

DOI: <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2022.3.143>С. Н. Шубина¹, А. А. Безводицкая¹, И. А. Хрущ¹, Е. А. Шуба²

НЕОБХОДИМОСТЬ ИНТЕГРАТИВНОЙ ОЦЕНКИ СИНДРОМА АНОРЕКСИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,¹
УЗ «Минская городская медико-реабилитационная экспертная комиссия»²

Взаимодействие между растущим количеством случаев нарушений пищевого поведения и расстройствами шизофренического спектра представляет собой сложную область, которой уделяется мало внимания. Его изучение поднимает концептуальные и методологические вопросы в обеих областях психиатрии с целью своевременной диагностики и лечения пациентов с синдромом анорексии.

Целью работы является обсуждение возможных отличий в исходах стационарного лечения лиц с нарушениями пищевого поведения в зависимости от истинной нозологической принадлежности синдрома анорексии и, соответственно этому, связанных с разным временем психофармакологических вмешательств. Авторами описываются 2 клинических случая пациенток с девиантным пищевым поведением, демонстрирующие исключительную важность интегративной оценки синдрома анорексии в работе врача-психиатра (на примере применения метода дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении в психиатрических стационарах).

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, синдром анорексии, расстройства шизофренического спектра, врач-психиатр.

S. N. Shubina, A. A. Bezvadzitskaya, I. A. Khrushch, E. A. Shuba

THE NEED FOR INTEGRATIVE ASSESSMENT OF ANOREXIA SYNDROME IN PRACTICAL PSYCHIATRY (WITH THE DESCRIPTION OF TWO CLINICAL CASES)

The interaction between the growing cases of eating disorders and schizophrenia spectrum disorders is a complex area that has received little attention. Its study raises conceptual and methodological questions in both areas of psychiatry with the aim of timely diagnosis and treatment of patients with anorexia syndrome.

The aim of the work is to discuss the possible differences in the outcomes of inpatient treatment of people with eating disorders, depending on the true nosological affiliation of the anorexia syndrome and, accordingly, associated with different times of psychopharmacological interventions. The authors describe two clinical cases of patients with deviant eating behavior, demonstrating the exceptional importance of an integrative assessment of the anorexia syndrome in the psychiatrist's work (on the example of using the method of differential diagnosis of eating disorders and schizophrenia in psychiatric hospitals).

Key words: eating disorders, anorexia syndrome, schizophrenia spectrum disorders, psychiatrist.

Наличие синдрома анорексии в клинической картине психических и поведенческих расстройств создает значительную проблему в диагностике и стратегиях лечения таких состояний [1]. Следует учитывать, что девиантное пищевое поведение может возникать

вместе с психотическими симптомами или независимо от них у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Компульсивное переедание также часто встречается у таких пациентов с распространенностью около 10 % [2].

Практикующему врачу-психиатру достаточно сложно ответить на некоторые важные вопросы, определяющие дальнейшую тактику ведения и лечения пациентов с признаками нарушенного пищевого поведения: 1) синдром анорексии присутствует в рамках нервной анорексии; 2) синдром анорексии присутствует в рамках нервной анорексии, но велика вероятность развития расстройств шизофренического спектра; 3) синдром анорексии присутствует в рамках расстройств шизофренического спектра; 4) синдром анорексии не достиг определенной психиатрической нозологии. В связи с этим роль дифференциальной диагностики синдрома анорексии в клинике психических и поведенческих расстройств весьма велика.

Инструкция по применению «Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении» содержит значения нейropsychологических, патopsихологических показателей и специфических признаков отклонения от нормативного пищевого поведения, прогнозирующих конверсию состояний с синдромом анорексии в расстройства шизофренического спектра [3]. Значения данных предикторов способствуют интегративной оценке состояний с признаками нарушенного пищевого поведения и своевременному установлению верного клинического диагноза [4].

Цель исследования

Целью работы является обсуждение важности определения истинной нозологической принадлежности синдрома анорексии на примере 2 клинических случаев, в одном из которых с помощью инструкции по применению «Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении» определена вероятность динамической изменчивости синдрома анорексии в расстройства шизофренического спектра.

Клиническое наблюдение

Представляется разбор 2 клинических случаев пациенток с синдромом анорексии, проходивших лечение в ГУ «РНПЦ психического здоровья», в котором показана сложность дифференциальной диагностики состояний с нарушением пищевого поведения, а также подчеркивается

важность применения оценки исполнительских функций и социальных когний при установлении нозологической принадлежности на ранних этапах (применяя метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении).

Пациентка О., 20-лет, была направлена в ГУ «РНПЦ психического здоровья» впервые в жизни в связи с появлением следующей симптоматики: снижение настроения, снижение аппетита, снижение веса на 30 % от изначального за прошедший год, очистительное поведение в виде намеренного употребления слабительных препаратов после приема пищи.

Анамнез жизни

Пациентка О. родилась младшей из двоих детей. Родители девочки развелись, когда ей было 4 года. Наследственность психопатологически отягощена, известно, что родной отец злоупотреблял алкоголем. Раннее развитие без особенностей, образование – незаконченное среднее специальное (взята академический отпуск, обучается на хореографа). На момент поступления в стационар не обучалась и не работала. Проживала с матерью.

Анамнез заболевания

Считает, что заболела во время учебы около 3 лет назад, когда необходимо было следить за весом, «ведь набор веса строго наказывался». Начала применять диеты, исключила из рациона мучное и сладкое. В день концертов вообще отказывалась от еды. Затем стала употреблять большое количество еды с целью возникновения рвоты. После рвоты стала появляться самопроизвольно.

Объективно при поступлении:

Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Самостоятельно пришла на беседу. Доступна продуктивному контакту. Речь по существу, последовательная. Охотно рассказывает о себе, при расспросе о болезни формальна, уклоняется от ответов. Настроение с тенденцией к снижению. Тревожна, напряжена. Эмоционально маловыразительна. Внимание рассеянное. Мышление в замедленном темпе. Оформленных бредовых идей и обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Подозритель-

на при осмотре. Вне суицидальных и агрессивных тенденций на момент осмотра. Формально настроена на лечение. Мотивации на выздоровление нет.

Неврологический статус без особенностей.

Соматический статус: Телосложение правильное. Дефицит массы тела (ИМТ = 16,3 кг/м², рост – 175 см, вес – 50 кг). Кожные покровы чистые. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД = 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул – частые запоры. Диурез в норме. Вторичная аменорея около 3 лет.

Данные психологического обследования

В личности прослеживается демонстративность, тревожность, высокий уровень вытеснения. Обнаружено нарушение мышления в виде снижения уровня обобщения, формальности, опоры на латентные признаки объектов. Эмоционально невыразительна.

Диагноз основной: Нервная анорексия F50.0.

На фоне проводимого лечения (длительность составила 2 месяца) флувоксамином, рisperидоном, групповой, индивидуальной и семейной психотерапией упорядочилось поведение, выровнялся фон настроения, нормализовался сон и аппетит, уменьшился контроль массы тела.

Рекомендовано наблюдение гинеколога, терапевта, эндокринолога, психиатра по месту жительства, рациональное питание, занятие физкультурой, дальнейшая групповая, индивидуальная, семейная психотерапия.

Пациентка Ю., 23 года, была направлена в ГУ «РНПЦ психического здоровья» впервые в жизни в связи с появлением следующей симптоматики: снижение настроения, появление тревоги, нарушение сна, снижение аппетита, снижение веса на 20 % от изначального за прошедший год, очистительное поведение в виде самопроизвольного вызывания рвоты (до 10 раз в день).

Анамнез жизни

Родилась единственным ребенком в полной семье. Отношения в семье характеризует следующим образом: «с отцом мы лучшие друзья, он меня во всем понимает, а мама требует бесконечной успешности, не обращая внима-

ния на мои желания и усталость». Раннее развитие без особенностей. Окончила школу с золотой медалью. Учится на 4-ом курсе в университете по педагогической специальности (вышла из академического отпуска).

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 6 лет, когда стала ограничивать себя в еде (исключила «животные белки»), т. к. родители («особенно мама») делали замечания по поводу веса («надо бы тебе похудеть»). Масса тела уменьшилась на 4 кг. После этого пациентка стала вызывать у себя рвоту.

Объективно при поступлении:

Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Самостоятельно пришла на беседу. Причину госпитализации объясняет «страхом за свою фигуру» и «разрушением в теле в связи с болезнью». Говорит, что в процессе лечения «стала больше себя любить». Тревожна. Эмоционально лабильна. Внимание отвлекаемое. Мышление в замедленном темпе. Оформленных бредовых идей и обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Вне суицидальных и агрессивных тенденций на момент осмотра. Настроена на лечение. Мотивирована на выздоровление.

Неврологический статус без особенностей.

Соматический статус: Телосложение правильное. Дефицит массы тела (ИМТ = 14,7 кг/м², рост – 165 см, вес – 40 кг). Кожные покровы чистые. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД = 80/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул – частые запоры. Диурез в норме. Вторичная аменорея около 2 лет.

Данные психологического обследования

Внимание и память в пределах нормы. В эмоционально-волевой сфере – холодность, бедность эмоциональных реакций, мотивация к лечению истинная. В мышлении – формальность.

Диагноз основной: Нервная анорексия F50.0.

На фоне проводимого лечения (длительность составила 1,5 месяца) флувоксамином, групповой, индивидуальной и семейной психотерапией упорядочилось поведение, выровнялся фон настроения, нормализовался сон и аппетит, уменьшился контроль массы тела.

Таблица 1. Факторы (критерии), прогнозирующие конверсию диагноза нервной анорексии в расстройства шизофренического спектра

Методики	Фактор, его значение	Значения показателей у пациентки О.	Значения показателей у пациентки Ю.
ШОПП	Булимия > 3	6	3
	Стремление к худобе > 10	11	9
ScI-90r	Соматизация > 15	16	14
	Обсессивность–компульсивность > 11	12	8
	Паранойяльные тенденции > 6	7	4
	Психотизм > 6	8	3
	Враждебность > 7	9	5
PANSS (негативная Шкала)	Нарушение абстрактного мышления > 3	5	2
	Притупленный аффект > 3	5	2
WCST	Общее количество предъявляемых карточек > 71	98	67
	Общее количество законченных категорий < 6	5	6

Рекомендовано наблюдение гинеколога, терапевта, эндокринолога, психиатра по месту жительства, рациональное питание, занятие физкультурой, дальнейшая групповая, индивидуальная, семейная психотерапия.

Во время нахождения в стационаре обе пациентки были обследованы с помощью инструкции по применению «Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении» (таблица 1).

Обсуждение

На примере пациентки О. и пациентки Ю. мы видим, что применяя оценку исполнительских функций и социальных когний с целью установления нозологической принадлежности синдрома анорексии (с помощью метода дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении), можно спрогнозировать конверсию состояний с синдромом анорексии в расстройства шизофренического спектра (непосредственно у пациентки О.), назначить на раннем этапе лечения прием антипсихотических препаратов (пациентке О. был назначен рисперидон 2мг в день в дополнение к флувоксамину), предотвратить необоснованные экономические затраты при несвоевременной диагностике расстройств шизофренического спектра, улучшить социальный и медицинский прогнозы, снизить процент инвалидности в психиатрии. Следует отметить, что пациентка О. в течение 5-летнего катамнестического наблюдения повторно в ГУ «РНПЦ психического здоровья» не госпитализировалась,

принимает назначенное лечение, имеет стабильный ИМТ.

Заключение

Несмотря на то, что расстройства шизофренического спектра и нервная анорексия – абсолютно разные заболевания, описанные 2 клинических случая иллюстрируют то, что достаточно сложно определить точную нозологическую принадлежность синдрома анорексии (например, вызваны ли изменения в образе тела психотической симптоматикой или данные изменения соответствуют расстройству пищевого поведения) [5].

Следует также помнить, что часто пациенты с синдромом анорексии умалчивают некоторые свои жалобы, указывающие на риск конверсии в расстройства шизофренического спектра. Все это еще раз доказывает необходимость интегративной оценки синдрома анорексии при работе с такими пациентами. Кроме того, разработанная инструкция по применению окажет неоценимую помощь в работе и врача-интерниста в других медицинских учреждениях непсихиатрического профиля, ведь именно к данным специалистам в первую очередь обращаются лица с нарушением пищевого поведения.

Литература

1. Jaafar, N. R. N. Anorexia Nervosa in Schizophrenia: a starving mind within a susceptible brain / N. R. N. Jaafar [et al.] // Malaysian Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 20, № 1. – P. 20–25.
2. Kouidrat, Y. Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management / Y. Kouidrat [et al.] // Schizophrenia Research and Treatment. – 2014. – Т. 2014. – С. 791573–791573.

3. *Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении: инструкция по применению № 144-1220: утв. 16.12.2020 г. / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский; УО «Белорусский государственный медицинский университет». – Минск, 2020. – 25 с.*

4. *Шубина, С. Н. Сопутствующая симптоматика нарушения пищевого поведения при шизофрении как причина отсрочки выставления диагноза (результаты клинико-нейропсихологического анализа) / С. Н. Шубина // Воен. медицина. – 2021. – Т. 59, № 2. – С. 71–76.*

5. *Lobo, C. D. A. Comorbid anorexia nervosa and schizophrenia / C. D. A. Lobo [et al.] // European Psychiatry. – 2021. – Vol. 64, № 1. – P. 243–244.*

References

1. *Jaafar, N. R. N. Anorexia Nervosa in Schizophrenia: a starving mind within a susceptible brain / N. R. N. Jaafar [et al.] // Malaysian Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 20, № 1 – P.20–25.*

2. *Kouidrat, Y. Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management / Y. Kouidrat [et al.] // Schizophrenia Research and Treatment. – 2014. – Т. 2014. – S. 791573–791573.*

3. *Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении: инструкция по применению № 144-1220: утв. 16.12.2020 г. / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский; УО «Белорусский государственный медицинский университет». – Минск, 2020. – 25 с.*

4. *Shubina, S. N. Sopotstvuyushaya simptomatika narusheniya pishhevogo povedeniya pri shizofrenii kak prichina otsrochki vy`stavleniya diagnoza (rezul`taty` kliniko-nejropsixologicheskogo analiza) / S. N. Shubina // Voен. medicina. – 2021. – Т. 59, № 2. – С. 71–76.*

5. *Lobo, C. D. A. Comorbid anorexia nervosa and schizophrenia / C. D. A. Lobo [et al.] // European Psychiatry. – 2021. – Vol. 64, № 1. – P. 243–244.*

Поступила 11.04.2022 г.