

Сравнительная оценка исполнительских функций с учетом социальных когниций у больных нервной анорексией и шизофренией

Реферат: Произведена сравнительная оценка исполнительских функций с учетом социальных когниций (эмоциональный процессинг) у больных нервной анорексией и шизофренией. В исследовании принимали участие лица женского пола, страдающие нервной анорексией (12 человек; возраст- $21,0 \pm 1,45$ лет), шизофренией (49 человек; возраст- $36 \pm 1,15$); группа контроля - студентки БГМУ (52 человека; возраст- $20,56 \pm 1,55$, I-VI курс). Было установлено, что отклонения в реализации исполнительских функций являются надежным дискриминирующим фактором (дискриминантный анализ, точность модели 60,2%) для нервной анорексии и шизофрении. Дальнейшие исследования социальных когниций (в частности, эмоционального процессинга) и исполнительского функционирования могут быть полезными для выяснения прогностических предикторов психопатологических состояний с феноменологией отклоняющегося пищевого поведения.

Ключевые слова: когнитивные функции, исполнительские функции, нервная анорексия, шизофрения, пищевое поведение.

Введение. Поводом для проведения настоящего исследования послужили следующие предпосылки. Во-первых, феноменология клинически значимых нарушений пищевого поведения (НПП) зачастую требует динамического наблюдения и дифференциального диагноза с расстройствами шизофренического спектра. Однако практика показывает, что даже своеобразие поведенческих 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 при длительном наблюдении. Во-вторых, настороженность, прежде всего больных нервной анорексией (НА), в отношении любых попыток скорректировать дезадаптивное пищевое поведение и предупредить его драматичные последствия дает основания предполагать специфический характер когнитивной организации их психических процессов. Речь идет, в частности, о так называемых социальных когнициях индивида, что в широком понимании касается психических процессов, лежащих в основе социальных взаимодействий. 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. Такого рода дефицит обработки эмоциональной информации подтверждается большой величиной эффекта обсуждаемого явления, обнаруживается на ранних стадиях шизофренического процесса, относительно стабилен во времени, а также имеет место у лиц с высоким риском

психоза [1, 2, 7, 8, 11]. В третьих, принимая во внимание чрезвычайно большую дисперсию проявлений пищевого поведения в популяции, можно предполагать, что в случае наличия специфической взаимосвязи между отклоняющимся пищевым поведением и когнитивным функционированием, ее можно выявить и на доклиническом уровне. Причем качественные характеристики когнитивных процессов, по-видимому, должны отличаться от таковых у больных шизофренией в случае наличия истинных различий между этими нозологиями. В четвертых, установленная для шизофрении такая нейропсихологическая характеристика как гипофронтальность, т.е. нарушение функционирования прежде всего префронтальных отделов коры головного мозга, может объяснять, наряду с негативными симптомами, затруднения пациентов к планированию и организации целенаправленной деятельности, что в клинике выражается дезорганизацией их поведения. Поэтому, для оценки характера дискриминирующего эффекта особенностей когнитивного функционирования при нарушениях пищевого поведения (нервной анорексии) и расстройствах шизофренического спектра целесообразно оценивать нейрокогнитивную дисфункцию в аспекте способности индивида по организации (планированию) своей деятельности (исполнительские функции). Исполнительские функции, в свою очередь, стали изучаться относительно недавно при нейропсихологических исследованиях (Lezak, 1982). Они определяют когнитивные процессы высшего уровня, такие как планирование, гибкость познавательных процессов, контроль поведения. Дефицит исполнительного функционирования, типичный для шизофрении, – является составным компонентом нейрокогнитивного дефицита в целом при этом расстройстве и оценивается на современном уровне как ключевая, первичная и независимая от лечения характеристика шизофрении [10]. Выявление различий в организации исполнительских функций между больными шизофренией и нервной анорексией свидетельствовало бы в пользу разграничений этих клинических феноменологий.

Современное понимание социально-когнитивного функционирования человека подразумевает его способность создавать представления об отношениях между ним самим и другими людьми с их последующим гибким использованием в процессе реализации социального поведения. Компоненты социально-когнитивного функционирования обычно включают восприятие, интерпретацию и генерирование ответа на эмоции, намерения и характерологические проявления других людей. Иными словами, социальные когниции включают набор навыков, которые индивид использует для понимания и эффективного взаимодействия с другими людьми. Теоретические и методологические подходы к исследованиям социально-когнитивных нарушений при таких нейропсихиатрических расстройствах, как шизофрения, предоставили возможность выделения ряда компонентов социальных когниций [4, 13]:

- эмоциональный процессинг – аспект социальных когниций, касающийся в широком плане восприятия и использования эмоций для облегчения адаптивного функционирования;
- социальная перцепция – способность индивида выделять социальные переменные в контекстуальной информации и коммуникативных процессах,

включая понимание ролей, правил и целей, которые типично характеризуют социальную ситуацию и управляют социальным взаимодействием;

- социальные знания – осведомленность ролями, правилами и целями, которые характеризуют социальные ситуации и управляют социальным взаимодействием;

- атрибутивные искажения – они касаются когнитивного стиля, с помощью которого индивид типично объясняет причины негативных и позитивных событий в своей жизни;

- Теория разума (атрибутивность психического статуса) – обычно отражает способность индивида предвосхищать намерения, характер и верования других людей. Процессы, типично связанные с теорией разума, включают способность к пониманию ложных убеждений, намеков, помыслов, юмора, обмана, метафор, иронии.

Можно предполагать, что дефицитарность социальных когниций, свойственная больным шизофренией, по-видимому, должна различаться от специфики когнитивных процессов больных нервной анорексией, лежащих в основе их социальной дезадаптации. Основанием для этой гипотезы является выраженная социальная опосредованность нарушений пищевого поведения. Для оценки сохранности эмоционального процессинга как чувствительного компонента социальных когниций нами был использован Тест распознавания выражения лиц (Face recognition test).

Общие показатели оценки исполнительских функций дает Висконсинский тест сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test), в котором обследуемый должен обнаружить правила сортировки карточек в группы, следовать этим правилам и переключаться при изменении правила. Пациенты, страдающие шизофренией, обычно хуже справляются с этим тестом, чем здоровые лица (достигают меньшего количества категорий и имеют крайне высокий уровень perseverативных ошибок, которые отражают неспособность отойти от ранее правильного ответа при изменении задания после получения негативной обратной связи). Поломки со стороны этих процессов могут служить одним из принципиальных дифференциально-диагностических факторов в оценке механизмов организации психических процессов при НПП и шизофрении.

Таким образом, целью исследования было: на основании сравнительной оценки исполнительского функционирования с учетом особенностей социальных когниций (эмоциональный процессинг) при нервной анорексии и параноидной шизофрении оценить дифференциальную значимость когнитивных нарушений (исполнительских дисфункций) при этих расстройствах.

Материалы и методы. В 2009-2010 годах нами было проведено сравнительное поперечное одномоментное исследование с двумя группами сравнения (основные группы) и одной контрольной. Группу контроля составили 52 студентки медицинского университета I- VI курсов (средний возраст $20,56 \pm 1,55$ лет). Основная группа №1 была представлена 12 больными нервной анорексией (МКБ-10, средний возраст $21 \pm 1,45$ лет), имеющих низкий вес (средний ИМТ $18,39 \pm 1,45$), аменорею в анамнезе, испытывающих страх полноты наряду с пониженной самооценкой и искаженным восприятием собственного тела.

Вторую группу сравнения составили 49 женщин, больных параноидной формой (F20.0) шизофрении (средний возраст - $36 \pm 1,15$ лет). Использованный нами дизайн исследования предполагал, что больные нервной анорексией (основная группа №1) представляют крайние формы проявлений дезадаптивного пищевого поведения. В то время как в контрольной группе параллельный дифференцированный анализ особенностей пищевого поведения позволил оценить его дисперсию по ходу исследования. Выбор респонденток женского пола определялся тем, что для женщин (по сравнению с мужчинами) попытки целенаправленного вмешательства в механизмы контроля аппетита (например, для снижения веса) намного более распространены и прочнее ассоциированы с эмоциональными аспектами питания. Обследование включало результаты анонимного анкетирования, которое производилось однократно. В исследование не включались лица с первичными аффективными, органическими, невротическими расстройствами, также лица с эпилепсией и умственной отсталостью.

Для реализации поставленных целей нами были использованы следующие психометрические инструменты. (А) Шкала оценки пищевых предпочтений (ШОПП), определяющая выраженность специфических признаков отклонения пищевого поведения. Шкала позволяет оценить не только выраженность клинических признаков (чрезмерное беспокойство о весе, наличия эпизодов переедания и очистительного поведения), значимых для диагностических оценок, но также присущие расстройству психологические характеристики и поведенческие стереотипы (перфекционизм, ощущение общей неадекватности, чувство отстраненности от контактов с окружающими, нарушенная способность четко дифференцировать свои внутренние ощущения). Респонденты должны были оценить по 6-балльной шкале насколько им свойственны определенные действия, мысли или чувства. Оригинальная версия ШОПП (Eating Disorder Inventory) состояла из 64 утверждений, распределенных по 8-ми субшкалам: 1) стремление к худобе: чрезмерное беспокойство о весе и систематические попытки похудеть; 2) булимия: побуждение к наличию эпизодов переедания и очищения; 3) неудовлетворенность телом: определенные части тела (бедра, грудь и ягодицы) воспринимаются как чрезмерно толстые; 4) неэффективность: ощущение общей неадекватности (имеется в виду чувство одиночества, отсутствие ощущения безопасности) и неспособности контролировать собственную жизнь; 5) перфекционизм: неадекватно завышенные ожидания в отношении высоких достижений; неспособность прощать себе недостатки; 6) недоверие в межличностных отношениях: чувство отстраненности от контактов с окружающими; 7) интероцептивная компетентность: дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения; 8) страх зрелости: желание вернуться в ощущение безопасности детства [3,6].

(Б) Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R). SCL-90-R состоит из 90 вопросов, каждый из которых оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 – соответствует позиции «совсем нет», а 4- «очень сильно». Применяя Опросник выраженности психопатологической симптоматики, мы оценивали следующие психопатологические симптомы: SOM- соматизацию, O-C-обсессивность-

компульсивность, INT-межличностную сензитивность (чувство личностной неполноценности), DEP-депрессивность, ANX-тревожность, HOS-враждебность, PНОВ-фобическую тревожность; PAR-паранойяльные тенденции (подозрительность, иллюзии); PSY-психотизм (шизоидный стиль жизни, симптомы шизофрении); ADD-дополнительные вопросы (раннее утреннее пробуждение, плохой аппетит и др.). Также на основании SCL-90-R анализу подлежали ряд индексов второго порядка (они приводят к единому масштабу уровень и глубину психопатологических нарушений, помогают более гибко оценивать психопатологический статус пациента), определяющих степень тяжести симптомов: GSI-общий индекс тяжести симптомов (индикатор текущего состояния и глубины психопатологии); PSDI-индекс наличного симптоматического дистресса (мера интенсивности состояния, соответствующей количеству симптомов; индикатор типа реагирования на взаимодействие); PST-общее число утвердительных ответов.

(В) Для оценки характера исполнительских функций применялся Висконсинский тест сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test, WTSC). Методика позволяет анализировать характер и количество ошибок, которые совершает респондент при ее выполнении. Методика используется для исследования познавательного процесса, мышления, способности дифференциации признаков предметов или явлений и, в итоге, - умения предвидеть и планировать перспективу. В тесте карточки подобраны таким образом, что обследуемый должен продемонстрировать свою способность уловить общее и различия по ряду предлагаемых признаков (используется одна опорная карта и четыре карты-ключа). Испытуемый должен обнаружить ту карточку, которая совпадает с опорной по одному или нескольким признакам (количество, форма, цвет). При интерпретации результатов учитываются: число предъявляемых карточек, число пройденных категорий, количество персеверативных ошибок - ошибки связанные с неспособностью перестроиться под новое условие, количество неперсеверативных ошибок - ошибки отличные от персеверативных, количество ошибок, возникающих после того, как тестируемый нашёл правило сортировки карточек, неспособность удержания счета, ошибки отвлечения - ошибки удержания счета, отсутствие единых характеристик между «картой-ключ» и «опорной», «нелепые ошибки»; число карточек при прохождении 1-ой категории, количество правильных ответов, количество неправильных ответов. В плане исследования эмоционального процессинга мы предлагали респондентам оценить характер восприятия заведомо эмоционально нейтральных выражений лиц людей на фотографиях. При этом был использован модифицированный тест распознавания выражения лиц - Face recognition test. Респондентам было предложено 2 фотографии с заведомо эмоционально нейтральными выражениями лиц (мужского и женского), с помощью которых они оценивали уровень тревожности, возникающий при их просмотре (0 - отсутствие тревожности, 10- максимальная ее величина).

Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием программы SPSS 11.5 версии Windows (непараметрическая статистика с использованием U-критерия Манна-Уитни, однофакторный дисперсионный анализ с последующей оценкой критерия LSD - наименьшей

значимой разности, дискриминантный анализ) [5]. Для определения дифференцирующего вклада анализируемых переменных в различия сравниваемых групп нами были вычислены величины эффектов (альфа Коэна). величиной эффекта принято оценивать либо силу взаимосвязи между переменными, либо величину обнаруженных различий (малый эффект = 0,5; средний = 0,8; крупный = 1,35) (Cohen, 1988, 1992). Альфа Коэна определяется по следующей формуле:

$$\frac{M_1 - M_2}{s_2}$$

где M1 и M2 – средние арифметические в критериальной и контрольной группах, s2 – стандартное отклонение в контрольной группе.

Результаты и обсуждение. На первом этапе Шкала оценки пищевых предпочтений (ШОПП) позволила подтвердить гомогенность выборки больных НА. Для нее характерна достоверно большая выраженность признаков стремления к худобе, булимии, неэффективности, большая степень выраженности перфекционизма, недоверия в межличностных отношениях, страха зрелости (рис. 1) по сравнению с группой контроля. При этом для больных нервной анорексией была отмечена сравнительно большая выраженность феномена соматизации, симптомов обсессивно-компульсивного спектра, фобической тревожности и психотизма (SCL-90-R, статистически достоверные различия) (рис. 2). Кроме того, больные нервной анорексией имели большие значения индексов GSI, PSDI, PST по сравнению с контрольной группой (таблица 1).

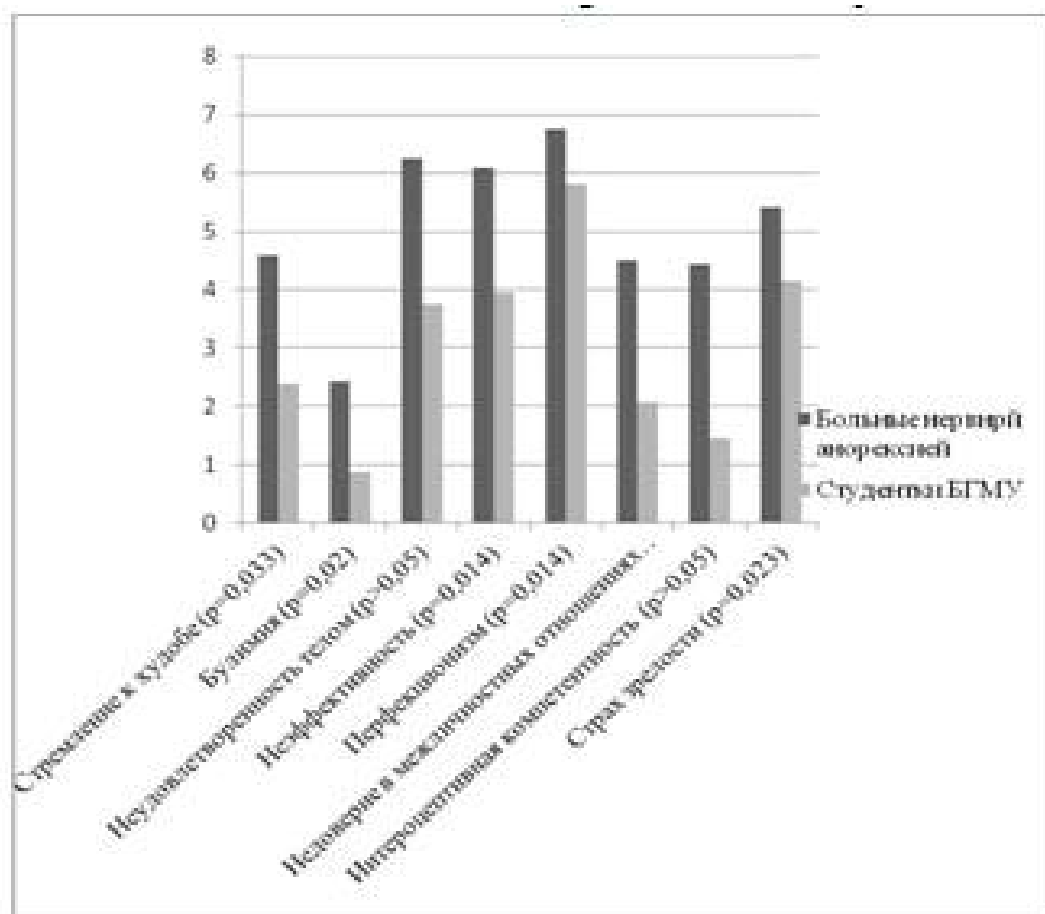


Рис. 1. Результаты оценки по ШОПП у больных нервной анорексией и в контрольной группе

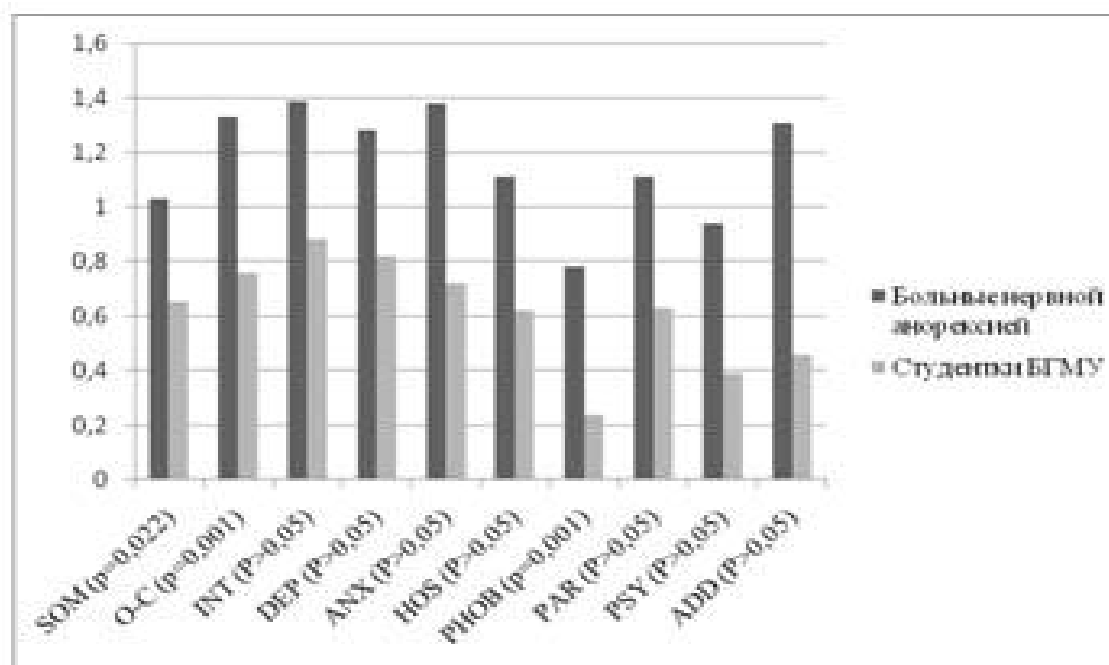


Рис. 2. Результаты оценки психопатологической симптоматики (SCL-90-R) у больных нервной анорексией и в контрольной группе

Таблица 1. Выраженность психопатологической симптоматики по интегративным индексам (SCL-90-R) у больных НА и у группы контроля

Интегративные индексы	Больные НА	Группа контроля	Достоверность различий (p)
GSI	1,18	0,64	0,035
PSDI	1,67	1,39	0,001
PST	62,58	37,96	0,025

Анализ результатов Висконсинского теста сортировки карточек показал, что снижение эффективности исполнительского функционирования у больных шизофренией определяется разнообразием характера совершаемых ошибок (однофакторный дисперсионный анализ) (рисунок 3), таких как персеверативные ($F=14,93$, $p=0,001$), неперсеверативные ($F=22,79$, $p=0,001$), ошибки удержания счета ($F=5,24$, $p=0,007$), ошибки, возникающие после того, как тестируемый нашёл правило сортировки карточек ($F=4,47$, $p=0,014$). Это, в свою очередь, приводит к «нерентабельной» когнитивной стратегии (используют наибольшее число предъявляемых карточек ($F=14,93$, $p=0,001$) (рисунок 4), проходят наименьшее число категорий ($F=22,79$, $p=0,001$) (рисунок 5)). Клинической репрезентацией выявленных особенностей когнитивного стиля больных шизофренией может служить известное практикам своеобразие (нецеленаправленность) мышления, что взаимосвязано с наблюдаемой у них психопатологической продукцией.

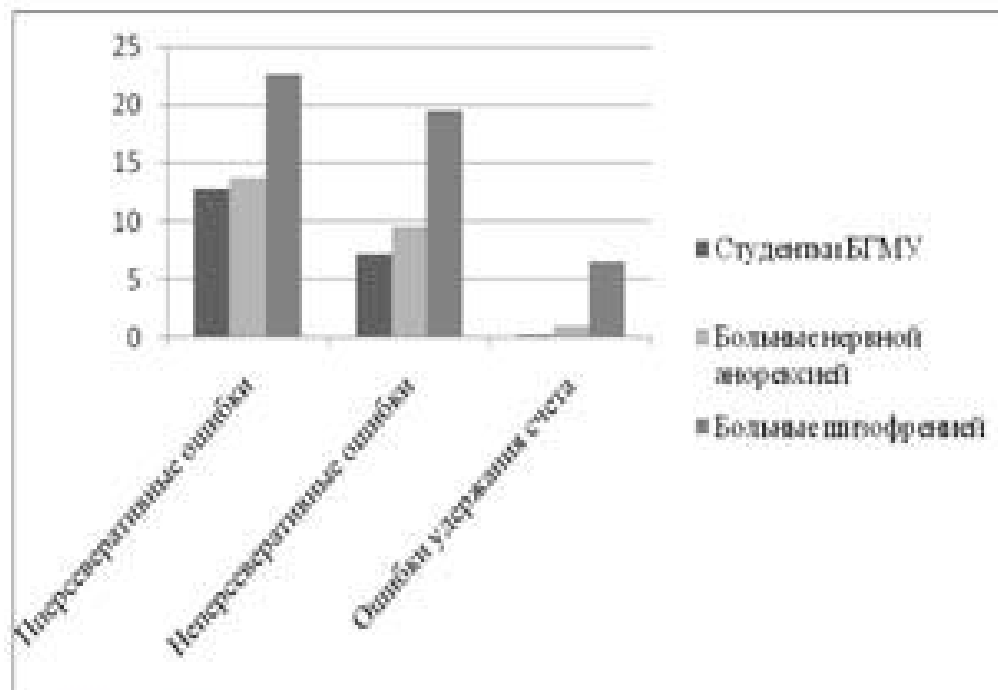


Рис. 3. Ошибки при прохождении Висконсинского теста сортировки карточек (достоверность различий указана в тексте)

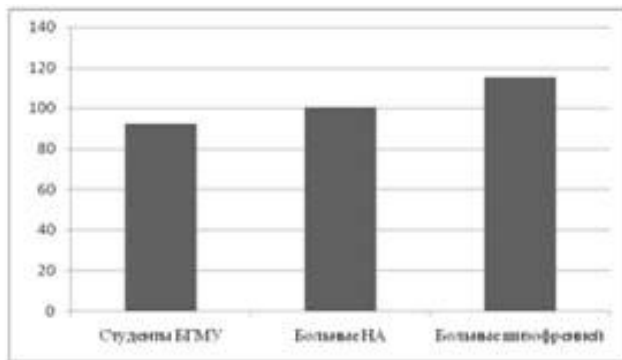


Рис. 4. Подгрупповые различия числа предъявленных карточек (достоверность различий указана в тексте)

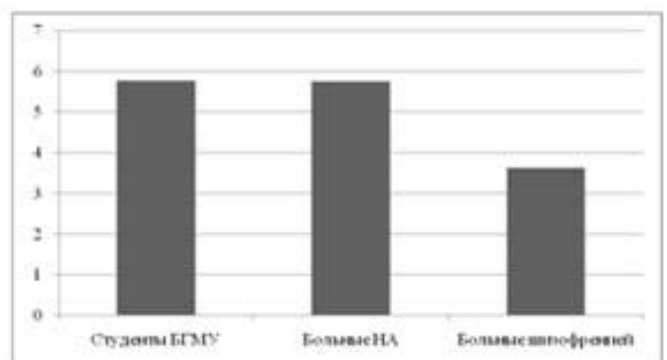


Рис. 5. Подгрупповые различия числа пройденных категорий (достоверность различий указана в тексте)

В то же время, у больных нервной анорексией отмечается наибольшее ($F=2,47$, $p=0,05$) число правильных ответов (рисунок 6), они используют наименьшее число карточек ($F=3,17$, $p=0,045$) при прохождении 1-ой категории (рисунок 7). Это согласуется с известными психологическими характеристиками этой группы респонденток (чрезмерная педантичность, перфекционизм, ригидность, недоверие), что делает их чрезвычайно «успешными» в сфере их сверхценных интересов, связанных с установками по коррекции внешности.

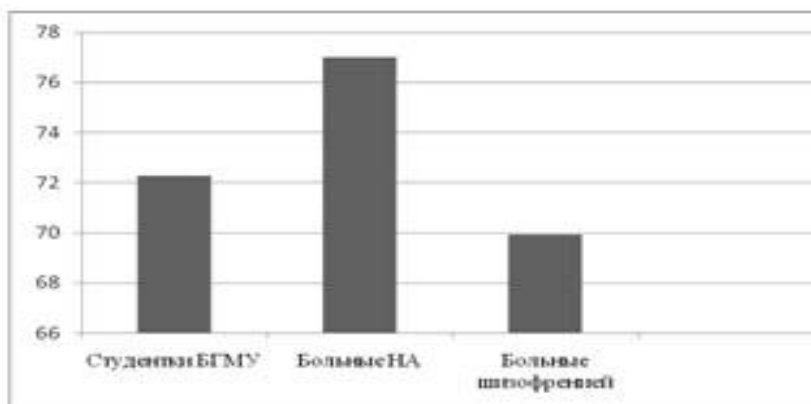


Рис. 6. Подгрупповые различия числа правильных ответов (достоверность различий указана в тексте)

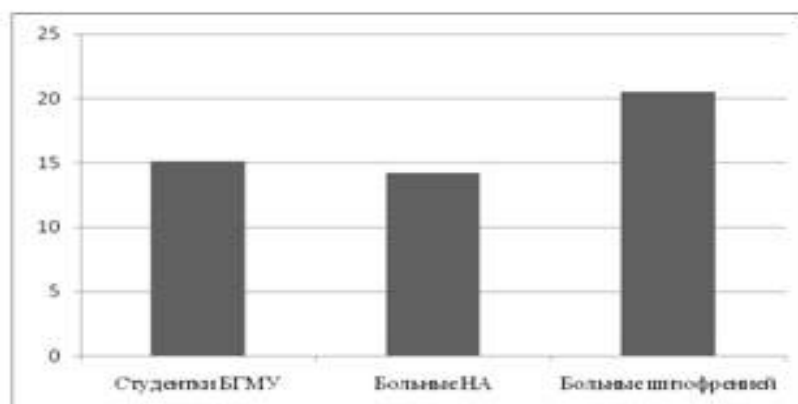


Рис. 7. Подгрупповые различия числа карточек при прохождении 1-ой категории (достоверность различий указана в тексте)

На втором этапе анализа полученных данных мы поставили цель оценить дифференцирующую силу выявленных различий исполнительного функционирования на основании величины эффекта для обеих подгрупп основной группы (таблица 2).

Таблица 2. Величина эффекта различий критериев исполнительского функционирования (WCST) в группах больных нервной анорексией и больных шизофренией (в сопоставлении с контролем), величина эффекта выше 0,8 указана заливкой

Показатели WTSC	Больные нервной анорексией	Больные шизофренией
Число предъявляемых карточек	0,42	1,4
Число пройденных категорий	0,03	3,52
Число правильных ответов	0,55	0,37
Число ошибок	0,26	2,58
Персеверативные ошибки	0,11	1,2
Неперсеверативные ошибки	0,34	2,53
Ошибки, возникающих после того, как тестируемый нашёл правило сортировки карточек	0,57	0,86
Ошибки удержания счета («нелепые» ошибки)	2,27	11,49

Как следует из таблицы 1, нарушение исполнительского функционирования является существенным дискриминирующим фактором, надежно выделяющим подгруппу больных шизофренией из всех остальных сравниваемых групп. Большая величина эффекта практически для всех исследованных переменных-откликов у этих пациентов свидетельствует о грубых нарушениях когнитивного конструирования плана действий. С другой стороны, качественное своеобразие исполнительского функционирования, выявленное для больных нервной анорексией, корректно согласуется с клинико-психологическим своеобразием этих пациентов и определяет их промежуточное положение между группой контроля и больными шизофренией.

При сравнении больных НА и группы контроля на основании Теста распознавания выражения лиц было выявлено, что больные нервной анорексией испытывали больший уровень тревожности ($F=5,72$, $p=0,003$ - при просмотре 1-ой фотографии; $F=14,31$, $p=0,025$ - при просмотре 2-ой фотографии) при просмотре эмоционально нейтральных изображений лиц (рисунок 8). Данный фрагмент работы, носящий эксплораторный характер, подтвердив значимые различия со здоровыми лицами в оценке эмоционально нейтральных выражений лиц, дает основания для дальнейшего углубленного изучения феноменов социальных когниций, поскольку, с одной стороны, объективно свидетельствует об ошибочной интерпретации одной из граней социального контекста (мимической выразительности). С другой стороны, важной задачей является

углубленный анализ выявленных различий с позиции сопоставления со сходными тенденциями у больных шизофренией.

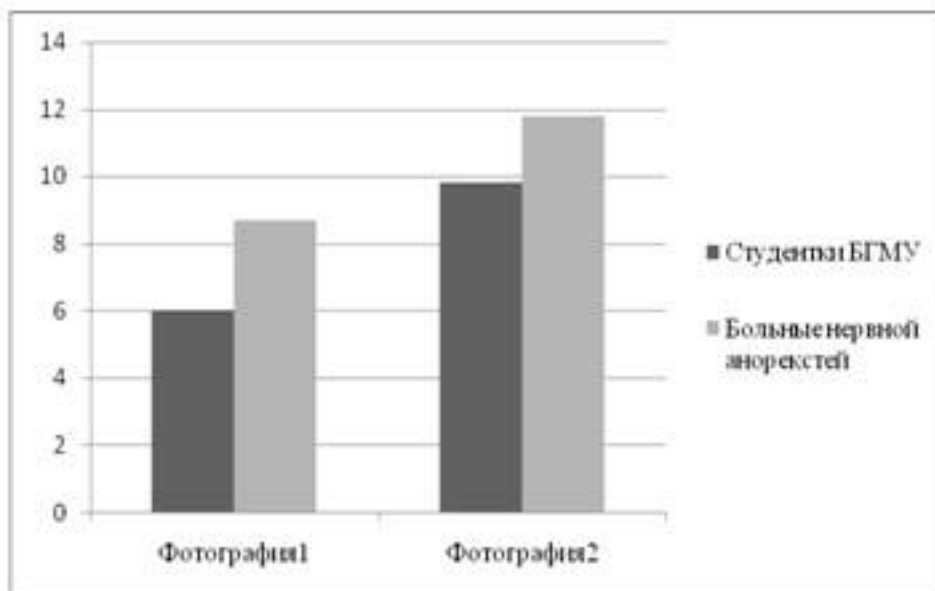


Рис. 8. Выраженность тревожности при просмотре фотографий 1 и 2 (достоверность различий указана в тексте)

На третьем этапе процедуры статистической обработки данных нами была поставлена цель определить специфичность выявленных нарушений исполнительских функций изолированно для феноменологии нервной анорексии и шизофрении. Для этого был выполнен дискриминантный анализ. Он позволяет предсказать принадлежность объектов к одной из известных групп на основании значений предикторов, а также определить «вес» каждой переменной-предиктора (дискриминативной переменной) для разделения объектов на группы. В процессе данного анализа были выявлены три самых значимых маркера, позволяющих корректно классифицировать максимальное количество респондентов по группам: число пройденных категорий ($p=0,0005$); ошибки, возникающие после того, как тестируемый нашёл правило сортировки карточек ($p=0,00025$); общее число ошибок ($p=0,0004$).

Таблица 3. Результаты дискриминантного анализа результатов Висконсинского теста сортировки карточек

		Студентки БГМУ	Больные нервной анорексией	Больные шизофренией	Всего:
		Результат дискриминантного анализа			
Респонденты соответствуют априори	Студентки БГМУ	33	14	5	52
	Больные нервной анорексией	6	5	1	12

	Больные шизофренией	6	13	30	49
--	---------------------	---	----	----	----

Также было установлено (таблица 3), что использование трех перечисленных выше маркеров в рамках этой модели позволяет корректно классифицировать сравниваемые подгруппы с точностью 60,2% (33 студентки БГМУ из 52 относятся к данной подгруппе; 30 больных шизофренией из 49 относятся к данной подгруппе; 5 больных нервной анорексией из 12 относятся к данной подгруппе, 6- более близки к подгруппе контроля (студентки БГМУ) и только 1 к подгруппе больных шизофренией) (таблица 3). Таким образом, дискриминантный анализ показывает, что больные нервной анорексией по характеру исполнительского функционирования находятся ближе к группе контроля (формально здоровых лиц), чем больным шизофренией.

В то же время в эпидемиологических исследованиях девиантного пищевого поведения в популяции надежно установлено, что дезадаптивные проявления «неполных синдромов» отклоняющегося пищевого поведения встречаются в 2-5 раз чаще, чем клинически значимые [9, 12]. С учетом этого факта, анализируя полученные в настоящем исследовании данные, мы поставили цель сравнить особенности исполнительского функционирования среди респонденток только контрольной группы (формально здоровых студенток-медиков) с учетом степени их озабоченности дезадаптивностью собственного пищевого поведения (по результатам их самооценки). Планируя этот фрагмент работы, мы исходили из следующего предположения. Если у формально здоровых социально адаптированных студенток-медиков в случае наличия у них озабоченности собственным пищевым поведением как нездоровым будут выявлены сходные паттерны исполнительского функционирования и социальных когниций, что и у больных нервной анорексией, то можно предполагать, что эти находки могут быть объяснены непосредственно самим отклоняющимся от нормативного пищевым поведением. В противном случае, – нейропсихологические нарушения и своеобразие социальных когниций при клинически выраженной нервной анорексии – независимый процесс, а в его основе лежат какие-то иные механизмы.

Таким образом, на следующем этапе исследования контрольная группа (студентки-медики) на основании субъективной оценки (ответ на вопрос: «Считаете ли Вы, что у Вас есть проблемы в пищевом поведении?») была разделена на 2 подгруппы: (А) студентки, имеющие проблемы в пищевом поведении; (Б) - студентки, не имеющие проблем в пищевом поведении. Результаты сравнительных оценок во 2-ой подгруппе по использованным на первом этапе исследования шкалам подобны таковым у больных нервной анорексией (рис. 9, 10). Так, те студентки, которые оценили свое пищевое поведение как «проблемное», имели большую выраженность поведенческих и психологических маркеров, типичных для больных с нарушениями пищевого поведения (факторы «стремление к худобе», «булимия», «неудовлетворенность телом», «перфекционизм», «интероцептивная компетентность»). У них же была отмечена большая тяжесть сопутствующих психопатологических симптомов («соматизация», «депрессия», «фобическая тревожность», «паранояльные

тенденции», «психотизм»). Следовательно, при клинико-психологической оценке наличие «проблемного» пищевого поведения сближает формально социально адаптированных респонденток с больными клинически выраженными синдромами нарушений пищевого поведения.

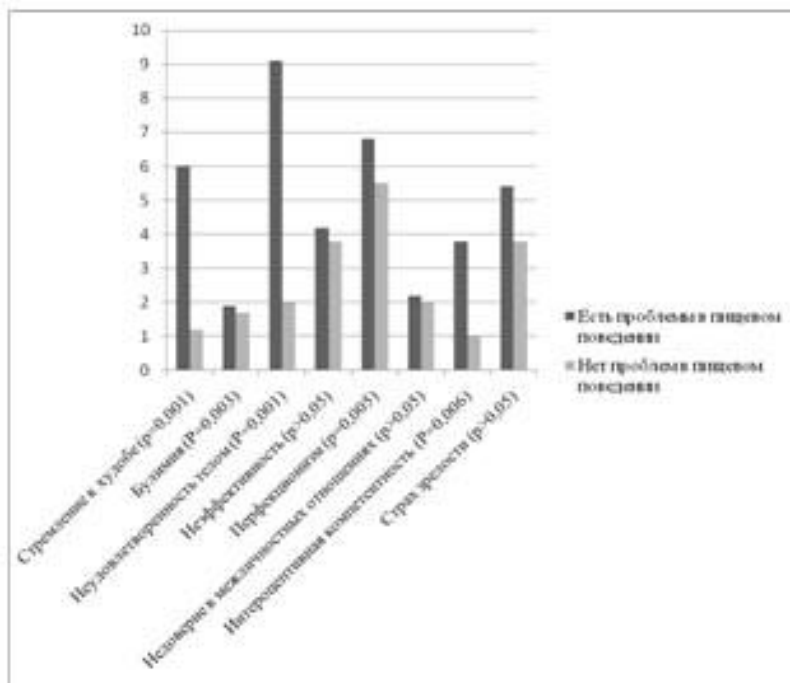


Рис. 9. Результаты оценки по ШОП у студенток БГМУ с учетом наличия или отсутствия проблем в пищевом поведении

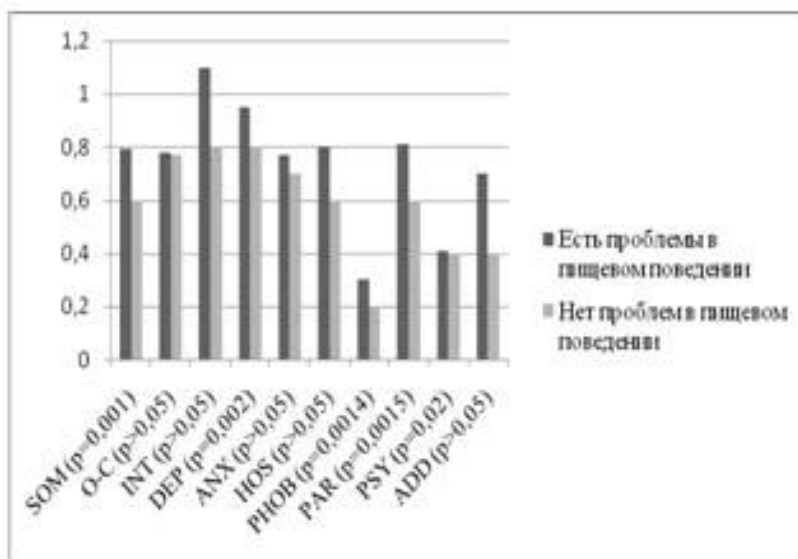


Рис. 10. Результаты SCL-90-R у студенток БГМУ с учетом наличия или отсутствия проблем в пищевом поведении

Висконсинский тест сортировки карточек выявил большую вероятность следующих типов ошибок при субъективной оценке респондентками собственного пищевого поведения как «проблемного» (рисунок 11): perseverативные ($F=2,12$, $p=0,01$), неperseвативные ($F=4,45$, $p=0,01$), ошибки

удержания счета ($F=3,44$, $p=0,02$), ошибки, возникающие после того, как тестируемый нашёл правило сортировки карточек ($F=4,15$, $p=0,001$). Студентки, имеющие (по их мнению) проблемы в пищевом поведении, используют наибольшее число предъявляемых карточек ($F=6,43$, $p=0,014$), проходят наименьшее число категорий ($F=6,11$, $p=0,043$) (рисунок 12). У этой же группы студенток отмечается наибольшее ($p=0,004$; $F=4,47$) число правильных ответов и они используют наименьшее число карточек ($p=0,005$; $F=5,16$) при прохождении 1-ой категории (рисунок 13), подобно больным нервной анорексией.

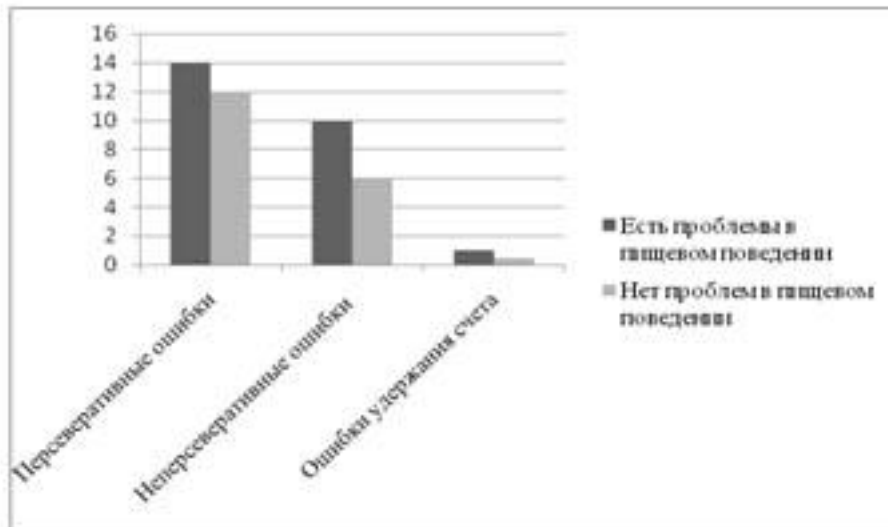


Рис. 11. Ошибки при прохождении Висконсинского теста сортировки карточек у студенток БГМУ с учетом наличия или отсутствия проблем в пищевом поведении (достоверность различий указана в тексте)

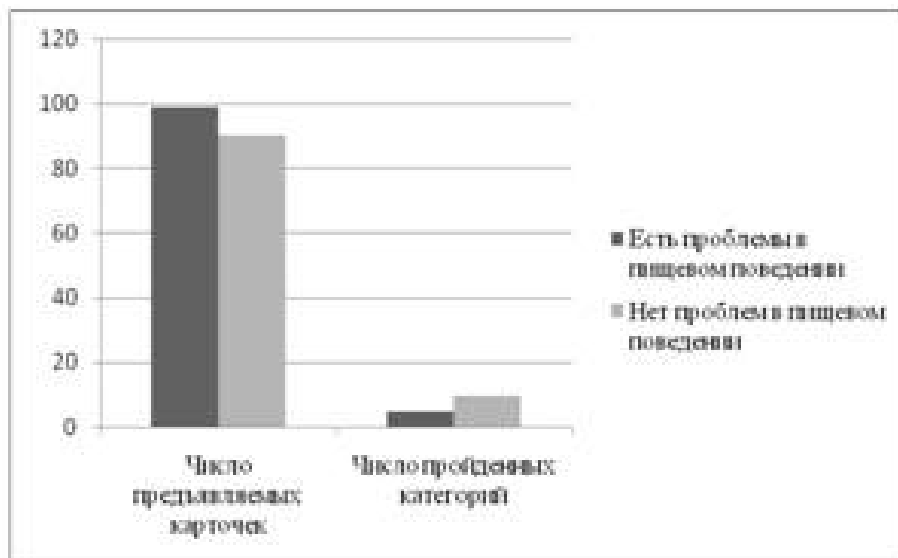


Рис. 12. Подгрупповые различия числа предъявленных карточек и числа пройденных категорий у студенток БГМУ с учетом наличия или отсутствия проблем в пищевом поведении (достоверность различий указана в тексте)

Модифицированный тест распознавания мимики (рисунок 14), оценивающий сохранность социальных когниций (эмоционального процессинга), также выявил достоверно больший уровень спровоцированной тревоги при восприятии эмоционально нейтральной мимики лиц людей на фотографиях ($F=4,88-5,76$, $p=0,003-0,004$) при наличии «проблемного» пищевого поведения в подгруппе контрольной группы.

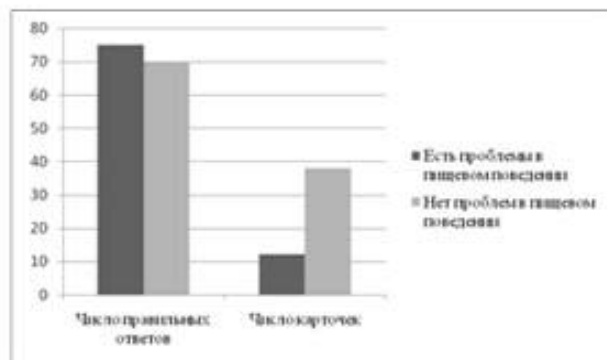


Рис. 13. Подгрупповые различия числа правильных ответов и числа карточек при прохождении 1-ой категории у студентов БГМУ с учетом наличия или отсутствия проблем в пищевом поведении (достоверность различий указана в тексте)

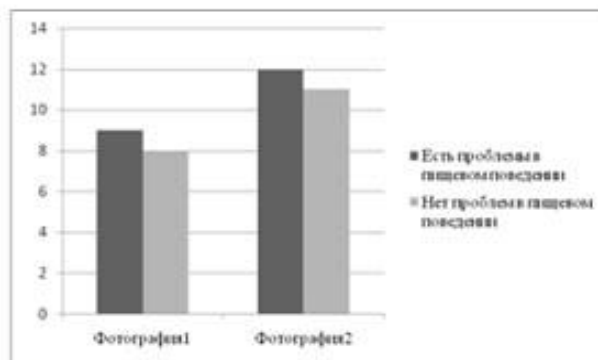


Рис. 14. Выраженность тревожности при просмотре фотографий 1 и 2 у студентов БГМУ с учетом наличия или отсутствия проблем в пищевом поведении (достоверность различий указана в тексте)

Таким образом, когнитивное своеобразие (в контексте исполнительского функционирования) и особенности эмоционального процессинга (социальные когниции), свойственные больным нервной анорексией, обнаруживаются и в группе здоровых лиц при вероятном наличии отклоняющегося пищевого поведения (по результатам самооценки). Можно предполагать, что вмешательство субъекта в механизмы контроля пищевого поведения может привносить своеобразие в нейрокогнитивные механизмы исполнительского функционирования и быть связанным с нарушением обработки эмоциональных стимулов, что, как следствие, может приводить к низкому уровню социальной адаптации больных с нарушениями пищевого поведения. Установленные в исследовании взаимосвязи, в частности, транслирующиеся за пределы клинически выраженных наблюдений на доклинический уровень, нуждаются в дальнейших исследованиях.

Проведенное исследование позволяет заключить:

1. Нарушения социальных когниций (эмоциональный процессинг) и исполнительского функционирования при нервной анорексии и шизофрении не противоречат внутренней феноменологии этих расстройств и могут быть использованы для оценки нейропсихологической дисфункции при этих состояниях;
2. При нервной анорексии и параноидной шизофрении нарушение исполнительского функционирования является надежным дискриминирующим фактором, позволяющим с точностью 60,2% разграничивать респондентов в качестве единственного критерия;
3. По-видимому, своеобразие исполнительского функционирования и социальных когниций прослеживается как на донологическом уровне отклоняющегося от нормативного пищевого поведения, так и при состояниях с клинически значимой симптоматикой;

4. Дальнейшие сравнительные нейропсихологические исследования и углубленный анализ социальных когниций при нарушениях пищевого поведения и шизофрении оправдан с учетом большего размера выборки, ее стандартизации по возрасту респондентов и характеристикам пищевого поведения.

Литература

1. Верещагин, Н. В. Легкие формы мультиинфарктной деменции: эффект церебролизина / Н. В. Верещагин, Н. В. Лебедева // Сов. медицина. 1991. № 11. С. 68.
2. Захаров, В. В. Когнитивные нарушения в неврологической практике / В. В. Захаров // Трудный пациент. 2005. № 5. С. 20–25.
3. Ильчик, О. А. [и др.] Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» (в печати).
4. Мосолов, С. Н. [и др.] // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7. № 1. С. 18–26.
5. Наследов, А. SPSS 15 профессиональный статистический анализ данных / А. Наследов. СПб.: Питер, 2008. С. 115–123, 186–214, 324–343.
6. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. СПб.: Питер, 2001. С. 147–181.
7. Тонконогий, И. М. Клиническая нейропсихология / И. М. Тонконогий, А. Пуанте. СПб.: Питер, 2007. С. 185–229.
8. Addington, J. Facial affect recognition in individuals at clinical high risk for psychosis / J. Addington [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 192. P. 67–68.
9. Bunell, D. W. Subclinical versus formal eating disorders: Differentiating psychological features / D. W. Bunell [et al.] // International Journal of Eating Disorders. 1990. Vol. 9. P. 357–362.
10. Gold, J. Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia / J. Gold // Schizophr Res. 2004. Vol. 72. P. 21–28.
11. Gur, R. E. Neurocognitive endophenotypes in a multiplex multigenerational family study of schizophrenia / R. E. Gur [et al.] // Am J Psychiatry. 2007. Vol. 164. P. 813–819.
12. Herzog, D. B. A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women / D. B. Herzog, J. D. Hopkins, C. D. Burns // International Journal of Eating Disorders. 1993. Vol. 14. P. 261–267.
13. Roder, V. Neurocognition and social cognition in schizophrenia patients. Basic concepts and treatment / V. Roder, A. Medalia // Key issues in mental health. Carger, 2010. Vol. 177. 178 p.