



Кулыгина М.А. ✉, Чернов Н.В., Моисеева Т.В., Бердалин А.Б., Гришанина А.М., Федорова Е.В., Николкина Ю.А., Сатьянова Л.С., Карпенко О.А.
Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А. Алексеева, Москва, Россия

Исследование нарушений когнитивных процессов у пациентов с нервной анорексией, находящихся на лечении в стационаре

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Кулыгина М.А., Чернов Н.В., Моисеева Т.В. – концепция и дизайн исследования, анализ и интерпретация данных, написание текста; Кулыгина М.А. – подготовка статьи; Бердалин А.Б. – статистическая обработка данных; Моисеева Т.В., Гришанина А.М., Федорова Е.В., Николкина Ю.А., Сатьянова Л.С. – сбор и анализ материала; Карпенко О.А. – концепция и дизайн исследования, редактирование, одобрение статьи для публикации.

Финансирование: исследование выполнено в рамках Государственного задания «Комплексное лечение больных с тяжелыми формами анорексии у взрослых» (ЕГИСУ НИОКТР пер. № 123031600073-0).

Подана: 08.08.2024

Принята: 09.10.2024

Контакты: mkulygina@yandex.ru

Резюме

Введение. Многочисленные исследования свидетельствуют о многообразии когнитивных нарушений в клинической картине нервной анорексии (НА). Однако остается не до конца изученной связь общего соматопсихического истощения на фоне дефицита веса с когнитивными процессами.

Цель. Изучение специфики когнитивного функционирования при НА у пациентов с разным уровнем дефицита веса, находящихся на стационарном лечении.

Материалы и методы. Было проведено кросс-секционное обсервационное исследование когнитивных особенностей пациентов с НА ($n=82$). Использовались методики, традиционно применяемые в экспериментально-психологическом исследовании для оценки кратковременной памяти, концентрации внимания, когнитивной ригидности, процессов обобщения: «Заучивание 10 слов», «Корректирующая проба Бурдона», «Таблицы Шульце», тест Струпа, «Простые аналогии», «Сравнение понятий».

Результаты. Средние показатели концентрации внимания, работоспособности, объема запоминания, переключаемости колебались вокруг нормативных значений при наличии значительного разброса данных по результатам выполнения отдельных методик, что свидетельствует о разном уровне когнитивного функционирования в исследуемой группе. Достоверные корреляции с дефицитом веса не были установлены. В ряде случаев пациенты с более низкой массой тела ($ИМТ < 14,0$) обнаруживали более высокие показатели отсроченного запоминания и когнитивной переключаемости. У пациентов с большей длительностью заболевания НА чаще отмечались нарушения внимания и операциональной стороны мышления по типу искажения обобщений.

Заключение. Необходимо дальнейшее изучение клинико-психопатологической структуры различных типов НА и связи дефицита веса с метакогнитивными особенностями пациентов, что будет способствовать поиску наиболее значимых мишеней для более эффективного терапевтического воздействия.

Ключевые слова: когнитивное функционирование, нервная анорексия, дефицит веса, ИМТ, произвольное запоминание, концентрация внимания, когнитивная ригидность, процессы обобщения

Kulygina M. ✉, Chernov N., Moiseeva T., Berdalin A., Grishanina A., Fedorova E., Nikolkina Yu., Satyanova L., Karpenko O.

Mental-health Clinic No. 1 named after N.A. Alekseev, Moscow, Russia

A Study of Cognitive Dysfunction in Hospitalized Patients with Anorexia Nervosa

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Kulygina M., Chernov N., Moiseeva T. – conception and design of the study, data analysis and interpretation, text writing; Kulygina M. – preparation of the article; Berdalin A. – statistical processing of data; Moiseeva T., Grishanina A., Fedorova E., Nikolkina Y., Satyanova L. – collection and analysis of material; Karpenko O. – concept and design of the study, editing, approval of the article for publication.

Funding: the study was carried out within the framework of the State task "Complex treatment of patients with severe forms of anorexia nervosa in adults". The registration number is (Unified State Information System for Accounting of Research, Development and Technological Works reg. № 123031600073-0).

Submitted: 08.08.2024

Accepted: 09.10.2024

Contacts: mkulygina@yandex.ru

Abstract

Introduction. Numerous studies have reported a variety of cognitive dysfunction in Anorexia nervosa (AN). However, the relationship between general somatic or mental exhaustion under the weight loss and cognitive dysfunction remains incompletely understood.

Purpose. To investigate the specificity of cognitive functioning in hospitalized AN patients with different degrees of weight loss.

Materials and methods. A cross-sectional observational study of the cognitive characteristics of patients with AN (n=82) was conducted. Traditional methods of experimental psychological testing for investigating short-term memory, attention concentration, cognitive flexibility and generalisation processes were used: "Memorizing 10 words", Bourdon's Corrective Test, Schulte Tables, Stroop's Test, "Simple analogies", "Comparison of concepts".

Results. The average indicators of attention concentration, performance, short-term memory and cognitive rigidity corresponded to the normative values. At the same time, there was a significant scatter of data in the results of the cognitive tests, indicating the unevenness of attention and memory processes and a different level of cognitive functioning in the clinical group. No significant correlations with weight loss were found. In some cases, patients with lower body weight (BMI <14.0) revealed higher short-term memory and cognitive flexibility. Patients with longer duration of AN were more likely to have attention and formal thinking deficits, as measured by the distortion of generalization type.

Conclusion. It is necessary to further investigate the clinical and psychopathological structure of different types of AN and the relationship between weight loss and metacognitive characteristics of patients, which will contribute to the search for the most important targets for more effective therapeutic intervention.

Keywords: cognitive functioning, anorexia nervosa, weight loss, BMI, short-term memory, concentration of attention, cognitive flexibility, process of generalization

■ ВВЕДЕНИЕ

Нервная анорексия (НА) – это тяжелое психическое расстройство, характеризующееся сознательным ограничением приема пищи, патологическим страхом перед едой и увеличением веса, а также нарушением восприятия формы своего тела. Развитие, устойчивость и тяжесть симптомов зависят от различных биологических, психологических и социальных факторов, что отмечалось во многих исследованиях [1–4].

Современные подходы к лечению НА часто являются неэффективными ввиду отсутствия ясности в отношении этиологии и многообразия симптомокомплекса данного расстройства. Одним из путей к пониманию данного заболевания являются исследования когнитивных процессов. Они позволяют выявлять, операционализировать и количественно оценивать участие познавательных функций в развитии и поддержании нервной анорексии, что способствует разработке новых способов лечения и профилактики данного вида расстройства [5–9].

Во многих источниках описываются разнообразные когнитивные нарушения легкой либо умеренной степени выраженности, проявляющиеся в несбалансированности внимания, нарушениях памяти, мыслительных процессов, недостаточности когнитивной гибкости, что может создавать основу для характерного когнитивного сдвига, который, в свою очередь, играет роль в изменении отношения пациентов к собственной внешности и пищевому поведению [2, 10].

В настоящий момент существует несколько направлений, изучающих функционирование когнитивных процессов и их влияние на развитие НА. Часть исследователей фокусировала свое внимание на изучении нарушений когнитивных процессов, таких как память, внимание, мышление, восприятие в результате заболевания и дефицита веса [11], другая группа исследовала этиологически обусловленные когнитивные процессы, влияющие на развитие и поддержание расстройств пищевого поведения. В том числе были изучены такие функции, как: слабая центральная когерентность, трудности с выполнением задач по смене установок, когнитивная ригидность, импульсивность и др. [4, 10–16].

Наше исследование было направлено на изучение когнитивных нарушений – процессов памяти, внимания и мышления – у пациентов с НА, находящихся на лечении в стационарных условиях, и поиск их взаимосвязей с дефицитом веса.

Актуальность данной работы связана с небольшим количеством исследований в данной области, проводимых в нашей стране, а также противоречивыми результатами по данному вопросу в международных публикациях.

Исследование внимания

При исследовании особенностей внимания при НА некоторые авторы отмечают, что объем и концентрация внимания у пациентов достаточные, однако присутствует истощаемость. Так, после 45 минут выполнения блока тестовых заданий пациенты начинали допускать ошибки в работе, вызванные утомлением, что коррелировало с тяжестью истощения [3].

В одном из исследований было показано, что особенность пациентов с НА заключается в более длительном отсутствии выраженной истощаемости, снижения работоспособности, несмотря на наличие кахексии. Они были достаточно активными, деятельными, подвижными, не предъявляли жалоб, были очень требовательными как к себе, так и к окружающим, часто агрессивными. Но по мере усугубления кахексии у пациентов нарастала астения (чаще при потере массы тела более 50%), они были вялыми, малоактивными, сонливыми, большую часть времени проводили в постели [17].

При исследовании умственной работоспособности другие авторы отмечали «латентную утомляемость», трудности переключения и концентрации внимания, что также коррелировало с тяжестью истощения. По мере восстановления массы тела эти показатели приходили в норму [5].

В международных исследованиях ряд авторов отмечает, что у пациентов с НА и дефицитом веса при выполнении батареи нейрокогнитивных тестов отмечаются нарушения сенсомоторной реакции, избирательности и переключения внимания, а также устойчивости внимания [10, 13, 18].

Тем не менее в ряде других исследований отмечались незначительные нарушения внимания или их отсутствие при дефиците веса у пациентов с НА в сравнении с контрольной группой [7, 19, 20].

Исследование памяти

При дефиците веса у пациентов с НА выявлялись нарушения как кратковременной, так и долговременной памяти, а также проблемы, связанные с функционированием разных аспектов памяти, таких как припоминание, распознавание различных стимулов, стойкость слеодообразования [19–21].

Также в зарубежной литературе описывается феномен «искажения, или предвзятости памяти», который выражается в демонстрации неадаптивного восприятия еды, формы, веса и себя у пациентов с НА, что приводит к навязчивой концентрации и усилению памяти на эти темы. Это, в свою очередь, приводит к поддержанию мыслей и поведения, связанных с расстройством пищевого поведения. Воспоминания, связанные с атрибутами расстройства пищевого поведения, легче кодируются и привлекаются по сравнению с другой информацией [22].

В отечественных публикациях авторы отмечают, что при проведении патопсихологического исследования оперативная и семантическая память у пациенток с НА соответствовала нормативным стандартам. Процесс заучивания был несколько замедленным, что было связано с тяжестью истощения [23]. При этом даже на высоте истощения память у пациентов оставалась в пределах нормы, объем опосредованной памяти превышал объем механической памяти.

В другом отечественном исследовании у пациентов с НА при проведении методики «Заучивание 10 слов» были выявлены низкие показатели во многих видах памяти,

а также отмечалось большое количество ошибок при воспроизведении информации в виде слов, которые отсутствовали в списке. При этом кратковременная вербальная память (способность удерживать небольшой объем информации в течение короткого периода времени) не была нарушена [5].

Исследование мышления

Изучение познавательной деятельности у пациенток с НА, проводимое отечественными психиатрами, не выявило грубых нарушений [1]. Пациентам были доступны сложные обобщения, они могли сравнивать понятия на абстрактном уровне. Выполняя мыслительные задачи в течение 20–25 мин., пациенты начинали допускать ошибки, в основе которых лежало использование конкретных связей понятий. Этот вид нарушений мышления квалифицировался как «непоследовательность суждений» [1].

В последующем в патопсихологическом исследовании мыслительной сферы пациентов с НА была обнаружена незначительно выраженная конкретность мышления, а также отмечалась личностная окраска мышления, связанная с проблемой потребности в еде [3]. Зарубежные авторы также выявляли у пациентов с НА образование сильных ассоциативных связей между понятиями, связанными с питанием, формой тела и весом. Кроме того, были обнаружены ухудшение операции абстрагирования, а также сниженная способность к обучению и исполнительным функциям [22].

Итак, в ряде отечественных и зарубежных источников описываются исследования когнитивных особенностей при НА, в результате которых обнаруживается нарушение умственной работоспособности, истощаемость, замедление темпа сенсомоторных реакций, конкретность мышления и ухудшение способности к абстрагированию. При этом в современных публикациях присутствуют противоречивые данные, касающиеся нарушений памяти и внимания у пациентов с НА. Таким образом, наше исследование было направлено на уточнение особенностей когнитивного функционирования пациентов с дефицитом веса вследствие НА.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение специфики когнитивного функционирования при НА у пациентов с разным уровнем дефицита веса, поступающих на стационарное лечение в специализированное отделение психиатрической больницы.

Была выдвинута гипотеза о том, что нарушения когнитивного функционирования на фоне значительной потери веса и общего соматопсихического истощения определяются повышением утомляемости и общим снижением когнитивных процессов: запоминания, концентрации внимания, переключаемости, процесса обобщений.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн. Было проведено кросс-секционное обсервационное исследование когнитивных особенностей пациентов с НА с разным индексом массы тела (ИМТ) на базе Клиники расстройств пищевого поведения (КРПП) ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ». Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» и проводилось в соответствии с этическими нормами Хельсинкской декларации.

Участники. Обследовались пациенты, поступающие на стационарное лечение в КРПП в течение одного года (с апреля 2023 г. по май 2024 г.) с диагнозом «нервная

анорексия» (F50.0 по МКБ-10). В исследовательскую выборку вошли пациенты, достигшие возраста 18 лет, выполнившие все задания экспериментально-психологического обследования практически без пропусков ($n=82$). Критериями исключения были тяжелые соматические состояния, требующие неотложных реанимационных мероприятий, и сопутствующие соматические заболевания, а также сопутствующие тяжелые аффективные и психотические нарушения. Данное обследование проводилось в течение первой недели стационарирования. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие.

Инструменты. Использовались методики, традиционно применяемые при изучении когнитивного функционирования в рамках экспериментально-психологического исследования [24]. Оценивались процессы памяти, внимания, мышления. Анализировались когнитивные показатели (объем запоминания, концентрация и истощаемость внимания, когнитивная ригидность, процессы обобщения) в связи с дефицитом веса и длительностью заболевания.

Исследование кратковременной памяти. Методика «Заучивание 10 слов» проходила по стандартной процедуре: пациенту предлагалось запомнить слова из заранее составленного списка, который зачитывался экспериментатором. Слова можно было припоминать в любом порядке, всего было 5 таких проб с фиксацией правильно воспроизведенных испытуемым слов после каждого предъявления. Через час испытуемого опять просили назвать слова, которые предъявлялись ранее. В норме кривая запоминания имеет приблизительный вид воспроизведения 6–8–9–10–10–8 слов, с запоминанием всех 10 слов к 3–4-му предъявлению и незначительным снижением при отсроченном воспроизведении [24]. Анализировался объем запоминания, т. е. количество правильно воспроизведенных слов при отсроченном воспроизведении, а также вид кривой запоминания.

Исследование внимания. Для изучения внимания были использованы такие методики, как «Таблицы Шульте» и «Корректирующая проба Бурдона» [24, 25]. Корректирующая проба Бурдона позволяет оценить такие свойства внимания, как устойчивость и концентрация [24]. Возможны различные формы проведения этого теста. В использованной редакции пациенту выдавался бланк (40 строк по 40 букв), на котором надо было вычеркивать такие же буквы, как и первые в каждой строке. Оценивалось количество выполненных строк за 5 минут и общее количество ошибок.

С помощью таблиц Шульте возможно количественно оценить различные характеристики внимания, в том числе объем и способность к распределению. Пациенту поочередно предъявлялись 5 таблиц, на которых в случайном порядке расположены 25 чисел. Засекалось время, в течение которого испытуемый последовательно указывал все числа по порядку в каждой таблице. Показатель эффективности работы рассчитывался по формуле

$$\text{ЭР} = (T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5) / 5,$$

где T_i – время, затрачиваемое на поиск чисел в i таблице, интервал нормативных значений составляет от 30 до 50 сек.

Степень вработываемости (ВР) вычислялась по формуле

$$\text{ВР} = T_1 / \text{ЭР}.$$

Результат меньше 1,0 считается показателем хорошей вработываемости. Соответственно, чем выше 1,0 данный показатель, тем больше испытуемому требуется подготовка к выполнению задания.

Показатель психической устойчивости определялся по формуле

$$ПУ = T4 / ЭР.$$

Показатель результата меньше 1,0 говорит о хорошей психической устойчивости, соответственно, чем выше данный показатель, тем хуже психическая устойчивость испытуемого к выполнению заданий [25].

Исследование когнитивной ригидности. Исследование когнитивной ригидности и переключаемости проводилось при помощи теста Струпа, известного как методика словесно-цветовой интерференции (<https://bigenc.ru/c/test-strupa-8ff3b6>). С учетом ослабленного соматического состояния пациентов и ограниченного времени на проведение обследования использовался сокращенный компьютерный вариант теста (<https://foxgard.ru/sim/test-strupa-original>). В 1-й пробе, самой простой, следовало выбрать из предложенных вариантов название цвета, которым он написан, во 2-й пробе надо было выбрать название цвета фона прямоугольника. В 3-й – цвет слова, которым оно напечатано, при этом интерферирующее влияние проявлялось уже на втором этапе (цвет прямоугольника не совпадал с названием, наложенным сверху, и варианты названий, из которых требовалось выбрать соответствующее цвету прямоугольника, также не соответствовали своему цвету, которым были написаны) и усиливалось на третьем (названия цвета напечатаны цветом, отличным от значения слова) за счет того, что задавалось несоответствие между цветом, его названием и цветом, которым оно написано, т. е. задавалась интерференция называния и интерференция чтения. Показателями когнитивной ригидности была разница во времени выполнения второй и третьей проб по сравнению с первой (интерференция называния T2-T1 и интерференция чтения T3-T1): чем больше разница, тем больше выражен эффект интерференции и, соответственно, более выражены трудности переключения и ригидность (узость, жесткость) когнитивного контроля [26]. Поскольку вследствие разнообразия процедур выполнения теста нормативные показатели отсутствуют, значение имеют эффекты интерференции, т. е. разница во времени выполнения проб по мере усложнения стимульного материала.

Исследование процессов обобщения. Исследование познавательной деятельности проводилось с помощью стандартных наборов методик «Простые аналогии» и «Сравнение понятий» [24].

Методика «Простые аналогии» позволяет оценить степень понимания испытуемым логических связей и отношений между понятиями. Получив инструкцию, пациент должен на бланке отметить нужное слово из перечня предложенных по аналогии с соотношением пары слов, заданным в образце. Всего предлагалось для оценивания 10 заданий. В норме допускается не более 2–3 ошибок на первоначальном этапе [24].

При выполнении методики «Сравнение понятий» после предъявления экспериментатором пары понятий пациенту предлагалось найти и назвать общее между ними, если оно вообще допустимо, т. е. уточнялось, что сходство должно быть только существенным. В качестве стимульного материала использовался набор из 15 пар

понятий, из которых 5 пар состояли из однородных понятий (например, корова – лошадь, утро – вечер), а 10 пар были несравнимыми, т. е. включали разнородные понятия, не имеющие общих существенных признаков (например, река – птица, волк – луна, стакан – петух).

Показателями нарушения операционной стороны мышления считались ошибки по типу искажения или снижения обобщений по обеим методикам, а также количество сравнений несравнимых пар при выполнении методики «Сравнение понятий». Квалификация ошибок осуществлялась экспериментатором, при необходимости решение обсуждалось коллегиально исследовательской группой, в которую входили медицинские психологи.

Статистический анализ. Статистическая обработка осуществлялась с использованием программных пакетов SPSS Statistics версии 26.0 (IBM, США) и R software версии 4.3.1. Нулевую гипотезу отвергали при уровне значимости $p \leq 0,05$. Для описания количественных переменных применяли среднее арифметическое и стандартное отклонение или медиану и квартили (в случае несоответствия распределения показателя нормальному), для качественных – частоту и долю (в процентах). Соответствие распределения количественных переменных нормальному проверяли методом построения частотных гистограмм. Для качественных зависимых переменных сравнения частот между категориями независимых (группирующих) переменных выполняли посредством критерия χ^2 Пирсона или точного критерия Фишера. Для количественных зависимых переменных сравнения осуществлялись при помощи дисперсионного анализа с последующими попарными сравнениями по методу Даннета или (в случае несоответствия распределения переменной нормальному) по критерию Краскела – Уоллиса с попарными сравнениями критерием Манна – Уитни (с поправкой Бонферрони на множественность сравнений). При изучении корреляций между количественными или порядковыми переменными использовали метод расчета коэффициента корреляции по Спирмену.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика выборки. Обследованная выборка пациентов ($n=82$) состояла в основном из лиц женского пола и молодого возраста (средний возраст – $24,05 \pm 6,42$ года). Социально-демографический анализ показал, что исследуемая выборка пациентов в целом характеризовалась относительно высоким образовательным уровнем (табл. 1). Более половины пациентов сохраняли трудовое и учебное функционирование. Семейный статус определялся тем, что пациенты в большинстве не состояли в браке и проживали вместе с родителями. Длительность заболевания НА была различной: от нескольких месяцев до 20 лет (табл. 2).

По степени дефицита веса все обследованные пациенты были разделены на две категории: 1 – ИМТ выше 14 кг/м^2 (47 пациентов, 57,3%), 2 – $14,0 \text{ кг/м}^2$ и ниже (35 пациентов, 42,7%). Данное разделение было выбрано в соответствии с диагностическими требованиями 11-й версии Международной классификации болезней (МКБ-11) для нервной анорексии со значительно сниженным весом (1-я подгруппа) и опасно сниженным весом (2-я подгруппа) [27]. В ряде случаев были установлены сопутствующие диагнозы: F21 ($n=5$; 6,10%), F32,1 ($n=1$; 1,22%).

Таблица 1
Социально-демографические показатели
Table 1
Sociodemographic characteristics

Показатель (n=82)	Метрика или категория	Значение, n (%)
Пол	Женский	80 (96,4%)
	Мужской	2 (3,6%)
Образование	11 классов школы	17 (20,7%)
	9 классов школы	2 (2,4%)
	Высшее	37 (45,1%)
	Неоконченное высшее	17 (20,7%)
	Среднее специальное (колледж)	9 (11,0%)
Занятость	Академический отпуск	5 (6,1%)
	Не работает и не учится	24 (29,3%)
	Работа	18 (22,0%)
	Работа и учеба	6 (7,3%)
	Учеба	29 (35,4%)
Семейный статус	В разводе	1 (1,2%)
	Гражданский брак	2 (2,4%)
	Замужем/женат	8 (9,8%)
	Не замужем / холост	71 (86,6%)
Проживание	Одна/один	16 (19,5%)
	С бабушкой/дедушкой	2 (2,4%)
	С партнером/супругом	16 (19,5%)
	С подругой/другом	2 (3,7%)
	С родителями	43 (52,4%)
	С сестрой/братом	2 (2,4%)

Таблица 2
Общеклинические и когнитивные показатели
Table 2
Clinical and cognitive indicators

Показатель	Mean±SD	Me [Q1–Q3]	Min	Max
Вес, кг	40,172±7,407	40,05 [34; 44,7]	22,900	59,000
ИМТ, кг/м²	14,587±2,347	14,4 [12,7; 16,3]	8,900	19,900
Длительность заболевания, лет	6±4,7	5 [3; 9]	0,0	20,0
10 слов_отсроченное воспроизведение, количество слов	7±2	7 [5; 9]	2	10
Корректурная проба Бурдона_количество выполненных строк	36±6	39 [33; 40]	12	40
Корректурная проба Бурдона_общее количество ошибок	5±9	3 [1; 6]	0	76
Таблицы Шульте_эффективность работы (ЭР)	38,45±9,66	36,9 [30,8; 44,2]	22,40	65,40
Таблицы Шульте_степень вработываемости (ВР)	0,97±0,16	0,96 [0,87; 1,04]	0,61	1,38
Таблицы Шульте_психическая устойчивость (ПУ)	1,02±0,14	1 [0,92; 1,14]	0,74	1,38
Тест Струпа, Т2-Т1, интерференция называния	15,3±41,26	15 [9,2; 26,9]	–322,40	95,80
Тест Струпа, Т3-Т1, интерференция чтения	10,9±41,7	10,3 [6; 18,2]	–322,10	144,20
Простые аналогии_количество правильно выполненных проб	9±1	10 [9; 10]	3	10

Окончание таблицы 2

Простые аналогии_ количество искажений	0±0	0 [0; 0]	0	1
Простые аналогии_ количество снижений	1±1	0 [0; 1]	0	7
Сравнение понятий_ количество сравнений не-сравнимых понятий	7±3	6 [4; 9]	0	15
Сравнение понятий_ количество искажений	3±3	3 [1; 5]	0	19

Оценка когнитивных показателей. Результаты выполнения когнитивных проб представлены в табл. 2.

Память. Показатели кратковременной памяти и произвольного запоминания в среднем по выборке не обнаружили отличий от нормативных значений. Однако обращает на себя внимание значительный разброс индивидуальных показателей. Так, при первом воспроизведении отмечалось от 3 до 9 слов, а при отсроченном – от 2 до 10, т. е. от грубых нарушений до высокой нормы (рис. 1). Общий вид кривой запоминания имеет стандартную конфигурацию с постепенным увеличением количества правильно названных слов и некоторым уменьшением при отсроченном воспроизведении.

Была также обнаружена слабо отрицательная корреляция ИМТ с количеством слов при отсроченном воспроизведении (табл. 3), т. е. чем больше дефицит веса (ИМТ <14,0), тем лучше был показатель кратковременной памяти, а именно стойкости следообразования.

Внимание. При выполнении корректурной пробы Бурдона были установлены средние показатели устойчивости и концентрации внимания по группе, не отклоняющиеся от нормативных значений. В среднем пациенты успевали просмотреть 36 строк из 40 за 5 мин., допуская до 5 ошибок, что соответствует высокой норме [24]. Однако в отдельных случаях отмечались крайне низкие показатели,

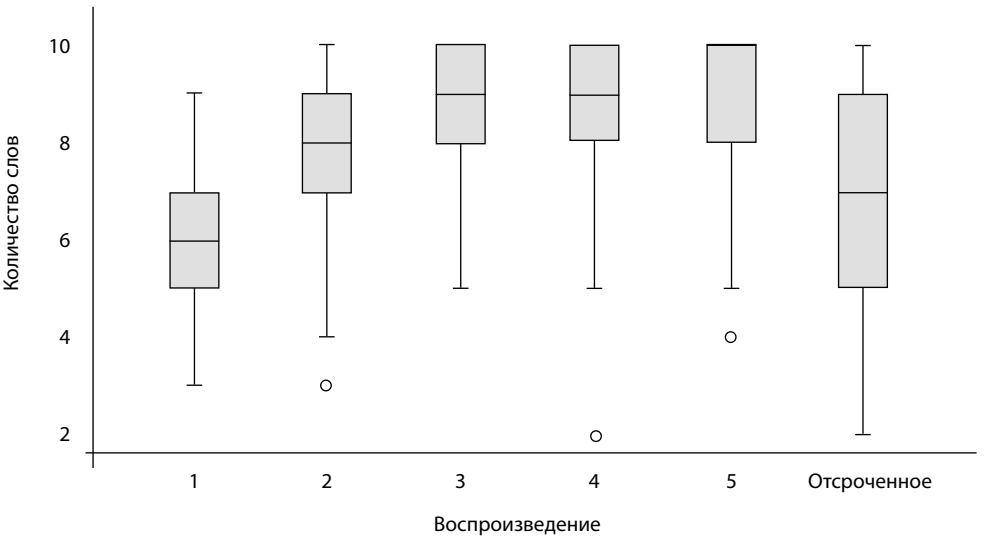


Рис. 1. Результаты выполнения методики «Заучивание 10 слов» (n=82)
Fig. 1. Results of the "Memorizing 10 words" technique (n=82)

Таблица 3

	кк (р)	имт	кк (р) дз	кк (р) 10 слов ксов	кк (р) кпб квс	кк (р) кпб ко	кк (р) тш эр	кк (р) тш вр	кк (р) тш пу	кк (р) па кпвз	кк (р) па ки	кк (р) па кс	кк (р) тс ин	кк (р) тс ич	сп кснл	кк (р) сп ки	кк (р) сп кс
	имт, кг/м²	1															
	Длительность заболевания, лет	0,009 (0,938)	1														
	10 слов, от- срочное вос- произведение, количество слов	-0,212 (0,055)	0,115 (0,302)	1													
	Корректурная проба Бурдона, количество выполненных строк	0,146 (0,190)	0,164 (0,141)	0,102 (0,364)	1												
	Корректурная проба Бурдона, общее количе- ство ошибок	-0,049 (0,661)	0,022 (0,847)	0,037 (0,741)	0,132 (0,236)	1											
	Таблицы Шульце, эффективность работы (ЭР)	0,113 (0,311)	0,092 (0,413)	0,379** (<0,001)	-0,261* (0,018)	0,220* (0,048)	1										
	Таблицы Шульце, степень враба- тываемости (ВР)	0,104 (0,354)	0,219* (0,048)	0,114 (0,307)	-0,133 (0,232)	-0,189 (0,089)	-0,179 (0,107)	1									
	Таблицы Шульце, психическая устойчивость (ПУ)	-0,144 (0,198)	-0,035 (0,755)	-0,038 (0,736)	0,065 (0,564)	0,089 (0,429)	-0,044 (0,695)	-0,263* (0,017)	1								

Окончание таблицы 3

Простые аналогии, количество правильно выполненных проб	0,032 (0,776)	-0,028 (0,806)	0,159 (0,156)	0,046 (0,687)	-0,133 (0,235)	-0,289** (0,009)	-0,210 (0,060)	0,015 (0,896)	1								
Простые аналогии, количество искажений	-0,226* (0,042)	0,175 (0,118)	-0,084 (0,455)	-0,029 (0,794)	0,413** ($<0,001$)	0,218 (0,050)	-0,020 (0,857)	-0,001 (0,991)	-0,393** ($<0,001$)	1							
Простые аналогии, количество снижений	0,012 (0,914)	-0,006 (0,954)	-0,152 (0,177)	-0,042 (0,708)	0,057 (0,613)	0,262* (0,018)	0,227* (0,041)	-0,015 (0,891)	-0,982** ($<0,001$)	0,212 (0,057)	1						
Тест Струпа, Т2-Т1, интерференция названия	0,110 (0,327)	0,102 (0,364)	0,064 (0,573)	-0,015 (0,897)	-0,078 (0,491)	0,027 (0,810)	0,063 (0,576)	0,029 (0,7970)	-0,011 (0,922)	0,067 (0,557)	-0,002 (0,987)	1					
Тест Струпа, Т3-Т1, интерференция чтения	0,142 (0,207)	0,073 (0,516)	-0,006 (0,960)	-0,053 (0,636)	-0,078 (0,489)	0,071 (0,527)	0,050 (0,657)	0,020 (0,860)	0,026 (0,817)	0,002 (0,986)	-0,028 (0,803)	0,909** ($<0,001$)	1				
Сравнение понятий, количество несравнимых понятий	0,056 (0,618)	0,260* (0,018)	0,145 (0,193)	0,178 (0,109)	0,025 (0,825)	-0,132 (0,238)	-0,035 (0,757)	0,060 (0,593)	0,185 (0,097)	-0,168 (0,133)	-0,163 (0,147)	-0,098 (0,382)	-0,139 (0,216)	1			
Сравнение понятий, количество искажений	0,120 (0,284)	0,402** ($<0,001$)	-0,036 (0,749)	-0,128 (0,252)	-0,108 (0,336)	0,020 (0,855)	0,073 (0,515)	0,077 (0,492)	0,016 (0,891)	-0,050 (0,656)	-0,006 (0,956)	0,084 (0,457)	0,074 (0,509)	0,151 (0,175)	1		
Сравнение понятий, количество снижений	-0,068 (0,541)	0,061 (0,583)	-0,036 (0,751)	-0,038 (0,733)	0,078 (0,488)	-0,040 (0,719)	0,143 (0,201)	0,039 (0,731)	-0,424** ($<0,001$)	0,128 (0,253)	0,424** ($<0,001$)	0,180 (0,108)	0,143 (0,203)	0,120 (0,285)	0,096 (0,393)	1	

Примечания: кк – коэффициент корреляции; р – вероятность; ИМТ – индекс массы тела; ДЗ – длительность заболевания; 10 слов КСОВ – 10 слов, количество слов при отсроченном воспроизведении; КПБ КВС – Коррекционная проба Бурдона, количество выполненных строк; КПБ КО – Корректура проба Бурдона, количество ошибок; ТШ ЭР – Таблицы Шульте, эффективность работы; ТШ ВР – Таблицы Шульте, вработываемость; ТШ ПУ – Таблицы Шульте, психическая устойчивость; ПА КПВЗ – Простые аналогии, количество выполненных заданий; ПА КИ – Простые аналогии, количество искажений; ПА КС – Простые аналогии, количество снижений; ТС ИН – Тест Струпа, интерференция называния; ТС ИЧ – Тест Струпа, интерференция чтения; СП КСНП – Сравнение понятий, количество сравнений несравнимых понятий; СП КИ – Сравнение понятий, количество искажений; СП КС – Сравнение понятий, количество снижений; *, корреляция значима на уровне $p<0,05$; **, корреляция значима на уровне $p<0,001$.

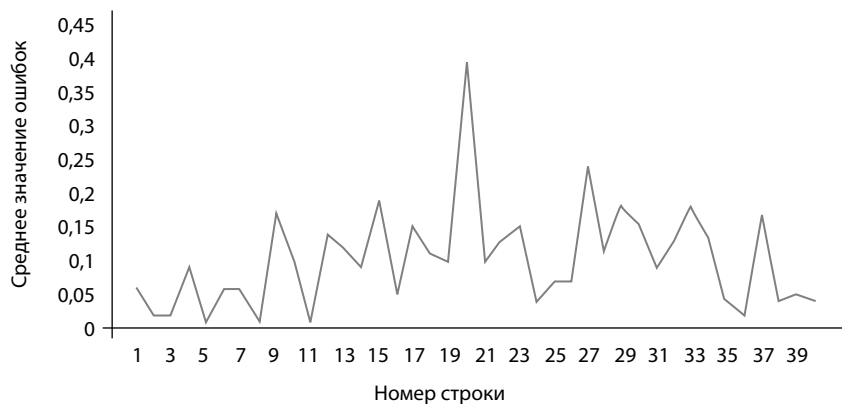


Рис. 2. Кривая ошибок по результатам выполнения методики «Корректирующая проба Бурдона»
Fig. 2. Error curve based on the results of the "Bourdon Corrective Test" technique

свидетельствующие о значительных нарушениях внимания: от 12 просмотренных строк и до 75 ошибок (табл. 2). Результаты корректирующей пробы, отражающие распределение ошибок по строкам, показали, что для пациентов с НА в целом характерен неравномерный темп психических процессов с колебаниями уровня работоспособности и наибольшим количеством совершаемых ошибок в середине исследования (рис. 2).

Результаты работы с таблицами Шульте отражают значения, соответствующие нормативным показателям объема внимания с незначительным нарастанием времени, затрачиваемого на отыскивание чисел, от 1-й к 5-й пробе (рис. 3). Средние показатели эффективности работы (ЭР), вработываемости (ВР), психической устойчивости (ПУ) также не превышали нормативных значений (табл. 2).

Статистически значимых различий по результатам выполнения проб на исследование внимания в зависимости от ИМТ выявлено не было, как в рамках сравнения между группами с разным весом, так и при проведении корреляционного анализа

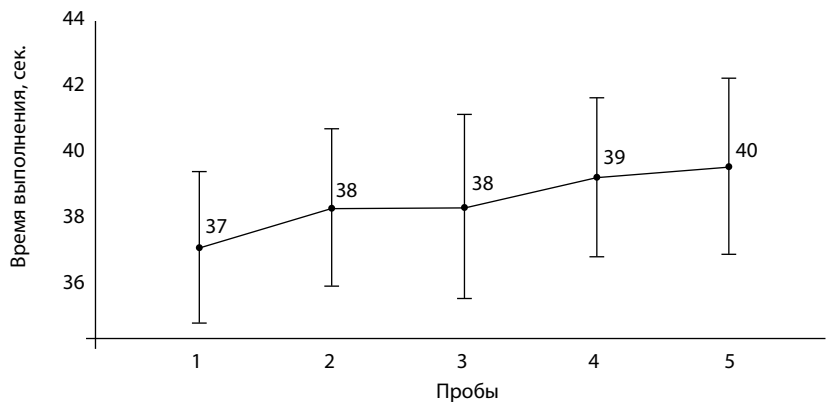


Рис. 3. Результаты выполнения методики «Таблицы Шульте» в 5 последовательных пробах (n=82)
Fig. 3. Results of Schulte's Tables technique in 5 consecutive trials (n=82)

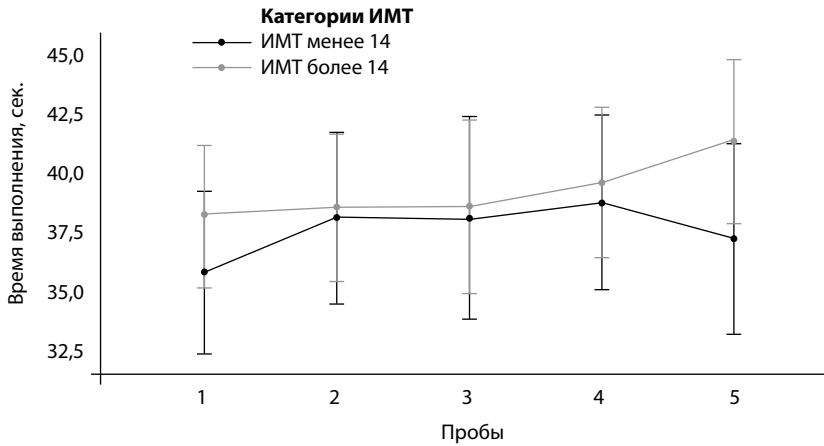


Рис. 4. Результаты выполнения методики «Таблицы Шульте» в 5 последовательных пробах в зависимости от ИМТ

Fig. 4. Results of Schulte's Tables technique in 5 consecutive trials depending on BMI

(табл. 3). Однако общий вид кривой, отражающей результаты выполнения методики «Таблицы Шульте», в зависимости от ИМТ несколько различался: при ИМТ $>14,0$ к 5-й пробе нарастало время (не превышая, однако, нормы), тогда как при ИМТ $<14,0$ кривая отражает колебания времени выполнения проб (рис. 4).

Обнаружена корреляционная связь длительности заболевания со степенью врабатываемости (BP) (табл. 3), свидетельствующая о том, что пациенты с более длительным стажем заболевания испытывают трудности с вхождением в задание.

Когнитивная ригидность. Выраженные тенденции повышения когнитивной ригидности в исследуемой группе пациентов с НА при выполнении теста Струпа выявлены не были. Однако, как и по другим методикам, обращает на себя внимание значительный разброс данных (табл. 2). В единичных случаях отмечался парадоксальный эффект отсутствия словесно-цветовой интерференции и даже улучшение результата на фоне интерферирующих влияний. При этом в среднем по группе первичный эффект интерференции называния (T2-T1) выше эффекта интерференции чтения (T3-T1), т. е. по мере усложнения задания отмечается улучшение переключаемости.

Мышление. Исследование способности к обобщению при выполнении методики «Простые аналогии» не выявило признаков выраженных нарушений операциональной стороны мышления. Пациенты в целом легко справлялись с заданием, правильно выполняя в среднем 9 проб из 10. Единичные ошибки по типу снижения или искажения обобщений не имели статистического значения. Вместе с тем при проведении корреляционного анализа обнаружилась слабо выраженная отрицательная тенденция связи ИМТ и количества ошибок по типу искажения.

Однако по результатам методики «Сравнение понятий» обнаружили нарушения, которые проявились в использовании нестандартных объяснений при поиске сходства разнородных понятий, что квалифицируется как нарушение операциональной стороны мышления [24, 28]. В среднем по группе в 7 несравнимых понятиях из 10 назывались общие признаки, тогда как в норме общее в несравнимых понятиях, как правило, не находится или встречается не более одной пары несравнимых понятий.

Сходство находилось по таким латентным несущественным признакам, как созвучие или количество букв (ось – оса), размер или внешнее сходство (девочка – кукла), цвет (корзина – сова), совместное использование (очки – деньги), или объяснялось сверх-обобщением (волк – луна: символ ночи; ботинок – карандаш: сделаны человеком; река – птица: находятся в движении). Количество ответов по типу искажения или снижения процесса обобщения существенно не различалось (табл. 2).

При проведении корреляционного анализа переменная «Длительность заболевания» слабо положительно коррелировала с переменной «Количество сравнений пар несравнимых понятий» и количеством ошибок по типу искажения обобщений (табл. 3). Это означает, что у более длительно болеющих пациентов чаще обнаруживались трудности анализировать, синтезировать, выделять существенные признаки.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенного исследования не подтвердили первоначальную гипотезу о снижении когнитивного функционирования на фоне общего соматопсихического истощения и дефицита веса. Средние показатели концентрации внимания, работоспособности, объема запоминания, переключаемости колебались вокруг нормативных значений. Вместе с тем обнаружился значительный разброс данных по результатам выполнения отдельных методик, что свидетельствует о неравномерности процессов внимания и памяти и о разном уровне когнитивного функционирования в исследуемой группе. Это подтверждает данные многочисленных обзоров, в которых отмечается, что неоднородность выраженности нарушений когнитивных функций варьируется в зависимости от подтипов НА, характеристик выборки и методологических подходов [12, 29].

Характерно, что в среднем у пациентов с дефицитом веса в нашем исследовании не отмечалось общих признаков истощаемости, снижения концентрации внимания и объема запоминания. Более того, пациенты с более низкой массой тела ($ИМТ < 14,0$) обнаруживали более высокие показатели отсроченного запоминания и когнитивной переключаемости, т. е. лучше справлялись с заданиями, что противоречило ожиданиям и не совпадало с результатами других исследований [3, 30]. В некотором роде парадоксальный результат, возможно, имеет отношение к компенсаторным механизмам, когда на фоне общего истощения организму требуется более интенсивная мобилизация [31]. Другое объяснение может принять во внимание отмечаемую разными исследователями склонность пациентов с НА к перфекционизму [32, 33], что могло проявляться в стремлении выполнить задание максимально успешно. Следует также учитывать различия исполнительных функций с учетом разных психопатологических механизмов при очистительном и ограничительном типе НА [12, 29]. В этом контексте может иметь важное диагностическое значение выделение таких подтипов в новой версии МКБ-11 [27].

Показательно, что больший вклад в картину когнитивных нарушений вносила длительность заболевания НА, нежели дефицит веса. Так, у пациентов с большей длительностью заболевания НА чаще отмечались нарушения внимания по типу более длительной вработываемости и снижения концентрации при отыскивании чисел таблиц Шульте, а также нарушения мышления по типу искажения обобщений, что проявлялось в опоре на латентные признаки.

Отсутствие выявленных достоверных тенденций нарушения когнитивного функционирования и большой разброс данных свидетельствуют о неоднородности обследованной группы пациентов с НА. По данным многих исследователей, НА, как и другие расстройства пищевого поведения, редко бывает изолирована от сопутствующих расстройств и нарушений, которые вносят свой вклад в общую клиническую картину [17, 34, 35]. Можно предположить, что состояние пациентов с большей длительностью заболевания характеризуется психопатологической структурой с преобладанием нарушений мышления, более типичных для пациентов с расстройствами шизофренического спектра [28], что требует более углубленной клинической оценки. Нарушения формального мышления по типу искажения обобщений и опоры на латентные признаки также отмечаются при аутизме [36]. Это согласуется с данными ряда исследований о клинко-психопатологическом сходстве НА с расстройствами аутистического спектра [37, 38]. Кроме того, клинко-психологические особенности, лежащие в основе НА, могут иметь большее отношение к метакогнитивным процессам [39–41] и когнитивно-личностной специфике данной группы пациентов [2], чем к процессам нейрокогнитивного функционирования.

Возможные ограничения выполненного исследования связаны с условиями проведения в режиме интенсивного стационарного лечения, не рассчитанными на применение расширенного исследовательского комплекса методик, который позволил бы изучить более детально и дифференцированно специфические нарушения когнитивного функционирования данной группы пациентов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование не выявило существенных типичных нарушений когнитивного функционирования, характерных для пациентов с НА. Пациенты с выраженным дефицитом веса в ряде случаев показывали даже более высокий результат при выполнении когнитивных проб. Однако у более продолжительно болеющих пациентов отмечались отдельные нарушения внимания и мышления. Отсутствие выявленных достоверных тенденций нарушения когнитивного функционирования и большой разброс результатов когнитивных проб свидетельствуют о нозологической неоднородности обследованной группы пациентов с НА. Можно также сделать предположение о вкладе других клинко-психологических факторов, таких как перфекционизм и метакогнитивные процессы, в развитие данного вида расстройства пищевого поведения. Необходимо дальнейшее изучение психопатологической структуры НА с выявлением отдельных групп состояний наряду с исследованием динамики когнитивного функционирования в ходе специализированного комплексного лечения и установлением корреляций с когнитивно-личностными особенностями, что будет способствовать поиску наиболее значимых мишеней для более эффективного терапевтического воздействия.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Korkina M., Tsvilkov M., Marilov V. *Anorexia nervosa*. M: Medicine. 1986;176 p. (in Russian)
2. Bobrov A. Psychopathologic aspects of anorexia nervosa. *Almanac of Clinical Medicine*. 2015;1:13–23. (in Russian)
3. Shubina S., Skugarevsky O. Features of the results of pathopsychological study of patients with anorexia nervosa and schizophrenia. *Military medicine*. 2019;3:88–92. (in Russian)
4. Lang K., Lopez C., Stahl D., et al. Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry*. 2014;15(8):586–98. doi: 10.3109/15622975.2014.909606

5. Grachev V., Shevchenko Y. Features of neurocognitive deficit in patients with anorexia nervosa [critical review]. *Neurological Bulletin*. 2016;1:69–76. (in Russian)
6. Pichnikov A., Popov Y., Ivanov A. Cognitive remediation in eating disorders. *Methodical recommendations of V.M. Bekhterev NMIC PN*. 2020; 25 p. (in Russian)
7. Green M.W., Elliman N.A., Wakeling A., et al. Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. 1996;30(5):401–10. doi: 10.1016/0022-3956(96)00026-x
8. Duchesne M., Mattos P., Fontenelle L.F., et al. Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of the literature. *Braz J Psychiatry*. 2004;26(2):107–17.
9. Tchanturia K., Giombini L., Leppanen J., et al. Evidence for Cognitive Remediation Therapy in Young People with Anorexia Nervosa: Systematic Review and Meta-analysis of the Literature. *Eur. Eat Disord. Rev*. 2017;25:227–236.
10. Jones B.P., Duncan C.C., Brouwers P., et al. Cognition in eating disorders. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1991;13(5):711–28. doi: 10.1080/01688639108401085
11. Dann K.M., Hay P., Touyz S. Are poor set-shifting and central coherence associated with everyday function in anorexia nervosa? A systematic review. *J Eat Disord*. 2021;9, 40. doi: 10.1186/s40337-021-00392-x
12. Brockmeyer T., Feby H., Leiteritz-Rausch A. et al. Cognitive flexibility, central coherence, and quality of life in anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2022;10:22. doi: 10.1186/s40337-022-00547-4
13. Lauer C.J., Gorzewski B., Gerlinghoff M., et al. Neuropsychological assessments before and after treatment in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of psychiatric research*. 1999;33(2):129–38.
14. Lena S.M., Fiocco A.J., Leyenaar J.K. The role of cognitive deficits in the development of eating disorders. *Neuropsychol Rev*. 2004;14(2):99–113. doi: 10.1023/b:nerv.0000028081.40907.de
15. Robbins T.W., Gillan C.M., Smith D.G., et al. Neurocognitive endophenotypes of impulsivity and compulsivity: towards dimensional psychiatry. *Trends Cogn Sci*. 2012;16(1):81–91. doi: 10.1016/j.tics.2011.11.009
16. Zhu R. Cognitive Process Difference among Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*. 2023;8:2452–2459. doi: 10.54097/ehss.v8i.5012
17. Temirova A. Features of correlation of psychiatric and neurological disorders in anorexia nervosa in the process of complex treatment. *Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine*. 2004;2:108–113. (in Russian)
18. Kingston K., Szmukler G., Andrewes D., et al. Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychol Med*. 1996;26(1):15–28. doi: 10.1017/s0033291700033687
19. Mathias J.L., Kent P.S. Neuropsychological consequences of extreme weight loss and dietary restriction in patients with anorexia nervosa. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1998;20(4):548–64. doi: 10.1076/jcen.20.4.548.1476
20. Thompson J.K., Spana R.E. Visuospatial ability, accuracy of size estimation, and bulimic disturbance in a noneating-disordered college sample: a neuropsychological analysis. *Percept Mot Skills*. 1991;73(1):335–8. doi: 10.2466/pms.1991.73.1.335
21. Jáuregui-Lobera I. Neuropsychology of eating disorders: 1995–2012. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:415–30. doi: 10.2147/NDT.S42714
22. Lee M., Roz S. Information Processing Biases in Eating Disorders. *Clinical psychology review*. 2004;24(2):215–38.
23. Yurieva T., Rishko N., Teslenko P. Neuropsychological features of persons suffering from eating disorders. *Interactive Science*. 2021;8(63):28–29. (in Russian)
24. Rubinstein S. *Experimental Methods of Pathopsychology*. Moscow: ZAO EXMO-Press. 1999; 448 p. (in Russian)
25. Kozyreva A. Method "Schulte's Tables". *Almanac of psychological tests*. M., 1995; 112–116. (in Russian)
26. Emek Savaş D.D., Yerlikaya D.G., Yener G., et al. Validity, Reliability and Normative Data of the Stroop Test Çapa Version. *Türk Psikiyatri Derg*. 2020;31(1):9–21. doi: 10.5080/u23549
27. Kostyuk G. ICD-11. Chapter 06. Mental and behavioral disorders and disorders of neuropsychic development. *Statistical classification*. Moscow: "KDU", "Universitetskaya kniga". 2021; 432 p. (in Russian)
28. Polyakov Y. Pathology of cognitive activity in schizophrenia. Moscow, "Medicine". 1974; 168 p. (in Russian)
29. Smith K.E., Mason T.B., Johnson J.S., et al. A systematic review of reviews of neurocognitive functioning in eating disorders: The state-of-the-literature and future directions. *Int J Eat Disord*. 2018;51(8):798–821. doi: 10.1002/eat.22929
30. Phillipou A., Gurvich C., Castle D.J., et al. Comprehensive neurocognitive assessment of patients with anorexia nervosa. *World J Psychiatr*. 2015; 5(4):404–411.
31. Romanchuk N. Human brain and nature: modern regulators of cognitive health and longevity. *Bulletin of science and practice*. 2021;7(6):146–190. (in Russian)
32. Stackpole R., Greene D., Bills E., et al. The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors*. 2023. doi: 10.1016/j.eatbeh.2023.101769
33. Limburg K., Watson H.J., Hagger M.S., et al. The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;73(10):1301–1326. doi: 10.1002/jclp.22435
34. Artemyeva M., Bryukhin A., Tsvilkov M., et al. Features of pathopsychological study of patients with anorexia nervosa in the process of complex therapy. *Bulletin of RUDN University. Series: Medicine*. 2002;3:58–60. (in Russian)
35. Artemyeva M., Vasiliev N. Comorbidity of anorexia nervosa. *Medico-pharmaceutical journal "Pulse"*. 2012;14(1):90–91. (in Russian)
36. Ivanova M., Borodina L. Features of thinking in adults with a diagnosis of autism spectrum disorder without mental retardation, diagnosed in childhood. *Autism and developmental disorders*. 2021;19,1(70):34–43. (in Russian)
37. Kerr-Gaffney J., Harrison A., Tchanturia K. Autism spectrum disorder traits are associated with empathic abilities in adults with anorexia nervosa. *Journal of Affective Disorders*. 2020;266:273–281. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.169
38. Westwood H., Mandy W., Tchanturia K. Clinical evaluation of autistic symptoms in women with anorexia nervosa. *Molecular Autism*. 2017;8:12. doi: 10.1186/s13229-017-0128-x. eCollection 2017
39. Olstad S., Solem S., Hjemdal O., et al. Metacognition in eating disorders: Comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating Behaviors*. 2015;16:17–22. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.10.019
40. Palmieri S., Mansueto G., Ruggiero G.M., et al. Metacognitive beliefs across eating disorders and eating behaviours: a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(5):1254–1265. doi: 10.1002/cpp.2573
41. Springfield C.R., Bonfils K.A., Chernov N.V., et al. The paradoxical moderating effects of metacognition in the relationships between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life in anorexia and bulimia. *Consortium Psychiatricum*. 2023;4(2):6–20. doi: 10.17816/CP6139