

Клинические особенности различных вариантов нарушений пищевого поведения у больных с расстройствами шизофренического спектра

Оригинальная статья

Василенко Л.М., Горобец Л.Н., Литвинов А.В., Буланов В.С.
«Московский НИИ психиатрии» — филиал НМИЦ ПН им. В.П.Сербского, Россия

Резюме. Цель исследования — изучение клинических и типологических особенностей нарушений пищевого поведения у больных с расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы. Изучено 136 больных (84 женщин и 52 мужчин) с расстройствами шизофренического спектра, в возрасте от 19 до 58 лет, средний возраст — 37,6±9,8 лет; средняя длительность заболевания — 8,6±7,6 лет. Критерии включения в исследование: возраст от 18 до 60 лет, наличие расстройств шизофренического спектра, в соответствии с критериями МКБ-10 (F. 20; F. 25), информированное согласие для участия в исследовании. Критерии исключения: органические заболевания ЦНС, эндокринная патология, тяжелые соматические и гинекологические заболевания, беременность и лактация. Дизайн исследования — открытое, сравнительное, нерандомизированное. Исследование больных проводилось однократно перед началом терапии. Методы исследования: анамнестический, клинко-психопатологический, психометрический, антропометрический и клинко-статистический.

Результаты: Клинко-эндокринными особенностями большинства изученных больных являлись: отклонения аппетита, разнообразные по характеру, интенсивности и периодичности; увеличение массы тела различной степени, преобладание экстернального типа нарушений пищевого поведения, в том числе в составе смешанного типа (более 60% случаев); высокая степень выраженности эмоциогенного и ограничительного типов; сочетание значительной выраженности эмоциогенного типа с апатическим характером аффективных расстройств, протекающих в рамках основного заболевания; однофазный вариант течения ограничительного типа. Клиническими особенностями у исследованных больных с ожирением были стабильность нарушений и сочетание повышенного аппетита и суточного объема высококалорийного питания, неправильные кулинарные традиции семьи, преобладание смешанного или экстернального типа.

Заключение. Ведение больных с расстройствами шизофренического спектра с нарушениями пищевого поведения должно быть комплексным, совместно с эндокринологами, терапевтами, диетологами. Комплексный подход должен включать: наблюдение и консультирование узкими специалистами, рекомендации по нормализации образа жизни, режима питания, формированию низкокалорийной диеты и стереотипа питания в семье больного.

Ключевые слова: расстройства шизофренического спектра, нарушения пищевого поведения, отклонения аппетита, нарушения массы тела.

Информация об авторах:

Василенко Любовь Михайловна — e-mail: vvasilenko@inbox.ru

Горобец Людмила Николаевна — e-mail: gorobetsln@mail.ru; <https://orcid.org/0000-001-7075-1107>

Литвинов Александр Викторович — e-mail: vccontact@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6818-8474>

Буланов Вадим Сергеевич — e-mail: bvdaim612@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4603-5642>

Как цитировать: Василенко Л.М., Горобец Л.Н., Литвинов А.В., Буланов В.С. Клинические особенности различных вариантов нарушений пищевого поведения у больных с расстройствами шизофренического спектра. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2022; 56:3:39-47. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-3-39-47>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical features of diverse variants of eating disorders in patients with schizophrenia spectrum disorders

Research article

Vasilenko L.M., Gorobets L.N., Litvinov A.V., Bulanov V.S.

«Moscow Research Institute of Psychiatry» — a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named by V.P. Serbsky, Moscow, Russia

Summary. The aim of the study was to study the clinical and typological features of eating disorders in patients with schizophrenia spectrum disorders.

Materials and methods. We studied 136 patients (84 women and 52 men) with schizophrenia spectrum disorders, aged 19 to 58 years, mean age 37.6 ± 9.8 years; the average duration of the disease was 8.6 ± 7.6 years. Criteria for inclusion in the study: age from 18 to 60 years, the presence of disorders of the schizophrenia spectrum, in accordance with the criteria for ICD-10 (F. 20; F. 25), informed consent for participation in the study. Exclusion criteria: organic diseases of the central nervous system, endocrine pathology, severe somatic and gynecological diseases, pregnancy and lactation. The design of the study was open, comparative, non-randomized. The study of patients was carried out once before the start of therapy. Research methods: anamnestic, clinical-psychopathological, psychometric, anthropometric and clinical-statistical.

Results: Clinical and endocrine features of the majority of the studied patients were: appetite deviations, varied in nature, intensity and frequency; an increase in body weight of varying degrees, the predominance of the external type of eating disorders, including as part of a mixed type (more than 60% of cases); a high degree of expressiveness of the emotional and restrictive types; a combination of a significant severity of the emotional type with the apathetic nature of affective disorders occurring within the framework of the underlying disease; single-phase variant of the flow of restrictive type. Clinical features in the studied patients with obesity were the stability of disorders and the combination of increased appetite and daily volume of high-calorie nutrition, incorrect family culinary traditions, the prevalence of mixed or external type.

Conclusion. The management of patients with schizophrenia spectrum disorders with eating disorders should be comprehensive, together with endocrinologists, therapists, nutritionists. An integrated approach should include: observation and counseling by narrow specialists, recommendations for the normalization of lifestyle, diet, the formation of a low-calorie diet and nutrition stereotype in the patient's family.

Keywords: schizophrenia spectrum disorders, eating disorders, appetite deviations, body weight disorders.

Information about authors:

Lyubov M. Vasilenko — e-mail: vvasilenko@inbox.ru

Lyudmila N. Gorobets — e-mail: gorobetsln@mail.ru; <https://orcid.org/0000-001-7075-1107>

Alexander V. Litvinov — e-mail: vccontact@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6818-8474>

Vadim S. Bulanov — e-mail: bvadim612@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-4603-5642>

To cite this article: Vasilenko LM, Gorobets LN, Litvinov AV, Bulanov VS. Clinical features of diverse variants of eating disorders in patients with schizophrenia spectrum disorders. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022;56:3:39-47. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-3-39-47>. (In Russ.)

The authors declare no conflicts of interest.

Большинство психически больных, находящихся на разных этапах терапевтического процесса, довольно часто испытывают дискомфортные ощущения, связанные с нарушением аппетита и процесса питания с непреодолимым влечением к пище, перееданием и, как следствие, нарастанием массы тела (МТ). У значительной части психически больных наличие данных симптомов приводит к дестабилизации психоэмоционального состояния, способствуя ухудшению течения основного психопатологического процесса [1, 12].

Нарушения пищевого поведения (НПП) в современной научной литературе представлены большой гетерогенной группой состояний и вариантов патологической пищевой зависимости в широком диапазоне: от нервной булимии и синдрома компульсивного питания до проявлений нервной анорексии. Авторы указывают, что зна-

чительная часть этих расстройств протекает в рамках различных психических заболеваний [2, 3, 4, 5, 7, 14, 15].

Для психиатров, эндокринологов и специалистов психосоматического профиля особый интерес представляют различные типы НПП, формирующиеся у больных шизофренического спектра на разных этапах течения заболевания и психотерапии (ПФТ).

Особенности течения НПП у больных с расстройствами шизофренического спектра (РШС) часть исследователей связывают с психопатологическим процессом и отмечают высокий процент коморбидности НПП и шизофренического расстройства. Этот же факт подтверждают и зарубежные источники [6, 8, 9, 13, 14, 17].

Исследования Song F. с соавт. (1997) и Sussman N. с соавт. (2005) свидетельствуют о тесной связи негативной психопатологической симптоматики с фор-

мированием и дальнейшим усилением проявлений НПП в виде постоянного или приступообразного переедания (чаще всего экстернального типа) с последующим быстрым набором МТ [15, 16].

Шубина С.Н., Скугаревский О.А. (2021) в своих работах отмечают наличие у психически больных различных типов НПП, клинические признаки которых обнаруживаются у пациентов еще до манифестации заболевания и могут являться единственными и первичными ее проявлениями. Авторы указывают на существование тесной взаимосвязи между двумя патологическими состояниями — шизофреническим процессом и НПП, а также способность НПП маскировать психическое расстройство на начальном этапе его развития [11].

В настоящее время наиболее приемлемой является классификация типов НПП, представленная в Голландском опроснике по пищевому поведению (DEBQ) 1986 г. Русская версия была адаптирована Савчиковой Ю.Л. в 2005 г. [10]. Автор подробно охарактеризовала каждый тип НПП. Согласно данной классификации, выделено 3 доминирующие типа НПП: 1 — экстернальный (ЭКС), выявляющий прямую зависимость от внешних пищевых стимулов; 2 — эмоциогенный (ЭМЦ), выступающий, как метод релаксации и избавления от психического стресса, снижения интенсивности психического напряжения и эмоциональных переживаний; 3 — ограничительный (ОГР), основанный на строгом соблюдении диеты, режима питания, самоконтроле со стороны личности за процессом потребления пищи, с чередованием периодов рационального воздержания и рецидивов приступообразного переедания.

Несмотря на значительный интерес научного сообщества к данной тематике, особенности клиники и типологии НПП у больных с РШС остаются пока недостаточно изученными.

Изложенные выше материалы по данной теме свидетельствуют, что дальнейшее исследование и анализ особенностей типологии НПП у больных с РШС с целью разработки адекватных методов и алгоритма их лечения остаются в настоящее время в научном и практическом плане весьма актуальными

Целью настоящего исследования было изучение клинических и типологических особенностей НПП у больных с РШС.

Материал и методы исследования

Выборку составили 136 больных (84 женщины, 52 мужчины) с расстройствами шизофренического спектра, в возрасте от 19 до 58 лет, средний возраст — 37,6±9,8 лет; средняя длительность заболевания — 8,6±7,6 лет, проходивших стационарное и амбулаторное лечение в МНИИП — филиале ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в 2018-2020 гг. Общими критериями включения в исследование являлись: возраст от 18 до 60 лет, наличие РШС, в соответствии с критериями МКБ-10 (F. 20; F. 25). Все исследуемые находились на терапии антипсихотиками: риспе-

ридон 4-6 мг/сут, кветиапин 200-400 мг/сут, оланзапин 15-20 мг/сут, азалептин 50-75 мг/сут, галоперидол 10-20 мг/сут, сульпирид 50-100 мг/сут. Критериями исключения являлись: органические заболевания ЦНС, эндокринная патология, тяжелые соматические и гинекологические заболевания, беременность и лактация.

От всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании, которое было одобрено ЛЭК МНИИП — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (протокол № 24/3 от 2018 г.).

Дизайн исследования — открытое, сравнительное, нерандомизированное. Исследование больных проводилось однократно перед началом терапии.

Основными методами исследования были: анамнестический, клинко-психопатологический, психометрический, антропометрический и клинко-статистический. Тестирование пищевого поведения проводилось с помощью Голландского опросника по выявлению патологических типов пищевого поведения DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire, 1986) [10]. Оценка выраженности отклонения аппетита исследовалась по 4-х бальной шкале, разработанной в отделении психоэндокринологии Московского НИИ психиатрии (1 — слабая выраженность; 2 — умеренная выраженность; 3 — сильная выраженность; 4 — чрезмерная выраженность). Антропометрический метод включал следующие параметры: рост, масса тела (МТ), индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ). Статистическая обработка результатов с помощью компьютерной статистической программы «Statistica» (версия 7.0) позволила вычислить средние значения (М) и ошибку среднего ($\pm SE$). Для сравнения показателей применялись непараметрические статистические методы: для сравнения двух зависимых переменных — критерий Вилкоксона, тест χ^2 для оценки взаимосвязи между переменными использовался ранговый коэффициент Спирмена (r); анализ межгрупповых различий проводился с помощью теста Манна-Уитни. Различия считались достоверными при погрешности $p < 0,01$.

Результаты

Для проведения сравнительного анализа исследуемых показателей пациенты были распределены на группы: 1 группа — 103 пациента с повышенной МТ (ИМТ > 25), из них с ожирением — 45, с избыточной МТ — 58, 2 группа — 33 пациента с нормальными параметрами МТ (ИМТ < 25). Клинико-демографические характеристики больных представлены в Табл. 1.

Как видно из данных таблицы, пациенты 1 и 2 группы были сопоставимы по возрасту. В 1 группе количество женщин было значимо ($p < 0,01$) выше по сравнению с мужчинами, а также значимо ($p < 0,01$) преобладали пациенты с шизофренией.

При анализе длительности заболевания у больных Ш и ШАР учитывались два фактора — нозологический и величина МТ.

Таблица 1. Клинико-демографические показатели изученных больных
Table 1. Clinical and demographic indicators of the studied patients

Показатели	ИМТ >25	ИМТ <25
	1 группа	2 группа
Средний возраст (лет)	37,5±9,3	36,0±10,4
Женщины	69 (67%)*	15 (45%)
Мужчины	34 (33%)*	18 (55%)
Шизофрения (Ш)(F.20)	69 (67%)*	19 (58 %)
Шизоаффективное рас-тво (ШАР) (F.25)	34 (33 %)	14 (42 %)

* $p < 0,01$ — по критерию χ^2 (внутригрупповые различия)

* $p < 0,01$ — according to the χ^2 criterion (intragroup differences)

Таблица 2. Длительность заболеваний у исследованных больных
Table 2. Duration of diseases in the studied patients

Средняя длительность заболевания (лет)	1 группа	2 группа	Общегрупповой показатель
Шизофрения (M±m)	10,5±7,3	8,5±5,1	9,5±6,4*
Шизоаффективное р- во (M±m)	5,4±4,2	4,0±3,2	4,7±3,3*

* $p < 0,01$ по критерию χ^2 (межгрупповые и внутригрупповые различия)

* $p < 0,01$ by χ^2 criterion (intergroup and intragroup differences)

Таблица 3. Частота встречаемости нарушений пищевого поведения и нормального пищевого поведения изученных больных
Table 3. Frequency of occurrence of eating disorders and normal eating behavior in the studied patients

Масса тела (группы)	Типы НПП + нормальное ПП					Всего (n)
	ЭКС	ЭМЦ	ОГР	СМШ	НРМПП	
1 группа	26 (25%)*	11 (11%)	9 (9%)	53(51%)*	4 (4%)	103
2 группа	3 (9%)*	4 (12%)	5 (15%)	7 (21%)*	14 (43%)	33
Итого	29 (22%)	15 (11%)	14 (10%)	60 (44%)	18 (13%)	136

Примечание: СМШ — смешанный тип нарушений пищевого поведения, НРМ ПП — нормальное пищевое поведения

* $p < 0,01$ по критерию χ^2 (межгрупповые и внутригрупповые различия)

Note: СМШ — mixed type of eating disorders, НРМ ПП — normal eating behavior

* $p < 0,01$ by χ^2 criterion (intergroup and intragroup differences)

Как видно из Табл. 2, значимой разницы в длительности заболевания Ш и ШАР между группами больных не выявлено. Показатели длительности заболевания у больных Ш значимо ($p < 0,01$) превышали таковые у больных ШАР, независимо от МТ. Исходя из полученных данных, можно предположить, что у больных Ш длительность заболевания, которая соответствовала длительности приема ПФТ, могла оказывать большее влияние на величину МТ, чем у больных ШАР, что в целом согласуется с результатами ряда научных публикаций [1, 4, 5, 11].

Клинические особенности нарушений пищевого поведения

Клиническая картина пищевого поведения изученных больных включала 2 аспекта — нарушение

аппетита и основные типы НПП. Исследование фактора питания у больных Ш и ШАР выявило разнообразные варианты нарушений аппетита у 73% от общего количества обследованных. Наиболее часто отмечалось повышение аппетита различной степени выраженности и разной периодичности. Обобщенная клиническая картина НПП включает ряд характерных признаков, присутствующих большинству больных: постоянно, или часто повышенный аппетит от умеренной до значительной степени (45%); усиление аппетита ближе к вечеру (38%), периоды резкого усиления аппетита, возникающие спонтанно в течение дня или под воздействием внешних стимулирующих факторов, на фоне умеренно повышенного аппетита

Таблица 4. Средние значения степени выраженности трех типов нарушений пищевого поведения у больных с РШС в выделенных группах
Table 4. Mean values of the severity of three types of eating disorders in patients with schizophrenia spectrum disorders in selected groups

Группы	Средние групповые значения степени выраженности НПП		
	ЭКС	ЭМЦ	ОГР
1 группа % превышения от нормативных величин	3,2±0,75 20%	3,3±1,2 80%	3,6±1,1 50%*
2 группа % превышения от нормативных величин	3,25±1,0 21%	3,35±0,9 80,5%	3,1±1,5 30%

Примечание:

Нормативные значения величин для отдельных типов нарушений пищевого поведения: для ЭКС — до 2,7; для ОГР — до 2,4; для ЭМЦ — до 1,8.

* $p < 0,01$ по критерию χ^2 (межгрупповые различия)

Note:

Normative values for individual types of eating disorders: for ЭКС — up to 2.7; for ОГР — up to 2.4; for ЭМЦ — up to 1.8.

* $p < 0.01$ by χ^2 criterion (intergroup differences)

(35%), чередование периодов нормального и повышенного аппетита (40%), резкое усиление аппетита, с выраженным чувством голода в вечерние и ночные часы (55%), нормальный аппетит или его отсутствие утром, в первой половине дня и резкое его возрастание во второй половине дня и вечером, сопровождаемое повторными приемами пищи и систематическим перееданием (30%), часто возникающее чувство голода после недавнего приема пищи (22%), повышенное, избирательное, слабо контролируемое, влечение к определенным видам пищи (рафинированные, сладкие, хлебо-булочные, кондитерские, мясные, копченые, колбасные изделия) и регулярное употребление их в пищу (48%). Нежелание и избегание потребления полезных, натуральных, малокалорийных продуктов (36%).

Ментальная активность больных сопровождала их действия, связанные с выбором и потреблением пищи. Она была представлена навязчивыми мыслями, эмоциями, представлениями и переживаниями, связанными с пищей и процессом питания в целом. Чаще всего у больных встречались: представления о еде с визуализацией любимых блюд и продуктов; желания и стремления потреблять привычную, вкусную, высококалорийную пищу; чувство дискомфорта, связанное с недоступностью вкусной пищи и наступление психического дискомфорта, чувства удовольствия, релаксации при осознании, что пища находится рядом и легко доступна, а также, в процессе и после употребления вкусных, аппетитных, сытных блюд и продуктов; стойкие убеждения о трудности и невозможности пищевых ограничений; отказ и избегание всяких диетических мер, предлагаемых близкими и врачами, диетологами; слабая волевая активность и сильная власть патологических привычек питания и пищевого поведения в целом.

Количественное соотношение типов НПП у исследованных больных в выделенных группах имело свои особенности, которые отражены в Табл. 3.

Среди больных 1 группы преобладали ЭКС НПП и СМШ НПП. Межгрупповые различия по

данным типам НПП у больных 1 и 2 групп были значимыми ($p < 0,01$). Минимальное число случаев ЭКС типа НПП было отмечено у пациентов 2 группы, а ОГР НПП — у больных 1 группы. Кроме того, СМШ НПП значимо ($p < 0,01$) чаще регистрировался в обеих группах.

Результаты анализа степени выраженности каждого типа НПП у исследуемых больных, в зависимости от величины МТ представлены в Табл. 4.

Обращает на себя внимание высокая степень выраженности среднего значения каждого типа НПП у больных обеих групп. Наибольшая выраженность признака отмечена у пациентов с ЭМЦ НПП (превышение верхней границы нормы на 80%). Минимальная степень выраженности была выявлена у ЭКС НПП по сравнению с двумя другими типами НПП и оказалась идентичной у больных с ПМТ и НМТ (20 и 21%, соответственно). Различия в степени выраженности ОГР НПП между больными 1 и 2 групп составила 20%, что являлось статистически значимым ($p < 0,01$).

Частота встречаемости нарушений аппетита у исследованных больных представлена в Табл. 5.

Таблица 5. Частота встречаемости нарушений аппетита при различных типах нарушений пищевого поведения у исследованных больных
Table 5. The frequency of occurrence of appetite disorders in various types of eating disorders in the studied patients

Типы НПП и Норм ПП	Аппетит	
	Повышенный	Нормальный
ЭКС	25 (25%)	4 (11%)
ЭМЦ	10 (10%)	5 (14%)
ОГР	11 (11%)	3 (8%)
СМШ	54 (54%)	6 (17%)
НРМПП	-	18 (50%)
Итого	100 (100%)	36 (100%)

Таблица 6. Средние показатели возраста у больных с РШС с различными типами НПП
Table 6. Mean indicators of age in patients with schizophrenia spectrum disorders with different types of eating disorders

Тип НПП	ЭКС	ЭМЦ	ОГР	СМШ	НРМ
Возраст (лет)	31,5±9,4	32,0±11,5	41,3±10,1*	31,8±6,5	33,0±10,2

* $p < 0,01$

Данные Табл. 5 демонстрируют, что повышенный аппетит отмечался у большинства пациентов с различными вариантами НПП. Наиболее часто этот признак выявлялся у больных со СМШ НПП (половина случаев), а также у четверти лиц с ЭКС НПП. Как и ожидалось, повышенный аппетит у исследованных больных сочетался с наиболее распространенными типами НПП — экстернальным и смешанным. Полученный результат совпадает с данными наших предыдущих исследований [1, 4].

Клинико-эпидемиологический анализ включал изучение влияния возрастного фактора у больных с различными типами НПП.

Как видно из Табл. 6, средние значения возраста у больных с ОГР НПП оказались значимо ($p < 0,01$) выше, чем у пациентов с другими типами НПП. Показатели среднего возраста в группах пациентов с ЭКС НПП и ЭМЦ НПП были сравнимы между собой. Наиболее однородной возрастной группой оказались больные со смешанным типом НПП. Учитывая высокую частоту встречаемости ОГР НПП у лиц старшего возраста, можно предположить, что в пищевом поведении больных после 50 лет преобладают редуцированные тенденции. Данное предположение нуждается в подтверждении на более широкой выборке больных.

Рассматривая клиническую картину вариантов НПП у больных с РШС, нами были изучены особенности проявлений и течения каждого из 3-х типов НПП. Была проанализирована вероятность взаимосвязи между характером психоэмоциональных отклонений и выраженностью определенного типа НПП.

Основной клинической особенностью эмоциогенного типа НПП, которое регистрировалось у большинства больных, была тесная взаимосвязь между признаками: «систематическое переедание», «увеличение суточного объема потребляемой пищи» и «пониженный фон настроения», «негативные мысли, эмоции, переживания». Больные обращались к приему пищи всякий раз, когда чувствовали психическое напряжение и душевный дискомфорт. Важным отличием эмоциогенного типа НПП у больных с РШС была наиболее высокая степень выраженности его клинических проявлений по сравнению с двумя другими типами НПП.

Ряд авторов в своих работах также указывали на высокую частоту встречаемости и глубокую степень выраженности ЭМЦ НПП среди психически больных [1, 4, 5, 9].

Характер эмоционального состояния данных пациентов был представлен от легкой субдепрессивной симптоматики до клинических проявлений

депрессивного расстройства. Наиболее часто у пациентов встречались эмоции апатического спектра: уныние, тоска, досада, разочарование, чувство жалости к себе, изоляции и одиночества. Свое настроение больные оценивали, как «тоскливое», «подавленное», «грустное». В периоды усиления негативных переживаний больные испытывали потребность в пище, непреодолимое желание что-то съесть и буквально, по их словам, «гасили», «заедали» горестные мысли, эмоции и переживания». Так как данное состояние возникало часто и могло продолжаться длительно, оно, как правило, сопровождалось многократными перекусываниями, повторными приемами пищи с выбором любимых блюд и продуктов высокой калорийности. Типичными в таких случаях являлись сладости, разнообразные кондитерские изделия, выпечка, бутерброды, продукты быстрого питания. Эмоции противоположного спектра — выраженное чувство тревоги, страха, гнева и обиды, не вызывали, по мнению самих пациентов, повышенного аппетита и императивной потребности в приеме пищи.

Проведенный анализ пищевого поведения с детализацией палитры эмоционального фона пациентов с РШС позволил выявить у них определенные тенденции в формировании эмоциогенного типа НПП.

Для большинства больных с эмоциогенным НПП были характерны депрессивные расстройства с апатическими чертами эмоционального фона. Опираясь на данный факт, можно предположить, что у больных с РШС имеет место определенная взаимосвязь между эмоциогенным НПП и апатическим характером аффективных нарушений в рамках основного заболевания, а также зависимость глубины проявлений эмоциогенного типа НПП от выраженности апатического радикала депрессивной симптоматики. Данные анализа позволяют определить вариант течения эмоциогенного типа НПП у больных с РШС, как апато-булимический. Учет особенностей течения данного НПП поможет специалистам выбрать правильную тактику ведения и помощи таким больным. Наряду с лечением основного заболевания можно расширить психотерапевтическую помощь с использованием личностно ориентированных методов, направленных на проработку значимых психотравмирующих переживаний.

Клиническая картина экстернального типа НПП у больных с РШС имела свои специфические признаки по сравнению с двумя другими типами НПП. Данные клинические особенности касались эмоциональной, волевой сферы, области влечений и структуры поведения.

Важным отличительным признаком больных с ЭКС НПП была непосредственная связь булимической симптоматики (резкое повышение аппетита и переедание) с реальными и визуальными образами пищи.

Большинство гастрономической продукции, кулинарных изделий, выпечки, которые пациент реально наблюдал на прилавках и витринах магазинов, в кафе, бистро, закусочных, вызывали у него резкое, можно сказать, рефлекторное повышение аппетита, желание приобрести и употребить любимые продукты. За данным эмоционально-волевым решением следовала немедленная его реализация. Такими же пищевыми стимулами являлись красочные рекламные плакаты, ролики, рассказы, различные передачи по ТВ и в Интернете о пище и ее приготовлении. Особо значимым аспектом, обостряющим экстернальные отклонения ПП у больных, являлись семейные кулинарные традиции. Домашний очаг описывался пациентами, как богатая гастрономическая база, где хранились множество продуктовых запасов, которые были доступны для больного. Часть из них выделялись пациентом, как наиболее привлекательные и любимые. Нужно отметить, что больные находились дома, в семье большую часть времени. Такая обстановка стимулировала желание съесть вкусное любимое блюдо и позволяла легко это сделать.

При детальном опросе выяснялось, что в поведении близких членов семьи, проживающих вместе, наблюдалось однозначное стремление накормить, побаловать болеющего родственника, пассивное отношение к неумному аппетиту, систематическому перееданию, ненормированному режиму приема пищи и распорядку дня. Например, типичными фразами лексикона родных, формирующих диетический рацион пациентов, были «любим», «сочувствуем», «жалеем», «позволяем», «ест, когда хочет», «часто», «много», «все блюда доступны», «без ограничений» т.д. Семейное окружение, под влиянием эмоциональной привязанности сформировало у больного неправильный стереотип питания, который крайне негативно влиял на его пищевые привычки и предпочтения, учитывая сниженную критику таких больных к своему психическому состоянию и расторможенное пищевое влечение.

Эмоциональное состояние пациентов с экстернальным типом НПП определялось преимущественно характером основного психопатологического процесса. Значительное влияние на психоэмоциональный фон больных с ЭКС НПП оказывала степень доступности любимых блюд и продуктов и возможность их съесть.

Ограничительный тип НПП, выявленный у обследуемых, имел самое незначительное представительство по сравнению с двумя другими типами НПП. Он в равных пропорциях регистрировался у больных с повышенной и нормальной МТ.

Отличительные клинические особенности ограничительного типа ПП у больных с РШС проявлялись в большей степени в поведении, чем в эмоциональной сфере. Большую роль в обеспече-

нии диетических ограничений играла ментальная, в том числе эмоционально-волевая активность, которая была тесно связана с редуцированным пищевым поведением пациентов. Характерными признаками для больных с ОГР НПП были: поддержание правильного режима питания, избирательный строгий диетический рацион, выбор полезных, низкокалорийных продуктов, детальное изучение состава продуктов, точный подсчет суточных калорий, составление примеров сбалансированного меню на день, неделю, контроль за качеством приобретаемых продуктов и объемом суточного рациона. У пациентов были сформированы устойчивые взгляды и убеждения по поводу необходимости соблюдения принципов здорового питания и образа жизни, устойчивое категоричное мнение о пользе ограниченного ряда выбираемых блюд и продуктов, радикальное принятие решений о соблюдении редуцированной диеты, регулярных разгрузочных дней, других полезных пищевых аскезах, например пропуск 1-2 приемов пищи в день, либо замена их на витаминное питье или легкий перекус зелеными салатами и фруктами.

Течение ОГР НПП у изучаемых пациентов имело свои особенности. Так, у большинства больных (60%) процесс ограничительного пищевого поведения протекал непрерывно, с незначительными, ситуационно обусловленными, колебаниями в сторону расширения диеты. Его можно назвать однофазным. При этом в периоды ремиссии основного, шизофренического расстройства наблюдалось некоторое смягчение ограничительных проявлений в пищевом поведении. Обострение психического заболевания зачастую сопровождалось усилением нарушений ограничительного типа в пищевом поведении, которые тесно переплетались с картиной основного заболевания.

У 40% больных с РШС встречался двухфазный тип ограничительного НПП, с чередованием периодов строгого диетического воздержания в питании (описанного выше) и эпизодов бесконтрольного переедания, зачастую, совпадающего с обострением шизофренического процесса.

Нужно отметить, что у больных с ОГР НПП эмоциональная сфера (чувства, переживания) была менее привязана к действиям больных по соблюдению низкокалорийной диеты и в большей степени зависела от позитивного результата снижения массы тела. Можно предположить, что фактор успешности редуцированной диеты мог оказывать позитивное влияние на течение основного психического расстройства, особенно это касалось смягчения разнообразной аффективной симптоматики, которая присутствовала в картине основного психического расстройства.

Заключение

Обобщая проведенный сравнительный анализ полученных данных, можно выделить ряд значимых позиций, касающихся нарушений аппетита и особенностей НПП у больных с РШС.

К характерологическим клинико-эндокринным особенностям большинства изученных больных относились: отклонения аппетита, разнообразные по характеру, интенсивности и периодичности, увеличение МТ различной степени выраженности и НПП, представленные тремя основными типами.

К типологическим особенностям нарушений ПП относятся: преобладание экстернального типа НПП, в том числе в составе смешанного типа НПП (более 60% случаев); высокая степень выраженности ЭМЦ НПП и ОГР НПП (по сравнению с нормой); сочетание значительной выраженности эмоциогенного типа НПП с апатическим характером аффективных расстройств, протекающих в рамках основного заболевания.

Клинико-динамическим особенностям НПП являются: однофазный вариант течения ограничительного типа НПП, который характеризуется постоянством и равномерностью эмоционально-волевых усилий по поддержанию низкокалорийного диетического рациона и усиление редуционных тенденций в пищевом поведении у лиц возрастной группы старше 45 лет.

Клиническими особенностями проявлений НПП у исследованных больных с ожирением были стабильность проявления и сочетание таких признаков, как: повышенный аппетит и суточный объем питания, высококалорийный состав пищи, неправильные кулинарные традиции семьи, смешанный тип НПП или экстернальный тип НПП.

Как показало исследование, диагноз, длительность заболевания и половая принадлежность не оказывали существенного влияния на величину аппетита и типологические особенности НПП у больных с РШС.

На основании проведенного исследования можно сформулировать ряд общих рекомендаций по курации больных с РШС с учетом НПП.

Включение нейроэндокринного исследования и тестирования НПП на более раннем дофармакологическом этапе, особенно для лиц, имеющих высокий риск формирования побочных метаболических осложнений. Ранняя диагностика НПП у больных с РШС способствует подбору психотропных препаратов с минимальным влиянием на метаболизм и пищевое поведение пациентов.

Лечение данного контингента больных должно проводиться с учетом типологических особенностей НПП и включать, наряду с медикаментозной терапией, методы рациональной, семейной психотерапии, меры психосоциальной поддержки, тренинги, занятия.

Ведение больных с РШС и НПП должно быть комплексным, совместно с эндокринологами, терапевтами, диетологами, куда должны входить наблюдение и консультирование узкими специалистами, рекомендации по нормализации образа жизни, режима питания, формированию низкокалорийной диеты и стереотипа питания в семье больного.

Исследование выполнено в рамках Госзадания 121041300178-6

Литература / References

1. Василенко Л.М., Горобец Л.Н., Буланов В.С., Литвинов А.В. Типология нарушений пищевого поведения у психически больных в процессе терапии антипсихотиками второго поколения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015;115(7):60-67. <https://doi.org/10.17116/jnevro20151157160-67>
Vasilenko LM, Gorobets LN, Bulanov VS, Litvinov AV. Typology of eating disorders in mental patients during treatment with second-generation antipsychotics. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2015;115(7):60-67. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20151157160-67>
2. Вахмистров А.Б., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001;12:19-24.
Vakhmistrov AB, Voznesenskaya TG, Posokhov SI. Clinical and psychological analysis of eating disorders in obesity. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2001;12:19-24. (In Russ.).
3. Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М. Коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000;12:48-52.
Voznesenskaya TG, Safonova VA, Platonova NM. Comorbid syndromes in obesity and methods for their correction. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2000;12:48-52. (In Russ.).
4. Горобец Л.Н., Буланов В.С., Василенко Л.М., Литвинов А.В., Поляковская Т.П. Метаболические расстройства у больных шизофренией в процессе терапии атипичными антипсихотическими препаратами. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012;112(9):90-96.
Gorobets LN, Bulanov VS, Vasilenko LM, Litvinov AV, Polyakovskaya TP. Metabolic disorders in patients with schizophrenia during therapy with atypical antipsychotic drugs. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2012;112(9):90-96. (In Russ.).
5. Горобец Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции и нейролептическая терапия. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М»; 2007.
Gorobets L.N. Nejroendokrinnye disfunkcii i nejrolepticheskaya terapiya. M.: ID «MEDPRAKTIKA-M»; 2007. (In Russ.).
6. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. Психопатологические аспекты пищевого поведения и проблема коморбидности (клинические экскурсы, раздумья). Ярославль. Аверс плюс; 2015.

- Grigoryeva E.A., Khokhlov L.K. *Psichopatologicheskie aspekty pishchevogo povedeniya i problema komorbidnosti (klinicheskie ekskursy, razdum'ya)*. Yaroslavl'. Avers plyus; 2015. (In Russ.).
7. Егоров А.Ю. К вопросу о феноменологии пищевых аддикций. Материалы 2-го Междисциплинарного конгресса «Человек и пищевые аддикции». СПб; 2008.
Egorov A.Yu. K voprosu o fenomenologii pishchevykh addikcij. Materialy 2-go Mezhdisciplinarnogo kongressa «Chelovek i pishchevye addikcii». Spb; 2008. (In Russ.).
 8. Мазо Г.Э., Кибитов А.О. Риск-менеджмент метаболических нарушений при использовании антипсихотиков. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016; 3:3-15.
Mazo GE, Kibitov AO. Risk management of metabolic disorders in the use of antipsychotics. Obzrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2016; 3:3-15. (In Russ.).
 9. Ромацкий В.В., Семин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть 1). Бюллетень сибирской медицины. 2006;3:61-69.
Romatsky VV, Semin IR. Phenomenology and classification of eating disorders (analytical review of the literature, part 1). Byulleten' sibirskoj mediciny. 2006;3:61-69. (In Russ.).
 10. Савчикова Ю.Л. Психологические особенности женщин с проблемами веса. Автореферат дис. ... канд. психол. наук. С.-Петербургский Государственный университет. СПб; 2005.
Savchikova Yu.L. Psihologicheskie osobennosti zhenshchin s problemami vesa. Avtoreferat dis. ... kand. psihol. nauk. S.-Peterburgskij Gosudarstvennyj universitet. SPb; 2005. (In Russ.).
 11. Шубина С.Н., Скугаревский О.А. Ограничительные тенденции НПП при расстройствах шизофренического спектра. Сборник трудов конференции Белгородского государственного медицинского университета «Актуальные проблемы медицины». 2021.
Shubina S.N., Skugarevsky O.A. Ogranichitel'nye tendencii NPP pri rasstrojstvakh shchizofrenicheskogo spektra. Sbornik trudov konferencii Belgorodskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta «Aktual'nye problemy mediciny». 2021. (In Russ.).
 12. Allison D, Casey D. Antipsychotic induced weight gain a review of the literature. J. of Clinical Psychiatry. 2001;62(7):22-31.
 13. Javaras KN et al. Co-occurrence of binge eating disorders. J. Clin. Psychiatry. 2008;69:266-273. doi: 10.4088/jcp.v69n0213
 14. Smyth JM et al. Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients. J. Consult. Clin. Psychol. 2007;75(4):629-638. doi: 10.1037/0022-006X.75.4.629
 15. Song F. Risperidone in the therapy of schizophrenia misanalysis of randomized controlled trials. J. Psychopharmacol. 1997;554-570. doi: 10.1177/026988119701100116
 16. Sussman N. Review of atypical antipsychotics and weight gain. J. Clin. Psychiatry. 2001;62(23):5-12.
 17. Swinbourne JM et al. The comorbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. J. Eat. Disord. Ass. 2007;15(44):253-274.

Сведения об авторах

Василенко Любовь Михайловна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психоэндокринологии Московского НИИ психиатрии– филиала Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Национальный Медицинский Исследовательский Центр Психиатрии и Наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Горобец Людмила Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения психоэндокринологии Московского НИИ психиатрии– филиала Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Национальный Медицинский Исследовательский Центр Психиатрии и Наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: gorobetsln@mail.ru

Литвинов Александр Викторович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психоэндокринологии Московского НИИ психиатрии– филиала Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Национальный Медицинский Исследовательский Центр Психиатрии и Наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: vccontact@gmail.com

Буланов Вадим Сергеевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психоэндокринологии; Московского НИИ психиатрии– филиала Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Национальный Медицинский Исследовательский Центр Психиатрии и Наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: bvadim612@gmail.com

Поступила 16.05.2022

Received 16.05.2022

Принята в печать 31.06.2022

Accepted 31.06.2022

Дата публикации 30.09.2022

Date of publication 30.09.2022