

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 Владимирович²Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь¹Учреждение 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 анамнезе клинический диагноз был изменен на нервную булимию (20 человек), (3) пациентки женского пола, страдающие нервной анорексией, у которых в 5-летнем проспективном анамнезе 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 анамнезе 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 курации 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. Hunich²Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus¹City 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 сохраниться 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 дисморфоманическими 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 обособленно изучить в нашем исследовании нейropsychологические 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 катamnестическом наблюдении (40 человек), (2) пациентки женского пола, страдающие НА, у которых в 5-летнем проспективном катamnестическом наблюдении (40 человек), (3) пациентки женского пола, страдающие нервной анорексией, у которых в 5-летнем проспективном катamnестическом наблюдении (40 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 психологической 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 нейropsychологические методы для оценки исполнительских функций и эмоционального процессинга (Висконсинский тест сортировки карточек – WCST, Кембриджская нейropsychологическая автоматизированная батарея тестов – CANTAB-10.0, компьютеризированная нейropsychологическая батарея для изучения нейropsychологического 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 пациентов 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 пациентов), а меньшие – у респондентов 5 группы.

В таблице 2 (приведены результаты ШОПП) видно, что респонденты 1 группы, статистически достоверно имели больший балл по шкалам «Неудовлетворенность телом» и «Перфекционизм» (что не противоречит их полиморфной сопутствующей психопатологической симптоматике). Респонденты 2 группы статистически достоверно имели больший балл по шкале «Булímия» (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 больше, 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
Subjectively “ideal” weight, kg	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 ₃₋₅ < 0,001; z ₃₋₅ = 3,5, p ₂₋₅ < 0,05
Неудовлетворенность телом	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
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 (12-19)	1 (0-4)	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 ₃₋₅ < 0.001; z ₃₋₅ = 3.5, p ₂₋₅ < 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)	19 (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 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
Fear of maturity	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

В таблице 3 видно (приведены результаты Scl-90r), что респонденты 1 группы статистически достоверно имели больший балл по субшкалам «Межличностная сенситивность», «Депрессивность», «Фобическая тревожность», что не противоречит феноменологии клинически значимых нарушений пищевого поведения пациенток со стабильной нервной ано-

рексией. 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), что конгруэнтно психопатологическому статусу людей с шизофренией. Меньшие показатели по всем субшкалам имеют респонденты 5 группы.

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
Соматизация	12 (6-26)	13 (4-20)	17 (14-18)	16 (10-25)	4 (2-9)	H = 18,4, p < 0,001	z ₁₋₅ = 4,0, p ₁₋₅ < 0,001; z ₂₋₅ = 3,1, p ₂₋₅ < 0,05; z ₃₋₅ = 3,7, p ₃₋₅ < 0,05
Межличностная сензитивность	15 (9-19)	14 (9-20)	12 (11-13)	9 (5-14)	7 (4-10)	H = 24,0, p < 0,001	z ₁₋₅ = 4,6, p ₁₋₅ < 0,001; z ₂₋₅ = 3,9, p ₂₋₅ < 0,001
Обсессивность-компульсивность	9 (4-24)	10 (7-13)	12 (9-15)	13 (6-15)	5 (2-9)	H = 18,7, p = 0,001	z ₁₋₅ = 4,2, p ₁₋₅ < 0,001; z ₂₋₅ = 2,8, p ₂₋₅ < 0,05; z ₃₋₅ = 3,0, p ₃₋₅ < 0,05; z ₄₋₅ = 3,0, p ₄₋₅ < 0,05
Депрессивность	22 (13-32)	21 (9-33)	12 (11-13)	11 (7-22)	7 (4-11)	H = 32,4, p < 0,001	z ₁₋₅ = 5,3, p ₁₋₅ < 0,001; z ₂₋₅ = 3,9, p ₂₋₅ < 0,001; z ₃₋₅ = 4,4, p ₃₋₅ < 0,001
Фобическая тревожность	20 (14-29)	19 (9-23)	14 (11-17)	12 (7-19)	6 (4-10)	H = 16,6, p = 0,001	z ₁₋₅ = 4,3, p ₁₋₅ < 0,001; z ₂₋₅ = 6,9, p ₂₋₅ < 0,001; z ₃₋₅ = 4,7, p ₃₋₅ < 0,001
Враждебность	3 (1-12)	5 (3-6)	8 (4-9)	8 (4-10)	2 (1-4)	H = 13,6, p < 0,05	z ₁₋₅ = 3,3, p ₁₋₅ < 0,05; z ₃₋₅ = 3,5, p ₃₋₅ < 0,05
Паранойяльные тенденции	4 (2-9)	5 (2-10)	10 (9-11)	7 (2-9)	3 (1-4)	H = 17,5, p < 0,001	z ₁₋₃ = 3,3, p ₁₋₃ < 0,05; z ₁₋₅ = 2,8, p ₁₋₅ < 0,05; z ₂₋₃ = 3,1, p ₂₋₃ < 0,05; z ₃₋₄ = 2,9, p ₃₋₄ < 0,05; z ₃₋₅ = 5,3, p ₃₋₅ < 0,001
Психотизм	4 (3-12)	6 (3-13)	9 (8-10)	8 (4-18)	1 (0-3)	H = 32,3, p < 0,00	z ₁₋₅ = 4,2, p ₁₋₅ < 0,001; z ₂₋₅ = 3,5, p ₂₋₅ < 0,05; z ₃₋₅ = 4,8, p ₃₋₅ < 0,001; z ₄₋₅ = 5,0, p ₄₋₅ < 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
Somatization	13 (4-20)	12 (6-26)	17 (14-18)	16 (10-25)	4 (2-9)	H = 18.4, p < 0.001	z ₁₋₅ = 4.0, p ₁₋₅ < 0.001; z ₂₋₅ = 3.1, p ₂₋₅ < 0.05; z ₃₋₅ = 3.7, p ₃₋₅ < 0.05
Interpersonal sensitivity	15 (9-19)	14 (9-20)	12 (11-13)	9 (5-14)	7 (4-10)	H = 24.0, p < 0.001	z ₁₋₅ = 4.6, p ₁₋₅ < 0.001; z ₂₋₅ = 3.9, p ₂₋₅ < 0.001
Obsessiveness and compulsion	10 (7-13)	9 (4-24)	12 (9-15)	13 (6-15)	5 (2-9)	H = 18.7, p = 0.001	z ₁₋₅ = 4.2, p ₁₋₅ < 0.001; z ₂₋₅ = 2.8, p ₂₋₅ < 0.05; z ₃₋₅ = 3.0, p ₃₋₅ < 0.05; z ₄₋₅ = 3.0, p ₄₋₅ < 0.05
Depressiveness	22 (13-32)	21 (9-33)	12 (11-13)	11 (7-22)	7 (4-11)	H = 32.4, p < 0.001	z ₁₋₅ = 5.3, p ₁₋₅ < 0.001; z ₂₋₅ = 3.9, p ₂₋₅ < 0.001; z ₃₋₅ = 4.4, p ₃₋₅ < 0.001
Phobic anxiety	20 (14-29)	19 (9-23)	14 (11-17)	12 (7-19)	6 (4-10)	H = 16.6, p = 0.001	z ₁₋₅ = 4.3, p ₁₋₅ < 0.001; z ₂₋₅ = 6.9, p ₂₋₅ < 0.001; z ₃₋₅ = 4.7, p ₃₋₅ < 0.001
Hostility	3 (1-12)	5 (3-6)	8 (4-9)	8 (4-10)	2 (1-4)	H = 13.6, p < 0.05	z ₁₋₅ = 3.3, p ₁₋₅ < 0.05; z ₃₋₅ = 3.5, p ₃₋₅ < 0.05
Paranoid tendencies	4 (2-9)	5 (2-10)	10 (9-11)	7 (2-9)	3 (1-4)	H = 17.5, p < 0.001	z ₁₋₃ = 3.3, p ₁₋₃ < 0.05; z ₁₋₅ = 2.8, p ₁₋₅ < 0.05; z ₂₋₃ = 3.1, p ₂₋₃ < 0.05; z ₃₋₄ = 2.9, p ₃₋₄ < 0.05; z ₃₋₅ = 5.3, p ₃₋₅ < 0.001
Psychoticism	4 (3-12)	6 (3-13)	9 (8-10)	8 (4-18)	1 (0-3)	H = 32.3, p < 0.00	z ₁₋₅ = 4.2, p ₁₋₅ < 0.001; z ₂₋₅ = 3.5, p ₂₋₅ < 0.05; z ₃₋₅ = 4.8, p ₃₋₅ < 0.001; z ₄₋₅ = 5.0, p ₄₋₅ < 0.001

Table 2.
Eating Behavior
Assessment Scale,
Me (25–75%)

Таблица 3.
Показатели Scl-90r,
Me (25%-75%)

Table 3.
Scl-90r indicators,
Me (25–75%)

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.

Таблица 4.
Показатели (признаки) шкалы PANSS, 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
Позитивная шкала							
Бред	1 (1-2)	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (1-5)	1 (1-1)	H = 58,7, p < 0,001	$z_{1-3} = 5,3, p_{1-3} < 0,05; z_{1-4} = 5,6, p_{1-4} < 0,001; z_{2-4} = 3,8, p_{2-4} < 0,05; z_{3-5} = 5,9, p_{3-5} < 0,05; z_{4-5} = 4,7, p_{4-5} < 0,001$
Расстройства мышления	1 (1-2)	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (1-5)	1 (1-1)	H = 23,8, p < 0,001	$z_{1-4} = 2,8, p_{1-4} < 0,05; z_{2-4} = 3,8, p_{2-4} < 0,05; z_{4-5} = 4,3, p_{4-5} < 0,001$
Подозрительность	1 (1-3)	2 (1-3)	3 (1-4)	3 (1-4)	1 (1-1)	H = 15,3, p < 0,001	$z_{1-4} = 3,9, p_{1-4} < 0,05$
Негативная шкала							
Притупленный аффект	1 (1-3)	2 (1-3)	4 (3-5)	5 (3-6)	1 (1-1)	H = 14,6, p < 0,001	$z_{1-4} = 6,3, p_{1-4} < 0,05; z_{4-5} = 3,8, p_{4-5} < 0,05$
Нарушение абстрактного мышления	1 (1-3)	2 (1-3)	3 (2-5)	4 (3-5)	1 (1-1)	H = 18,1, p < 0,001	$z_{1-4} = 5,4, p_{1-4} < 0,05; z_{4-5} = 2,8, p_{4-5} < 0,05$
Шкала общих психопатологических синдромов							
Соматическая озабоченность	3 (2-4)	4 (3-5)	5 (4-6)	5 (4-6)	1 (1-1)	H = 42,5, p < 0,001	$z_{1-3} = 6,3, p_{1-3} < 0,05; z_{1-4} = 4,6, p_{1-4} < 0,05; z_{2-4} = 2,8, p_{2-4} < 0,05; z_{3-5} = 6,9, p_{3-5} < 0,05; z_{4-5} = 6,7, p_{4-5} < 0,05$
Необычное содержание мыслей	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (3-6)	5 (4-6)	1 (1-1)	H = 66,7, p < 0,001	$z_{1-4} = 3,3, p_{1-4} < 0,05; z_{4-5} = 3,4, p_{4-5} < 0,05$

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							
Deliration	1 (1-2)	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (1-5)	1 (1-1)	H = 58.7, p < 0.001	$z_{1-3} = 5.3, p_{1-3} < 0.05; z_{1-4} = 5.6, p_{1-4} < 0.001; z_{2-4} = 3.8, p_{2-4} < 0.05; z_{3-5} = 5.9, p_{3-5} < 0.05; z_{4-5} = 4.7, p_{4-5} < 0.001$
Thought disorders	1 (1-2)	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (1-5)	1 (1-1)	H = 23.8, p < 0.001	$z_{1-4} = 2.8, p_{1-4} < 0.05; z_{2-4} = 3.8, p_{2-4} < 0.05; z_{4-5} = 4.3, p_{4-5} < 0.001$
Suspicion	1 (1-3)	2 (1-3)	3 (1-4)	3 (1-4)	1 (1-1)	H = 15.3, p < 0.001	$z_{1-4} = 3.9, p_{1-4} < 0.05$
Negative scale							
Flattened affect	1 (1-3)	2 (1-3)	4 (3-5)	5 (3-6)	1 (1-1)	H = 14.6, p < 0.001	$z_{1-4} = 6.3, p_{1-4} < 0.05; z_{4-5} = 3.8, p_{4-5} < 0.05$
Difficulty in abstract thinking	1 (1-3)	2 (1-3)	3 (2-5)	4 (3-5)	1 (1-1)	H = 18.1, p < 0.001	$z_{1-4} = 5.4, p_{1-4} < 0.05; z_{4-5} = 2.8, p_{4-5} < 0.05$
General psychopathological syndromes scale							
Somatic concern	3 (2-4)	4 (3-5)	5 (4-6)	5 (4-6)	1 (1-1)	H = 42.5, p < 0.001	$z_{1-3} = 6.3, p_{1-3} < 0.05; z_{1-4} = 4.6, p_{1-4} < 0.05; z_{2-4} = 2.8, p_{2-4} < 0.05; z_{3-5} = 6.9, p_{3-5} < 0.05; z_{4-5} = 6.7, p_{4-5} < 0.05$
Unusual thought content	2 (1-3)	3 (1-4)	4 (3-6)	5 (4-6)	1 (1-1)	H = 66.7, p < 0.001	$z_{1-4} = 3.3, p_{1-4} < 0.05; z_{4-5} = 3.4, p_{4-5} < 0.05$

В таблице 5 (приведены результаты WCST), в таблице 6 (CANTAB-10.0) и в таблице 7 (приведены результаты PennCNP) приведенные результаты отражают нейрокогнитивную 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).

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 perseverативных 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	Influence	Statistical significance of differences
Total number of cards presented	69 (64-104)	71 (65-117)	128 (128-128)	112 (101-128)	66 (63-92)	H = 32.1, p < 0.001	$z_{1-3} = 3.6, p_{1-3} < 0.05; z_{1-4} = 3.4, p_{1-4} < 0.05; z_{3-5} = 4.9, p_{3-5} < 0.001; z_{4-5} = 4.9, p_{4-5} < 0.001$
Total number of incorrect answers (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	$z_{1-3} = 3.1, p_{1-3} < 0.05; z_{1-4} = 3.7, p_{1-4} < 0.05; z_{3-5} = 4.2, p_{3-5} < 0.001; z_{4-5} = 4.9, p_{4-5} < 0.001$
Total number of perseverative errors (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	$z_{1-4} = 2.9, p_{1-4} < 0.05; z_{4-5} = 3.9, p_{4-5} < 0.001$
Total number of non-perseverative errors	4 (3-11)	9 (4-13)	13 (5-22)	12 (5-22)	3 (1-6)	H = 20.5, p < 0.001	$z_{2-5} = 2.9, p_{2-5} < 0.05; z_{3-5} = 4.1, p_{3-5} < 0.001; z_{4-5} = 3.9, p_{4-5} < 0.001$
Total number of completed categories	6 (6-6)	6 (6-6)	5 (3-6)	5 (2-6)	6 (6-6)	H = 32.7, p < 0.001	$z_{1-3} = 3.8, p_{1-3} < 0.05; z_{2-3} = 3.1, p_{2-3} < 0.05; z_{3-5} = 4.2, p_{3-5} < 0.001; z_{4-5} = 3.0, p_{4-5} < 0.05$
Failure to memorize calculations	0 (0-1)	1 (0-1)	0 (0-4)	1 (0-3)	0 (0-0)	H = 18.3, p < 0.001	$z_{1-5} = 3.1, p_{1-5} < 0.05; z_{3-5} = 3.2, p_{3-5} < 0.05$
Total number of distraction errors	0 (0-0)	0 (0-1)	3 (0-4)	1 (0-2)	0 (0-0)	H = 19.3, p < 0.001	$z_{3-5} = 3.4, p_{3-5} < 0.05; z_{4-5} = 2.9, p_{4-5} < 0.05$

Table 5.
WTSC indicators, Me (25–75%)

На следующем этапе процедуры статистической обработки данных нами была поставлена цель определить специфичность выявленных нарушений исполнительских функций изолированно для феноменологии 5 групп пациенток с признаками НПП. Для этого был выполнен дискриминантный анализ. Он позволяет предсказать принадлежность объектов к одной из известных групп на основании значений предикторов, а также определить «вес» каждой переменной-предиктора (дискриминативной переменной) для разделения объектов на группы. В процессе данного анализа были взяты значимые все выше описанные параметры, позволяющие корректно классифицировать максимальное количество респондентов по группам (параметры приведены в семи таблицах). Также было установлено, что использование всех выше перечисленных параметров в рамках этой модели помогает специалистам с решением дифференциально-диагностических

вопросов, увеличивая точность диагностики до 99,2% (39 человек из 40 относятся к группе пациенток женского пола, страдающих нервной анорексией без изменения клинического диагноза в 5-летнем проспективном катамнезе; 20 человек из 20 относятся к группе пациенток женского пола, страдающих нервной анорексией, у которых в 5-летнем проспективном катамнезе клинический диагноз был изменен на нервную булимию; 15 человек из 15 относятся к группе пациенток женского пола, страдающих нервной анорексией, у которых в 5-летнем проспективном катамнезе клинический диагноз был изменен на расстройства шизофренического спектра; 23 человека из 23 относятся к группе пациенток женского пола, страдающих параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет с девиантным пищевым поведением в анамнезе; 31 человек из 31 относятся к группе девушек и молодых женщин, не имеющих психических

Таблица 6. Показатели SANTAB-10.0, Me (25%-75%)

Тесты	Показатели	1-я группа, n = 40	2-я группа, n = 20	3-я групп, n = 15	4-я группа, n = 23	5-я группа, n = 31	Влияние	Статистическая значимость различий
Скрининговые тесты								
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, p < 0,05	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
		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, p = 0,001	Z _{1,3} = 3,6, p _{1,3} < 0,05; Z _{1,4} = 3,4, p _{3,4} < 0,05; Z _{3,5} = 3,2, p _{3,5} < 0,05; Z _{4,5} = 2,9, p _{4,5} < 0,05
Тесты на визуальную память								
«Память на узнавание образца» (PRM)	Среднее время до получения правильного ответа (мсек)	1771,19 (1556,08-1923,68)	1788,31 (1563,95-1934,29)	1961,11 (1635,29-2426,94)	2040,53 (1716,36-2738,54)	1729,50 (1507,96-1916,26)	H = 9,4, p = 0,05	Z _{1,4} = 4,8, p _{1,4} < 0,001; Z _{4,5} = 4,3, p _{4,5} < 0,001
		12 (11-13)	12 (11-14)	14 (10-18)	13 (11-20)	11 (9-12)	H = 20,7, p < 0,001	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
«Заучивание парных ассоциаций» (PAL)	Общее количество попыток для выполнения всех заданий правильно	8 (8-8)	8 (8-8)	8 (7-8)	6 (7-8)	8 (8-8)	H = 33,1, p < 0,001	Z _{1,5} = 6,1, p _{1,5} < 0,05; Z _{3,5} = 3,8, p _{3,5} < 0,05
		Тесты на исполнительское функционирование, оперативную память и планирование						
«Кембриджские чулки с одним прикосновением» (OTS)	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, p < 0,001	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; Z _{4,5} = 5,8, p _{4,5} < 0,001
		4 (3-5)	5 (3-6)	6 (3-12)	6 (4-8)	3 (2-4)	H = 10,0, p < 0,05	Z _{4,5} = 2,8, p _{4,5} < 0,05
«Переключение фигура/фон» (IED)	Количество неперсеверативных ошибок	15 (6-27)	27 (14-35)	46 (28-51)	53 (26-70)	14 (6-26)	H = 37,7, p < 0,001	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} = 3,3, p _{3,5} < 0,05; Z _{4,5} = 5,0, p _{4,5} < 0,001
		34 (32-36)	35 (31-39)	37 (34-41)	40 (34-43)	33 (31-35)	H = 23,3, p < 0,001	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 ошибки	15 (6-30)	29 (13-38)	46 (29-51)	53 (30-69)	14 (5-28)	H = 31,8, p < 0,001	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} = 2,9, p _{3,5} < 0,05; Z _{4,5} = 4,7, p _{4,5} < 0,001
		Тесты на внимание						
«Быстрая обработка визуальной информации» (RVP)	Количество упущенных последовательностей	12 (4-14)	13 (8-14)	14 (12-14)	16 (11-20)	11 (4-13)	H = 16,4, p < 0,05	Z _{1,4} = 3,9, p _{1,4} < 0,05; Z _{4,5} = 3,2, p _{4,5} < 0,05
		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, p = 0,001	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
«Время выбора реакции» (CRT)	Количество правильных нажатий	100 (100-100)	100 (100-100)	99 (98-100)	99 (97-100)	100 (100-100)	H = 25,8, p < 0,001	Z _{1,4} = 5,3, p _{1,4} < 0,001; Z _{4,5} = 4,8, p _{4,5} < 0,05
		Тесты на принятие решений и контроль реакции						
«Тест 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	Z _{1,4} = 2,9, p _{1,4} < 0,05
		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, p < 0,05	Z _{1,4} = 3,2, p _{1,4} < 0,05
«Кембриджский тест на азарт» (CGT)	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 = 11,2, p < 0,05	Z _{1,4} = 2,9, p _{1,4} < 0,05
		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 < 0,05	Z _{1,4} = 2,8, p _{1,4} < 0,001; Z _{2,4} = 3,3, p _{2,4} < 0,05; Z _{4,5} = 3,8, p _{4,5} < 0,001
Поправки на риск								

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
Screening tests								
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, p < 0.05	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)	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, p = 0.001	Z ₁₋₃ = 3.6, p ₁₋₃ < 0.05; Z ₃₋₄ = 3.4, p ₃₋₄ < 0.05; Z ₃₋₅ = 3.2, p ₃₋₅ < 0.05; Z ₄₋₅ = 2.9, p ₄₋₅ < 0.05
Visual memory tests								
Pattern Recognition Memory (PRM)	Average time until the correct answer (msec)	1771.19 (1556.08-1923.68)	1788.31 (1563.95-1934.29)	1961.11 (1635.29-2426.94)	2040.53 (1716.36-2738.54)	1729.50 (1507.96-1916.26)	H = 9.4, p = 0.05	Z ₁₋₄ = 4.8, p ₁₋₄ < 0.001; Z ₄₋₅ = 4.3, p ₄₋₅ < 0.001
Paired Association Learning (PAL)	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, p < 0.001	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
	Total number of completed tasks	8 (8-8)	8 (8-8)	8 (7-8)	6 (7-8)	8 (8-8)	H = 33.1, p < 0.001	Z ₁₋₅ = 6.1, p ₁₋₅ < 0.05; Z ₃₋₅ = 3.8, p ₃₋₅ < 0.05
Executive functional, working memory, and planning tests								
One Touch Stockings (OTS)	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 (1.17-1.42)	H = 41.2, p < 0.001	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; Z ₄₋₅ = 5.8, p ₄₋₅ < 0.001
Figure/Ground Diversion (IED)	Number of non-perseverative errors	4 (3-5)	5 (3-6)	6 (3-12)	6 (4-8)	3 (2-4)	H = 10.0, p < 0.05	Z ₄₋₅ = 2.8, p ₄₋₅ < 0.05
Spatial Working Memory (SWM)	Common external errors	15 (6-27)	27 (14-35)	46 (28-51)	53 (26-70)	14 (6-26)	H = 37.7, p < 0.001	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 = 3.3, p ₃₋₅ < 0.05; Z ₄₋₅ = 5.0, p ₄₋₅ < 0.001
	Strategy	34 (32-36)	35 (31-39)	37 (34-41)	40 (34-43)	33 (31-35)	H = 23.3, p < 0.001	Z ₁₋₄ = 4.3, p ₁₋₄ < 0.001; Z ₄₋₅ = 4.3, p ₄₋₅ < 0.001
	Common errors	15 (6-30)	29 (13-38)	46 (29-51)	53 (30-69)	14 (5-28)	H = 31.8, p < 0.001	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 = 2.9, p ₃₋₅ < 0.05; Z ₄₋₅ = 4.7, p ₄₋₅ < 0.001
	Attention tests							
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, p < 0.05	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, p = 0.001	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
	Number of correct presses	100 (100-100)	100 (100-100)	99 (98-100)	99 (97-100)	100 (100-100)	H = 25.8, p < 0.001	Z ₁₋₄ = 5.3, p ₁₋₄ < 0.001; Z ₄₋₅ = 4.8, p ₄₋₅ < 0.05
Decision and reaction control tests								
Information Structuring Test (IST)	Discrimination errors	0 (0-1)	1 (0-1)	1 (0-2)	1 (0-2)	0 (0-0)	H = 10.2, p < 0.05	Z ₁₋₄ = 2.9, p ₁₋₄ < 0.05
Cambridge Gambling Test (CGT)	Waiting avoidance	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, p < 0.05	Z ₁₋₄ = 3.2, p ₁₋₄ < 0.05
	Quality of the decisions made	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 = 11.2, p < 0.05	Z ₁₋₄ = 2.9, p ₁₋₄ < 0.05
	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 < 0.05	Z ₁₋₄ = 2.8, p ₁₋₄ < 0.001; Z ₂₋₄ = 3.3, p ₂₋₄ < 0.05; Z ₄₋₅ = 3.8, p ₄₋₅ < 0.001

Таблица 7.
Показатели PennCNP,
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
«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 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
«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 ₂₋₅ = 3.4, p ₂₋₅ < 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 experiences	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 ₂₋₄ = 3.8, p ₂₋₄ < 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:
		Результат дискриминантного анализа					
Респонденты соответствуют априори	1-группа	39	0	0	0	1	40
	2-группа	0	20	0	0	0	20
	3-группа	0	0	15	0	0	15
	4-группа	0	0	0	23	0	23
	5-группа	0	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	1	40
	Group 2	0	20	0	0	0	20
	Group 3	0	0	15	0	0	15
	Group 4	0	0	0	23	0	23
	Group 5	0	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 обобщенном 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].

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 когний) и антропометрических показателей

REFERENCES

1. Zacharova L.I. Nervnaya anoreksiya: rasprostranennost, kriterii diagnostiki i psichosomaticheskie sootnosheniya (obzor) [Anorexia nervosa: prevalence, diagnostic criteria and psychosomatic relationships]. *Nauchnye rezultaty biomeditsinskikh issledovaniy*, 2019, vol. 5, no. 1, pp. 108–121. (in Russian).

2. Gusarova M.T. Anoreksiya kak faktor destruktivizatsii semi [electronic resource] [Anorexia as a factor in family destructuring]. *Moloday uchenyy*, 2016, no. 5, pp. 855–859. Available at: <https://moluch.ru/archive/109/26532> (accessed: 23.02.2018). (in Russian).

3. Bryuchin A.E. Narusheniya pischevogo povedeniya: sleduet li ich raszenivat' 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).

4. Misra M., Miller K.K, Cord J., Prabhakaran R., Herzog D.B., Goldstein M., Katzman D.K., Klibanski A. Relationships between Serum Adipok-ines, Insulin Levels and

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 курации таких пациентов, ухудшают 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.

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

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Bone Density in Girls with Anorexia Nervosa. *J Clin Endocrinol Metab*, 2007, vol. 92, no. 6, pp. 2046–2052. doi: 10.1210/jc.2006-2855.

5. Shubina S.N., Skugarevsky O.A. Neyropsichologicheskie osobennosti bolnykh shizofreniy i liz s narusheniem pischevogo povedeniya [Neuropsychological peculiarities of patients with schizophrenia and people with eating disorders]. *Voennaya medicina*, 2020, no. 4, pp. 135–143. (in Russian).

6. Bryukhin A.E., Marilov V.V., Lineva T.Yu. Osobennosti patomorfозa nervnoy anoreksii u muzhchin [Peculiarities of pathomorphism of anorexia nervosa in males]. *Arxiv vnutrenney meditsiny*, 2016, vol. 6, no. 51, pp. 99. (in Russian).

7. 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.

8. Delsedime 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.

Поступила 11.04.2021