

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.89-008.44-079.4-06:616.895.8

ШУБИНА
Светлана Николаевна

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
СИНДРОМА АНОРЕКСИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И РАССТРОЙСТВАХ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.06 – психиатрия

Минск 2021

Научная работа выполнена в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: **Скугаревский Олег Алексеевич,**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой психиатрии
и медицинской психологии учреждения
образования «Белорусский государственный
медицинский университет»

Официальные оппоненты: **Ассанович Марат Алиевич,**
доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой психотерапии
и клинической психодиагностики
учреждения образования «Гродненский
государственный медицинский университет»

Хвостова Ирина Игоревна,
кандидат медицинских наук, доцент,
ведущий научный сотрудник отдела
психических и поведенческих расстройств
государственного учреждения
«Республиканский научно-практический
центр психического здоровья»

Оппонирующая организация: государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

Защита состоится 20 октября 2021 года в 12.00 на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.06 при учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83, e-mail: uchsovet@bsmu.by, телефон 302 16 21.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан _____ сентября 2021 года.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций,
кандидат медицинских наук, доцент



И.А. Хрущ

ВВЕДЕНИЕ

Нарушения пищевого поведения являются значительной и важной медико-социальной проблемой. Это обусловлено тем, что большая часть пациентов скрывает свое состояние и, как следствие, чаще попадает в стационары соматического профиля с соответствующими жалобами, а их истинное психическое состояние остается для лечащего врача неизвестным [Ю. Б. Барыльник и др., 2016]. Поэтому лишь малая часть от общего числа лиц с нарушением пищевого поведения наблюдается врачами-психиатрами [Ю. Б. Барыльник и др., 2018; M. Misra et al., 2007].

Ведущее место из группы расстройств пищевого поведения занимает нервная анорексия [Ю. Б. Барыльник и др., 2016].

Так, среди нозологий психиатрического профиля смертность при нервной анорексии является самой высокой и составляет 5-6%, в большинстве случаев обусловлена суицидом и кардиальной патологией. Согласно другим литературным источникам, летальность может достигать 17% [Л. И. Захарова, 2019; А. Е. Бобров, 2015].

Актуальность проблемы нервной анорексии высока в связи с увеличением ее распространенности в последние десятилетия (составляет 1,2% среди женщин и 0,29% среди мужчин в популяции) [Л. И. Захарова, 2019].

Несмотря на то, что изучению нервной анорексии принадлежит большое количество научных исследований в мире, взгляды на нозологическую природу данного расстройства до настоящего времени не отличаются определенностью и единством.

Принадлежность нервной анорексии к расстройствам шизофренического спектра является давним предметом изучения в психиатрии. Так, Eugen Bleuler описал синдром анорексии в рамках шизофрении еще в начале XIX века, но до сих пор остается неизученным вопрос своеобразия (специфичности) синдрома анорексии в клинической картине психических и поведенческих расстройств [Y. Kouidrat et al., 2014].

Отсутствие единого взгляда на нозологическую природу нервной анорексии приводит к возникновению барьеров на пути к лечению среди лиц с расстройствами пищевого поведения, способствует стигматизации и снижению самооценки таких пациентов [J. P. Roehrig, C. P. McLean, 2010].

Таким образом, определение нозологической принадлежности синдрома анорексии при нарушениях пищевого поведения и расстройствах шизофренического спектра поможет не только усовершенствовать стратегии раннего вмешательства, но и выставить правильный клинический диагноз, что будет способствовать оказанию квалифицированной лечебно-реабилитационной

помощи, позволит осуществить своевременную профилактику тяжелых осложнений нарушений пищевого поведения и нацелить пациентов на лечение основного заболевания, улучшив комплаентность.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами, темами

Работа выполнена в соответствии с планами НИР кафедры психиатрии и медицинской психологии БГМУ: «Клинико-биологическая и социальная характеристика психических и поведенческих расстройств в онтогенезе (донозологика, клиника, динамика, лечение, профилактика)», срок выполнения 01.01.2015-31.12.2019, № госрегистрации: 20150654; «Биопсихосоциальная характеристика психических и поведенческих расстройств (клиника, диагностика, лечение, профилактика)», срок выполнения 01.01.2020-31.12.2024, № госрегистрации: 20200394.

Цель исследования: разработать методологические подходы и усовершенствовать дифференциально-диагностические критерии для оценки нозологической специфичности синдрома анорексии при нарушениях пищевого поведения и расстройствах шизофренического спектра.

Задачи исследования:

1. Оценить в сравнительном аспекте нейропсихологические, антропометрические особенности и специфические признаки отклонения от нормативного пищевого поведения у лиц, страдающих нервной анорексией, шизофренией и у лиц, не имеющих психических и поведенческих расстройств.

2. На основании 5-летнего ретроспективного и проспективного исследования оценить нейропсихологические, антропометрические особенности и специфические признаки отклонения от нормативного пищевого поведения у лиц с синдромом анорексии, прослеживающиеся как на донозологическом уровне нарушения пищевого поведения, так и при состояниях с клинически значимой симптоматикой.

3. Определить нейропсихологические, патопсихологические параметры и специфические признаки отклонения от нормативного пищевого поведения в качестве критериев оценки динамической изменчивости синдрома анорексии.

4. Оценить характер модифицирующего влияния отклоняющегося от нормативного пищевого поведения на особенности исполнительского функционирования и социальные когниции у лиц, страдающих шизофренией, и у лиц, не имеющих психических и поведенческих расстройств.

Объект исследования: пациентки женского пола, страдающие нервной анорексией; пациентки женского пола, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет; девушки

и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование.

Предмет исследования: нейропсихологические, патопсихологические, антропометрические параметры и специфические признаки отклонения от нормативного пищевого поведения, влияющие на дифференциальную диагностику синдрома анорексии при нарушениях пищевого поведения и расстройствах шизофренического спектра.

Научная новизна

Получены новые данные об особенностях нейропсихологических, патопсихологических, антропометрических факторов и специфических признаков отклонения от нормативного пищевого поведения у лиц с синдромом анорексии: в структуре нервной анорексии и шизофрении, что позволило выделить изменения, сформировавшиеся в условиях основного заболевания, разграничивающие данные нозологии; в 5-летнем анамнезе и катамнезе как на донозологическом уровне отклоняющегося от нормативного пищевого поведения, так и при состояниях с клинически значимой симптоматикой, которые могут способствовать увеличению точности дифференциальной диагностики до 99% по сравнению с изолированной оценкой этих параметров. Впервые определена разница во времени выставления клинического диагноза нервной анорексии (в зависимости от наличия или отсутствия изменения в 5-летнем катамнезе диагноза нервной анорексии на диагноз нервной булимии) и клинического диагноза шизофрении (в зависимости от наличия или отсутствия симптоматики отклоняющегося от нормативного пищевого поведения на доболезненном уровне в 5-летнем анамнезе), на основании чего рассчитан предотвращенный экономический ущерб при своевременной диагностике динамической изменчивости синдрома анорексии.

Впервые выделены нейропсихологические, патопсихологические факторы и специфические признаки отклонения от нормативного пищевого поведения с изолированной оценкой их индивидуального вклада при динамической изменчивости синдрома анорексии, позволяющие выставить правильный клинический диагноз. На основании этого впервые в практическую деятельность организаций здравоохранения республики внедрен разработанный метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении, который используется при оказании медицинской помощи лицам с синдромом анорексии.

Установлено влияние нарушенного пищевого поведения на исполнительские функции и социальные когниции у лиц, страдающих шизофренией, и у лиц, не имеющих психических и поведенческих расстройств, что в дальнейшем поможет оказать адекватную лечебно-реабилитационную помощь.

Положения, выносимые на защиту

1. По степени дисфункциональности нейропсихологических, антропометрических показателей и специфических признаков отклонения от нормативного пищевого поведения выраженность нарушений отличает лиц, страдающих нервной анорексией, от лиц, страдающих шизофренией, и лиц, не имеющих психических и поведенческих расстройств.

2. Симптомы нарушенного пищевого поведения приводят к качественным и количественным искажениям параметров нейропсихологического, антропометрического профилей и специфических признаков отклонения от нормативного пищевого поведения, прослеживающимся как на донозологическом уровне отклоняющегося от нормативного пищевого поведения, так и при состояниях с клинически значимой симптоматикой. Диагноз нервной анорексии выставляется отсроченно во времени при изменении его в 5-летнем катамнезе на диагноз нервной булимии; диагноз шизофрении выставляется отсроченно во времени при наличии симптоматики отклоняющегося от нормативного пищевого поведения на доболезненном уровне в 5-летнем анамнезе.

3. По значениям нейропсихологических, патопсихологических параметров и специфических признаков отклонения от нормативного пищевого поведения можно прогнозировать конверсию диагноза атипичной нервной анорексии в расстройства шизофренического спектра с синдромом анорексии и изменение диагноза нервной анорексии в нервную булимию и в расстройства шизофренического спектра.

4. Нарушенное пищевое поведение сопровождается худшими параметрами исполнительских функций и социальных когниций у лиц, не имеющих психических и поведенческих расстройств, и у лиц, страдающих шизофренией.

Личный вклад соискателя

Автором выполнен анализ отечественной и зарубежной литературы по теме диссертации, проведен патентный поиск. Методология исследования, цель, задачи, положения, выносимые на защиту, основные выводы диссертационной работы и практические рекомендации определены совместно с научным руководителем. Автором самостоятельно обследованы 195 человек, из них 60 девушек и молодых женщин, не имеющих психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование, 75 девушек и молодых женщин, страдающих нервной анорексией, 60 девушек и молодых женщин, страдающих параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет. Обследование включало комплекс анамнестических, антропометрических и психометрических методов. Диссертант самостоятельно изучил медицинские карты пациенток в архиве РНПЦ психического здоровья, 5-летний анамнез и катамнез и результаты

патопсихологического обследования. Им же создана электронная база и проведена статистическая обработка полученных данных с помощью специализированных программ. Автором оформлена и подготовлена рукопись диссертационного исследования, результаты которого опубликованы в научных изданиях, рекомендуемых для публикации научных исследований, и представлены на научных республиканских и международных конференциях. Соавторы совместных публикаций оказывали помощь в техническом контроле излагаемого материала и выполнении некоторых психологических и нейропсихологических исследований, интерпретации полученных данных с учетом их специфичности, содействовали в статистической обработке.

Теоретическое обоснование актуальности исследования, основные тенденции, достижения, разработки по данной теме в отечественной и зарубежной научной литературе представлены в опубликованных статьях, написанных лично и в соавторстве, личный вклад соискателя – 90%. Данные о дифференциальной диагностике синдрома анорексии при нарушениях пищевого поведения и расстройствах шизофренического спектра отражены в статьях и публикациях, личный вклад диссертанта – 90%. На основании проведенных исследований составлена и внедрена в лечебно-диагностическую практику инструкция по применению «Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении», личный вклад диссертанта – 90%.

Апробация результатов диссертации и информация об использовании ее результатов

Результаты исследований, включенных в диссертацию, были доложены на научной сессии УО «Белорусский государственный медицинский университет» (Минск, 2017); научной сессии УО «Белорусский государственный медицинский университет» (Минск, 2019, 2 доклада); 1-й Международной научно-практической интернет-конференции «Достижения и перспективы науки, образования и производства: 2020» (Киев, 2020); научной сессии УО «Белорусский государственный медицинский университет» (Минск, 2020); итоговой научно-практической конференции УО «Гродненский государственный медицинский университет» «Актуальные проблемы медицины» (Гродно, 2021); научной сессии УО «Белорусский государственный медицинский университет» (Минск, 2021).

По результатам исследований Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждена инструкция по применению «Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении», регистрационный № 144-1220 от 16.12.2020, которая внедрена в практику ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер», УЗ «4-я

городская клиническая больница имени Н. Е. Савченко», УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», УЗ «Вилейская центральная районная больница», УЗ «Солигорская центральная районная больница», УЗ «Воложинская центральная районная больница», УЗ «Молодечненская центральная районная больница».

Опубликование результатов диссертации

По теме диссертации опубликовано: 10 статей, соответствующих п. 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь (7,56 авторских листа), 5 работ в сборниках материалов научно-практических конференций и тезисов докладов (0,81 авторских листа), 1 инструкция по применению, утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 108 страницах машинописного текста. Состоит из введения, общей характеристики работы, 4 глав, заключения, библиографического списка, приложений. Работа содержит 29 таблиц, 5 рисунков. Библиография включает 149 наименований работ отечественных и зарубежных авторов и 16 публикаций соискателя.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Методы исследования: анамнестический метод; антропометрический метод (определение антропометрических показателей: рост, вес, определение окружности талии и бедер, определение калипером величины кожной складки); метод психологической и патопсихологической оценки феноменов отклоняющегося от нормативного пищевого поведения («Шкала оценки пищевых предпочтений» – ШОПП); методы оценки патопсихологической симптоматики («Опросник выраженности психопатологической симптоматики» – SCL-90-R, «Шкала позитивных и негативных синдромов» – PANSS: полуструктурированное клиническое интервью); нейропсихологические методы для оценки исполнительских функций и эмоционального процессинга (Висконсинский тест сортировки карточек – WCST, Кембриджская нейропсихологическая автоматизированная батарея тестов – CANTAB-10, состоящая из тестов на визуальную память, тестов на нейрокогнитивное функционирование, оперативную память и планирование, тестов на внимание, тестов на принятие решений и контроль реакций (данная батарея включает оценку пространственного планирования, оценку понимания, способности к обучению и воспроизведению задания в обратном порядке, оценку визуальной памяти, оценку зрения, движений, оценку импульсивности, склонность к риску

при принятии решений и др.), исследование эмоционального процессинга с помощью компьютеризированной нейропсихологической батареи – PennCNP для изучения нейропсихологического функционирования Лаборатории проблем мозга Пенсильванского университета).

Применялись результаты патопсихологического обследования (были изучены 135 медицинских карт пациенток (с нервной анорексией и с шизофренией) в архиве РНПЦ психического здоровья).

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

Дизайн исследования. Исследование проводилось в 2 этапа: 1 этап – одномоментное поперечное исследование; 2 этап – наблюдательное ретро-проспективное исследование (анамнез и катаннез составляли до 5 лет).

Обследование включало результаты анонимного анкетирования, которое производилось однократно и индивидуально с каждым субъектом. Все участники были включены в исследование после сообщения о цели, предполагаемых результатах и подписания информированного согласия об участии. Пациентки с нервной анорексией принимали участие в исследовании при достижении ими стабильного соматического состояния.

Объект исследования (было обследовано 195 человек), из них:

1. Девушки и молодые женщины, страдающие нервной анорексией (1-я группа сравнения, 75 человек), из которых: 40 респондентам не изменялся клинический диагноз в 5-летнем катаннезическом наблюдении (1а группа); 20 респондентам в 5-летнем проспективном катаннезе клинический диагноз был изменен на нервную булимию (1б группа); 15 респондентам в 5-летнем проспективном катаннезе клинический диагноз был изменен на расстройства шизофренического спектра (1в группа).

2. Девушки и молодые женщины, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет (2-я группа сравнения, 60 человек), из которых: 23 человека имели нарушенное пищевое поведение в 5-летнем анамнезе на доболезненном уровне (в контексте расстройств шизофренического спектра), достигающее уровня атипичной нервной анорексии – 2а группа (симптоматика нарушенного пищевого поведения определялась в соответствии с результатами чек-листа МКБ-10); 37 человек не имели нарушенное пищевое поведение в 5-летнем анамнезе – 2б группа.

3. Девушки и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование (контрольная группа, 60 человек), из которых: 31 человек имели признаки нарушенного пищевого поведения, не достигающие уровня клинической значимости (в соответствии с диагностическими (исследовательскими) критериями по МКБ-10) – 3а группа; 29 человек не имели данные признаки – 3б группа.

Мы определяли психическое состояние пациенток (совместно с лечащими врачами) в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Критерии исключения. В исследование не включались лица мужского пола, лица с первичными аффективными, органическими, невротическими расстройствами, лица с эпилепсией и умственной отсталостью.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Общая характеристика, антропометрические, нейропсихологические особенности и показатели ШОПП исследуемых групп.

Пациентки с нервной анорексией и с параноидной формой шизофрении находились на лечении в психиатрических стационарах РНПЦ психического здоровья. Средний возраст всех респондентов (медиана Me (25%-75%)) составил 27 (23-32) лет. Респонденты 1 группы сравнения статистически достоверно имели меньшие антропометрические показатели ($p < 0,001$), но большие «качели» веса по сравнению с остальными респондентами ($p < 0,001$). Респонденты 2 группы сравнения статистически достоверно имели большие антропометрические показатели по сравнению с остальными респондентами ($p < 0,001$).

По результатам ШОПП респонденты 1 группы сравнения статистически достоверно имели больший балл по субшкалам «Стремление к худобе» ($N=43,6$, $p < 0,001$), «Булимия» ($N=37,6$, $p < 0,001$), «Неудовлетворенность телом» ($N=38,8$, $p < 0,001$), «Перфекционизм» ($N=15,6$, $p < 0,001$), «Неэффективность» ($N=66,8$, $p < 0,001$), «Недоверие в межличностных отношениях» ($N=34,0$, $p < 0,001$), «Интероцептивная компетентность» ($N=69,8$, $p < 0,001$) и «Страх зрелости» ($N=18,3$, $p < 0,001$). По результатам SCL-90-R респонденты 1 группы сравнения статистически достоверно имели больший балл по субшкалам «Соматизация» ($N=32,7$, $p < 0,001$), «Межличностная сензитивность» ($N=42,0$, $p < 0,001$), «Обсессивность-компульсивность» ($N=28,4$, $p = 0,001$), «Депрессивность» ($N=64,3$, $p < 0,001$), «Фобическая тревожность» ($N=34,5$, $p = 0,001$) и «Враждебность» ($N=25,8$, $p < 0,05$). Наибольшие баллы по субшкалам «Паранойяльные тенденции» ($N=30,8$, $p < 0,001$) и «Психотизм» ($N=47,9$, $p < 0,001$) SCL-90-R, по результатам PANSS, WCST, CANTAB-10.0, PennCNP (при $p < 0,05$) статистически достоверно определялись у респондентов 2 группы сравнения. Меньшие показатели по всем шкалам имели респонденты контрольной группы.

Антропометрические, нейропсихологические особенности и показатели ШОПП исследуемых респондентов, в клинической картине которых присутствовал синдром анорексии.

Респонденты, в клинической картине которых присутствовал синдром анорексии (129 человек): 1а группа, 1б группа, 1в группа, 2а группа и 3а группа.

Респонденты 1а группы статистически достоверно имели меньшие антропометрические показатели (кроме «качелей» веса, которые большие у респондентов 1б группы) по сравнению с остальными респондентами ($p < 0,001$). Респонденты 2а группы статистически достоверно имели большие антропометрические показатели по сравнению с остальными респондентами ($H=42,3$, $p < 0,001$).

По результатам ШОПП выявлено, что респонденты 1а группы статистически достоверно имели больший балл по субшкалам «Неудовлетворенность телом» ($H=14,6$, $p < 0,001$) и «Перфекционизм» ($H=16,7$, $p < 0,001$). Респонденты 1б группы статистически достоверно имели больший балл по субшкале «Булимия» ($H=40,7$, $p < 0,001$). Наибольшие баллы по остальным субшкалам статистически достоверно определяются у респондентов 1в и 2а групп (по этим же субшкалам баллы у респондентов 1б группы большие, чем у респондентов 1а группы, кроме субшкалы «Недоверие в межличностных отношениях» ($p < 0,001$)).

По результатам SCL-90-R респонденты 1а группы статистически достоверно имели больший балл по субшкалам «Межличностная сензитивность» ($H=24,0$, $p < 0,001$), «Депрессивность» ($H=32,4$, $p < 0,001$), «Фобическая тревожность» ($H=16,6$, $p=0,001$). Наибольшие баллы по остальным субшкалам SCL-90-R, по результатам PANSS, WCST, CANTAB-10.0, PennCNP (при $p < 0,05$) статистически достоверно определялись у респондентов 1в и 2а групп (по этим же субшкалам баллы у респондентов 1б группы большие, чем у респондентов 1а группы).

Меньшие показатели по всем шкалам имели респонденты 3а группы.

Патопсихологическое обследование.

Большие изменения речи, памяти, внимания, мышления по результатам патопсихологического обследования определяются у пациенток с шизофренией по сравнению с 1-й группой сравнения (пациентками с нервной анорексией).

Дискриминантный анализ.

Три исследуемые группы респондентов без учета сопутствующей симптоматики нарушенного пищевого поведения в 5-летнем анамнезе и изменений в 5-летнем катамнезе классифицируются данным анализом с точностью 87% (таблица 1). При обособленном изучении нейропсихологических, антропометрических особенностей и специфических признаков отклонения пищевого поведения 5 групп респондентов,

в клинической картине которых присутствует синдром анорексии (129 человек), точность дискриминантного анализа достигает 99% (таблица 2).

Таблица 1. – Результаты дискриминантного анализа исследуемых групп

		1-я группа сравнения	2-я группа сравнения	Группа контроля	Всего
		Результат дискриминантного анализа			
Респонденты соответствуют априори	1-я группа сравнения	72	2	1	75
	2-я группа сравнения	10	44	6	60
	Группа контроля	2	4	54	60

Таблица 2. – Результаты дискриминантного анализа исследуемых групп с синдромом анорексии

		1а группа	1б группа	1в группа	2а группа	3а группа	Всего
		Результат дискриминантного анализа					
Респонденты соответствуют априори	1а группа	39	0	0	0	1	40
	1б группа	0	20	0	0	0	20
	1в группа	0	0	15	0	0	15
	2а группа	0	0	0	23	0	23
	3а группа	0	0	0	0	31	31

Критерии прогнозирования конверсии синдрома анорексии.

Определены значения нейропсихологических, патопсихологических показателей и специфических признаков отклонения от нормативного пищевого поведения, прогнозирующих конверсию синдрома анорексии (оценка проводилась с применением отношения шансов (ОШ) при достоверности в 95%):

в расстройства шизофренического спектра: «Стремление к худобе»>10, «Булимия»>3 (ШОПП); «Соматизация»>15, «Обсессивность-компульсивность»>11, «Паранойяльные тенденции»>6, «Психотизм»>6, «Враждебность»>7 (SCL-90-R); нарушение абстрактного мышления>3, притупленный аффект>3 (PANSS); общее количество предъявляемых карточек>71, общее количество законченных категорий<6 (WCST); количество выборов до правильного (тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением») >1,5 (CANTAB-10.0); замедленность заучивания (нарушение памяти)>1, снижение уровня обобщения (нарушение мышления)>1 (патопсихологическое обследование); количество неправильных ответов в тесте «Память на лица»>3, количество правильных ответов в тесте «Распознавание эмоций»<34, количество правильных ответов узнавания грустных лиц в тесте «Установление тонких различий между эмоциями»<13 (PennCNP);

в нервную булимию: «Булимия»>3 (ШОПП); количество выборов до правильного (тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением») >1,3, общее количество ошибок (тест «Пространственная оперативная память») >26 (CANTAB-10.0); замедленность заучивания (нарушение памяти) >1, снижение уровня обобщения (нарушение мышления) >1 (патопсихологическое обследование).

Метод Каплана-Мейера.

На рисунке 1 видно, что при наличии изменения диагноза нервной анорексии в 5-летнем анамнезе на диагноз нервной булимии диагноз нервной анорексии выставляется позже (среднее время=62 месяца, при отсутствии изменения диагноза в 5-летнем анамнезе среднее время=42 месяца, $p<0,05$, т. е. на 20 месяцев позже).

Пациентки с нервной анорексией

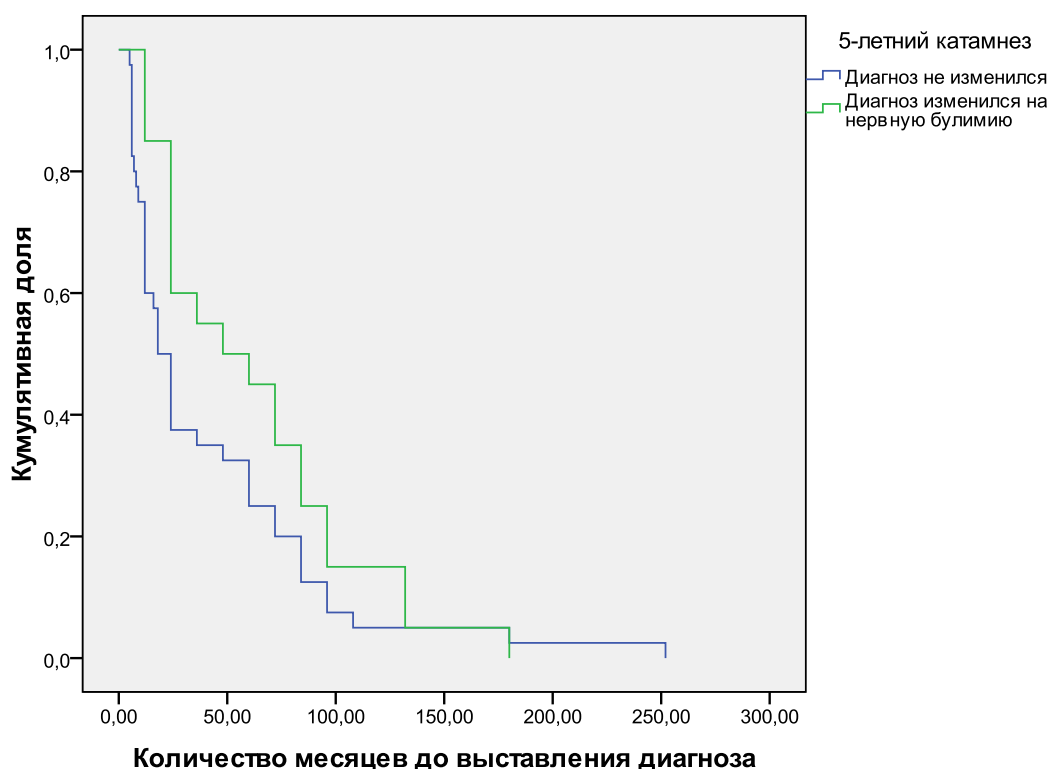


Рисунок 1. – Кривые Каплана–Мейера в зависимости от наличия или отсутствия изменения в 5-летнем анамнезе диагноза нервной анорексии на диагноз нервной булимии

На рисунке 2 видно, что при наличии симптоматики отклоняющегося от нормативного пищевого поведения в продромальном 5-летнем периоде диагноз шизофрении выставляется позже (среднее время=46 месяцев, при отсутствии симптоматики отклоняющегося от нормативного пищевого поведения в 5-летнем продромальном периоде среднее время=14 месяцев, $p<0,001$, т. е. на 32 месяца позже).

Пациентки с шизофренией

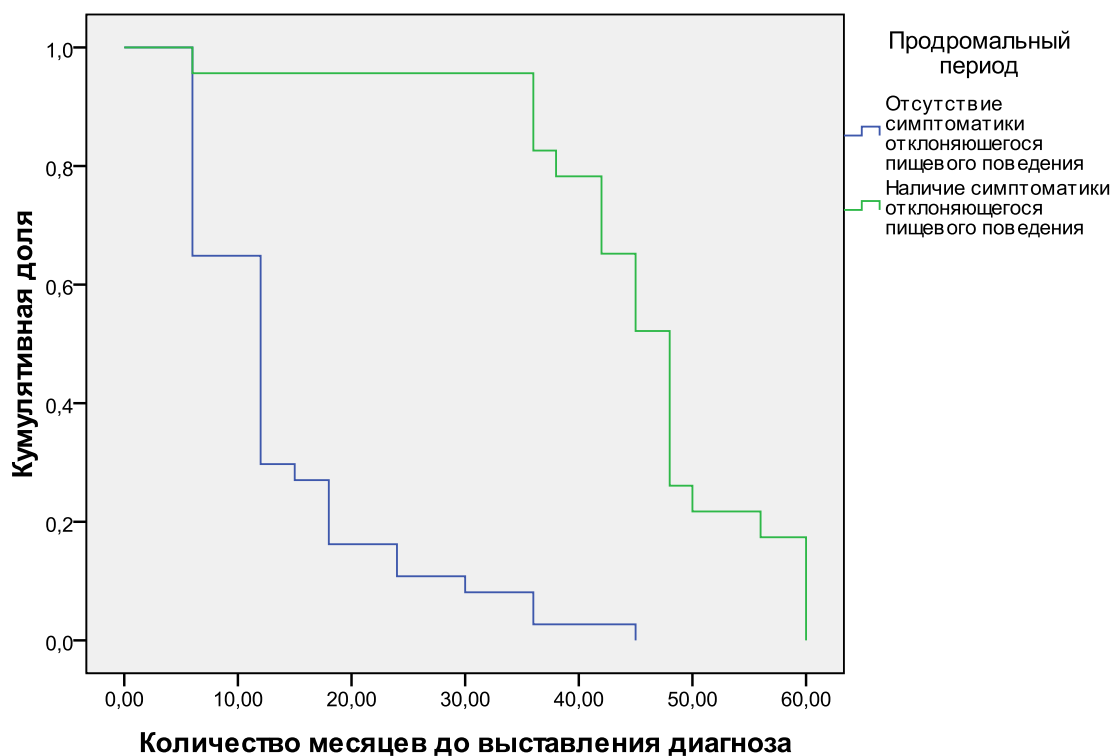


Рисунок 2. – Кривые Каплана–Мейера в зависимости от наличия или отсутствия симптоматики отклоняющегося от нормативного пищевого поведения в 5-летнем анамнезе у респондентов с шизофренией

Антропометрические, нейропсихологические особенности и показатели ШОПП респондентов при наличии синдрома анорексии.

У респондентов с шизофренией при наличии нарушенного пищевого поведения (группа 2а) определяются большие искажения параметров нейропсихологического профиля, показателей ШОПП и большие антропометрические показатели по сравнению с респондентами с шизофренией без нарушенного пищевого поведения (группа 2б).

У группы контроля на фоне симптоматики отклоняющегося от нормативного пищевого поведения обнаруживается когнитивное своеобразие (в контексте исполнительского функционирования) и особенности эмоционального процессинга, свойственные больным нервной анорексией (группа 3а).

Фармакоэкономический анализ: метод стоимость-эффективность.

Согласно данным организационно-методического отдела РНПЦ психического здоровья фактическая стоимость 1 койко-дня в 2020-2021 гг. составила 64,48 белорусских рублей по состоянию на 01.06.2021.

Предотвращенный экономический ущерб при своевременной корректной диагностике синдрома анорексии в рамках определенных диагностических категорий (на 1 пациента, учитывая среднюю госпитализацию в год – 28 дней):

– при наличии изменения диагноза нервной анорексии в 5-летнем анамнезе на диагноз нервной булимии диагноз нервной анорексии выставляется на 20 месяцев позже (рисунок 1), стоимость лечения и предотвращенный экономический ущерб составят 3009, 07 белорусских рублей;

– при наличии симптоматики отклоняющегося от нормативного пищевого поведения в 5-летнем продромальном периоде клинический диагноз шизофрении выставляется на 32 месяца позже (рисунок 2), стоимость лечения и предотвращенный экономический ущерб составят 4814,51 белорусских рублей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Установлено, что лица, страдающие нервной анорексией, отличаются от лиц, страдающих шизофренией и лиц, не имеющих психических и поведенческих расстройств по: антропометрическим показателям (окружность талии ($N=69,5$, $p<0,001$), окружность бедер ($N=80,7$, $p<0,001$), толщина кожной складки ($N=72,3$, $p<0,001$), ИМТ ($N=84,5$, $p<0,001$), «качели» веса ($N=59,6$, $p<0,001$) и субъективно «идеальный» вес ($N=38,6$, $p<0,001$)); специфическим признакам отклонения от нормативного пищевого поведения («Стремление к худобе» ($N=43,6$, $p<0,001$), «Булимия» ($N=37,6$, $p<0,001$), «Неудовлетворенность телом» ($N=38,8$, $p<0,001$), «Перфекционизм» ($N=15,6$, $p<0,001$), «Неэффективность» ($N=66,8$, $p<0,001$), «Недоверие в межличностных отношениях» ($N=34,0$, $p<0,001$), «Интероцептивная компетентность» ($N=69,8$, $p<0,001$) и «Страх зрелости» ($N=18,3$, $p<0,001$)); нейропсихологическим показателям по SCL-90-R («Соматизация» ($N=32,7$, $p<0,001$), «Межличностная сензитивность» ($N=42,0$, $p<0,001$), «Обсессивность-компульсивность» ($N=28,4$, $p=0,001$), «Депрессивность» ($N=64,3$, $p<0,001$), «Фобическая тревожность» ($N=34,5$, $p=0,001$) и «Враждебность» ($N=25,8$, $p<0,05$)). Баллы по субшкалам «Паранойяльные тенденции» ($N=30,8$, $p<0,001$) и «Психотизм» ($N=47,9$, $p<0,001$) SCL-90-R преобладают у лиц, страдающих шизофренией, как и изменения речи, памяти, внимания, мышления по результатам патопсихологического обследования ($p<0,05$). По остальным нейропсихологическим методам (PANSS, WCST, CANTAB, PennCNP при $p<0,05$) лица с нервной анорексией занимают промежуточное положение между лицами с шизофренией и лицами, не имеющими психических и поведенческих расстройств. При нервной анорексии и параноидной шизофрении отклонения

параметров нейropsychологического, антропометрического профилей и специфических признаков нарушенного пищевого поведения являются надежным дискриминирующим фактором, позволяющим с точностью 87% разграничивать респондентов [1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 13, 15, 16].

2. Наличие синдрома анорексии приводит к качественному и количественному искажению параметров антропометрического, нейropsychологического профилей и специфических признаков отклонения от нормативного пищевого поведения как у лиц, не имеющих психических и поведенческих расстройств, так и при состояниях с клинически значимой симптоматикой; затруднения в реализации исполнительских функций и социальных когниций преобладают 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 с нарушенным пищевым поведением в 5-летнем анамнезе: показатели ШОПП («Стремление к худобе» ($N=14,4$, $p<0,001$), «Неэффективность» ($N=32,5$, $p<0,001$), «Недоверие в межличностных отношениях» ($N=34,0$, $p<0,001$) и «Страх зрелости» ($N=18,3$, $p<0,001$)); показатели SCL-90-R («Соматизация» ($N=18,4$, $p<0,001$), «Обсессивность-компульсивность» ($N=18,7$, $p=0,001$), «Враждебность» ($N=13,6$, $p<0,05$), «Паранойяльные тенденции» ($N=17,5$, $p=0,001$) и «Психотизм» ($N=32,3$, $p=0,05$)); все показатели PANSS, WCST, SANTAB, PennCNP (при $p<0,05$). Данные показатели у пациенток с нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на диагноз нервной булимии, имеют более высокие значения, чем у пациенток со стабильной нервной анорексией. При учете динамической изменчивости синдрома анорексии в 5-летнем анамнезе и 5-летнем катамнезе изменения параметров антропометрического, нейropsychологического профилей в аспекте исполнительских функций и социальных когниций и специфических признаков отклонения от нормативного пищевого поведения являются надежным дискриминирующим фактором, позволяющим с точностью 99% разграничивать респондентов. При наличии изменения диагноза нервной анорексии в 5-летнем катамнезе на диагноз нервной булимии диагноз нервной анорексии выставляется на 20 месяцев позже. При наличии симптоматики отклоняющегося от нормативного пищевого поведения в продромальном 5-летнем периоде диагноз шизофрении выставляется на 32 месяца позже [7, 8, 9, 10, 12, 14].

3. Определены значения нейropsychологических, патопсихологических показателей и специфических признаков отклонения от нормативного пищевого поведения, прогнозирующие конверсию состояний с синдромом анорексии:

– в нервную булимию: «Булимия» >3 (ШОПП); количество выборов до правильного (тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением») $>1,3$,

общее количество ошибок (тест «Пространственная оперативная память») > 26 (CANTAB-10.0); замедленность заучивания (нарушение памяти) > 1, снижение уровня обобщения (нарушение мышления) > 1 (патопсихологическое обследование);

– в расстройства шизофренического спектра: «Стремление к худобе» > 10, «Булимия» > 3 (ШОПП); «Соматизация» > 15, «Обсессивность-компульсивность» > 11, «Паранойяльные тенденции» > 6, «Психотизм» > 6, «Враждебность» > 7 (SCL-90-R); нарушение абстрактного мышления > 3, притупленный аффект > 3 (PANSS); общее количество предъявляемых карточек > 71, общее количество законченных категорий < 6 (WCST); количество выборов до правильного (тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением») > 1,5 (CANTAB-10.0); замедленность заучивания (нарушение памяти) > 1, снижение уровня обобщения (нарушение мышления) > 1 (патопсихологическое обследование); количество неправильных ответов в тесте «Память на лица» > 3, количество правильных ответов в тесте «Распознавание эмоций» < 34, количество правильных ответов узнавания грустных лиц в тесте «Установление тонких различий между эмоциями» < 13 (PennCNP) [7, 8, 9, 12].

4. При наличии нарушений в пищевом поведении (по сравнению с лицами соответствующей диагностической категории без нарушенного пищевого поведения) определяется:

– у лиц, не имеющих психических и поведенческих расстройств: по ШОПП – увеличение показателей («Стремление к худобе» ($U=178,0$, $p<0,001$), «Булимия» ($U=326,0$, $p<0,001$), «Неудовлетворенность телом» ($U=269,5$, $p<0,001$), «Перфекционизм» ($U=286,0$, $p<0,001$), «Неэффективность» ($U=294,0$, $p<0,001$), «Страх зрелости» ($U=188,5$, $p<0,001$)); ухудшение исполнительских функций и социальных когний, свойственные лицам, страдающим нервной анорексией: по PennCNP – снижение количества правильных ответов в тесте «Память на лица» ($U=295,0$, $p<0,001$) и снижение количества правильных ответов в тесте «Распознавание эмоций» ($U=300,0$, $p<0,05$);

– у лиц, страдающих шизофренией: по ШОПП – увеличение показателей («Стремление к худобе» ($U=301,5$, $p<0,05$), «Булимия» ($U=300,0$, $p<0,05$)); ухудшение исполнительских функций и социальных когний: по SCL-90-R – увеличение показателей («Психотизм» ($U=283,0$, $p<0,05$) и «Враждебность» ($U=295,0$, $p<0,001$)); по WCST – увеличение общего количества ошибок отвлечения ($U=214,5$, $p<0,001$); по CANTAB-10.0 – увеличение среднего времени задержки между появлением стимула и реакцией (тест скрининга моторных функций) ($U=299,5$, $p<0,05$), увеличение количества выборов до правильного (тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением») ($U=259,0$, $p<0,05$), увеличение общего количества внешних ошибок (тест

«Пространственная оперативная память») ($U=312,5$, $p<0,05$); по PennCNP – увеличение количества неправильных ответов в тесте «Память на лица» ($U=118,5$, $p<0,05$), снижение количества правильных ответов в тесте «Распознавание эмоций» ($U=123,0$, $p<0,05$), снижение количества правильных ответов узнавания грустных лиц в тесте «Установление тонких различий между эмоциями» ($U=115,5$, $p<0,05$) [7, 9, 14].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Полученные научные данные и разработанный метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении может быть использован в комплексе оказания медицинских услуг для определения нозологической принадлежности лиц с симптоматикой нарушенного пищевого поведения [16].

2. Результаты исследования могут быть использованы на уровне психологической службы со студентами, учащимися, молодёжью, семьями больных нервной анорексией и шизофренией [16].

3. Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении может быть внедрен в учебный процесс медицинских вузов, в образовательный процесс при подготовке врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов и врачей других специальностей, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь при нарушениях пищевого поведения [16].

4. Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении может быть использован в медицинских учреждениях, проводящих лечение лиц с нарушениями пищевого поведения и с шизофренией. Это создаст основу для своевременной диагностики синдрома анорексии и обусловленных им осложнений, принятия своевременных лечебно-тактических решений, реабилитационных мер. Раннее выявление и профилактика расстройств шизофренического спектра является одним из факторов сохранения социальной адаптации [16].

5. Полученные сведения могут применяться с целью психопрофилактики, психологического консультирования, для оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи при нарушениях пищевого поведения и шизофрении [16].

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых научных журналах и сборниках

1. Шубина, С. Н. Динамическая изменчивость синдрома анорексии. Описание случая / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский, С. Л. Мельгуй // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. – 2018. – Т. 9, № 1. – С. 67–78.
2. Шубина, С. Н. Нервная анорексия и инвалидность / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // Воен. медицина. – 2019. – Т. 51, № 2. – С. 127–135.
3. Шубина, С. Н. Особенности результатов патопсихологического исследования больных нервной анорексией и шизофренией / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // Воен. медицина. – 2019. – Т. 52, № 3. – С. 88–92.
4. Шубина, С. Н. Нервная анорексия: обзор и клинический случай / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // Мед. журн. – 2019. – Т. 70, № 4. – С. 144–151.
5. Шубина, С. Н. Нервная анорексия: обзор и клинический случай (часть 2) / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // Мед. журн. – 2020. – Т. 71, № 1. – С. 53–59.
6. Шубина, С. Н. Нейропсихологические особенности больных шизофренией и лиц с нарушением пищевого поведения / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // Воен. медицина. – 2020. – Т. 57, № 4. – С. 135–144.
7. Шубина, С. Н. Влияние ограничительных тенденций в питании на клинику расстройств шизофренического спектра / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики : рец. ежегод. сб. науч. тр. / Белорус. гос. мед. ун-т ; под ред. С. П. Рубниковича, В. Я. Хрыщановича. – Минск, 2020. – Вып. 10. – С. 31–35.
8. Шубина, С. Н. Конверсия синдрома анорексии в нервную булимию и расстройства шизофренического спектра / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // Воен. медицина. – 2021. – Т. 59, № 2. – С. 126–133.
9. Шубина, С. Н. Сопутствующая симптоматика нарушения пищевого поведения при шизофрении как причина отсрочки выставления диагноза (результаты клинико-нейропсихологического анализа) / С. Н. Шубина // Воен. медицина. – 2021. – Т. 59, № 2. – С. 71–76.
10. Шубина, С. Н. Синдром анорексии как фактор, определяющий своевременную профилактику тяжелых соматических осложнений нарушений пищевого поведения / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский, С. В. Гунич // Неотлож. кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2021. – Т. 5, № 1. – С. 1173–1183.

Статьи в научных сборниках и материалах конференций

11. Шубина, С. Н. Особенности исполнительских функций и социальных когний у больных нервной анорексией и шизофренией / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // Современные достижения молодых ученых в медицине – 2020 : сб. материалов VII Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гродно, 27 нояб. 2020 г. / Грод. гос. мед. ун-т ; редкол.: Е. Н. Кроткова (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2020. – С. 215–217.

12. Шубина, С. Н. Динамическая изменчивость синдрома анорексии / С. Н. Шубина // Современные достижения молодых ученых в медицине – 2020 : сб. материалов VII Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гродно, 27 нояб. 2020 г. / Грод. гос. мед. ун-т ; редкол.: Е. Н. Кроткова (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2020. – С. 217–220.

13. Шубина, С. Н. Актуальность применения патопсихологического исследования у больных нервной анорексией и шизофренией / С. Н. Шубина // Досягнення і перспективи науки, освіти та виробництва: 2020 : зб. матеріали I міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., Київ, 23 груд. 2020 р. – Киев, 2020. – С. 388–397.

14. Шубина, С. Н. Ограничительные тенденции в питании при расстройствах шизофренического спектра [Электронный ресурс] / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итог. науч.-практ. конф., Гродно, 28-29 янв. 2021 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Грод. гос. мед. ун-т ; отв. ред. Е. Н. Кроткова. – Гродно, 2021. – С. 966–968. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

15. Шубина, С. Н. Инвалидность при нервной анорексии в детском и подростковом возрасте / С. Н. Шубина, Н. К. Григорьева, Т. Н. Алыко // Психофармакотерапия в детской психиатрической практике: достижения, перспективы, проблемы : материалы науч. конф. с междунар. участием, посвящ. памяти проф. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург, 26 марта 2021 г. / под ред. Ю. А. Фесенко. – СПб., 2021. – С. 148–149.

Инструкция по применению

16. Метод дифференциальной диагностики нарушений пищевого поведения и шизофрении : инструкция по применению № 144-1220 : утв. 16.12.2020 г. / С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский ; УО «Белорусский государственный медицинский университет». – Минск, 2020. – 25 с.

Шубіна Святлана Мікалаеўна

Дыферэнцыяльная дыягностыка сіндрому анарэксіі пры парушэннях харчовых паводзін і расстройтвах шызафрэнічнага спектра

Ключавыя словы: нервовая анарэксія, нервовая булімія, шызафрэнія, расстройтвы шызафрэнічнага спектра, парушэнні харчовых паводзін.

Мэта даследавання: распрацаваць метадалагічныя падыходы і ўдасканаліць дыферэнцыяльна-дыягнастычныя крытэрыі для ацэнкі назалагічнай спецыфічнасці сіндрому анарэксіі пры парушэннях харчовых паводзін і расстройтвах шызафрэнічнага спектра.

Аб'ект даследавання: пацыенткі жаночага полу з выяўленай нервовай анарэксіяй; пацыенткі жаночага полу з наяўнасцю параноіднай формы шызафрэніі і працягласцю працэсу хваробы да 5 гадоў; дзяўчаты і маладыя жанчыны, якія не маюць псіхічных і паводзінавых расстройтваў на момант уключэння ў даследаванне.

Метады даследавання: анамнестычны, антрапаметрычны, псіхалагічны, нейрапсіхалагічны, патапсіхалагічны, статыстычны.

Атрыманыя вынікі і іх навізна. Атрыманы новыя дадзеныя, якія размяжоўваюць асоб з выяўленай нервовай анарэксіяй ад асоб з шызафрэніяй і асоб, што не маюць псіхічных і паводзінавых расстройтваў. Вывучана дынамічная зменлівасць сіндрому анарэксіі ў 5-гадовым анамнезе і катамнезе, яго ўплыў на выканальніцкія функцыі і сацыяльныя кагніцыі ў асоб з шызафрэніяй і ў асоб, якія не маюць псіхічных і паводзінавых расстройтваў. Вылучаны нейрапсіхалагічныя, патапсіхалагічныя фактары і спецыфічныя прыметы адхілення харчовых паводзін, якія дазваляюць спрагназаваць канверсію сіндрому анарэксіі ў нервовую булімію і расстройтвы шызафрэнічнага спектра.

Рэкамендацыі па выкарыстанні: атрыманыя дадзеныя рэкамендуецца прымяняць пры комплексным абследаванні і лячэнні пацыентаў з парушэннем харчовых паводзін для ранняй дыферэнцыяльнай дыягностыкі з расстройтвамі шызафрэнічнага спектра.

Галіна прымянення: псіхіятрыя, наркалогія, псіхатэрапія, псіхалагічнае суправаджэнне, іншыя галіны медыцыны, якія аказваюць спецыялізаваную медыцынскую дапамогу пры парушэннях харчовых паводзін.

РЕЗЮМЕ

Шубина Светлана Николаевна

Дифференциальная диагностика синдрома анорексии при нарушениях пищевого поведения и расстройствах шизофренического спектра

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

Цель исследования: разработать методологические подходы и усовершенствовать дифференциально-диагностические критерии для оценки нозологической специфичности синдрома анорексии при нарушениях пищевого поведения и расстройствах шизофренического спектра.

Объект исследования: пациентки женского пола, страдающие нервной анорексией; пациентки женского пола, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет; девушки и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование.

Методы исследования: анамнестический, антропометрический, психологический, нейропсихологический, патопсихологический, статистический.

Полученные результаты и их новизна. Получены новые данные, разграничивающие лиц, страдающих нервной анорексией, от лиц, страдающих шизофренией, и лиц, не имеющих психических и поведенческих расстройств. Изучена динамическая изменчивость синдрома анорексии в 5-летнем анамнезе и катамнезе, его влияние на исполнительские функции и социальные когниции у лиц, страдающих шизофренией, и у лиц, не имеющих психических и поведенческих расстройств. Выделены нейропсихологические, патопсихологические факторы и специфические признаки отклонения пищевого поведения, позволяющие спрогнозировать конверсию синдрома анорексии в нервную булимию и расстройства шизофренического спектра.

Рекомендации по использованию: полученные данные рекомендуется применять при комплексном обследовании и лечении пациентов с нарушением пищевого поведения для ранней дифференциальной диагностики с расстройствами шизофренического спектра.

Область применения: психиатрия, наркология, психотерапия, психологическое сопровождение, другие области медицины, оказывающие специализированную медицинскую помощь при нарушениях пищевого поведения.

SUMMARY**Shubina Svetlana Nikolaevna****Differential diagnostics of anorexia syndrome with eating behavior disorders and schizophrenic spectrum disorders**

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

Purpose of the study: to develop methodological approaches and improve differential diagnostic criteria for assessing nosological specificity of anorexia syndrome with eating disorders and schizophrenic spectrum disorders.

Objects of the study: female patients suffering from anorexia nervosa; female patients suffering from a paranoid form of schizophrenia with a duration of the disease process up to 5 years; girls and young women who do not have any mental and behavioral disorders at the time of their inclusion in the study.

Methods of the study: anamnestic, anthropometric, psychological, neuropsychological, pathopsychological, statistical.

Obtained findings and their novelty. The authors obtained new data that enables to differentiate persons with anorexia nervosa from those with schizophrenia and those without mental and behavioral disorders. The authors studied dynamic variability of anorexia syndrome in patients with the disease process lasting up to 5 years and its prospective follow-up, its effect on executive and social cognition functions in persons with schizophrenia and in persons without mental and behavioral disorders. The authors highlighted neuropsychological, pathopsychological factors, and specific signs of eating behavior deviations, which should enable to predict the conversion of anorexia syndrome in to bulimia nervosa and schizophrenic spectrum disorders.

Recommendations for use: the obtained data are recommended to be used during comprehensive examinations and treatment of patients with eating disorders for early differential diagnostics with schizophrenic spectrum disorders.

Domain of use: psychiatry, narcology, psychotherapy, psychological support, other areas of medicine engaged in specialized medical care in cases of eating disorders.

Подписано в печать 09.09.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Херох office».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,26. Тираж 60 экз. Заказ 452.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.