пациенток – речь была неровной, прерывистой, эхололичной.

Объем и концентрация внимания у пациенток с нервной анорексией достаточные, однако, внимание истощае-

мое. Так, после 45 минут выполнения заданий пациентки начинали допускать ошибки, вызванные утомлением, что четко коррелировало с тяжестью истощения. Это согласуется с известными психологическими характеристиками этой группы респонденток, такими как чрезмерная педантичность, перфекционизм, ригидность, недоверие. Внимание двух пациенток с первоначальным диагнозом нервная анорексия, которым в дальнейшем диагноз был изменен на диагноз – острое полиморфное психотическое расстройство, характеризовалось истощаемостью и рассеянностью, неспособностью уделять внимание нескольким делам одновременно, а у одной из данных пациенток наблюдались отвлекаемость, лабильность, сужение объема, трудности концентрации внимания. Внимание пациенток, страдающих параноидной формой шизофрении, характеризовалось лабильностью, трудностью концентрации, сужением объема, быстрой истощаемостью, плохой переключаемостью, повышенной отвлекаемостью, дефицитом селективного внимания.

Оперативная и семантическая память у пациенток с нервной анорексией соответствовала нормативным стандартам. Процесс заучивания был несколько замедлен, что, возможно, связано с тяжестью истощения. У двух пациенток с первоначальным диагнозом нервная анорексия, которым в дальнейшем диагноз был изменен на диагноз – острое полиморфное психотическое расстройство, присутствовало замедление процесса заучивания, снижение

Таблица 1. Общая оценка нарушений речи (формальных расстройств мышления) по результатам патопсихологического обследования 2 групп пациенток

Общая оценка речевых нарушений	1 группа (процент к общему числу)	2 группа (процент к общему числу)	χ^2 (хи-квадрат Пирсона), p (значимость); V (коэффициент Крамера)
монотонность речи	50 (83,3%)	56 (100%)	$\chi^2 = 10,562$, p = 0,005; V = 0,299
употребление в беседе коротких фраз, простых предложений	50 (83,3%)	56 (100%)	$\chi^2 = 10,562$, p = 0,005; V = 0,299
при связи заданий с тематикой еды наличие большей эмоциональности речи	50 (83,3%)	5 (8,9%)	$\chi^2 = 64,314$, p = 0,000; V = 0,738
снижение вербальной продуктивности	3 (5%)	43 (76,8%)	$\chi^2 = 62,37$, p = 0,000; V = 0,727
поверхностные ответы	4 (6,7%)	35 (62,5%)	$\chi^2 = 40,533$, p = 0,000; V = 0,586
вопросы без ответов	0	16 (28,6%)	$\chi^2 = 21,265$, p = 0,000; V = 0,425
присутствие неологизмов	0	12 (21,4%)	$\chi^2 = 14,79$, p = 0,001; V = 0,354
присутствие соскальзываний	0	24 (42,9%)	$\chi^2 = 35,119$, p = 0,000; V = 0,546
присутствие ассоциаций по созвучию	0	12 (21,4%)	$\chi^2 = 14,79$, p = 0,001; V = 0,354
использование вычурных или усложненных высказываний	0	24 (42,9%)	$\chi^2 = 35,119$, p = 0,000; V = 0,546
нарушение связности	0	32 (57,1%)	$\chi^2 = 48,611$, p = 0,000; V = 0,642
неровность, прерывистость речи, эхололичность	0	4 (7,1%)	$\chi^2 = 4,584$, p = 0,101; V = 0,197

Таблица 2. Общая оценка нарушений внимания по результатам патопсихологического обследования 2 групп пациенток

Общая оценка нарушений внимания	1 группа (процент к общему числу)	2 группа (процент к общему числу)	χ^2 (хи-квадрат Пирсона), p (значимость); V (коэффициент Крамера)
истощаемость	50 (83,3%)	43 (76,8%)	$\chi^2 = 1,284$, p = 0,526; V = 0,104
рассеянность	10 (16,7%)	56 (100%)	$\chi^2 = 83,873$, p = 0,000; V = 0,843
отвлекаемость	0	40 (71,4%)	$\chi^2 = 65,389$, p = 0,000; V = 0,744
неспособностью уделять внимание нескольким делам одновременно	3 (5%)	48 (85,7%)	$\chi^2 = 78,766$, p = 0,000; V = 0,817
трудности концентрации внимания	7 (11,7%)	40 (71,4%)	$\chi^2 = 42,943$, p = 0,000; V = 0,603
лабильность	0	24 (42,9%)	$\chi^2 = 32,873$, p = 0,000; V = 0,528
сужение объема	0	28 (50%)	$\chi^2 = 39,775$, p = 0,000; V = 0,581
плохая переключаемость	0	44 (78,6%)	$\chi^2 = 77,68$, p = 0,000; V = 0,811
дефицит селективного внимания	0	28 (50%)	$\chi^2 = 40,644$, p = 0,000; V = 0,587

объема кратковременной памяти, а у одной из данных пациенток наблюдалось нарушение семантической памяти. Память пациенток, страдающих параноидной формой шизофрении, характеризовалась снижением оперативной памяти, замедлением процесса заучивания, а также снижением смысловой памяти (нарушением ее структурной организации).

В мышлении (кроме формальных расстройств мышления) у пациенток с нервной анорексией не резко выраженная конкретизация мышления. Важно подчеркнуть, что при этом отмечалась личностная окраска мышления, связанная с проблемой потребности в еде. У двух пациенток с первоначальным диагнозом нервная анорексия, которым в дальнейшем диагноз был изменен на диагноз острое полиморфное психотическое расстройство, наблюдались в пояснении пословиц и метафор как адекватные ответы, так и затруднения в интерпретации смысла некоторых из них, присутствовали единичные своеобразные, субъективные суждения, снижение уровня обобщения, личностная окраска мышления, связанная с проблемой потребности в еде. Также у данной группы испытуемых наблюдались единичные искажения в процессе ассоциирования/обобщения. Кроме того, обнаружено нарушение мышления в виде непоследовательности суждений, что может быть связано со сниженным эмоциональным фоном. Мышление пациенток, страдающих параноидной формой шизофрении: нарушение операциональной стороны мышления в виде множественных искажений процесса обобщения; нарушение личностно-мотивационного компонента мышления в виде разноплановости (отсутствие единой логики при решении задач), резонерства, нарушения критичности мышления; нарушение динамики мыслительной деятельности в виде лабильности и инертности (трудность переключения, ригидность мышления).

Обсуждение

Характерной особенностью двух пациенток с первоначальным диагнозом нервная анорексия, которым в дальнейшем диагноз был изменен на диагноз острое полиморфное психотическое расстройство, было большее изменение их речи, памяти, внимания, мышления (по сравнению с пациентками с нервной анорексией) на фоне имеющихся нарушений пищевого поведения. Случай данных двух пациенток демонстрирует, как трудности в диагностике нервной анорексии возможны из-за динамической изменчивости синдрома анорексии, и как нарушение пищевого поведения может маскировать расстройства шизофренического спектра, в данном случае острое полиморфное психотическое расстройство [4].

Таким образом, динамическое патопсихологическое исследование больных с синдромом анорексии разной нозологической принадлежности позволило выделить изменения, сформировавшиеся в условиях основного заболевания.

Таким образом, выявление различий в результатах патопсихологического исследования между больными шизофренического спектра и нервной анорексией свидетельствовало в пользу разграничения этих клинических феноменов и могло способствовать созданию на этой основе дифференцированного подхода к коррекции состояний.

Есть основания ожидать, что разработка более четких стандартов диагностики и лечения нарушений пищевого поведения и их последствий позволит не только оказывать адекватную лечебно-реабилитационную помощь, но и осуществлять своевременную профилактику тяжелых осложнений этой патологии.

Дальнейшее длительное изучение динамической изменчивости анорексии в процессе длительного исследования позволит судить о нозологической природе и прогностических критериях нервной анорексии.

Таблица 3. Общая оценка нарушений памяти по результатам патопсихологического обследования 2 групп пациенток

Общая оценка нарушений памяти	1 группа (процент к общему числу)	2 группа (процент к общему числу)	χ^2 (хи-квадрат Пирсона), p (значимость); V (коэффициент Крамера) (значимость)
замедление процесса заучивания	30 (50%)	52 (92,9%)	$\chi^2 = 26,761$, p = 0,000; V = 0,476
снижение объема кратковременной памяти	3 (5%)	56 (100%)	$\chi^2 = 106,587$, p = 0,000; V = 0,95
нарушение семантической памяти	0	40 (71,4%)	$\chi^2 = 65,389$, p = 0,000; V = 0,744

Таблица 4. Общая оценка нарушений мышления (кроме формальных расстройств мышления) по результатам патопсихологического обследования 3 групп пациенток

Общая оценка нарушений мышления	1 группа (процент к общему числу)	3 группа (процент к общему числу)	χ^2 (хи-квадрат Пирсона), p (значимость); V (коэффициент Крамера)
снижение уровня обобщения (ориентировка на конкретно-ситуационные признаки предметов)	30 (50%)	56 (100%)	$\chi^2 = 38,886$, p = 0,000; V = 0,574
личностная окраска мышления, связанная с проблемой потребности в еде	60 (100%)	4 (7,1%)	$\chi^2 = 102,931$, p = 0,000; V = 0,934
затруднения в интерпретации смысла некоторых пословиц и метафор	0	56 (100%)	$\chi^2 = 118$, p = 0,000; V = 1
своеобразные, субъективные суждения	0	56 (100%)	$\chi^2 = 118$, p = 0,000; V = 1
искажения процесса обобщения	0	56 (100%- множественные)	$\chi^2 = 118$, p = 0,000; V = 1
непоследовательность суждений	0	40 (71,4%)	$\chi^2 = 65,389$, p = 0,000; V = 0,744
разноплановость мышления	0	28 (50%)	$\chi^2 = 40,644$, p = 0,000; V = 0,587
резонерство	0	24 (42,9%)	$\chi^2 = 33,356$, p = 0,000; V = 0,532
нарушения критичности мышления	0	27 (48,6%)	$\chi^2 = 38,762$, p = 0,000; V = 0,573
нарушение динамики мыслительной деятельности в виде лабильности и инертности	0	18 (32,1%)	$\chi^2 = 23,516$, p = 0,000; V = 0,446

Литература

1. Абабков, В. А. Клиническая психология / В. А. Абабков [и др.] / П. ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер: ПитерПринт, 2006. – 959 с.

2. Артемьева, М. С. Особенности патопсихологического исследования больных нервной анорексией в процессе комплексной терапии / М. С. Артемьева, А. Е. Брюхин, М. А. Цивилько, М. А. Карева // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2002. – № 4. – С. 50–52.

3. Лев, Л. М. Современный взгляд на проблему нервной анорексии у девочек-подростков: нон-комплаенс и взаимосвязь психопатологических и нейроэндокринных нарушений / Л. М. Лев, В. О. Андреева, В. Г. Заика, Н. В. Ткаченко // Здоровье – основа

человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2012. – № 2 (7). – С. 684–689.

4. Шубина, С. Н. Динамическая изменчивость синдрома анорексии / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский, С. Л. Мельгуй // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2018. – № 1. – С. 67–79.

5. Шубина, С. Н. Сравнительная оценка исполнительских функций с учетом социальных когниций у больных нервной анорексией и шизофренией / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // Медицинский журнал. – 2010. – № 4 (34). – С. 98–105.

6. Hayes, S. C. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment / S. C. Hayes, K. G. Wilson, E. V. Gifford, V. M. Follette, K. Strosahl // J. Consult Clin Psychol. – 1996. – № 64 (6). – P. 1152–1168.

Поступила 29.05.2019 г.