



**Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и медицинской психологии**

**Ограничительные тенденции
в питании при расстройствах
шизофренического спектра**

**Ассистент кафедры психиатрии
и медицинской психологии
Шубина С.Н.**

**Научный руководитель: д.м.н.,
профессор Скугаревский О.А.**

Теории нозологической природы синдрома анорексии относительно расстройств шизофренического спектра:

Синдрома анорексии при шизофрении не бывает, нервная анорексия и шизофрения абсолютно разные заболевания (W.H. Kaye, C.M. Bulik, L. Thornton, N. Barbarich, K. Masters, 2004).

Наличие негативной симптоматики уменьшает тяжесть нервной анорексии (P. Cheung, E. Wilder-Smith, 1997).

Синдром анорексии может встречаться при шизофрении, причем может предшествовать либо следовать параллельно данному заболеванию (J. Walsh, M. Wheat, K. Freund, 2000)

Расстройства шизофренического спектра могут развиваться после нервной анорексии, особенно после набора веса; ремиссия при нервной анорексии способствует развитию психотических эпизодов (B. Cinemre, B. Kulaksizoglu , 2007).

Нервная анорексия – это синдром анорексии в рамках расстройств шизофренического спектра (B. Kiraly, E. A. Joy, 2003).

Вначале развивается нервная анорексия, а далее повторяются шизофренические шубы, при отсутствии каких-либо характерных компонентов нервной анорексии (Л.К. Хохлов, Е.А. Григорьева, 2015).

Дизайн исследования:

1. Одномоментное поперечное исследование
2. Обсервационное ретро- проспективное исследование (анамнез и катамнез составляли до 5 лет).

Респонденты:



Критерии включения:

- Респонденты, страдающие нервной анорексией (60 респондентов).
- Респонденты, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет (60 респондентов).
- Здоровые лица, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование (60 респондентов).

возраст респондентов, медиана Me (25%-75%)
составил 19 (16-24) лет

Анамнестический метод;

Антропометрический метод (определение антропометрических показателей: рост, вес, определение окружности талии и бедер, определение калипером величины кожной складки);

Психометрический метод, включающий следующие психометрические инструменты:

Шкала оценки пищевых предпочтений (ШОПП);

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised – SCL-90-R);

Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS): полуструктурированное клиническое интервью.

Методики в рамках психометрического метода:

Висконсинский тест сортировки карточек (WisconsinCardSortingTest);

CANTAB (Кембриджская нейропсихологическая автоматизированная батарея тестов). состоящей из тестов на визуальную память, тестов на нейрокогнитивное

Исследование эмоционального процессинга с помощью компьютеризированной нейропсихологической батареи (PennCNP) для изучения нейропсихологического функционирования Лаборатории проблем мозга Пенсильванского университета.



Респонденты, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет (60 респондентов):

1 группа наличие симптоматики девиантного пищевого поведения на доболезненном уровне и сопутствующей симптоматики НПП (23 респондента).

2 группа респонденты с шизофренией без сопутствующей симптоматики НПП (37 респондентов).

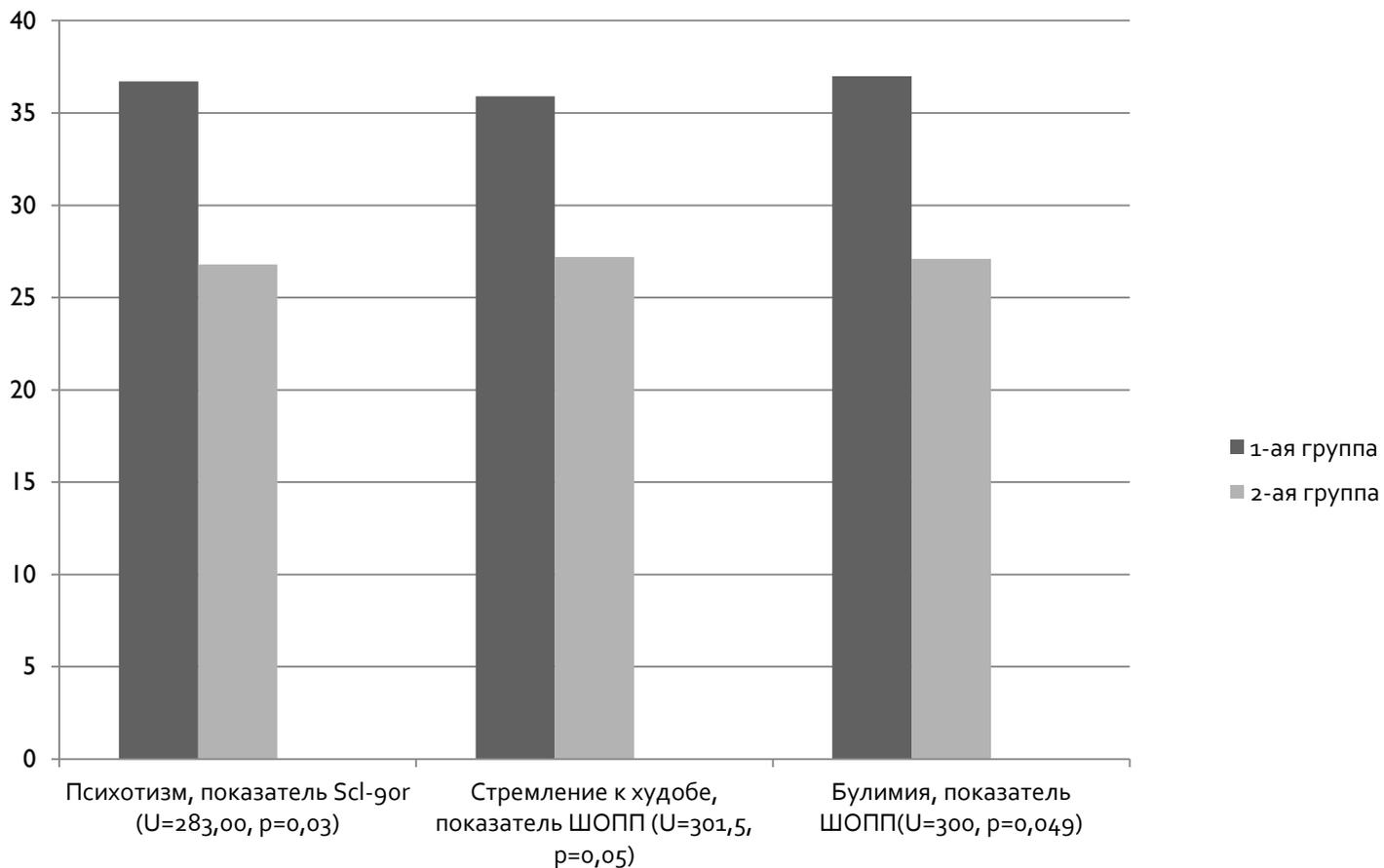
Симптоматика девиантного пищевого поведения на доболезненном уровне :

- 1 стремление к снижению массы тела
- 2 прием слабительных средств
- 3 чрезмерные занятия спортом и др.

Сопутствующая симптоматика НПП :

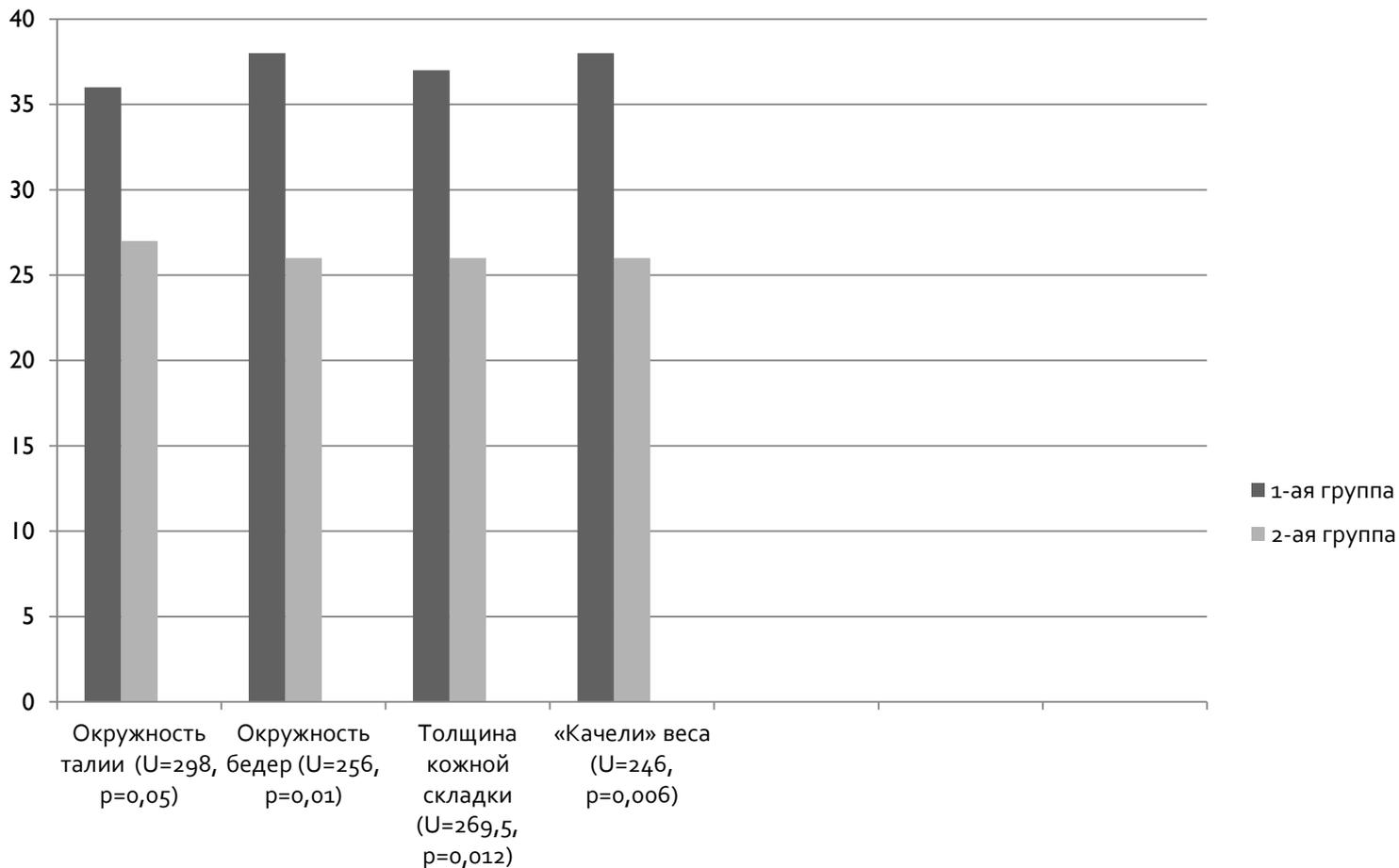
- 1 стремление к снижению массы тела
- 2 эпизоды переедания
- 3 эпизоды очистительного поведения

Нейропсихологические особенности пациенток с шизофренией на фоне симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения



(в рангах, $p < 0,05$)

Антропометрические показатели пациенток с шизофренией на фоне симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения



«Качели веса» – разница между максимальным и минимальным весом
(в рангах, $p < 0,05$)

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

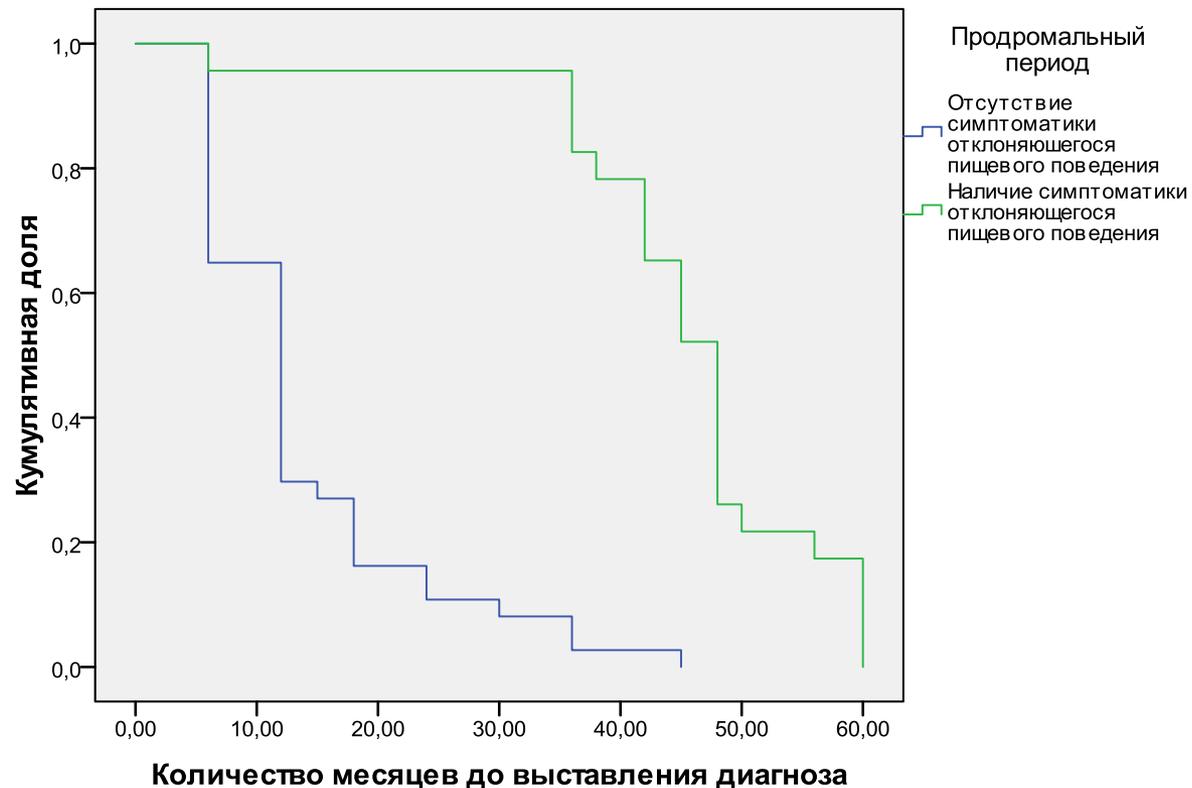
	Фактор, его значение	ОШ (95% ДИ)
Показатели ШОПП	стремление к худобе (>3)	3,57 (1,37-8,69)
Показатели Висконсинского теста сортировки карточек	ошибки отвлечения (>1)	2,45 (1,09-7,11)
	общее количество неправильных ответов (>32)	4,55 (2,1-11,17)
Показатели SCL-90-R	враждебность (>7)	2,86 (1,15-7,97)

Продолжение

	Фактор, его значение	ОШ (95% ДИ)
показатели нейропсихологических тестов на исполнительское функционирование, оперативную память и планирование: тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением» тест «Переключение фигура/фон» тест «Пространственная оперативная память»	количество выборов до правильного (>2)	15 (7,89-32,13)
	количество персеверативных ошибок (>21)	13,13 (6,47-25,17)
	общие внешние ошибки на 4 квадратах в тесте (>64)	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)

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

Пациентки с шизофренией



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, $p < 0,001$).

Практическое применение

На основании полученных нами результатов исследования утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь 16.12.2020:

Инструкция по применению «Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении», регистрационный номер № 144-1220.

Выводы

1 Симптомы нарушения пищевого поведения приносят собой качественные и количественные искажения параметров нейропсихологического профиля.

2 Нарушения социальных когний (эмоциональный процессинг) и исполнительского функционирования при нервной анорексии и шизофрении свидетельствует в пользу разграничения этих клинических феноменологий и могут быть использованы для оценки нейропсихологической дисфункции при этих состояниях.

3 Изменения параметров нейропсихологического профиля в аспекте исполнительских функций данных нозологий являются надежным дискриминирующим фактором, позволяющим с точностью 87,2% разграничивать респондентов в качестве единственного критерия.

Выводы (продолжение)

4 У пациенток с шизофренией на фоне симптоматики отклоняющегося пищевого поведения определяются количественные искажения параметров нейропсихологического профиля.

5 Применение ОШ позволяет определить критерии риска конверсии состояний с донозологическими проявлениями отклоняющегося от нормативного пищевого поведения в расстройства шизофренического спектра с симптомами нарушения пищевого поведения.

6 Сопутствующая симптоматика нарушения пищевого поведения при шизофрении служит причиной отсрочки выставления диагноза (на 32 месяца позже).

Выводы (продолжение)

4 У пациенток с шизофренией на фоне симптоматики отклоняющегося пищевого поведения определяются количественные искажения параметров нейропсихологического профиля.

5 Применение ОШ позволяет определить критерии риска конверсии состояний с донозологическими проявлениями отклоняющегося от нормативного пищевого поведения в расстройства шизофренического спектра.

6 Сопутствующая симптоматика нарушения пищевого поведения при шизофрении служит причиной отсрочки выставления диагноза (на 32 месяца позже).



Благодарю за внимание!