

УДК 616.89-008-02:615.24

## Влияние ограничительных тенденций в питании на клинику расстройств шизофренического спектра

Шубина С. Н., Скугаревский О. А.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Реферат.** Нарушения пищевого поведения зачастую требуют динамического наблюдения и дифференциального диагноза с расстройствами шизофренического спектра. Анализ источников литературы показывает, что именно нервная анорексия наиболее ярко демонстрирует зыбкость границ между вариантами нормального и патологического психического состояния.

**Ключевые слова:** нервная анорексия, шизофрения.

**Введение.** 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.

Однако взгляды на нозологическую природу нервной анорексии до настоящего времени не отличаются определенностью и единством.

Так, E. Bleuler описал синдром анорексии в рамках шизофрении еще в начале XIX в. [1, 2, 3]. Однако до сих пор остается неизученный до конца вопрос: нервная анорексия и шизофрения — это одно заболевание или разные нозологии?

Феноменология клинически значимых нарушений пищевого поведения, своеобразие их поведенческих паттернов (например, при очистительном пищевом поведении, присоединении компульсивных ритуалов и пр.), отгороженность от социальных контактов, образ собственного тела, полиморфная сопутствующая психопатологическая симптоматика и прочие симптомы требуют динамического наблюдения и дифференциального диагноза с расстройствами шизофренического спектра.

Ригидность жизненного стиля больных нервной анорексией, их несотрудничество в терапевтическом процессе, игнорирование прямых и отдаленных последствий расстройства, настороженность в отношении любых попыток извне скорректировать дезадаптивное пищевое поведение и предупредить его драматические последствия дает основания предполагать специфический характер когнитивной организации их психических процессов (D. V. Herzog, J. D. Hopkins, C. D. Burns, 1993). В этом отношении известно, что больным шизофренией свойственны затруднения в идентификации или различении эмоций, наблюдаемых на статичных фотографиях или аудио- / видеопрезентациях. Причем этот дефицит оказывается значимо более выраженным в отношении определенных негативных (страх, отвращение), чем позитивных эмоций (J. Addington, 2008; R. E. Gur, 2007). Некоторые исследователи продемонстрировали, что пациенты с нервной анорексией испытывают трудности в распознавании эмоций с чужого голоса, а также то, что положительные или отрицательные эмоции определяются хуже, чем нейтральные (D. Hambrook, K. Tchanturia, J. Treasure, U. Schmidt, 2010). Другие исследования это опровергают (M. Kessler [et al.], 2006; J. Mendlewicz [et al.], 2005; K. Kucharska-Pietura, P. Gowda, H. Midwinte, 2009).

При современном уровне развития психиатрии окончательный безапелляционный ответ здесь преждевременен. Итак, при рассмотрении нервной анорексии, этой сравнительно «простой», строго очерченной патологии, обращает на себя внимание наличие клинического полиморфизма, полиморбидности с сочетанием самых различных расстройств — и эндогенных, и психогенных, и органических. Выступает клинический континуум, отражающий во взаимодействии разнородных патогенных факторов, приводящих к болезни [4].

Все это еще раз подтверждает тот факт, что определение точной нозологической принадлежности нервной анорексии поможет усовершенствовать стратегии профилактики и раннего вмешательства, а также нацелить пациентов на лечение данного заболевания, улучшив комплаентность.

**Цель работы** — выявление отличий в нейрокогнитивном функционировании и социальных когнициях (эмоциональный процессинг) при нервной анорексии и шизофрении, что в дальнейшем по-

может разработать методологические подходы и усовершенствовать дифференциально-диагностические критерии для оценки синдрома анорексии при этих расстройствах.

**Материалы и методы.** Проводилось одномоментное поперечное исследование. Были обследованы 185 человек: 1) девушки и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование (контрольная группа — 60 человек); 2) девушки и молодые женщины, страдающие нервной анорексией (1-я группа сравнения — 60 человек); 3) девушки и молодые женщины, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет (2-я группа сравнения — 60 человек); 4) девушки и молодые женщины, страдающие нервной анорексией, в 5-летнем анамнезе которых клинический диагноз был изменен на расстройства шизофренического спектра (5 человек).

Обследование включало комплекс анамнестических, антропометрических, психометрических методов и методик. Также проводилось изучение карт стационарных пациенток в архиве ГУ «Республиканского научно-практического центра психического здоровья», в частности анамнестические сведения и результаты патопсихологического обследования. Ниже приведены результаты 1-го этапа исследования (сравнение *K* независимых выборок и *H*-критерий Краскала — Уоллеса).

**Результаты и их обсуждение.** Мы изучили влияние ограничительных тенденций в питании, сравнивая следующие группы пациенток: 1-я группа — пациентки с шизофренией на фоне симптоматики девиантного пищевого поведения (у 23 респонденток данной группы из 60 — признаки отклоняющегося пищевого поведения определялись до выставления диагноза «шизофрения»; 2-я группа контроля на фоне симптоматики девиантного пищевого поведения (у 31 респонденток данной группы из 60 определялись признаки отклоняющегося пищевого поведения на доболезненном уровне). Данная задача была выполнена с применением критерия Манна — Уитни (*U*-критерий). Ниже приведены полученные результаты в таблицах 1 и 2 (в средних рангах), а также отношения шансов (ОШ) в таблицах 3 и 4 (во всех таблицах указаны только достоверные различия). Также мы изучили результаты патопсихологического обследования пациентов с шизофренией и с нервной анорексией.

Таблица 1 — Нейропсихологические особенности пациенток с шизофренией на фоне симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого

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

Таблица 2 — Нейропсихологические особенности группы контроля на фоне симптоматики доклинических проявлений отклоняющегося (девиантного) пищевого

Показатели	Уровень достоверности различий (U-тест Манна – Уитни)	Группа контроля на фоне симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения	Группа контроля без симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения
ШОПП	Стремление к худобе (U = 178, p < 0,001)	39,26	21,14
	Булимия (U = 326, p = 0,036)	34,48	26,24
	Неудовлетворенность телом (U = 269,5, p = 0,006)	36,31	24,29
	Неэффективность (U = 294, p = 0,02)	35,52	25,14
	Перфекционизм (U = 286, p = 0,015)	35,77	24,86
	Страх зрелости (U = 188,5, p < 0,001)	38,92	21,50
Батарей (PennCNP)	Тест «Память на лица»: количество правильных ответов (U = 295, p = 0,021)	35,83	25,52
	Тест «Распознавание эмоций»: количество правильных ответов (U = 300, p = 0,026)	35,66	25,68

Таблица 3 — Факторы, чувствительные к доклиническим проявлениям феноменов отклоняющегося пищевого поведения в группе контроля

Показатели	Фактор	ОШ [95 % ДИ]
Висконсинского теста сортировки карточек	Количество пройденных категорий (меньше 6)	2,11 [1,05–6,17]
ШОПП	Стремление к худобе	7,35 [6,80–24,49]
	Неудовлетворенность телом	4,67 [2,32–13,66]
PennCNP: I тест «Память на лица»	Количество неправильных ответов	3,98 [2,88–13,26]
CANTAB-10.0: тесты на внимание: А тест «Быстрая обработка визуальной информации»	Количество упущенных последовательностей	3,46 [2,50–11,5]

Таблица 4 — Факторы, обнаруживающие связь с развитием шизофрении на фоне сопутствующей симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения

Показатели	Фактор	ОШ [95 % ДИ]
ШОПП	Стремление к худобе	3,57 [1,37–8,69]
Висконсинского теста сортировки карточек	Ошибки отвлечения	2,45 [1,09–7,11]
	Общее количество неправильных ответов	4,55 [2,1–11,17]
SCL-90-R	Враждебность	2,86 [1,15–7,97]

Окончание табл. 7

Показатели	Фактор	ОШ [95 % ДИ]
CANTAB-10.0: тесты на исполнительское функционирование, оперативную память и планирование: А тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением» Б тест «Переключение фигура/фон» В тест «Пространственная оперативная память»	Количество выборов до правильного	15 [7,89–32,13]
	Количество perseverативных ошибок	13,13 [6,47–25,17]
	Общие внешние ошибки на 4 квадратах в тесте	12,5 [5,22–20,2]
PANSS: негативные синдромы	Притупленный аффект	1,56 [1,01–5,33]
	Нарушение абстрактного мышления	2,15 [1,05–6,94]
Патопсихологического обследования: нарушения мышления	Снижение уровня обобщения	3,29 [1,25–8,22]

Мы видим, что оценка нейрокогнитивной дисфункции в аспекте исполнительских функций четко разграничивает пациенток с диагнозом «нервная анорексия» и пациенток с шизофренией, а также группу контроля.

#### *Результаты патопсихологического обследования*

1. Общая оценка нарушений речи (формальных расстройств мышления): монотонность речи, употребление в беседе коротких фраз, простых предложений, снижение вербальной продуктивности, поверхностные ответы преобладают у пациенток с шизофренией, а наличие большей эмоциональности речи при связи заданий с тематикой еды преобладают у пациенток с нервной анорексией; вопросы без ответов, присутствие неологизмов, ассоциаций по созвучию и смысловых соскальзываний, использование вычурных или усложненных высказываний, нарушение связности, неровность, прерывистость речи, эхоталичность определялись только у пациенток с шизофренией.

2. Общая оценка нарушений внимания: рассеянность, неспособностью уделять внимание нескольким делам одновременно, трудности концентрации внимания преобладают у пациенток с шизофренией, а истощаемость преобладает у пациенток с нервной анорексией; отвлекаемость, лабильность, сужение объема, плохая переключаемость, дефицит селективного внимания определялись только у пациенток с шизофренией.

3. Общая оценка нарушений памяти: замедление процесса заучивания, снижение объема кратковременной памяти преобладают у пациенток с шизофренией, а нарушение семантической памяти определялись только у пациенток с шизофренией.

4. Общая оценка нарушений мышления (кроме формальных расстройств мышления): снижение уровня обобщения (ориентировка на конкретно-ситуационные признаки предметов) преобладает у пациенток с шизофренией, а личностная окраска мышления, связанная с проблемой потребности в еде преобладает у пациенток с нервной анорексией; затруднения в интерпретации смысла некоторых пословиц и метафор, своеобразные, субъективные суждения, искажения процесса обобщения, непоследовательность суждений, разноплановость мышления, резонерство, нарушения критичности мышления, нарушение динамики мыслительной деятельности в виде лабильности и инертности определялись только у пациенток с шизофренией.

**Заключение.** Таким образом, симптомы нарушения пищевого поведения привносят собой как качественные, так и количественные искажения параметров нейропсихологического профиля. Выявленные различия в результатах патопсихологического исследования и в организации исполнительских функций между больными шизофренического спектра и нервной анорексией свидетельствуют в пользу разграничения этих клинических феноменологий и могут 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.

**Литература**

1. Ромацкий, В. В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) / В. В. Ромацкий, И. Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины. — 2006. — Т. 5. — № 3. — С. 61–69.
2. Мазаева, Н. А. Нервная анорексия — проблема далекая от разрешения Осипова / Н. А. Мазаева, А. А. Осипова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2007. — Т. 107. — № 10. — С. 85–94.
3. Результаты длительного лонгитудинального исследования нарушений пищевого поведения / В. В. Марилев [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. — 2006. — № 2. — С. 129–133.
4. Хохлов, Л. К. Нервная анорексия как расстройство многофакторной природы / Л. К. Хохлов, Е. А. Григорьева // Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы: материалы XVI Съезда психиатров России, Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием, г. Казань, 23–26 сентября 2015 г. / Российский университет дружбы народов; ред. Н. Г. Незнанов. — Казань, 2015. — С. 597–598.

## **Impact of restrictive dietary trends on the clinic for schizophrenic spectrum disorders**

*Shubina S. N., Skugarevsky O. A.*

*Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus*

Eating disorders commonly need a dynamic monitoring and need to be differentiated from schizophrenic disorders. The analysis of literature sources shows that anorexia nervosa is the disorder that most clearly demonstrates the thinness of the boundaries between the versions of the normal and pathological mental states.

**Keywords:** anorexia nervosa, schizophrenia.

*Поступила 09.11.2020*