

С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский

КОНВЕРСИЯ СИНДРОМА АНОРЕКСИИ В НЕРВНУЮ БУЛИМИЮ И РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Статья посвящена изучению конверсии синдрома анорексии в нервную булимию и в расстройства шизофренического спектра, а также определению вклада нейропсихологических параметров в клинику психических и поведенческих расстройств. Анализ источников литературы показывает, что именно нервная анорексия наиболее ярко демонстрирует зыбкость границ между вариантами нормального и патологического психического состояния. Авторы рассматривают эту проблему с учетом современных знаний относительно синдрома анорексии. В настоящей работе приводятся результаты исследования, в котором принимали участие 65 пациенток женского пола (возраст, медиана Me (25%-75%) составил 20 (17-24) лет), страдающих нервной анорексией, в 5-летнем проспективном катамнезе которых клинический диагноз был изменен на нервную булимию (20 человек) или на расстройства шизофренического спектра (5 человек).

Также мы определили разницу во времени выставления клинического диагноза (нервная анорексия) в зависимости от наличия или отсутствия в 5-летнем катамнезе изменения на диагноз нервная булимия, применяя метод Каплана-Мейера.

Ключевые слова: синдром анорексии, нервная анорексия, нервная булимия, шизофрения, конверсия.

S. N. Shubina, O. A. Skugarevsky

CONVERSION OF AN ANOREXIA SYNDROME TO BULIMIA NERVOSA AND SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS

The article is dedicated to the study of the conversion of cases of anorexia syndrome to bulimia nervosa and to schizophrenic spectrum disorders, as well as to the contribution of neuropsychological parameters on the clinical findings of mental and behavioral disorders. The analysis of literature sources reveals that it is anorexia nervosa that most clearly demonstrates the thinness of the line between the variants of a normal and pathological mental state. The authors consider this problem taking into account the current knowledge regarding anorexia syndrome. This paper provides the results of a study that involved 65 female patients (the age, the median Me (25-75%) was 20 (17-24) years old) suffering from anorexia nervosa, whose 5-year follow-up diagnosis was changed to bulimia nervosa (20 people) or schizophrenic spectrum disorders (5 people).

We also spotted the difference in the time required to diagnose a case (of anorexia nervosa) depending on the presence or absence of a change in the diagnosis to bulimia nervosa in a 5-year follow-up, using the Kaplan-Meier method.

Key words: anorexia syndrome, anorexia nervosa, bulimia nervosa, schizophrenia, conversion.

Гетерогенность клиники нарушений пищевого поведения с флюктуирующим ее характером требует поиска дополнительных диагностических возможностей, учитывая и то, что феноменология клиниче-

ски значимых нарушений пищевого поведения (НПП) зачастую требует динамического наблюдения и дифференциального диагноза с расстройствами шизофренического спектра [1, 2, 3].

Динамическая изменчивость синдрома анорексии часто обращает на себя внимание исследователей, вызывая теоретические дискуссии о природе синдромов и симптомов: являются ли их сочетания случайными, психопатологически и нозологически связанными или возникают как осложнения соматических заболеваний.

Одни авторы указывают, что синдром анорексии может встречаться при шизофрении, причем может предшествовать либо следовать параллельно данному заболеванию. Существуют мнения, что депрессивная, бредовая, галлюцинаторная симптоматика при шизофрении может привести к развитию синдрома анорексии [4, 5].

Существует исследование, согласно которому шизофрения развивается в 3 раза чаще при ограничительном типе нервной анорексии, чем при очистительном типе (Blinder et al., 2006).

Eugen Bleuler описал синдром анорексии в рамках шизофрении еще в начале XIX века [6, 7, 8], но до сих пор остается до конца неизученный вопрос: нервная анорексия и шизофрения – это одно заболевание или разные нозологии?

Многие авторы подчеркивают, что оценка нейрокогнитивных функций является важной в правильной постановке диагноза нервной анорексии (Krabbendam et al., 2005) (Rössler et al., 2007).

Одной из целей нашего исследования являлось выявление отличий в нейрокогнитивном функционировании и социальных когнициях (эмоциональный процессинг) при динамической изменчивости синдрома анорексии, что в дальнейшем поможет разработать методологические подходы и усовершенствовать дифференциально-диагностические методы для оценки синдрома анорексии в клинике психических и поведенческих расстройств.

Обследование включало комплекс анамнестических, антропометрических, психометрических методов и методик. Также проводилось изучение карт стационарных пациенток в архиве ГУ «РНПЦ ПЗ, в частности,

результаты патопсихологического обследования. Статистическая обработка 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 (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.

В таблице 1 видно, что пациентки с нервной анорексией, в 5-летнем анамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз нервная булимия, статистически достоверно имели большую окружность талии и бедер, больший индекс массы тела (ИМТ), большую толщину кожной складки и большие «качели веса» (разница между максимальным и минимальным весом) по сравнению с теми пациентками с нервной анорексией, в 5-летнем анамнезе которых клинический диагноз не был изменен на диагноз нервная булимия. Кроме того, данная группа пациенток статистически достоверно имела большую неспособность удержания счета (показатель Висконсинского теста сортировки карточек – WTSC); меньшее количество правильных ответов узнавания лиц в тесте «Распознавание эмоций» (показатель компьютеризированной нейропсихологической батареи (PennCNP) для изучения нейропсихологического функционирования Лаборатории проблем мозга Пенсильванского университета – FRT); больший балл по шкале «Булимия», меньший балл по шкале «Перфекционизм» и меньший балл по шкале «Недоверие в межличностных отношениях» (показатели опросника «Шкала оценки пищевых предпочтений» – ШОПП); большее количество выборов до правильного в тесте «Кембриджские чулки с одним прикосновением» OTS, большее среднее время задержки в тесте в тесте «Большой / маленький круг» BLC, большее количество ошибок в тесте «Пространственная оперативная память» SWM,

Таблица 1. Нейропсихологические и антропометрические особенности пациенток с нервной анорексией в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз нервная булимия (20 человек) (в рангах)

Тесты	Показатели	Пациентки с нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз нервная булимия	Пациентки с нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз не был изменен на диагноз нервная булимия
Антропометрические показатели	Окружность талии (U = 164,00, p < 0,001)	42,30	24,60
	Окружность бедер (U = 165,00, p < 0,001)	42,25	24,63
	Толщина кожной складки (U = 182,00, p < 0,05)	41,40	25,05
	ИМТ (U = 126,00, p < 0,001)	44,23	23,64
	«Качели» веса (U = 297,00, p < 0,05)	48,60	27,15
Показатели WTSC	Неспособность удержания счета (U = 287,00, p < 0,05)	36,15	27,68
Показатели FRT	Количество правильных ответов узнавания лиц в тесте «Распознавание эмоций» (U = 264,00, p < 0,05)	23,68	33,91
Показатели ШОПП	Перфекционизм (U = 301,50, p = 0,05)	24,30	33,60
	«Булимия» (U = 76,00, p < 0,001)	46,93	22,29
	Недоверие в межличностных отношениях (U = 263,00, p < 0,05)	24,65	33,93
Показатели САНТАВ-10.0	Количество выборов до правильного в тесте «Кембриджские чулки с одним прикосновением» (U = 259,00, p < 0,05)	37,55	26,98
	Количество правильных ответов в тесте «Памяти на узнавание образца» (U = 284,00, p = 0,05)	24,70	33,40
	Среднее время задержки в тесте «Большой / маленький круг» (U = 256,50, p < 0,05)	37,68	26,91
	Общее количество ошибок в тесте «Пространственная оперативная память» (U = 243,50, p < 0,05)	38,33	26,59

меньшее количество правильных ответов в тесте «Памяти на узнавание образца» PRM (показатели кембриджской нейропсихологической автоматизированной батареи тестов САНТАВ-10.0).

В таблице 2 видно, что пациентки с нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе ко-

торых клинический диагноз был изменен на диагноз из рубрики расстройств шизофренического спектра, статистически достоверно имели большие «качели веса» (разница между максимальным и минимальным весом) по сравнению с пациентками без изменения диагностической категории в катамнезе.

Таблица 2. Нейропсихологические и антропометрические особенности пациенток с нервной анорексией в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз из рубрики расстройств шизофренического спектра (5 человек) (в рангах)

Тесты	Показатели	Пациентки с нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз из рубрики расстройств шизофренического спектра	Пациентки с нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз не был изменен на диагноз из рубрики расстройств шизофренического спектра
Антропометрические показатели	«Качели» веса (U = 165,00, p < 0,001)	45,30	24,60
Показатели WTSC	Общее количество предъявляемых карточек (U = 62,00, p < 0,05)	50,60	31,53
	Общее количество неправильных ответов (U = 71,00, p < 0,05)	48,80	31,68
	Количество законченных категорий (U = 47,50, p < 0,001)	12,50	34,71
	Ошибки отвлечения (U = 78,00, p < 0,05)	47,40	31,80
Показатели Scl-90r	Паранойальность (U = 59,50, p < 0,05)	51,10	31,49
Показатели FRT	Количество неправильных ответов узнавания лиц в тесте «Память на лица» (U = 24,00, p < 0,05)	58,20	30,90
Показатели ШОПП	Страх зрелости (U = 17,00, p < 0,05)	60,40	30,72
	Недоверие в межличностных отношениях (U = 13,00, p < 0,05)	59,60	30,78
Показатели CANTAB-10.0	Количество выборов до правильного в тесте «Кембриджские чулки с одним прикосновением» (U = 57,00, p < 0,05)	51,60	31,45
	Среднее время задержки в тесте «Большой / маленький круг» (U = 47,00, p < 0,05)	50,75	31,28
	Общее количество ошибок в тесте «Пространственная оперативная память» (U34,00, p < 0,05)	54,00	31,07

Кроме того, данная группа пациенток статистически достоверно имела большее количество предъявляемых карточек, большее количество неправильных ответов, большее количество ошибок отвлечения, но меньшее количество законченных категорий (показа-

тели Висконсинского теста сортировки карточек – WTSC); больший балл по шкале «Паранойальность» (показатель «Шкалы общей психопатологической симптоматики» – SCL-90-R); большее количество неправильных ответов узнавания лиц в тесте «Память на лица» (по-

казатель FRT); большой балл по шкалам «Страх зрелости» и «Недоверие в межличностных отношениях» (показатели опросника «Шкала оценки пищевых предпочтений» – ШОПП); большее количество выборов до правильного в тесте «Кембриджские чулки с одним прикосновением» OTS, большее среднее время задержки в тесте в тесте «Большой/маленький круг» BLC, большее количество ошибок в тесте «Пространственная оперативная память» SWM (показатели кембриджской нейропсихологической автоматизированной батареи тестов CANTAB-10.0).

Полученные результаты могут говорить о больших затруднениях в реализации исполнительского функционирования у пациентки с нервной анорексией, в 5-летнем анамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз нервная булимия, по сравнению с пациентками без изменения диагностической категории в анамнезе.

Полученные результаты могут говорить о больших затруднениях в реализации исполнительского функционирования у пациентки с нервной анорексией, в 5-летнем анамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз из рубрики расстройств шизофренического спектра, по сравнению с пациентками без изменения диагностической категории в анамнезе.

В таблице 3 приводятся значения факторов, при которых возникает риск конверсии состояний с нервной анорексией в нервную булимию, а в таблице 4 приводятся значения факторов, при которых возникает риск конверсии состояний с нервной анорексией в расстройства шизофренического спектра. Оценка проводилась с применением отношения шансов при достоверности в 95%. Известно, если доверительный интервал не включает единицу (ДИ), то связь достоверна (вероятность конверсии диагноза).

Таблица 3. Критерии риска конверсии диагноза нервная анорексия в нервную булимию

Методики	Фактор, его значение	ОШ (ДИ)
показатели ШОПП	«булимия» (> 3)	43,48 (13,44-76,47)
показатели CANTAB тесты на исполнительское функционирование, оперативную память и планирование:		
тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением»	количество выборов до правильного (> 1)	3,5 (1,17-7,99) 3,5 (1,17-8,02)
тест «Пространственная оперативная память»	общее количество ошибок (> 26)	
скрининговые тесты: тест «Большой/маленький круг»	среднее время задержки между появлением круга и реакцией (> 64)	3,44 (1,15-8,0)
показатели патопсихологического обследования: нарушения памяти	замедленность заучивания (> 1)	3,44 (1,15-8,0)
расстройства мышления:	снижение уровня обобщения (> 1)	3,44 (2,12-9,09)

Таблица 4. Критерии риска конверсии диагноза нервная анорексия в расстройства шизофренического спектра

Методики	Фактор, его значение	ОШ (ДИ)
показатели Висконсинского теста сортировки карточек	общее количество предъявляемых карточек (> 71)	4,27 (3,95-14,23)
показатели SCL-90-R	паранойяльные тенденции (> 6)	1,17 (1,05-4,25)
показатели РеннСNP: тест «Память на лица»	количество неправильных ответов (> 3)	31,25 (20,23-95,14)

Методики	Фактор, его значение	ОШ (ДИ)
показатели CANTAB		
тесты на исполнительское функционирование, оперативную память и планирование:	количество выборов до правильного (> 2)	1,56 (1,01-5,33)
тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением»		
показатели PANSS:	расстройства мышления (> 2)	5,35 (2,47-15,96)
позитивные синдромы		
негативные синдромы	подозрительность (> 2)	2,49 (1,15-7,43)
	трудности в общении (> 2)	2,67 (1,23-7,95)
общие психопатологические синдромы	необычное содержание мыслей (> 2)	6,68 (1,92-22,86)
показатели патопсихологического обследования:	снижение вербальной продуктивности (> 1)	12,66 (3,50-42,08)
формальные расстройства мышления:	поверхностные ответы (> 1)	9,35 (2,93-33,08)

Методом Каплана-Мейера мы изучили разницу во времени выставления клинического диагноза нервная анорексия в зависимости от наличия или отсутствия изменения в 5-летнем анамнезе диагноза нервная анорексия на диагноз нервная булимия.

На рисунке 1 видно, что при наличии изменения диагноза в 5-летнем анамнезе на диагноз нервная булимия диагноз нервная анорексия выставляется позже (среднее время = 62 месяца, при отсутствии изменения диагноза в 5-летнем анамнезе среднее время = 42 месяца, $p < 0,05$).

Таким образом, нервная анорексия может маскировать нервную булимию и расстройства шизофренического спектра и в связи с этим требует динамического наблюдения и дифференциального диагноза с данными нозологиями.

Отсутствие настороженности врачей в плане динамической изменчивости синдрома анорексии ведет к ошибкам в дифференциальной диагностике, курации таких пациентов, затрудняет выбор реабилитационных мероприятий и ухудшает социальный и медицинский прогноз. Своевременное выявление и профилактика нервной булимии и рас-

стройств шизофренического спектра может являться одним из факторов сохранения социальной адаптации.

Симптомы нарушения пищевого поведения привносят собой не только качественные, но и количественные искажения параметров нейропсихологического профиля.

Оценка нейрокогнитивной дисфункции в аспекте исполнительских функций поможет не только разграничить синдром анорексии в клинике психических и поведенческих расстройств и выставить правильный клинический диагноз, но и в дальнейшем оказать адекватную лечебно-реабилитационную помощь, а также осуществить своевременную профилактику тяжелых осложнений нарушений пищевого поведения.

У пациенток с нервной анорексией, в 5-летнем анамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз нервная булимия (20 из 65 человек) или на диагноз из рубрики расстройств шизофренического спектра (5 из 65 человек), применение критерия Манна-Уитни показывает количественные искажения параметров нейропсихологического профиля, причем более выраженные у пациенток при конверсии синдрома анорексии. Применение отношения шансов (ОШ) по-

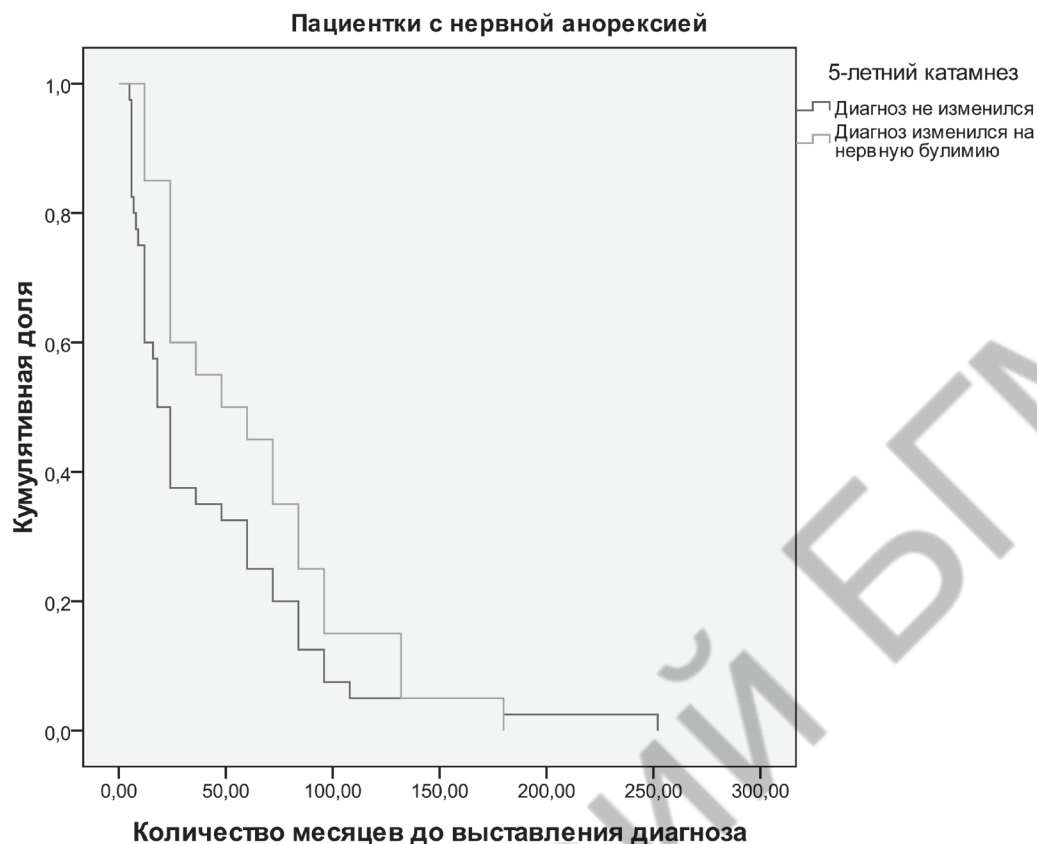


Рис. 1. Кривые Каплана-Мейера в зависимости от наличия или отсутствия изменения в 5-летнем катамнезе диагноза нервная анорексия на диагноз нервная булимия

звояет выделить нейропсихологические и антропометрические показатели (и их значения) для изменения диагноза нервная анорексия на нервную булимию и на расстройства шизофренического спектра.

Кривые Каплана-Мейера демонстрируют отсроченность во времени выставления клинического диагноза нервная анорексия при наличии изменения диагноза в 5-летнем катамнезе на диагноз нервная булимия (среднее время = 62 месяца, при отсутствии изменения диагноза в 5-летнем катамнезе на диагноз нервная булимия среднее время = 42 месяца, $p < 0,001$, т.е. на 20 месяцев позже).

Выводы

1) при конверсии синдрома анорексии в нервную булимию динамическая оценка антропометрических показателей свидетель-

ствует в пользу активной разбалансировки метаболического контроля организма;

2) при конверсии синдрома анорексии в нервную булимию динамические характеристики мнестических процессов хуже (CANTAB, WCST, FRT);

3) получены дополнительные данные об эмпирической валидации шкалы ШОПП (большие баллы по шкале «Булимия» при конверсии в нервную булимию и большая выраженность «Перфекционизма» и «Недоверия в межличностных отношениях» при стабильной нервной анорексии);

4) профиль нейропсихологической дисфункции при конверсии в шизофрению свидетельствует в пользу большей дисфункциональной вовлеченности когнитивного домена (в рамках дименсиональной модели шизофрении): снижение эффективности исполнительского функционирования – CANTAB, WTSC, FRT;

5) показатели ШОПП («Страх зрелости», «Недоверие в межличностных отношениях») дополнительно к показателю SCL-90-R («Паранояльные тенденции») являются ранними

маркерами конверсии синдрома анорексии в шизофрению при отсутствии явных клинических признаков (продуктивной симптоматики).

Литература

1. Темирова, А. Р. Корреляция особенностей психических и соматоневрологических расстройств у больных нервной анорексией.: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / А. Р. Темирова. – Москва, 2005. – 218 л.

2. Скугаревский, О. А. Когнитивный эндофенотип нарушений пищевого поведения: клиническая экстраполяция [Электронный ресурс] / О. А. Скугаревский, Т. О. Скугаревская // Детская психиатрическая служба: состояние и перспективы развития: сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию детской психиатрической службы Гродненской области, 19–20 октября 2017 г., [Гродно] / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»; [редкол.: В. А. Снежицкий, С. Б. Вольф, В. А. Карпюк (отв. ред.)]. – Гродно, 2017. – С. 65–68. – 1 эл. опт. диск.

3. Brockmeyer, T. Social cognition in anorexia nervosa: specific difficulties in decoding emotional but not none motional mental states / T. Brockmeyer, J. Pel-

legrino, H. Munch et. al // International Journal of Eating Disorders. – 2016. – DOI:10.1002/eat.22574.

4. Казакова, С. Е. Нозологическая принадлежность нервной анорексии / С. Е. Казакова // Психиатрия, неврология и медицинская психология. – 2014. – № 1(1). – С. 16–19.

5. Kouidrat, Y. Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management / Y. Kouidrat // Schizophrenia research and treatment. – 2014. – Vol. 18. – № 5. – P. 270–276.

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

7. 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.

8. Pafumi, C. Evaluation of bone mass in young amenorrheic women with anorexia nervosa / C. Pafumi, L. Ciotta, M. Farina // Minerva Ginecologica. – 2002. – Vol. 54. – № 6. – P. 127–137.

Поступила 6.01.2021 г.