

DOI: <https://doi.org/10.51922/2616-633X.2021.5.2.1173>

СИНДРОМ АНОРЕКСИИ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СВОЕВРЕМЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ТЯЖЕЛЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Шубина Светлана Николаевна^{1,2}, Скугаревский Олег Алексеевич¹, Гунич Сергей Владимирович²

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь¹

Учреждение здравоохранения «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко», г. Минск, Республика Беларусь²

УДК 616.89-008.441.42-008.19-06-084

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, шизофрения.

Для цитирования. Шубина Светлана Николаевна, Скугаревский Олег Алексеевич, Гунич Сергей Владимирович. Синдром анорексии как фактор, определяющий своевременную профилактику тяжелых соматических осложнений нарушений пищевого поведения. *Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски*, 2021, Т. 5, № 1, С. 1173–1183.

Целью исследования явилось выявление отличий в нейрокогнитивном функционировании и социальных когнициях (эмоциональный процессинг) при нервной анорексии (НА) и шизофрении, что в дальнейшем поможет разработать методологические подходы и усовершенствовать дифференциально-диагностические параметры для оценки синдрома анорексии при этих расстройствах.

Материалы и методы. Изучены нейропсихологические и антропометрические особенности респондентов, в клинической картине которых присутствовал синдром анорексии (129 человек): (1) пациентки женского пола, страдающие нервной анорексией без изменения клинического диагноза (40 человек), (2) пациентки женского пола, страдающие нервной анорексией, у которых в 5-летнем проспективном катамнезе клинический диагноз был изменен на нервную булимию (20 человек), (3) пациентки женского пола, страдающие нервной анорексией, у которых в 5-летнем проспективном катамнезе клинический диагноз был изменен на расстройства шизофренического спектра (15 человек), (4) пациентки женского пола, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет с девиантным пищевым поведением в анамнезе (23 человека), (5) девушки и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование, с доклиническими признаками нарушений пищевого поведения (НПП) (31 человек).

Обследование включало комплекс анамнестических, антропометрических и психометрических методов. Статистическая обработка

полученных результатов проведена с использованием программных пакетов Statistica 10.0, SPSS 22.0.

Результаты. Установлены качественные и количественные различия в параметрах нейропсихологического, а также антропометрического профилей при наличии в клинической картине сопутствующей симптоматики НПП. Причем, большие затруднения в реализации исполнительского функционирования определены у пациенток с нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз из рубрики расстройств шизофренического спектра, и у пациенток с шизофренией при наличии девиантного пищевого поведения в анамнезе.

Дискриминантный анализ на основании выявленного комплекса нейропсихологических и антропометрических параметров позволяет корректно классифицировать сравниваемые подгруппы с точностью 99,2%.

Заключение. Оценка нейрокогнитивных (в аспекте исполнительских функций) и антропометрических показателей дает возможность не только определить точную нозологическую принадлежность синдрома анорексии в клинике психических и поведенческих расстройств, но и выставить правильный клинический диагноз, что в дальнейшем поможет оказать адекватную лечебно-реабилитационную помощь, а также осуществить своевременную профилактику тяжелых осложнений нарушений пищевого поведения. Необходимо учитывать и тот факт, что ошибки в диагностике синдрома анорексии приводят к сложностям в курении таких пациентов, ухудшают социальный и медицинский прогноз.

ANOREXIA SYNDROM AS A DETERMINING FACTOR FOR TIMELY PREVENTION OF SEVERE SOMATIC COMPLICATIONS OF EATING DISORDERS

S. Shubina^{1,2}, O. Skugarevsky¹, S. Hunich²

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus¹

City Clinical Hospital No.4 named after N.E. Savchenko, Minsk, Republic of Belarus²

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, schizophrenia.

FOR REFERENCES. S. Shubina, O. Skugarevsky, S. Hunich. Anorexia syndrom as a determining factor for timely prevention of severe somatic complications of eating disorders. *Neotlozhnaya kardiologiya i kardiovaskulyarnye riski* [Emergency cardiology and cardiovascular risks], 2021, vol. 5, no. 1, pp. 1173–1183.

The research objective was to identify the differences in neurocognitive functioning and social cognition (emotional processing) in the presence of anorexia nervosa and schizophrenia, which will eventually help in developing methodological approaches and improving differential and diagnostic parameters to assess anorexia syndrome associated with these disorders.

Materials and methods. We studied neuropsychological and anthropometric characteristics of the respondents whose clinical pattern had evidence of anorexia syndrome (129 people): (1) female patients suffering from anorexia nervosa without changed clinical diagnosis (40 patients), (2) female patients suffering from anorexia nervosa whose clinical diagnosis was changed to bulimia nervosa within a 5-year follow-up (20 patients), (3) female patients with anorexia nervosa whose clinical diagnosis was changed to schizophrenic spectrum disorders within a 5-year follow-up (15 patients), (4) female patients suffering from a paranoid form of schizophrenia lasting for up to 5 years with a history of deviant eating behavior in the clinical pattern (23 patients), (5) girls and young women who did not have mental and behavioral disorders at the time of their participation in the study, but with preclinical signs of eating disorders (ED) (31 patients).

The survey included a set of anamnestic, anthropometric, and psychometric methods, as well as psychometric techniques. The statistical processing

of the obtained results was carried out with the help of the Statistica 10.0 and SPSS 22.0 software packs.

Results. We established qualitative and quantitative differences in the parameters of neuropsychological and anthropometric profiles in the presence of concomitant ED symptoms in the clinical pattern. Moreover, great difficulties in the implementation of executive functioning were identified in patients with anorexia nervosa whose 5-year follow-up was changed to a diagnosis from the list of schizophrenic spectrum disorders, and in patients suffering from schizophrenia with a history of deviant eating behavior.

Discriminant analysis based on the identified set of neuropsychological and anthropometric parameters enabled us to correctly classify the compared subgroups with an accuracy of 99.2%.

Conclusion. Assessment of neurocognitive (in terms of executive functions) and anthropometric indicators enables determining the exact nosological affiliation of anorexia syndrome in the manifestation of mental and behavioral disorders, as well as establishing a correct clinical diagnosis, which will help to provide adequate treatment and rehabilitation in the future, along with timely prevention of severe complications of eating disorders. It is necessary to consider the fact that failures to diagnose the anorexia syndrome in such patients lead to difficulties in their treatment and worsen their social and medical prognosis.

Введение

Расстройства пищевого поведения являются значительной медико-социальной проблемой [1]. Смертность при нарушениях пищевого поведения (НПП) является самой высокой среди нозологий психиатрического профиля и составляет 5–6%, в большинстве случаев обусловлена суицидом и кардиальной патологией. Согласно другим данным, летальность может достигать 15% [2, 3].

Прогноз лечения при НПП зависит от своевременной диагностики и обусловленных им осложнений, принятия адекватных лечебно-тактических решений и мотивирования больного к проведению терапии и выздоровлению [1].

Следует отметить, что пациенты с расстройствами пищевого поведения часто попадают в стационары соматического профиля (тем самым откладывая конфронтацию с истинно психологическими причинами отклоняющихся форм пищевого поведения), где скрывают свое состояние от врачей. В связи с этим лишь малая часть от общего числа лиц с нарушениями пищевого поведения наблюдается врачами-психиатрами. Зарубежные коллеги в своих публикациях утверждают: врач общей практики первым встречается с таким пациентом [4, 5].

На сегодняшний день нервная анорексия (НА) наиболее известна среди расстройств пищевого поведения [5]. Снижение веса при НА часто происходит до 50% от первоначального с последующим развитием брадикардии и снижения артериального давления (АД), нарушения работы желудочно-кишечного тракта, кахексии. Помимо этого, длительное течение НА с использованием пациентами очистительных форм поведения (самовызывание рвоты) приводит к электролитным

нарушениям, что в свою очередь чревато развитием нарушений сердечного ритма, в том числе угрожающих жизни. Со стороны сердечно-сосудистой системы при НА часты головокружение, обмороки, ощущение холода, нарушения ритма и проводимости; со стороны желудочно-кишечного тракта – боли в желудке, запор, тошнота, диспепсия; со стороны кожных покровов – выпадение волос, сухость и бледность кожи, нарушение структуры ногтей; также развиваются нарушения эндокринной системы, замедление обмена веществ, аменорея и бесплодие. Некоторые из перечисленных осложнений редуцируются после нормализации массы тела, но отдельные патологические сдвиги могут сохраняться и после увеличения веса [1].

Актуальность проблемы нервной анорексии достаточно высока в связи с увеличением ее распространенности (составляет 1,2% среди женщин и 0,29% среди мужчин в популяции) [1]. Согласно результатам других исследований половая диспропорция нервной анорексии (соотношение случаев у мужчин и женщин) составляет 1:9 [6].

Нозологическая принадлежность нервной анорексии к расстройствам шизофренического спектра является давним предметом изучения в психиатрии.

Одни авторы считают нервную анорексию продромом шизофрении, другие авторы утверждают, что нервная анорексия возникает на фоне текущего шизофренического процесса с дисморфоматическими бредовыми идеями и вычурным поведением. В других исследованиях авторы отмечают при нервной анорексии сопутствующую шизофреническую симптоматику [7, 8].

Целью исследования явилось выявление отличий в нейрокогнитивном функционировании и социальных когнициях (эмоцио-

нальный процессинг) при нервной анорексии и шизофрении, что в дальнейшем поможет разработать методологические подходы и усовершенствовать дифференциально-диагностические параметры для оценки синдрома анорексии при этих расстройствах.

Материалы и методы

Мы решили обоснованно изучить в нашем исследовании нейропсихологические и антропометрические особенности тех групп респондентов, в клинической картине которых присутствует синдром анорексии (129 человек): (1) пациентки женского пола, страдающие нервной анорексией без изменения клинического диагноза в катамнестическом наблюдении (40 человек), (2) пациентки женского пола, страдающие НА, у которых в 5-летнем проспективном катамнезе клинический диагноз был изменен на нервную булимию (20 человек), (3) пациентки женского пола, страдающие нервной анорексией, у которых в 5-летнем проспективном катамнезе клинический диагноз был изменен на расстройства шизофренического спектра (15 человек), (4) пациентки женского пола, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет с девиантным пищевым поведением в анамнезе (23 человека), (5) девушки и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование, с признаками НПП, не достигающими уровня клинической значимости (31 человек) [5].

Обследование включало методы психодиагностической и патопсихологической оценки феноменов отклоняющегося пищевого поведения (Шкала оценки пищевых предпочтений – ШОПП), патопсихологической симптоматики (Опросник выраженности психопатологической симптоматики – SCL-90-R, Шкала позитивных и негативных синдромов – PANSS), а также нейропсихологические методы для оценки исполнительских функций и эмоционального процессинга (Висконсинский тест сортировки карточек – WCST, Кембриджская нейропсихологическая автоматизированная батарея тестов – CANTAB-10.0, компьютеризированная нейропсихологическая батарея для изучения нейропсихологического функционирования Лаборатории проблем мозга Пенсильванского университета – PennCNP). Также проводился сбор анамнеза жизни и анамнеза заболевания и антропометрический метод, включающий определение роста, веса, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии и бедер, определение калипером величины кожной складки. Кроме того, во время клинического интервью узнавали субъективно «идеальный» вес и определяли «качели веса» (условно выделенная разница между мак-

симальным и минимальным весом). Ниже приведены результаты исследования (сравнение К независимых выборок и Н-критерий Краскала-Уоллеса, а также z-коэффициенты). Также мы применили дискриминантный анализ, позволяющий 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.

Результаты

В таблице 1 видно, что респонденты 1 группы статистически достоверно имели меньшие антропометрические показатели (кроме «качелей веса») по сравнению с остальными респондентами, что не противоречит феноменологии клинически значимых нарушений пищевого поведения пациенток с нервной анорексией. Респонденты 4 группы статистически достоверно имели большие антропометрические показатели (кроме «качелей веса») по сравнению с остальными респондентами, что можно объяснить превалированием в клинической картине нарушений мышления, волевым снижением, длительным приемом антипсихотических препаратов. Большие «качели веса» статистически достоверно были определены у респондентов 2 группы (что не противоречит очистительному поведению данных пациенток), а меньшие – у респондентов 5 группы.

В таблице 2 (приведены результаты ШОПП) видно, что респонденты 1 группы, статистически достоверно имели больший балл по шкале «Неудовлетворенность телом» и «Перфекционизм» (что не противоречит их полиморфной сопутствующей психопатологической симптоматике). Респонденты 2 группы статистически достоверно имели больший балл по шкале «Булимия» (что не противоречит их клинической картине). Наибольшие баллы по остальным субшкалам статистически достоверно определяются у респондентов 3 и 4 групп (причем по этим же шкалам баллы у респондентов 2 группы большие, чем у 1 группы). Меньшие показатели по всем субшкалам имеют респонденты 5 группы. Данные результаты ШОПП свидетельствуют о специфических психологических характеристиках и поведенческих стереотипах респондентов со стабильной нервной анорексией. Такие субшкалы ШОПП, как «Стремление к худобе», «Недоверие в межличностных отношениях», «Неэффективность» и «Страх зрелости» обращают внимание своей выраженностью у пациентов шизофренического спектра и по своему содержанию имеют разный клинический смысл по сравнению с пациентами с нервной анорексией, отражая, по-видимому, социальный дефицит.

Таблица 1.
Антропометрические показатели пациентов исследуемых групп, Me (25%-75%)

Показатели	1-я группа, n = 40	2-я группа, n = 20	3-я группа, n = 15	4-я группа, n = 23	5-я группа, n = 31	Влияние	Статистическая значимость различий
Окружность талии, см	55 (50-61)	64 (55-67)	62 (60-65)	76 (70-80)	63 (61-69)	H = 58,7, p < 0,001	$z_{1-2} = 3,3, p_{1-2} < 0,05; z_{1-4} = 7,6, p_{1-4} < 0,001;$ $z_{1-5} = 4,6, p_{1-5} < 0,001; z_{2-4} = 3,6, p_{2-4} < 0,05;$ $z_{3-4} = 3,6, p_{3-4} < 0,05; z_{4-5} = 3,2, p_{4-5} < 0,05$
Окружность бедер, см	74 (70-82)	88 (79-94)	80 (70-82)	99 (94-100)	92 (88-95)	H = 68,8, p < 0,001	$z_{1-2} = 3,3, p_{1-2} < 0,05; z_{1-4} = 7,2, p_{1-4} < 0,001;$ $z_{1-5} = 6,0, p_{1-5} < 0,001; z_{2-4} = 3,2, p_{2-4} < 0,05;$ $z_{3-4} = 5,8, p_{3-4} < 0,001; z_{3-5} = 4,7, p_{3-5} < 0,001$
Толщина кожной складки, мм	12 (11-15)	20 (15-27)	13 (11-14)	30 (25-33)	19 (18-24)	H = 56,6, p < 0,001	$z_{1-2} = 3,2, p_{1-2} < 0,05; z_{1-4} = 6,7, p_{1-4} < 0,001;$ $z_{1-5} = 4,4, p_{1-5} < 0,001; z_{2-3} = 3,3, p_{2-3} < 0,05;$ $z_{2-4} = 2,9, p_{2-4} < 0,05; z_{3-4} = 6,1, p_{3-4} < 0,001;$ $z_{3-5} = 4,2, p_{3-5} < 0,001$
ИМТ*, кг/м ²	16 (14-17)	20 (17-22)	17 (16-19)	24 (20-26)	19 (18-22)	H = 23,8, p < 0,001	$z_{1-2} = 4,2, p_{1-2} < 0,001; z_{1-4} = 7,7, p_{1-4} < 0,001;$ $z_{1-5} = 6,0, p_{1-5} < 0,001; z_{3-4} = 4,8, p_{3-4} < 0,001;$ $z_{3-5} = 3,2, p_{3-5} < 0,05$
«Качели» веса, кг	19 (12-23)	24 (14-26)	20 (19-23)	23 (20-27)	9 (4-11)	H = 42,3, p < 0,001	$z_{1-3} = 3,4, p_{1-3} < 0,05; z_{1-5} = 5,3, p_{1-5} < 0,001;$ $z_{2-3} = 3,6, p_{2-3} < 0,05; z_{2-5} = 5,2, p_{2-5} < 0,001;$ $z_{3-4} = 3,4, p_{3-4} < 0,05; z_{4-5} = 5,0, p_{4-5} < 0,001$
Субъективно «идеальный» вес, кг	48 (45-54)	50 (47-55)	49 (50-51)	55 (51-65)	54 (49-60)	H = 22,2, p < 0,001	$z_{1-4} = 4,2, p_{1-4} < 0,001; z_{1-5} = 3,4, p_{1-5} < 0,05;$ $z_{3-4} = 2,9, p_{3-4} < 0,05$

* ИМТ – индекс массы тела.

Table 1.
Anthropometric indicators of patients within the study groups, Me (25%-75%)

Indicators	Group 1, n = 40	Group 2, n = 20	Group 3, n = 15	Group 4, n = 23	Group 5, n = 31	Influence	Statistical significance of differences
Waist circumference, cm	55 (50-61)	64 (55-67)	62 (60-65)	76 (70-80)	63 (61-69)	H = 58,7, p < 0,001	$z_{1-2} = 3,3, p_{1-2} < 0,05; z_{1-4} = 7,6, p_{1-4} < 0,001;$ $z_{1-5} = 4,6, p_{1-5} < 0,001; z_{2-4} = 3,6, p_{2-4} < 0,05;$ $z_{3-4} = 3,6, p_{3-4} < 0,05; z_{4-5} = 3,2, p_{4-5} < 0,05$
Hip circumference, cm	74 (70-82)	88 (79-94)	80 (70-82)	99 (94-100)	92 (88-95)	H = 68,8, p < 0,001	$z_{1-2} = 3,3, p_{1-2} < 0,05; z_{1-4} = 7,2, p_{1-4} < 0,001;$ $z_{1-5} = 6,0, p_{1-5} < 0,001; z_{2-4} = 3,2, p_{2-4} < 0,05;$ $z_{3-4} = 5,8, p_{3-4} < 0,001; z_{3-5} = 4,7, p_{3-5} < 0,001$
Skin fold thickness, mm	12 (11-15)	20 (15-27)	13 (11-14)	30 (25-33)	19 (18-24)	H = 56,6, p < 0,001	$z_{1-2} = 3,2, p_{1-2} < 0,05; z_{1-4} = 6,7, p_{1-4} < 0,001;$ $z_{1-5} = 4,4, p_{1-5} < 0,001; z_{2-3} = 3,3, p_{2-3} < 0,05;$ $z_{2-4} = 2,9, p_{2-4} < 0,05; z_{3-4} = 6,1, p_{3-4} < 0,001;$ $z_{3-5} = 4,2, p_{3-5} < 0,001$
BMI*, kg/m ²	16 (14-17)	20 (17-22)	17 (16-19)	24 (20-26)	19 (18-22)	H = 23,8, p < 0,001	$z_{1-2} = 4,2, p_{1-2} < 0,001; z_{1-4} = 7,7, p_{1-4} < 0,001;$ $z_{1-5} = 6,0, p_{1-5} < 0,001; z_{3-4} = 4,8, p_{3-4} < 0,001;$ $z_{3-5} = 3,2, p_{3-5} < 0,05$
Weight "shift", kg	19 (12-23)	24 (14-26)	20 (19-23)	23 (20-27)	9 (4-11)	H = 42,3, p < 0,001	$z_{1-3} = 3,4, p_{1-3} < 0,05; z_{1-5} = 5,3, p_{1-5} < 0,001;$ $z_{2-3} = 3,6, p_{2-3} < 0,05; z_{2-5} = 5,2, p_{2-5} < 0,001;$ $z_{3-4} = 3,4, p_{3-4} < 0,05; z_{4-5} = 5,0, p_{4-5} < 0,001$
Субъективно «идеальный» вес, кг	48 (45-54)	50 (47-55)	49 (50-51)	55 (51-65)	54 (49-60)	H = 22,2, p < 0,001	$z_{1-4} = 4,2, p_{1-4} < 0,001; z_{1-5} = 3,4, p_{1-5} < 0,05;$ $z_{3-4} = 2,9, p_{3-4} < 0,05$

* – BMI – body mass index.

Таблица 2.
Показатели ШОПП, Me (25%-75%)

Показатели	1-я группа, n = 40	2-я группа, n = 20	3-я группа, n = 15	4-я группа, n = 23	5-я группа, n = 31	Влияние	Статистическая значимость различий
Стремление к худобе	9 (2-16)	10 (1-12)	14 (10-15)	12 (9-13)	4 (1-6)	H = 14,4, p < 0,001	$z_{3-4} = 3,6, p_{3-4} < 0,05; z_{3-5} = 4,5, p_{3-5} < 0,001$
Булимия	1 (0-3)	8 (5-12)	5 (2-7)	4 (1-5)	1 (0-2)	H = 40,7, p < 0,001	$z_{1-2} = 5,2, p_{1-2} < 0,001; z_{2-4} = 3,4, p_{2-4} < 0,05;$ $z_{2-5} = 6,0, p_{2-5} < 0,001; z_{3-5} = 3,5, p_{3-5} < 0,05$
Неудовлетворенность телом	15 (2-19)	8 (3-14)	11 (7-12)	4 (1-6)	4 (1-8)	p < 0,001	$z_{1-4} = 3,0, p_{1-4} < 0,05; z_{1-5} = 3,0, p_{1-5} < 0,05$
Перфекционизм	13 (2-17)	11 (5-15)	10 (7-12)	6 (1-8)	3 (1-6)	H = 16,7, p < 0,001	$z_{1-4} = 4,0, p_{1-4} < 0,05; z_{1-5} = 6,0, p_{1-5} < 0,05$
Неэффективность	8 (5-22)	9 (5-14)	19 (18-21)	16 (13-20)	3 (2-7)	H = 32,5, p < 0,001	$z_{1-5} = 4,6, p_{1-5} < 0,001; z_{2-5} = 3,4, p_{2-5} < 0,05;$ $z_{3-4} = 4,4, p_{3-4} < 0,001; z_{3-5} = 6,0, p_{3-5} < 0,001$
Недоверие в межличностных отношениях	8 (2-15)	9 (6-16)	19 (18-20)	17 (0-4)	1 (0-2)	H = 34,0, p < 0,001	$z_{1-3} = 3,8, p_{1-3} < 0,05; z_{1-5} = 4,2, p_{1-5} < 0,001;$ $z_{2-3} = 4,9, p_{2-3} < 0,001; z_{3-4} = 5,3, p_{3-4} < 0,001$ $z_{3-5} = 6,9, p_{3-5} < 0,001$
Страх зрелости	15 (12-19)	21 (14-23)	23 (17-25)	22 (12-25)	5 (3-7)	H = 18,3, p < 0,001	$z_{1-3} = 4,5, p_{1-3} < 0,001; z_{2-3} = 4,7, p_{2-3} < 0,001;$ $z_{3-4} = 5,3, p_{3-4} < 0,001; z_{3-5} = 6,0, p_{3-5} < 0,001$

Indicators	Group 1, n = 40	Group 2 n = 20	Group 3 n = 15	Group 4 n = 23	Group 5 n = 31	Influence	Statistical significance of differences
Pursuit of thinness	9 (2-16)	10 (1-12)	14 (10-15)	12 (9-13)	4 (1-6)	H = 14,4, p < 0,001	$z_{3-4} = 3,6, p_{3-4} < 0,05; z_{3-5} = 4,5, p_{3-5} < 0,001$
Bulimia	1 (0-3)	8 (5-12)	5 (2-7)	4 (1-5)	1 (0-2)	H = 40,7, p < 0,001	$z_{1-2} = 5,2, p_{1-2} < 0,001; z_{2-4} = 3,4, p_{2-4} < 0,05;$ $z_{2-5} = 6,0, p_{2-5} < 0,001; z_{3-5} = 3,5, p_{3-5} < 0,05$
Body dissatisfaction	15 (2-19)	8 (3-14)	11 (7-12)	4 (1-6)	4 (1-8)	H = 14,6, p < 0,001	$z_{1-4} = 3,0, p_{1-4} < 0,05; z_{1-5} = 3,0, p_{1-5} < 0,05$
Perfectionism	13 (2-17)	11 (5-15)	10 (7-12)	6 (1-8)	3 (1-6)	H = 16,7, p < 0,001	$z_{1-4} = 4,0, p_{1-4} < 0,05; z_{1-5} = 6,0, p_{1-5} < 0,05$
Inefficiency	8 (5-22)	9 (5-14)	19 (18-21)	16 (13-20)	3 (2-7)	H = 32,5, p < 0,001	$z_{1-5} = 4,6, p_{1-5} < 0,001; z_{2-5} = 3,4, p_{2-5} < 0,05;$ $z_{3-4} = 4,4, p_{3-4} < 0,001; z_{3-5} = 6,0, p_{3-5} < 0,001$
Mistrust in interpersonal relationships	8 (2-15)	9 (6-16)	18 (18-20)	17 (12-19)	1 (0-4)	H = 34,0, p < 0,001	$z_{1-3} = 3,8, p_{1-3} < 0,05; z_{2-3} = 5,3, p_{2-3} < 0$

В таблице 4 видно (приведены результаты PANSS), что наибольшие показатели позитивной шкалы (бред, расстройства мышления, подозрительность), показатели негативной шкалы (притупленный аффект, нарушение абстрактного мышления), показатели шкалы общих психопатологических синдромов (соматическая озабоченность, необычное содержание мыслей) статистически достоверно определяются у респондентов 3 группы и 4 группы (причем данные показатели у респондентов 2 группы большие, чем у респондентов 1 группы), что также конгруэнтно психопатологическому статусу людей с шизофренией. Меньшие показатели по всем шкалам имеют респонденты 5 группы.

В таблице 5 (приведены результаты WCST), в таблице 6 (CANTAB-10.0) и в таблице 7 (приведены результаты PennCNP) приведенные результаты отражают нейропсихологическую дисфункцию в аспекте исполнительских функций (когнитивные процессы высшего уровня, такие как планирование, гибкость познавательных процессов, контроль поведения) и социальных когниций у респондентов при конверсии в шизофрению и с шизофренией (3 и 4 группы), причем данная дисфункция у респондентов при конверсии в нервную булимию (2 группа) большая, чем у респондентов со стабильной нервной анорексией (1 группа).

Таблица 4.
Показатели (признаки)
шкал PANSS,
Me (25%-75%)

Показатели	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я	Влияние	Статистическая значимость различий
	группа, n = 40	группа, n = 20	группа, n = 15	группа, n = 23	группа, n = 31		
Позитивная шкала							
Бред	1 (1-2)	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (1-5)	1 (1-1)	H = 58,7, z ₁₋₃ = 5,3, p ₁₋₃ < 0,05; z ₁₋₄ = 5,6, p ₁₋₄ < 0,001; z ₂₋₄ = 3,8, p ₂₋₄ < 0,05; z ₃₋₅ = 5,9, p ₃₋₅ < 0,05; z ₄₋₅ = 4,7, p ₄₋₅ < 0,001	
Расстройства мышления	1 (1-2)	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (1-5)	1 (1-1)	H = 23,8, z ₁₋₄ = 2,8, p ₁₋₄ < 0,05; z ₂₋₄ = 3,8, p ₂₋₄ < 0,05; z ₃₋₅ = 4,3, p ₃₋₅ < 0,001	
Подозрительность	1 (1-3)	2 (1-3)	3 (1-4)	3 (1-4)	1 (1-1)	H = 15,3, p < 0,001	
Негативная шкала							
Притупленный аффект	1 (1-3)	2 (1-3)	4 (3-5)	5 (3-6)	1 (1-1)	H = 14,6, z ₁₋₄ = 6,3, p ₁₋₄ < 0,05; z ₄₋₅ = 3,8, p ₄₋₅ < 0,05	
Нарушение абстрактного мышления	1 (1-3)	2 (1-3)	3 (2-5)	4 (3-5)	1 (1-1)	H = 18,1, z ₁₋₄ = 5,4, p ₁₋₄ < 0,05; z ₄₋₅ = 2,8, p ₄₋₅ < 0,05	
Шкала общих психопатологических синдромов							
Соматическая озабоченность	3 (2-4)	4 (3-5)	5 (4-6)	5 (4-6)	1 (1-1)	H = 42,5, z ₁₋₃ = 6,3, p ₁₋₃ < 0,05; z ₁₋₄ = 4,6, p ₁₋₄ < 0,05; z ₂₋₄ = 2,8, p ₂₋₄ < 0,05; z ₃₋₅ = 6,9, p ₃₋₅ < 0,05; z ₄₋₅ = 6,7, p ₄₋₅ < 0,05	
Необычное содержание мыслей	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (3-6)	5 (4-6)	1 (1-1)	H = 66,7, z ₁₋₄ = 3,3, p ₁₋₄ < 0,05; z ₄₋₅ = 3,4, p ₄₋₅ < 0,05	

Table 4.
Indicators (signs)
of the PANSS scale,
Me (25–75%)

Indicators	Group 1, n = 40	Group 2, n = 20	Group 3, n = 15	Group 4, n = 23	Group 5, n = 31	Influence	Statistical significance of differences
Positive scale							
Delirium	1 (1-2)	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (1-5)	1 (1-1)	H = 58,7, z ₁₋₃ = 5,3, p ₁₋₃ < 0,05; z ₁₋₄ = 5,6, p ₁₋₄ < 0,001; z ₂₋₄ = 3,8, p ₂₋₄ < 0,05; z ₃₋₅ = 5,9, p ₃₋₅ < 0,05; z ₄₋₅ = 4,7, p ₄₋₅ < 0,001	
Thought disorders	1 (1-2)	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (1-5)	1 (1-1)	H = 23,8, z ₁₋₄ = 2,8, p ₁₋₄ < 0,05; z ₂₋₄ = 3,8, p ₂₋₄ < 0,05; z ₃₋₅ = 4,3, p ₃₋₅ < 0,001	
Suspicion	1 (1-3)	2 (1-3)	3 (1-4)	3 (1-4)	1 (1-1)	H = 15,3, p < 0,001	
Negative scale							
Flattened affect	1 (1-3)	2 (1-3)	4 (3-5)	5 (3-6)	1 (1-1)	H = 14,6, z ₁₋₄ = 6,3, p ₁₋₄ < 0,05; z ₄₋₅ = 3,8, p ₄₋₅ < 0,05	
Difficulty in abstract thinking	1 (1-3)	2 (1-3)	3 (2-5)	4 (3-5)	1 (1-1)	H = 18,1, z ₁₋₄ = 5,4, p ₁₋₄ < 0,05; z ₄₋₅ = 2,8, p ₄₋₅ < 0,05	
General psychopathological syndromes scale							
Somatic concern	3 (2-4)	4 (3-5)	5 (4-6)	5 (4-6)	1 (1-1)	H = 42,5, z ₁₋₃ = 6,3, p ₁₋₃ < 0,05; z ₁₋₄ = 4,6, p ₁₋₄ < 0,05; z ₂₋₄ = 2,8, p ₂₋₄ < 0,05; z ₃₋₅ = 6,9, p ₃₋₅ < 0,05; z ₄₋₅ = 6,7, p ₄₋₅ < 0,05	
Unusual thought content	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (3-6)	5 (4-6)	1 (1-1)	H = 66,7, z ₁₋₄ = 3,3, p ₁₋₄ < 0,05; z ₄₋₅ = 3,4, p ₄₋₅ < 0,05	

Показатели	1-я группа, n = 40	2-я группа, n = 20	3-я группа, n = 15	4-я группа, n = 23	5-я группа, n = 40	Влияние	Статистическая значимость различий
Общее количество предъявляемых карточек	69 (64-104)	71 (65-117)	128 (128-128)	112 (101-128)	66 (63-92)	H = 32,1, p < 0,001	z ₁₋₃ = 3,6, p ₁₋₃ < 0,05; z ₁₋₄ = 3,4, p ₁₋₄ < 0,05; z ₃₋₅ = 4,9, p ₃₋₅ < 0,001; z ₄₋₅ = 4,9, p ₄₋₅ < 0,001
Общее количество неправильных ответов (H = 28,62, p < 0,001)	16 (10-22)	21 (14-32)	43 (40-47)	38 (18-62)	14 (9-17)	H = 28,6, p < 0,001	z ₁₋₃ = 3,1, p ₁₋₃ < 0,05; z ₁₋₄ = 3,7, p ₁₋₄ < 0,05; z ₃₋₅ = 4,2, p ₃₋₅ < 0,001; z ₄₋₅ = 4,9, p ₄₋₅ < 0,001
Общее количество персеверативных ошибок (H = 17,97, p < 0,001)	10 (8-13)	14 (9-20)	18 (7-30)	20 (11-39)	8 (6-12)	H = 18,0, p < 0,001	z ₁₋₄ = 2,9, p ₁₋₄ < 0,05; z ₄₋₅ = 3,9, p ₄₋₅ < 0,001
Общее количество неперсеверативных ошибок	4 (3-11)	9 (4-13)	13 (5-22)	12 (5-22)	3 (1-6)	H = 20,5, p < 0,001	z ₂₋₅ = 2,9, p ₂₋₅ < 0,05; z ₃₋₅ = 4,1, p ₃₋₅ < 0,001; z ₄₋₅ = 3,9, p ₄₋₅ < 0,001
Общее количество законченных категорий	6 (6-6)	6 (6-6)	5 (3-6)	5 (2-6)	6 (6-6)	H = 32,7, p < 0,001	z ₁₋₃ = 3,8, p ₁₋₃ < 0,05; z ₂₋₃ = 3,1, p ₂₋₃ < 0,05; z ₃₋₅ = 4,2, p ₃₋₅ < 0,001; z ₄₋₅ = 3,0, p ₄₋₅ < 0,05
Неспособность удержания счета	0 (0-1)	1 (0-1)	0 (0-4)	1 (0-3)	0 (0-0)	H = 18,3, p < 0,001	z ₁₋₅ = 3,1, p ₁₋₅ < 0,05; z ₃₋₅ = 3,2, p ₃₋₅ < 0,05
Общее количество ошибок отвлечения	0 (0-0)	0 (0-1)	3 (0-4)	1 (0-2)	0 (0-0)	H = 19,3, p < 0,001	z ₃₋₅ = 3,4, p ₃₋₅ < 0,05; z ₄₋₅ = 2,9, p ₄₋₅ < 0,05

Таблица 5.
Показатели WTSC,
Me (25%-75%)

Indicators	Group 1, n = 40	Group 2, n = 20	Group 3, n = 15	Group 4, n = 23	Group 5 n = 40
------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-------------------

Таблица 6. Показатели CANTAB-100, Me (25%-75%)

Тесты	Показатели	1-я группа, n = 40	2-я группа, n = 20	3-я группа, n = 15	4-я группа, n = 23	5-я группа, n = 31	Влияние	Статистическая значимость различий
Тест скрининга моторных функций (MOT)	Среднее время задержки между появлением стимула и реакцией (мсек)	8,41 (7,23-9,93)	8,65 (6,43-10,69)	12,45 (12,04-13,14)	9,74 (7,90-11,15)	7,98 (6,16-9,21)	H = 15,4, Z ₁₋₃ = 4,3, p ₁₋₃ < 0,001; Z ₂₋₃ = 3,5, p ₂₋₃ < 0,05; Z ₃₋₄ = 4,4, p ₃₋₄ < 0,001	
«Большой/маленький круг» (BLC)	Среднее время задержки между появлением круга и реакцией истинного (мсек)	637,29 (570,88-734,28)	717,80 (621,24-804,73)	823,30 (691,88-889,76)	780,20 (650,00-1010,20)	622,28 (561,10-733,98)	H = 17,6, Z ₁₋₃ = 3,6, p ₁₋₃ < 0,05; Z ₂₋₃ = 3,4, p ₂₋₃ < 0,05; Z ₃₋₅ = 3,2, p ₃₋₅ < 0,05; Z ₄₋₅ = 2,9, p ₄₋₅ < 0,05	
«Зучивание парных ассоциаций» (PAL)	Среднее время до получения правильного ответа (мсек)	1771,19 (1556,08-1923,68)	1788,31 (1563,95-1934,29)	1961,11 (1635,29-246,94)	2040,53 (1716,36-2738,54)	1729,50 (1507,96-1916,26)	H = 9,4, Z ₁₋₃ = 4,8, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₄₋₅ = 4,3, p ₄₋₅ < 0,001	
«Память на узнавание образца» (PRM)	Общее количество попыток для выполнения всех заданий правильно	12 (11-14)	12 (10-18)	14 (11-20)	13 (11-20)	11 (9-12)	H = 20,7, Z ₁₋₃ = 5,3, p ₁₋₃ < 0,001; Z ₂₋₃ = 3,9, p ₂₋₃ < 0,05; Z ₃₋₄ = 4,6, p ₃₋₄ < 0,001	
«Зучивание парных ассоциаций» (PAL)	Общее количество завершенных заданий	8 (8-8)	8 (8-8)	8 (7-8)	6 (7-8)	8 (8-8)	H = 33,1, Z ₁₋₅ = 6,1, p ₁₋₅ < 0,05; Z ₃₋₅ = 3,8, p ₃₋₅ < 0,05	
«Кембриджские чулки с одним правильного ответа	Количество выборов, которое субъект делает до получения правильного ответа	1,25 (1,17-1,50)	1,33 (1,29-1,69)	1,67 (1,50-1,79)	2,08 (1,46-2,92)	1,21 (1,17-1,42)	H = 41,2, Z ₁₋₃ = 3,7, p ₁₋₃ < 0,05; Z ₁₋₄ = 2,9, p ₁₋₄ < 0,05; Z ₂₋₄ = 2,9, p ₂₋₄ < 0,05; Z ₃₋₅ = 4,2, p ₃₋₅ < 0,001	
«Переключение фтигурофон» (IED)	Количество непрсеверативных ошибок	4 (3-5)	5 (3-6)	6 (3-12)	4 (4-8)	3 (2-4)	H = 23,3, Z ₁₋₄ = 4,3, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₄₋₅ = 4,3, p ₄₋₅ < 0,001	
«Пространственная оперативная память» (SWM)	Общие внешние ошибки	15 (6-27)	27 (14-35)	46 (28-51)	53 (26-70)	14 (6-26)	H = 37,7, Z ₁₋₃ = 3,8, p ₁₋₃ < 0,05; Z ₁₋₄ = 5,7, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₂₋₄ = 2,9, p ₂₋₄ < 0,05; Z ₃₋₅ = 5,8, p ₃₋₅ < 0,001	
Стратегия	Количество упущеных последовательностей	12 (4-14)	13 (8-14)	14 (12-14)	16 (11-20)	11 (4-13)	H = 16,4, Z ₁₋₄ = 3,9, p ₁₋₄ < 0,05; Z ₄₋₅ = 3,2, p ₄₋₅ < 0,05	
«Время выбора реакции» (CR)	Среднее время до правильного нажатия	400,84 (369,52-475,48)	412,52 (345,77-455,21)	423,76 (354,15-537,91)	432,36 (372,13-669,29)	356,82 (307,59-382,95)	H = 19,0, Z ₁₋₄ = 3,8, p ₁₋₄ < 0,05; Z ₂₋₄ = 3,2, p ₂₋₄ < 0,05; Z ₄₋₅ = 3,1, p ₄₋₅ < 0,05	
«Кембриджский тест информации» (IST)	Количество правильных нажатий	100 (100-100)	100 (100-100)	99 (98-100)	99 (97-100)	100 (100-100)	H = 25,8, Z ₁₋₃ = 4,4, p ₁₋₃ < 0,001; Z ₂₋₄ = 4,6, p ₂₋₄ < 0,001	
«Гейт на оценку сбора информации» (IST)	Ошибки дискриминации	0 (0-1)	1 (0-1)	1 (0-2)	1 (0-2)	0 (0-0)	H = 10,2, p < 0,05	
«Кембриджский тест наazarpt» (CGT)	Избегание ожидания	0,35 (0,09-0,75)	0,42 (0,24-0,76)	0,57 (0,32-0,89)	0,69 (0,52-0,85)	0,24 (0,10-0,70)	H = 12,1, Z ₁₋₄ = 3,2, p ₁₋₄ < 0,05	
«Фигурафон» (IED)	Качество принятых решений	0,96 (0,80-0,98)	0,95 (0,73-0,96)	0,88 (0,72-0,99)	0,75 (0,59-0,91)	0,97 (0,86-0,99)	H = 31,8, Z ₁₋₃ = 3,3, p ₁₋₃ < 0,05; Z ₁₋₄ = 5,2, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₂₋₄ = 2,8, p ₂₋₄ < 0,05; Z ₃₋₅ = 4,8, p ₃₋₅ < 0,05	
«Поправки на риск»	Поправки на риск	0,75 (0,16-1,50)	0,37 (0,13-1,23)	0,15 (0,05-0,59)	0,04 (0,03-0,51)	0,78 (0,35-1,23)	H = 9,7, Z ₁₋₄ = 2,8, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₂₋₄ = 3,3, p ₂₋₄ < 0,05; Z ₃₋₅ = 3,8, p ₃₋₅ < 0,001	
«Быстрая обработка визуальных информаций» (RVP)	Тесты на внимание							
«Время выбора реакции» (CR)	Тесты на оперативную память и планирование							
«Кембриджский тест информации» (IST)	Тесты на принятие решений и контроль реакции							
«Гейт на оценку сбора информации» (IST)	Тесты на внимание							
«Кембриджский тест наazarpt» (CGT)	Тесты на оперативную память и планирование							
Pattern Recognition	Average time until the correct answer (msec)	1771,19 (1556,08-1923,68)	1788,31 (1563,95-1934,29)	1961,11 (1635,29-246,94)	2040,53 (1716,36-2738,54)	1729,50 (1507,96-1916,26)	H = 9,4, Z ₁₋₄ = 4,8, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₄₋₅ = 4,3, p ₄₋₅ < 0,001	
Paired Association	Total number of attempts to complete all tasks correctly	12 (11-13)	12 (11-14)	14 (10-18)	13 (11-20)	11 (9-12)	H = 20,7, Z ₁₋₃ = 5,3, p ₁₋₃ < 0,001; Z ₂₋₃ = 3,9, p ₂₋₃ < 0,05; Z ₄₋₅ = 3,1, p ₄₋₅ < 0,05	
Learning (PAL)	Total number of completed tasks	8 (8-8)	8 (8-8)	8 (7-8)	6 (7-8)	8 (8-8)	H = 33,1, Z ₁₋₅ = 6,1, p ₁₋₅ < 0,05; Z ₃₋₅ = 3,8, p ₃₋₅ < 0,05	
One Touch Stockings	Number of choices the subject makes before getting the correct answer	1,25 (1,17-1,50)	1,33 (1,29-1,69)	1,67 (1,50-1,79)	2,08 (1,46-2,92)	1,21 (1,17-2,92)	H = 41,2, Z ₁₋₃ = 3,7, p ₁₋₃ < 0,05; Z ₁₋₄ = 2,9, p ₁₋₄ < 0,05; Z ₂₋₄ = 2,9, p ₂₋₄ < 0,05; Z ₃₋₅ = 4,7, p ₃₋₅ < 0,001	
(OTS)	Number of non-persistent errors	4 (3-5)	5 (3-6)	6 (3-12)	6 (4-8)	3 (2-4)	H = 10,0, Z ₁₋₄ = 3,2, p ₁₋₄ < 0,05	
Figure/Ground Division (IED)	Common external errors	15 (6-27)	27 (14-35)	46 (28-51)	53 (26-70)	14 (6-26)	H = 37,7, Z ₁₋₃ = 3,8, p ₁₋₃ < 0,05; Z ₁₋₄ = 5,7, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₂₋₄ = 2,9, p ₂₋₄ < 0,001	
Spatial Working Memory (SWM)	Strategy	34 (32-36)	35 (31-39)	37 (34-41)	40 (34-43)	33 (31-35)	H = 23,3, Z ₁₋₄ = 4,3, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₂₋₄ = 4,6, p ₂₋₄ < 0,001	
Common errors	15 (6-30)	29 (13-38)	46 (29-51)	53 (30-69)	14 (5-28)	H = 31,8, Z ₁₋₄ = 4,3, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₂₋₄ = 4,2, p ₂₋₄ < 0,001; Z ₃₋₅ = 5,8, p ₃₋₅ < 0,001		
Rapid Visual Processing (RVP)	Number of sequences missed	12 (4-14)	13 (8-14)	14 (12-14)	16 (11-20)	11 (4-13)	H = 16,4, Z ₁₋₄ = 3,9, p ₁₋₄ < 0,05; Z ₄₋₅ = 3,2, p ₄₋₅ < 0,05	
Choice of Reaction Time (CRT)	Average time until correct press	400,84 (369,52-475,48)	412,52 (345,77-455,21)	423,76 (354,15-537,91)	432,36 (372,13-669,29)	356,82 (307,59-382,95)	H = 19,0, Z ₁₋₄ = 3,8, p ₁₋₄ < 0,05; Z ₂₋₄ = 3,2, p ₂₋₄ < 0,05; Z ₄₋₅ = 3,1, p ₄₋₅ < 0,05	
Information Structuring Test (IST)	Quality of the decisions made	0 (0-1)	1 (0-1)	1 (0-2)	1 (0-2)	0 (0-0)	H = 10,2, Z ₁₋₄ = 2,9, p ₁₋₄ < 0,05	
Cambridge Gambling Test (CGT)	Number of correct presses	100 (100-100)	100 (100-100)	99 (98-100)	99 (97-100)	100 (100-100)	H = 25,8, Z ₁₋₄ = 5,3, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₂₋₄ = 2,8, p ₂₋₄ < 0,05; Z ₃₋₅ = 4,8, p ₃₋₅ < 0,05	
Risk adjustments	Risk adjustments	0,75 (0,16-1,50)	0,37 (0,13-1,23)	0,15 (0,05-0,59)	0,04 (0,03-0,51)	0,78 (0,35-1,23)	H = 9,7, p ₁₋₄ = 2,8, p ₁₋₄ < 0,001; Z ₂₋₄ = 2,9, p ₂₋₄ < 0,05; Z ₄₋₅ = 4,7, p ₄₋₅ < 0,001	

Table 6. CANTAB-10.0 indicators, Me (25-75%)

Tests	Indicators	Group 1, n = 40	Group 2, n = 20	Group 3, n = 15	Group 4, n = 23	Group 5, n = 31	Influence	Statistical significance of differences
Motor Function Screening Test (MOT)	Average delay time between stimulus and response (msec)	8,41 (7,23-9,93)	8,65 (6,43-10,69)	12,45 (12,04-13,14)	9,74 (7,90-11,15)	7,98 (6,16-9,21)	H = 15,4, Z ₁₋₃ = 4,3, p ₁₋₃ < 0,001; Z ₂₋₃ = 3,5, p ₂₋₃ < 0,05; Z ₃₋₄ = 4,4, p ₃₋₄ < 0,001	
Big/Little Circle (BLC)	Average delay time between the appearance of the circle and the subject's reaction (msec)</							

Таблица 7.
Показатели PennCNP,
Ме (25%-75%)

Тесты	Показатели	1-я группа, n = 40	2-я группа, n = 20	3-я группа, n = 15	4-я группа, n = 23	5-я группа, n = 31	Влияние	Статистическая значимость различий
«Моторная практика»	Среднее время нажатия	836 (758-992)	867 (770-992)	945 (930-950)	1156 (938-1446)	813 (789-961)	H = 20,8, p < 0,001	$z_{1-4} = 3,8, p_{1-4} < 0,05;$ $z_{2-4} = 3,6, p_{2-4} < 0,05;$ $z_{4-5} = 4,1, p_{4-5} < 0,001$
«Память на лица»	Количество правильных ответов	36 (32-38)	34 (32-38)	33 (30-34)	32 (27-34)	37 (34-38)	H = 14,2, p < 0,05	$z_{1-4} = 2,9, p_{1-4} < 0,05;$ $z_{2-4} = 2,9, p_{2-4} < 0,05$
	Количество неправильных ответов	2 (1-4)	3 (1-4)	7 (5-9)	6 (5-10)	2 (1-3)	H = 35,6, p < 0,001	$z_{1-3} = 4,4, p_{1-3} < 0,001;$ $z_{1-4} = 3,5, p_{1-4} < 0,05;$ $z_{3-3} = 4,1, p_{3-3} < 0,001;$ $z_{2-4} = 3,3, p_{2-4} < 0,05;$ $z_{3-5} = 3,1, p_{3-5} < 0,05$
«Установление тонких различий между эмоциями»	Количество правильных ответов с распознаванием эмоции «счастье»	12 (6-13)	7 (5-10)	6 (5-10)	6 (3-11)	13 (10-14)	H = 20,3, p < 0,001	$z_{1-4} = 2,8, p_{1-4} < 0,05;$ $z_{2-5} = 3,4, p_{2-5} < 0,05;$ $z_{4-5} = 3,8, p_{4-5} < 0,05$
	Количество правильных ответов с распознаванием эмоции «грусть»	14 (11-15)	13 (10-15)	11 (10-12)	9 (6-13)	15 (12-17)	H = 29,4, p < 0,001	$z_{1-4} = 3,9, p_{1-4} < 0,001;$ $z_{3-5} = 3,6, p_{3-5} < 0,05;$ $z_{4-5} = 5,2, p_{4-5} < 0,001$
«Распознавание эмоций»	Количество правильных ответов	35 (32-37)	34 (31-36)	33 (32-35)	30 (28-32)	35 (34-38)	H = 33,7, p < 0,001	$z_{1-4} = 4,2, p_{1-4} < 0,001;$ $z_{2-4} = 4,7, p_{2-4} < 0,001;$ $z_{3-4} = 3,5, p_{3-4} < 0,05;$ $z_{4-5} = 5,0, p_{4-5} < 0,001$
«Определение эмоциональной насыщенности эмоциональных переживаний»	Количество правильных ответов	33 (30-35)	31 (29-34)	29 (27-31)	28 (26-31)	35 (31-36)	H = 18,4, p = 0,001	$z_{2-3} = 3,6, p_{2-3} < 0,05;$ $z_{2-4} = 3,8, p_{2-4} < 0,05;$ $z_{2-5} = 3,4, p_{2-5} < 0,05$

Table 7.
PennCNP indicators,
Me (25–75%)

Tests	Indicators	Group 1, n = 40	Group 2, n = 20	Group 3, n = 15	Group 4, n = 23	Group 5, n = 31	Influence	Statistical significance of differences
Motor practice	Average Pressing Time	836 (758-992)	867 (770-992)	945 (930-950)	1156 (938-1446)	813 (789-961)	H = 20.8, p < 0.001	$z_{1-4} = 3.8, p_{1-4} < 0.05;$ $z_{2-4} = 3.6, p_{2-4} < 0.05;$ $z_{4-5} = 4.1, p_{4-5} < 0.001$
Memory for faces	Number of correct answers	36 (32-38)	34 (32-38)	33 (30-34)	32 (27-34)	37 (34-38)	H = 14.2, p < 0.05	$z_{1-4} = 2.9, p_{1-4} < 0.05;$ $z_{2-4} = 2.9, p_{2-4} < 0.05$
	Number of wrong answers	2 (1-4)	3 (1-4)	7 (5-9)	6 (5-10)	2 (1-3)	H = 35.6, p < 0.001	$z_{1-3} = 4.4, p_{1-3} < 0.001;$ $z_{1-4} = 3.5, p_{1-4} < 0.05;$ $z_{2-3} = 4.1, p_{2-3} < 0.001;$ $z_{2-4} = 3.3, p_{2-4} < 0.05;$ $z_{3-5} = 3.1, p_{3-5} < 0.05$
Subtle emotion differences finding	Number of correct answers with recognition of the "happiness" emotion	12 (6-13)	7 (5-10)	6 (5-10)	6 (3-11)	13 (10-14)	H = 20.3, p < 0.001	$z_{1-4} = 2.8, p_{1-4} < 0.05;$ $z_{3-5} = 3.4, p_{3-5} < 0.05;$ $z_{4-5} = 3.8, p_{4-5} < 0.05$
	The number of correct answers with recognition of the "sadness" emotion	14 (11-15)	13 (10-15)	11 (10-12)	9 (6-13)	15 (12-17)	H = 29.4, p < 0.001	$z_{1-4} = 3.9, p_{1-4} < 0.001;$ $z_{3-5} = 3.6, p_{3-5} < 0.05;$ $z_{4-5} = 5.2, p_{4-5} < 0.001$
Emotion recognition	Number of correct answers	35 (32-37)	34 (31-36)	33 (32-35)	30 (28-32)	35 (34-38)	H = 33.7, p < 0.001	$z_{1-4} = 4.2, p_{1-4} < 0.001;$ $z_{2-4} = 4.7, p_{2-4} < 0.001;$ $z_{3-4} = 3.5, p_{3-4} < 0.05;$ $z_{4-5} = 5.0, p_{4-5} < 0.001$
Determination of the emotional saturation of emotional experience	Number of correct answers	33 (30-35)	31 (29-34)	29 (27-31)	28 (26-31)	35 (31-36)	H = 18.4, p = 0.001	$z_{2-3} = 3.6, p_{2-3} < 0.05;$ $z_{3-4} = 3.8, p_{3-4} < 0.05;$ $z_{2-5} = 3.4, p_{2-5} < 0.05$

Таблица 8.
Результаты
дискриминантного
анализа

	1-группа	2-группа	3-группа	4-группа	5-группа	Всего:
Респонденты соответствуют априори	1-группа	39	0	0	0	40
	2-группа	0	20	0	0	20
	3-группа	0	0	15	0	15
	4-группа	0	0	0	23	23
	5-группа	0	0	0	31	31

	Group 1	Group 2	Group 3	Group 4	Group 5	Total:
	Discriminant analysis results					
The respondents are attributable a priori	Group 1	39	0	0	0	40
	Group 2	0	20	0	0	20
	Group 3	0	0	15	0	15
	Group 4	0	0	0	23	23
	Group 5	0	0	0	31	31

Table 8.
Discriminant
analysis results

и поведенческих расстройств на момент включения в исследование, не достигающими уровня клинической значимости (таблица 8). Таким образом, мы видим, что при обособленном изучении нейропсихологических и антропометрических особенностей 5 групп респондентов, в клинической картине которых присутствует синдром анорексии (129 человек), точность дискриминантного анализа достигает 99,2%, тогда как 3 группы респондентов ((1) пациентки женского пола, страдающие нервной анорексией, (2) пациентки женского пола, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет, (3) девушки и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование) без учета сопутствующей симптоматики НПП и изменений в катамнезе классифицируются данным анализом с точностью 87,2% [5].

нойной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет, (3) девушки и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование) без учета сопутствующей симптоматики НПП и изменений в катамнезе классифицируются данным анализом с точностью 87,2% [5].

Обсуждение

Мы видим, что, симптомы нарушения пищевого поведения привносят собой как качественные, так и количественные искажения параметров нейропсихологического профиля. Оценка нейрокогнитивных и антропометрических показателей помогает специалистам с решением дифференциально-диагностических вопросов в отношении пациенток с нервной анорексией, шизофренией и группой контроля, причем при учете сопутствующей симптоматики НПП и изменений в катамнезе социальный и медицинский прогноз.

Применение метода Краскала-Уоллеса показывает как качественные, так и количественные различия в параметрах нейропсихологического, а также антропометрического профилей при наличии в клинической картине сопутствующей симптоматики НПП. Причем, большие затруднения в реализации исполнительского функционирования определены у пациенток с нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз из рубрики расстройств шизофренического спектра, и у пациенток с шизофренией при наличии девиантного пищевого поведения в анамнезе. Причем, данные показатели у пациенток с нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз нервная булимия, большие, чем у пациенток женского пола, страдающих нервной анорексией без изменения клинического диагноза в катамнестическом наблюдении.

Обсуждение

Мы видим, что, симптомы нарушения пищевого поведения привносят собой как качественные, так и количественные искажения параметров нейропсихологического профиля.

Оценка нейрокогнитивных и антропометрических показателей помогает специалистам с решением дифференциально-диагностических вопросов в отношении пациенток с нервной анорексией, шизофренией и группой контроля, причем при учете сопутствующей симптоматики НПП и изменений в катамнезе точность диагностики достигает 99,2%.

Заключение

Оценка нейрокогнитивных (в аспекте исполнительских функций и социальных когниций) и антропометрических показателей

REFERENCES

- Zacharova L.I. Nervnaya anoreksiya: rasprostranennost, kriterii diagnostiki i psichosomaticheskie sootnosheniya (obzor) [Anorexia nervosa: prevalence, diagnostic criteria and psychosomatic relationships]. *Nauchnye rezul'taty biomeditsinskikh issledovaniy*, 2019, vol. 5, no. 1, pp. 108-121. (in Russian).
 - Guarsova M.T. Anoreksiya kak faktor destrukturizatsii sem'i [electronic resource] [Anorexia as a factor in family restructuring]. *Molodoy uchenyy*, 2016, no. 5, pp. 855-859. Available at: <https://moluch.ru/archive/109/26532> (accessed: 23.02.2018). (in Russian).
 - Bryuchin A.E. Narusheniya pischevogo povedeniya: sledet li ich razsneniav' kak rasstroystva pogranichnogo ili psichoticheskogo urovnya [Eating disorders: should they be considered borderline or psychotic disorders]. *Psichiatriya na etapakh reform: problemy i perspektivy*: materialy XVI Sezda psichiatrov Rossii, Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem, g. Kazan, 23-26 sentyabrya 2015 g. / Ros. un-t druzhby narodov; red.: N.G. Neznanov. Kazan, 2015. pp. 504. (in Russian).
 - Misra M., Miller K.K., Cord J., Prabhakaran R., Herzog D.B., Goldstein M., Katzman D.K., Klibanski A. Relationships between Serum Adipon-ines, Insulin levels and Bone Density in Women with Anorexia Nervosa. *Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2001, vol. 92, no. 6, pp. 2046-2052. doi: 10.1017/jc.2006.2855.
 - Shubina S.N., Skugarevsky O.A. Neyropsichologicheskie osobennosti bolnykh shizofreniye i liz s narusheniem pischevogo povedeniya [Neuropsychological peculiarities of patients with schizophrenia and people with eating disorders]. *Voennaya meditsina*, 2020, no. 4, pp. 135-143. (in Russian).
 - Bryukhin A.E., Marilov V.V., Lineva T.Yu. Osobennosti patomorfzoa nervnoy anoreksii u muzhchin [Peculiarities of pathomorphism of anorexia nervosa in males]. *Archiv vnutrenney mediziny*, 2016, vol. 6, no. S1, pp. 99. (in Russian).
 - Seeman M.V. Eating disorders and psychosis: Seven hypotheses. *World J Psychiatry*, 2014, vol. 4, no. 4, pp. 112-119. doi: 10.5498/wjp.v4.i4.112.
 - Delsingme N., Nicotra B., Giovannone M.C., Marech L., Barosio M., Marzola E., Abbate-Daga G., Fassino S. Psychotic symptoms in a woman with severe Anorexia Nervosa. *EatWeightDisord*, 2013, vol.18, no. 1, pp. 95-98. doi: 10.1007/s40519-013-0009-z.

ает возможность не только определить точную нозологическую принадлежность синдрома анорексии в клинике психических и посттравматических расстройств, но и выставить правильный клинический диагноз, что в дальнейшем поможет оказать адекватную лечебно-реабилитационную помощь, а также осуществить своевременную профилактику тяжелых осложнений нарушений пищевого поведения. Необходимо учитывать и тот факт, что ошибки в диагностике синдрома анорексии приводят к осложнениям в курении таких пациентов, ухудшают социальный и медицинский прогноз.

Применение метода Краскала-Уоллеса оказывает как качественные, так и количественные различия в параметрах нейропсихологического, а также антропометрического профилей при наличии в клинической картине сопутствующей симптоматики НПП. Причем, большие затруднения в реализации этого метода связаны с тем, что в отсутствии социального и медицинского прогноза.

сполнительского функционирования определены у пациенток с нервной анорексией, 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз из рубрики расстройств шизофренического спектра, у пациенток с шизофренией при наличии архетипического пищевого поведения в анамнезе. Причем, данные показатели у пациенток с нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз нервная булимия, большие, чем у пациенток женского пола, страдающих нервной анорексией без изменения клинического диагноза в катамнестическом наблюдении.

Дискриминантный анализ при использовании нейропсихологических и антропометрических параметров позволяет корректно классифицировать сравниваемые подгруппы с точностью 99,2%.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.