

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2021.2.71>

С. Н. Шубина

СОПУТСТВУЮЩАЯ СИМПТОМАТИКА НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ КАК ПРИЧИНА ОТСРОЧКИ ВЫСТАВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА (РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА)

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Статья посвящена изучению нейропсихологических особенностей больных шизофренией при наличии признаков отклоняющегося пищевого поведения на доболезненном уровне. В настоящей работе приводятся результаты исследования, в котором принимали участие 60 пациенток женского пола (возраст респондентов, медиана Me (25%-75%) составил 28 (25-33) лет), страдающих параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет, 23 из которых имели девиантное пищевое поведение в анамнезе, т.е. во время обследования пациентки отмечали, что за 5 лет до выставления им диагноза шизофрении они стремились к снижению массы тела, принимали слабительные средства, чрезмерно занимались спортом. На момент осмотра пациентки также имели признаки нарушенного пищевого поведения (НПП), причем это были исключительно эпизоды переедания и очистительного поведения. Также мы определили разницу во времени выставления клинических диагнозов (шизофрения) в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей симптоматики отклоняющегося пищевого поведения, применяя метод Каплана-Мейера.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, шизофрения, атипичная нервная анорексия, нейропсихологические особенности.

S. N. Shubina

ACCOMPANYING SYMPTOMS OF THE DISORDERED EATING IN THE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AS THE REASON FOR THE SUSPENSION OF MAKING A DIAGNOSIS (THE RESULTS OF THE CLINICAL NEUROPSYCHOLOGICAL ANALYSIS)

The article focuses on the study of the neuropsychological features of the patients with schizophrenia, who have the signs of the disordered eating at the preclinical stage. The paper contains the data of the study of 60 female patients (aged 28 (25-33) years, median Me (25%-75%)) who have suffered from paranoid schizophrenia for up to 5 years. 23 of the female patients have had the disordered eating in the past medical history, i.e. during the examination the female patients reported that they had tried to lose weight, had taken laxatives and had trained intensively 5 years before they were diagnosed with schizophrenia. At the moment of examination the female patients have also had the signs of the disordered eating, moreover, the signs included only overeating and purging behavior. Besides, we have used the Kaplan-Meier method to determine the difference in the time of making clinical diagnoses (schizophrenia) depending on the absence and presence of the relevant signs of the disordered eating.

Key words: disordered eating, schizophrenia, atypical anorexia nervosa, neuropsychological features.

Реальная цифра заболеваемости расстройствами пищевого поведения достаточно высока не только потому, что пациенты часто маскируют свое состояние, но и в связи с тем, что они часто попадают в стационары соматического профиля с соответствующими жалобами, а их психическое состояние остается для лечащего врача неизвестным [1]. Поэтому лишь малая часть от общего числа лиц с нарушениями пищевого поведения наблюдаются психиатрами [2]. Зарубежные коллеги утверждают: врач общей практики первым встречается с таким пациентом [3].

Материалы и методы

На сегодняшний день нервная анорексия наиболее известна среди расстройств пищевого поведения. Интерес к ее изучению уже многие годы не снижается в связи с широкой распространенностью и высокой смертностью таких пациентов.

Следует отметить, что взгляды на нозологическую природу нервной анорексии до настоящего времени не отличаются определенностью и единством.

Согласно более давним источникам литературы, нервная анорексия часто маскирует шизофрению (Cheung and Wilder-Smith, 1995; Коркина и др., 1975) либо нервная анорексия может развиваться в случае преждевременно выставленной шизофрении (Grounds, 1982; Hsu et al., 1981).

Согласно другим российским авторам, нервная анорексия (как и большинство других психических заболеваний) – расстройство многофакторной природы. Кроме того, синдром анорексии может выступать вместе с другими характерными шизофреническими проявлениями, приобретая черты дискордантности психики. Но наблюдаются случаи, когда вначале обнаруживается картина типичной нервной анорексии, а далее повторяются шизофренические шубы, при отсутствии каких-либо характерных компонентов

нервной анорексии. И возникает вопрос: это одно расстройство (шизофрения) или разные заболевания [4].

Одни авторы указывают, что синдром анорексии может встречаться при шизофрении, причем может предшествовать либо следовать параллельно данному заболеванию [5, 6, 7].

В зарубежной литературе встречается несколько теорий нозологической природы нервной анорексии относительно расстройств шизофренического спектра: (1) нервная анорексия и шизофрения абсолютно разные заболевания; (2) расстройства шизофренического спектра могут развиваться после нервной анорексии, особенно после набора веса; ремиссия при нервной анорексии способствует развитию психотических эпизодов; (3) наличие негативной симптоматики уменьшает тяжесть нервной анорексии; (4) нервная анорексия – это синдром анорексии в рамках расстройств шизофренического спектра [5, 8].

Принимая во внимание отсутствие единой точки зрения о синдроме анорексии в клинике психических и поведенческих расстройств, мы изучили нейропсихологические особенности больных шизофренией при наличии признаков отклоняющегося пищевого поведения на доболезненном уровне с целью выявления отличий в нейрокогнитивном функционировании и социальных когнициях (эмоциональный процессинг) больных шизофренией при наличии и при отсутствии признаков отклоняющегося пищевого поведения, что в дальнейшем поможет разработать методологические подходы и усовершенствовать дифференциально-диагностические критерии в разграничении пациентов с нервной анорексией и шизофренией. Т.е. во время обследования 23 пациентки из 60 с параноидной формой шизофрении отмечали, что за 5 лет до выставления им диагноза шизофрении они стремились к снижению массы тела, вызывали рвоту, принимали слабительные и диуретические средства, чрезмерно

занимались спортом. На момент обследования пациентки имели признаки нарушенного пищевого поведения (НПП), причем это были исключительно эпизоды переедания и очистительного поведения. Практика показывает, что зачастую при наличии признаков НПП, но когда отсутствуют 1 или более из ключевых признаков нервной анорексии или когда имеются все ключевые симптомы, но только в легкой форме, выставляется диагноз атипичная нервная анорексия.

Наше исследование проводилось в 2 этапа: 1 этап – одноментное поперечное исследование; 2 этап – наблюдательное ретроспективное исследование (анамнез составлял до 5 лет). Были обследованы 60 человек: девушки и молодые женщины, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет (23 пациентки из 60 имели признаки отклоняющегося пище-

вого поведения, включая и доболезненный уровень.

Обследование включало комплекс анамнестических, антропометрических, психометрических методов и методик. Также проводилось изучение карт стационарных пациенток в архиве государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», в частности, анамнестические сведения и результаты патопсихологического обследования. Статистическая обработка была выполнена с применением критерия Манна-Уитни (U-критерий). Ниже приведены полученные результаты в таблице 1 (в средних рангах), а также отношения шансов (ОШ) в таблице 2 (приводятся показатели только с достоверными значениями при $p < 0,05$). Также применялся метод Каплана-Мейера, позволяющий изучить закономерности появления определенного исхода в выборке в течение определенного периода времени.

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 (девиантного) пищевого поведения	Пациентки с шизофренией без симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения
Антропометрические показатели	Окружность талии (U = 298, p = 0,05)	36,04	27,05
	Окружность бедер (U = 256, p = 0,01)	37,87	25,92
	Толщина кожной складки (U = 269,5, p = 0,012)	37,28	26,28
	«Качели» веса (U = 246, p = 0,006)	38,30	25,65
Показатели Scl-90r	Психотизм (U = 283,00, p = 0,03)	36,70	26,65
Показатели ШОПП	Стремление к худобе (U = 301,5, p = 0,05)	35,89	27,15
	Булимия (U = 300, p = 0,049)	35,96	27,11
Показатели САНТАВ- 10.0	Тест скрининга моторных функций (МОТ): среднее время задержки от стимула до реакции (U = 299,5, p = 0,05)	33,91	25,02

Результаты и обсуждение

В таблице 1 видно, что пациентки с диагнозом шизофрения с НПП статистически достоверно имели больший уровень психотизма (показатель из опросника «Шкала общей психопатологической симптоматики» – SCL-90-R), больший уровень стремления к худобе и булимии (показатели из опросника «Шкала оценки пищевых предпочтений» – ШОПП), также в тесте скрининга моторных функций MOT (показатель из кембриджской нейропсихологической автоматизированной батареи тестов CANTAB-10.0) имели большее среднее время задержки от стимула до реакции. 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 НПП.

В таблице 2 приводятся значения факторов, при которых возникает риск конверсии состояний с НПП в расстройства шизофренического спектра с симптомами нарушения пищевого поведения. Оценка проводилась с применением отношения шансов при достоверности в 95%. Известно, если доверительный интервал не включает единицу (ДИ), то связь достоверна (вероятность конверсии диагноза).

Мы видим, что оценка нейрокогнитивной дисфункции в аспекте исполнительских функций помогает в определении точной нозологической принадлежности синдрома анорексии в клинике психических и поведенческих расстройств.

Таблица 2. Критерии риска конверсии состояний с донозологическими проявлениями отклоняющегося от нормативного пищевого поведения в расстройства шизофренического спектра с симптомами нарушения пищевого поведения

Методики	Фактор, его значение	ОШ (95% ДИ)
показатели ШОПП	стремление к худобе (> 3)	3,57 (1,37-8,69)
показатели Висконсинского теста сортировки карточек	ошибки отвлечения (> 1)	2,45 (1,09-7,11)
	общее количество неправильных ответов (> 32)	4,55 (2,1-11,17)
показатели SCL-90-R	враждебность (> 7)	2,86 (1,15-7,97)
показатели нейропсихологических тестов на исполнительское функционирование, оперативную память и планирование:	тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением»	15 (7,89-32,13)
	тест «Переключение фигура/фон»	13,13 (6,47-25,17)
	тест «Пространственная оперативная память»	12,5 (5,22-20,2)
показатели PANSS: негативные синдромы	притупленный аффект (> 3)	1,56 (1,01-5,33)
	нарушение абстрактного мышления (> 3)	2,15 (1,05-6,94)
показатели патопсихологического обследования: нарушения мышления	снижение уровня обобщения (> 1)	3,29 (1,25-8,22)

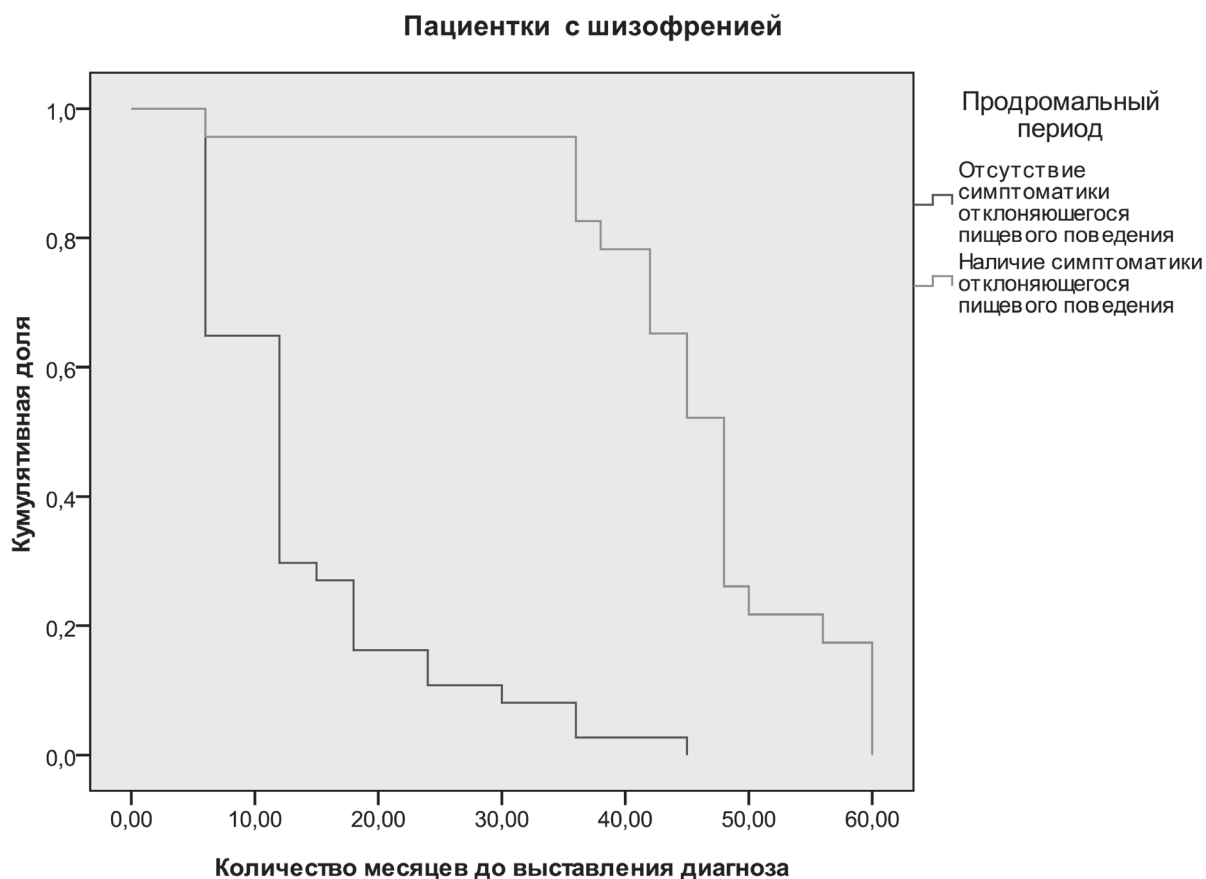


Рис. 1. Кривые Каплана-Мейера в зависимости от наличия или отсутствия симптоматики отклоняющегося пищевого поведения

Методом Каплана-Мейера мы изучили разницу во времени выставления клинического диагноза шизофрения в зависимости от наличия или отсутствия симптоматики отклоняющегося пищевого поведения на доболезненном уровне.

На рисунке 1 видно, что при наличии симптоматики отклоняющегося пищевого поведения в продромальном периоде диагноз шизофрения выставляется позже (среднее время = 46 месяцев, при отсутствии симптоматики отклоняющегося пищевого поведения в продромальном периоде среднее время = 14 месяцев, $p < 0,001$).

Таким образом, мы видим, что оценка нейрокогнитивной дисфункции в аспекте исполнительских функций помогает разграничить синдром анорексии в клинике психических и поведенческих расстройств.

У пациенток с шизофренией на фоне симптоматики отклоняющегося пищевого поведения (23 из 60 человек), которое определялось также клинически до выставления диагноза шизофрения, применение критерия Манна-Уитни показывает количественные искажения параметров нейропсихологического профиля, причем более выраженные у пациенток с шизофренией при наличии девиантного пищевого поведения. Применение отношения шансов (ОШ) позволяет выделить референтные значения показателей для изменения диагноза атипичная нервная анорексия на расстройства шизофренического спектра с синдромом анорексии.

Кривые Каплана-Мейера демонстрируют отсроченность во времени выставления диагноза шизофрении при нали-

чий симптоматики отклоняющегося пищевого поведения на доболезненном уровне (среднее время = 46 месяцев, при отсутствии симптоматики отклоняюще-

гося пищевого поведения в продромальном периоде среднее время = 14 месяцев, $p < 0,001$, т.е. на 32 месяца позже).

Литература

1. Walsh, J. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician / J. Walsh, M. Wheat, K. Freund // *J. Gen. Intern. Med.* – 2000. – Vol. 15. – № 8. – P. 577–590.

American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. – 2006. – Vol. 163: 7 Suppl: 4–54.

2. Misra, M. Relationships between Serum Adipokines, Insulin Levels and Bone Density in Girls with Anorexia Nervosa / M. Misra, K. K. Miller, J. Cord [et al.] // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2007. – Vol. 92. – № 6. – P. 2046–2052.

3. Хохлов, Л. К., Григорьева, Е. А. Нервная анорексия как расстройство многофакторной природы / Л. К. Хохлов, Е. А. Григорьева // *Материалы XVI Съезда психиатров России, Всероссийской научно-практической конференции с междуна-*

родным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», г. Казань, 23–26 сентября 2015 г. / Российский университет дружбы народов ; ред.: Н. Г. Незнанов. – Казань, 2015. – С. 597–598.

4. Cinemre, B. Case report: comorbid ~ anorexia nervosa and schizophrenia in a male patient / B. Cinemre, B. Kulaksizoglu // *Turk Psikiyatri Dergisi.* – 2007. – Vol. 18. – № 1. – P. 87–91.

5. Cheung, P. Anorexia nervosa and schizophrenia in a male Chinese / P. Cheung, E. Wilder-Smith // *International Journal of Eating Disorders.* – 1995. – Vol. 18. – № 1. – P. 103–106.

6. Kiraly, B. Case report. Anorexia nervosa and psychosis in a male triathlete / B. Kiraly, E. A. Joy // *Current Sports Medicine Reports.* – 2003. – Vol. 2. – № 6. – P. 317–319.

7. Kaye, W. H. Disordered eating: a defense against psychosis / W. H. Kaye, C. M. Bulik, L. Thornton, N. Barbarich, K. Masters // *International Journal of eating disorders.* – 2004. – № 24. – P. 329–333.

Поступила 20.01.2021 г.