

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено  
к печати решением  
Ученого Совета  
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева  
Протокол № 5 от 24.09.2020

**Когнитивная ремедиация при расстройствах пищевого поведения**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2020

УДК: 616.89-008.441.42-085(075.4)

Когнитивная ремедиация при расстройствах пищевого поведения: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: А.А. Пичиков, Ю.В. Попов, А.Б. Иванов. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 25 с.

**Организация-разработчик:** федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Авторы-составители:** Пичиков А.А., Попов Ю.В., Иванов А.Б.

**Рецензент:** Гречаный С.В. – заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, д.м.н., доцент.

### **Аннотация**

В методических рекомендациях представлена информация по нейрокогнитивной реабилитации у пациентов с расстройствами пищевого поведения. Представлены данные по особенностям когнитивного дефицита при данных нарушениях и методах диагностики исполнительных функций. Рекомендации содержат модуль когнитивной ремедиации для коррекции нейропсихологических нарушений у пациентов с нервной анорексией.

Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, а также других специалистов, занимающихся проблемой расстройств пищевого поведения.

ISBN 978-5-94651-071-4

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
КОГНИТИВНАЯ РЕМЕДИАЦИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ .....	5
ИССЛЕДОВАНИЕ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ.....	7
ОПИСАНИЕ МОДУЛЯ КОГНИТИВНОЙ РЕМЕДИАЦИИ.....	8
ПРИМЕРЫ УПРАЖНЕНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В МОДУЛЕ КОГНИТИВНОЙ РЕМЕДИАЦИИ.....	11
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	23
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	23
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	25

## **Когнитивная ремедиация при расстройствах пищевого поведения**

А. А. Пичиков, Ю. В. Попов, А. Б. Иванов

### **ВВЕДЕНИЕ**

Несмотря на неоднократные попытки улучшить различные модели профилактики и лечения пациентов с нервной анорексией (НА), их количество, как и число рецидивов заболевания и неблагоприятных исходов, продолжает увеличиваться. Это подчеркивает необходимость дальнейших исследований для разработки новых теорий, объясняющих этиологию и патогенез расстройств пищевого поведения (РПП), которые, в свою очередь, могут быть использованы для создания более эффективных методов лечения. В связи с этим возрастает интерес к нейропсихологическому профилю у пациентов с НА и, в целом, пациентов с РПП и нарушениями веса. Одна из гипотез заключается в том, что специфическими аспектами нейропсихологического функционирования могут быть биомаркеры, которые играют важную роль в предрасположенности к заболеванию и поддержании ключевых симптомов РПП. Результаты исследований указывают на специфический когнитивный профиль, характеризующийся трудностями в смене психологической установки (психическая ригидность) и детальным информационным процессингом (слабая центральная когерентность, СЦК). Этот когнитивный профиль был предложен как фактор риска поддержания расстройства и эндофенотип НА. Помимо этого, в некоторых исследованиях у пациентов с НА также был выявлен дефицит визуально-пространственного восприятия. Подобные нарушения могут нормализоваться после восстановления веса и стабилизации гормонального статуса, но в некоторых случаях нейрокогнитивный дефицит остается без значимых изменений и в итоге может определять рецидив заболевания. В ряде исследований была выявлена положительная корреляция выраженности когнитивного дефицита и нарушений пищевого статуса в активном периоде НА, предполагая значимую роль голодания и кахексии в развитии нейрокогнитивных аномалий. В настоящее время в нейропсихологических исследованиях особое значение придается изучению исполнительных функций (ИФ). К ним относятся различные когнитивные процессы высокого порядка, такие как планирование, принятие решений, торможение, инициация и когнитивная гибкость, которые необходимы для целенаправленного поведения. Пациенты же с НА демонстрируют поведенческую жесткость и отсутствие гибкости мышления. Эти дисфункции могут влиять как на способность генерировать и управлять альтернативами, так и на возможность многозадачности (переключения внимания с одной задачи на другую), которые необходимы для успешного планирования. Когнитивный дефицит, как предполагается, в ряду прочих факторов может подкреплять дезадаптивные формы поведения, направленные на похудание.

Нарушения тормозного контроля обнаруживаются у пациентов с нервной булимией (НБ), особенно при изучении стимулов, связанных с расстройством (например, еда, форма тела). По сравнению со здоровыми людьми пациенты с НБ демонстрируют также больше проблем в принятии решений. Например, исследование временного дисконтирования показывает, что взрослые с НБ меньше ценят возможные будущие награды, и эта характеристика может сделать их более восприимчивыми к перееданию. В целом, следует сказать, что, несмотря на наличие нарушений ИФ у пациентов с НБ, они имеют гораздо менее выраженный дефицит по сравнению с пациентами с НА. Однако люди с НБ могут быть более импульсивными, особенно в отношении пищевых стимулов, так что дефицит процессов тормозного контроля может способствовать поддержанию эпизодов переедания.

По данным исследований пациенты с компульсивным перееданием (КП) имеют больше проблем в отношении принятия решений, когнитивной гибкости и центральной когерентности, чем пациенты с НА. В то время как многие люди с КП имеют коморбидное ожирение, которое также влияет на нейрокогнитивные функции, их профиль отличается от профиля людей с ожирением, которые не переедают. Возможно, ожирение усугубляет нейрокогнитивные изменения, наблюдаемые при КП.

Интересно, что избыточная масса тела и ожирение в отсутствие РПП также связаны с нейрокогнитивным дефицитом. Лица с проблемами веса демонстрируют нарушения в принятии решений и СЦК по сравнению с группой контроля, но доказательства снижения когнитивной гибкости неоднозначны. На сегодняшний день не существует данных о безусловной взаимосвязи между уровнем нарушения ИФ и степенью ожирения.

Нейрокогнитивный дефицит при РПП, подтверждающийся большим количеством исследований, в свою очередь требует разработки новых подходов в коррекции данных нарушений.

### **Когнитивная ремедиация при расстройствах пищевого поведения**

Когнитивная реабилитация — систематическая функционально-ориентированная терапия, основанная на оценке и выяснении сущности имеющегося у пациента нейропсихологического дефицита и направленная на улучшение его когнитивных функций, а также повышение возможности участия в деятельности, ограниченной из-за нарушений в одной или более когнитивных сферах. Под когнитивными (познавательными) функциями понимают восприятие, переработку, запоминание и хранение значимой для человека информации, языковую деятельность, выражение и применение знаний в подходящих для этого ситуациях. Методологической основой для когнитивной реабилитации являются нейропсихология, когнитивная психология, поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая терапия.

Когнитивная реабилитация включает в себя широкий спектр различных вариантов поведенческой терапии для пациентов с когнитивным дефицитом вне

зависимости от этиологии. Она показала свою эффективность при органическом поражении головного мозга, шизофрении, синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, обсессивно-компульсивном расстройстве и некоторых других нарушениях.

Когнитивная реабилитация, по сути, включает в себя два тесно связанных между собой метода. Одним из них является когнитивная ремедиация (КР) — вмешательство, основанное на поведенческом тренинге и направленное на улучшение когнитивных процессов (внимание, память, ИФ, социальные когниции, метакогниции) — с целью их укрепления и генерализации. Другим — когнитивная психологическая терапия, в основе которой лежит использование принципов и подходов поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии для коррекции проявлений когнитивного дефицита.

В нашей работе мы используем термин когнитивная ремедиация, поскольку в основе представленного модуля лежит поведенческий тренинг с элементами когнитивно-поведенческой терапии.

Расширение функциональных возможностей при когнитивной реабилитации у пациента с РПП происходит за счет:

- подкрепления, усиления и восстановления адаптивных способов реагирования и целенаправленных паттернов поведения, связанных с приемом пищи и контролем веса;
- содействия психологической адаптации личности к сохраняющемуся когнитивному дефициту для улучшения качества жизни в различных сферах;
- формирования новых стереотипов активности с помощью структурирования внешней среды и посторонней поддержки;
- формирования новых паттернов когнитивной активности на основе компенсаторных перестроек поврежденных нейрональных систем.

КР базируется на ряде принципов, которые в случае пациентов с РПП, имеющих ряд психологических характеристик (перфекционизм, низкая самооценка, импульсивность), имеют особое значение в динамике выздоровления и поддержании ремиссии. К этим принципам относятся:

- *стратегия* — разработка стратегий, направленных на оптимизацию когнитивного функционирования и выполнения заданий;
- *«зубрежка» и практика* — повторение когнитивных заданий в течение многих сессий до тех пор, пока результат не улучшится;
- *иерархия* — от простых к сложным заданиям;
- *подсказки* — использование внешних подсказок во время выполнения тестов;
- *удаление подсказок* — постепенное удаление подсказок в заданиях с повышением уровня сложности;
- *адаптация* — регулирование уровня сложности когнитивных заданий, чтобы они оставались стимулирующими и привлекательными;
- *интеграция* — сочетание с другими видами терапии для усиления эффекта ремедиации.

## Исследование исполнительных функций

Оценка когнитивного функционирования может служить как практическим, так и исследовательским целям. С нашей точки зрения обоснованной является контрольная оценка до начала терапии, в середине терапии (6–7 сессия), после терапии и через полгода после окончания терапии. Также могут проводиться выборочные исследования непосредственно в процессе терапии для оценки определенного прогресса или использования результатов оценки для конструктивного обсуждения их непосредственно с пациентом.

На начальном этапе мы рекомендуем оценку когнитивной сферы с помощью методики КНОКС (Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы) (Тонконогий И. М., 2010). КНОКС позволяет провести нейропсихологическую оценку состояния основных когнитивных функций (память, гнозис, праксис, речь, ориентация, внимание, ИФ) менее чем за 30 минут и может быть использована для выделения определенных областей, которые нуждаются в более детальном обследовании. Результаты методики также могут позволить предположить значимое влияние нарушений в определенных когнитивных функциях непосредственно на исполнительное функционирование. Единственным ограничением является то, что методика предназначена для обследования больных старше 18 лет. Это предполагает ее использование скорее в юношеском возрасте, а не в подростковом. Наша практика позволяет допустить, что использование методики КНОКС в среднем и старшем подростковом периоде может давать значимую информацию о когнитивных функциях в данной возрастной когорте.

Для оценки ИФ в зарубежной практике используется профиль Равелло (Ravello Profile test battery), который был разработан для обеспечения единообразной методологии исследования нейропсихологического функционирования при НА. Часть методик, образующих данный профиль, апробированы в отечественной практике. Некоторые при этом включены в другие батареи тестов (например, BACS — Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia).

К использованию для оценки ИФ предлагаются:

1. Висконсинский тест сортировки карточек (The Wisconsin Card Sorting Test) — оценивает когнитивную гибкость и способность к использованию обратной связи.

2. Тест прокладывания пути (Trail Making Test) — оценивает зрительно-моторную функцию, способность переключения внимания и контроль за деятельностью (его более простой вариант включен в КНОКС).

3. Тест комплексной фигуры Рея–Остеррица (Rey–Osterrieth Complex Figure Test) — оценка зрительно-пространственных функций и зрительно-конструктивных навыков.

4. Тест «Башня Лондона» (Tower of London Test) оценивает проблемно-решающее поведение и планирование собственных действий.

5. Цветовой тест Струпа (Stroop Test) — оценивает торможение (произвольное подавление, уровень интерференции).

6. Тест на словесную беглость (Verbal Fluency Test) — оценивает скорость обработки информации.

7. Дихотический тест с исследованием направленного слухового внимания — оценивает селективное внимание и функциональную асимметрию полушарий мозга.

8. Таблица Горбова–Шульте — оценка скорости переключения внимания.

Использование всех методик для оценки ИФ у одного пациента не целесообразно. Выбор методик может определяться наличием инструментария, опытом оценки исследователя, его личными предпочтениями, а также возрастом пациента и результатами, полученными с помощью методики КНОКС.

### **Описание модуля когнитивной ремедиации**

КР может использоваться в стационарных или амбулаторных условиях. При стационарном лечении КР может рассматриваться в качестве первичной терапии, наравне с мотивационным консультированием. В амбулаторных условиях КР может использоваться как адъювантный метод лечения в более короткой форме.

КР не является строго структурированным методом, поэтому выбор из числа предлагаемых заданий и количество сеансов должны быть ориентированы на потребности и возможности пациента. При терапии девушек-подростков с НА в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста НМИЦ им. В. М. Бехтерева обычно мы использовали 12 сеансов, по 2 в неделю, рассчитанных на стандартный срок госпитализации в 1,5 месяца. Вполне вероятно, что некоторым пациентам потребуется гораздо больше, чем 10 сеансов для достижения ожидаемых изменений в метапознании и когнитивном функционировании, тогда как другим потребуется меньше.

Терапевту необходимо самому определять количество сессий, их интенсивность и содержание, в особенности при амбулаторном варианте лечения, который обычно способствует уменьшению частоты встреч с пациентом.

Во-первых, терапевту нужно определиться с заданиями, которые будут внесены в тренировку. Этот выбор может основываться на нейропсихологической оценке пациента, которая может указать на дефицит в определенных когнитивных доменах. Однако, поскольку дети и подростки с РПП не всегда демонстрируют стойкие и выраженные нейропсихологические нарушения, было бы логичнее использовать клинический опыт и суждения при выборе того, на чем сосредоточить внимание. Мы предлагаем на первых 3 сессиях оценивать, в каких заданиях пациент испытывает наибольшие трудности, и в дальнейшем направлять работу именно в эту область. В процессе терапии можно многократно оценивать уровень нарушений ИФ и менять фокус внимания на последующих сессиях.

Целесообразно использовать первую сессию как «вводную». Поговорите со своим пациентом о причинах проведения КР и расскажите о ее потенциальной пользе. Объясните ему, как будут проводиться сеансы и как будут применяться метакогнитивные техники для изучения стиля мышления пациента. На первой

встрече необходимо разъяснить отличие КР от других подходов коррекции пищевых нарушений в плане отсутствия фиксации на проблемах веса, страхе еды или компенсаторном поведении. Пациенту разрешено поднимать такие темы, но тогда терапевту необходимо направлять рассуждения пациента в сторону его стилей мышления, связанных с этими темами, а не эмоциональных реакций.

На последующих сеансах в процессе выполнения заданий необходимо идентифицировать и обсуждать разные стили мышления пациента. Терапевт может либо играть вместе с пациентом (избегая атмосферы соревнования), либо наблюдать за выполнением упражнения. После выполнения задания пациента просят изучить его подход и связанные с ним сильные и слабые стороны в решении задачи. Наводящие вопросы используются для изучения стиля мышления пациента. Их можно использовать как во время, так и после того, как задача решена.

Во время сеансов пациента следует побуждать соотносить его стили мышления с реальными жизненными ситуациями, а затем исследовать плюсы и минусы использования этих стратегий в повседневной жизни. Как только пациент почувствует себя компетентным для этого, могут быть представлены небольшие домашние упражнения (поведенческие задачи), которые помогут пациенту использовать знания, полученные во время сеансов КР, и экспериментировать с этими знаниями вне контекста терапии. Задачи должны быть довольно простыми для начала и, желательно, связанными с повседневными делами, которые легко обдумать и выполнить. Подобно задачам, представленным во время КР, испытания не должны вызывать сильных эмоциональных реакций и желательно, чтобы они не были связаны с явными особенностями заболевания, например, выбором еды, взвешиванием и т. д. Обеспечивая совместный процесс при выборе домашнего задания, пациента поощряют размышлять над вопросами, представляющими личный интерес, и брать на себя ответственность за свой процесс изменений.

Последнее занятие можно использовать для подведения итогов и размышлений о том, что было достигнуто за предыдущие сессии. Как для пациента, так и для терапевта часто полезно обсуждать успехи и неудачи, используя при этом обратную связь с обеих сторон. Это может быть достигнуто в форме написания итоговых писем.

Задания, перечисленные в методических рекомендациях, можно без труда модифицировать, чтобы они соответствовали различным уровням сложности и могли быть использованы как у взрослых, так и у подростков. Для удержания внимания и интереса испытуемого необходимо активное участие терапевта, который выступает в качестве инструктирующего помощника, а не экзаменатора. Учитывая особенности пациента с НА, скрупулезно подходящего к выполнению каждого задания, необходимо с самого начала разъяснять, что в некоторых заданиях действительно необходимо как можно быстрее переключаться с одного правила на другое, однако, в других заданиях оценивается не точность и скорость выполнения, а скорее общий стратегический подход, который использует пациент.

Большая часть предлагаемых заданий нацелена на более чем одну когнитивную область и учитывает проблемы с когнитивной гибкостью, центральной когерентностью, многозадачностью, планированием и рабочей памятью.

Примерный план сеанса может выглядеть следующим образом: (1) слова по порядку, (2) эффект Струпа — 2 разных задачи, (3) спрятанные слова, (4) прокладывание пути, (5) иллюзии — 2 разных задачи, (6) сложные картинки.

Развитие метакогнитивных навыков (т.е. способности к размышлениям о собственном мыслительном процессе) у пациента в процессе выполнения упражнений является основной задачей данного модуля. Для того, чтобы помочь пациентам изучить свой когнитивный стиль, необходимо поощрять рефлексии на протяжении всего процесса лечения. Все задания должны сопровождаться вопросами, побуждающими к ней. Ниже приведены некоторые из наиболее часто используемых вопросов. Вы можете изменять или добавлять вопросы, которые могут оказаться полезными при изучении каждого задания. Процесс побуждения к размышлениям будет зависеть от выбранного материала и от объема информации, который пациент передает во время каждого задания. Иногда следует задавать вопросы, когда пациент работает над заданием, иногда после того, как оно завершено, или в обоих случаях. Используйте свое клиническое суждение, чтобы решить, какой из вариантов обсуждения наиболее полезен.

#### **1. Общее мнение о задании**

- Что вы думаете об этом задании?
- Было ли вам легко или сложно выполнять его?
- В чем заключалась сложность или почему вам было легко выполнить задание?

#### **2. Стратегии (техники, приемы) выполнения задания**

- Как вы приступили к выполнению задания?
- Использовали ли вы определенную стратегию?
- Как эта конкретная стратегия сработала для вас в результате?
- Могли бы вы выполнить это задание по-другому?
- Что было бы иначе, если бы вы выбрали другую стратегию?
- Если бы вам снова дали то же задание, как бы вы его выполнили?

#### **3. Новая информация о стилях мышления**

- Узнали ли вы что-нибудь о своем стиле мышления при выполнении этого задания? Если да, что вы узнали?
- Если нет, можете ли вы представить, чему другие люди могут научиться при выполнении этого задания?

#### **4. Влияние стиля мышления на повседневную жизнь**

- Можете ли вы сказать, что используете этот стиль мышления и в других сферах своей жизни?
- Можете ли вы привести мне пример события или ситуации, когда вы использовали тот же стиль мышления в своей повседневной жизни?
- Что обычно происходит, когда вы используете эту стратегию в повседневной жизни?

- Могли бы вы по-другому подходить к определенным задачам и домашним делам в своей повседневной жизни?
- Как вы думаете, что произошло бы, если бы вы это сделали?
- Каковы, на ваш взгляд, плюсы и минусы каждого стиля мышления или стратегий?

## **Примеры упражнений, используемых в модуле когнитивной ремедиации**

### **Задание «Плюсы и минусы»**

*Цель* — научиться рассматривать одну и ту же ситуацию с разных точек зрения, как положительных, так и отрицательных.

*Инструкция:* Ниже вы найдете список утверждений. Обдумайте плюсы и минусы каждой ситуации, которая могла бы с вами произойти. Помните, что все мы воспринимаем по-разному то, что с нами происходит, поэтому в этом задании не может быть правильных или неправильных ответов. Разделите лист бумаги на две части и в каждой из половин запишите «+» и «-» ситуации. Перевешивают в данном случае плюсы или, наоборот, минусы? Как это влияет на ваше отношение к ситуации? Терапевт также выполнит это задание вместе с вами. Сравните ваши списки «+» и «-». В чем ваши взгляды похожи, а в чем различаются?

*Примеры ситуаций:* вы получаете новую работу в другом городе (переводитесь в новый класс, школу, университет); вас критикует начальник (учитель) за ошибку в работе; вы заблудились на курорте, где отдыхаете; вы получили комплимент от незнакомого человека на улице; ваш компьютер сломался; вы получили на свой день рождения подарок, который вам не нравится; вы потеряли свой ежедневник и т. д.

### **Задание «Последовательность карт»**

*Цель* состоит в том, чтобы пациент и терапевт помещали игральные карты в стек по очереди, основываясь на разных принципах сортировки, и, следовательно, переключались между разными категориями в зависимости от цвета, масти или номера. Необходимо иметь две одинаковые колоды карт, содержащие все масти.

*Инструкция:* У вас и вашего терапевта будет по отдельной колоде карт. Терапевт начнет с того, что положит в стек одну карту, например, бубнового короля. Также терапевт определит принцип сортировки, например, по масти, цвету или номеру карты. Вам необходимо положить следующую карту, соответствуя установленному терапевтом принципу, затем карту кладет снова терапевт. Это происходит до тех пор, пока терапевт не решит изменить принцип сортировки. В процессе построения стека карт терапевт и пациент по очереди решают, каким и когда должен быть принцип сортировки.

### **Задание «Вверх и вниз»**

*Цель* — практиковать навыки переключения внимания, основанные на изменении правил. Например, считать от 1 и далее с момента выполнения задания и затем считать в обратную сторону при изменении правила.



ратэ осень шахматы организация шалаш гандбол оркестр самокат усилитель  
крючок снег борьба касаться кабинет подиум кошелек театр кисть стена цер-  
ковь письмо компьютер круг гребля смех бобслей улица аптека цветной квар-  
тира кафе институт боулинг парк библиотека дворец банк комната керлинг  
карантин волейбол аппетит бумага тхэквондо аппаратура ария узел падение  
устойчивость перспектива фонарь форвард баня парапланеризм старость  
трибуна арбуз мыслить водное поло пассажир тюрьма облако колизей веревка  
писатель арка подъезд утро старт плащ карантин вирус

### Задание «Часовые пояса»

*Цель* — практиковаться в переключении между разной информацией, в то же время помня о правилах задачи. Приведенные ниже вопросы представляют собой сценарии, в которых пациенту необходимо будет ориентироваться в разных часовых поясах по всему миру. Необходимо начинать с первого, легкого вопроса, а затем переходить к более сложным. Помните, что последние вопросы требуют одновременного учета большого количества информации.

*Инструкция:* Перед вами находится карта мира, на которой отмечены различные часовые пояса, города, которые в них находятся, и время, соответствующее определенному моменту. Нужно обозначить время, которое будет в определенных городах, исходя из условий задачи.

Необходимо организовать конференц-связь между бизнес-партнерами в трех разных городах: Вашингтоне, Алжире и Салехарде. Главный офис в Вашингтоне готов начать конференцию в 9:00. Сколько времени будет в двух других городах?

Наступает канун Нового года и время, когда люди во всем мире будут его встречать со своими близкими и друзьями. Хабаровск — самый первый из представленных городов на карте, который будет встречать Новый год. Сколько времени будет в других городах, когда в Хабаровске пробьет полночь? Когда в Салехарде будет полночь, какое время будет в Хабаровске? Когда в Вашингтоне пробьет полночь, какое время будет на Гавайях?



Мария, которая учится в Хабаровске, хотела бы позвонить своей маме по скайпу. Мама живет в Салехарде и могла бы быть в сети около 18 часов в воскресенье. Во сколько по местному времени Марии необходимо позвонить маме? Брат, который находится в командировке в Вашингтоне, также хотел бы поучаствовать в разговоре. Во сколько он должен войти в скайп, чтобы присутствовать при начале разговора?

**Задание «Слова по порядку»**

*Цель* — практиковаться в быстром и точном переключении между тематическими группами слов (например, мужские и женские имена, животные и страны, овощи/фрукты и города) согласно буквам алфавита.

*Инструкция:* Вспомните порядок букв русского алфавита и подумайте о различных тематических группах слов, например, о животных и странах мира. Необходимо чередовать названия животных и страны по порядку букв алфавита (например, Аист, Бельгия, Вол, Германия и т. д.) за исключением букв Ё, Й, Ь, Ъ. Если вы не можете вспомнить слово на определенную букву, вы можете перейти к следующей букве по порядку.

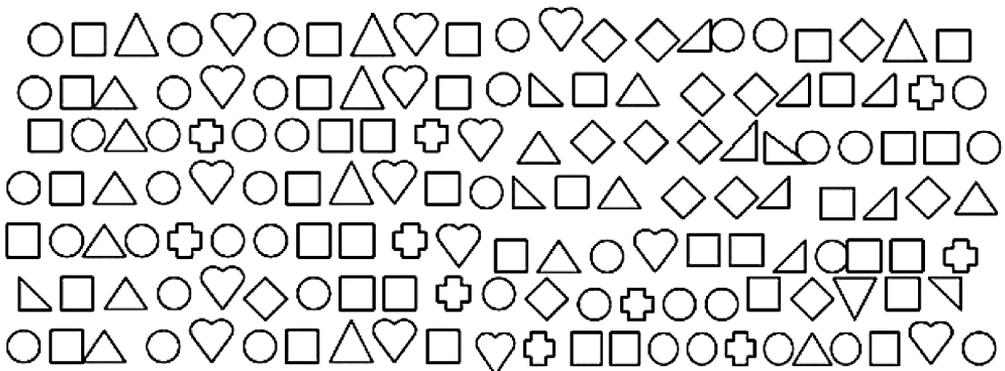
Данная задача может быть проведена устно или на бумаге. Если пациент находит правило относительно простым, то возможно добавление третьей категории, например, мужского имени (таким образом, необходимо перечислить последовательно: Антилопа, Болгария, Виктор и т. д.).

**Задание «Поиск и подсчет»**

*Цель* — научиться быстро и точно переключаться между различными аспектами стимулов или между различными правилами задачи. Упражнение может помочь пациентам повысить умственный контроль над тем, на чем они сосредоточены, и улучшить переход между идеями и задачами.

*Инструкция:* Начните считать круги, начиная с верхнего левого угла. После этого необходимо сосчитать все треугольники. Теперь вам нужно последовательно считать круги и вести параллельно счет треугольников по мере того, как вы их встречаете в строчке. Например, ● — 1, ▲ — 1, ● — 2, ● — 3, ▲ — 2, ● — 4 и т. д.

*Пример задания:*



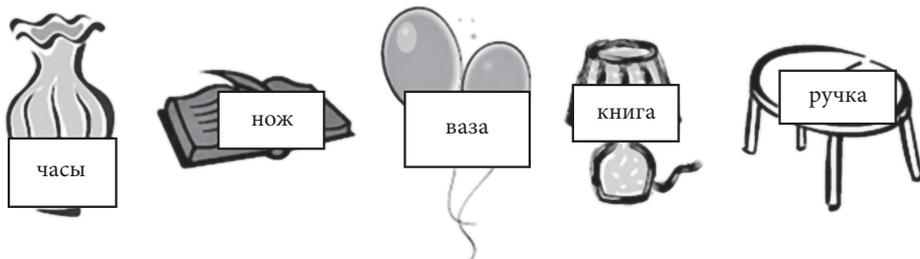
## Задание «Эффект Струпа»

*Цель* — стимулировать быстрое и точное переключение между различными аспектами стимулов или правилами задачи. Это может помочь пациентам повысить умственный контроль над тем, на чем они сосредоточены, и увеличить скорость переключения между идеями и задачами с сохранением точности. По мере прохождения данного задания необходимо увеличивать скорость переключений. Также можно усложнить задачу, например, попросив пациента по очереди чередовать чтение слова, которое он видит и предмета за ним (в заданиях 2–4 аналогичный подход).

*Инструкции:*

**1. Картинки** — необходимо вслух произносить названия предметов, которые вы видите на картинках, вне зависимости от того, каким образом обозначен этот предмет в тексте спереди.

*Пример задания:*



**2. Цвета** — необходимо вслух произносить, каким цветом написано слово, вне зависимости от того, какое слово написано.

*Пример задания (слова, обозначающие определенный цвет, могут быть написаны другим цветом):*

синий зеленый красный желтый зеленый красный желтый красный синий синий красный

**3. Цифры** — необходимо вслух произносить количество слов, которые вы видите в каждой ячейке.

*Пример задания:*

два		три		один	четыре		два		один
два	четыре	три	два	один	четыре	три	два	три	один
два		три		один	четыре		два	три	один

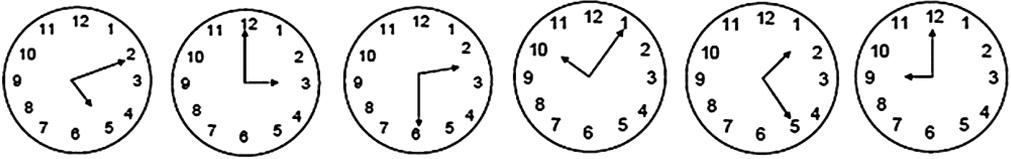
**4. Стороны света** — необходимо называть сторону света, по отношению к которой расположено слово в ячейке.

*Пример задания:*

север	юг	восток		юг	север	
			запад			восток

**5. Часы** — необходимо называть время, которое вы видите на циферблате, подразумевая, что часы через раз показывают время до 12 часов дня и после 12 часов дня (например, 9 часов 45 минут и 21 час 45 минут).

*Пример задания:*



**Задание «Спрятанные слова»**

*Цель* — практиковать сосредоточенность на поиске необходимой информации среди не относящихся к делу стимулов (является вариантом предыдущего задания, но более сложным, так как «белый шум» интегрирован в данные, которые необходимо найти). Желательно использовать несколько подготовленных шаблонов с различными словами.

*Инструкция:* Найдите соответствующие слова из списка, которые спрятаны в представленном наборе букв. Если вы не можете найти то или иное слово, не останавливайтесь и отложите его поиск, ищите остальные слова. Слова могут быть написаны справа налево и слева направо, сверху вниз и снизу вверх, а также наискосок в любом направлении. Слова могут пересекаться. Цель состоит в том, чтобы как можно быстрее найти все слова из списка.

*Пример задания:*

м у а е п а ь л е м ш  
 е п к о ч р е в с у е  
 а к ж т е р м и т х в  
 б у о с л и п а л а ж  
 к л н е а к з и к й т  
 а в о н п о л к е а я  
 н с к х к м в в о д м  
 ь я о е а а а о р а о  
 з л р щ о р п я д к с  
 я т о к у з н е ч и к  
 с л с м о р у в а ц и  
 а е т н т а х е м о т

Найдите слова, обозначающие насекомых:

- |             |          |
|-------------|----------|
| пчела       | хрущ     |
| муравей     | москит   |
| жук         | стрекоза |
| тля         | сверчок  |
| клоп        | муха     |
| моль        | блоха    |
| комар       | кузнечик |
| сороконожка | термит   |
| шмель       | оса      |
| цикада      | овод     |

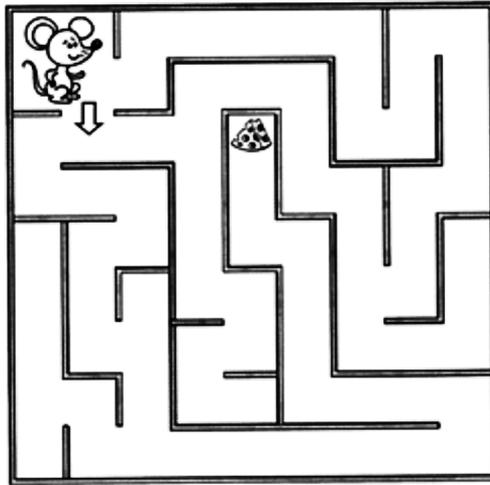
**Задание «Лабиринт»**

*Цель* — практиковать переключаемость внимания и сохранение пространственной ориентировки.

*Инструкция:* Мышка перемещается по лабиринту в поисках сыра. Вам нужно вместе с ней пройти через лабиринт. На пути к сыру вам необходимо будет считать

отдельно количество поворотов направо и налево. Когда вы дойдете до сыра, вам нужно будет назвать число поворотов, которые вы совершили.

*Пример задания:*



### **Задание «Планирование»**

*Цель* состоит в том, чтобы побудить пациентов заранее выстраивать свои планы с более широкой картиной мышления.

*Инструкция:* Как бы вы запланировали одно из событий, перечисленных ниже? Подумайте о самых важных аспектах подготовки к нему и наименее важных и запишите их. Что бы вы сделали в первую очередь?

*Пример задания:* планирование поездки в другой город, покупка подарка для друга, организация вашего дня рождения, перестановка или ремонт в вашей комнате, поиск новой работы.

Помимо таких глобальных задач, как поездка в другой город, планирование можно оценивать и через более простые алгоритмы действий. Например, можно попросить пациента описать последовательность действий для того, чтобы испечь торт или посадить подсолнух.

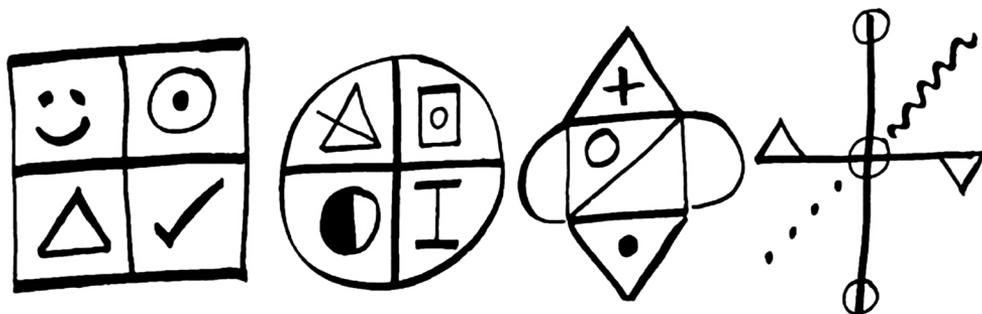
### **Задание «Сложные картинки»**

*Цель* — практиковать мышление, основанное на восприятии более широкой картины, а не фокусироваться на деталях целого как на отдельных объектах. Достаточно сложно описать фигуры, представленные ниже, другому человеку, который их не видит. Особенно, если стремиться начинать с деталей (например, описывать расположение четырех линий, вместо того, чтобы сказать квадрат). Подобный тип мышления может быть связан с другими областями жизни пациента, где детали мешают видеть общую картину, а несущественные вопросы заменяют более важные.

Очень важно, чтобы эта задача была сосредоточена на стратегии описания сложной фигуры, а не на как можно более совершенном и верном подходе. Вам не нужно давать каких-либо инструкций о том, как объяснять структуру картинки, потому что ваша цель состоит в том, чтобы ваш пациент раскрыл свой стиль мышления посредством описания, которое он дает для нее. Вам не разрешается задавать вопросов по фигуре. Также вы можете поменяться местами с пациентом и в таком случае вы должны будете описывать фигуру, которую пациент будет воспроизводить. Если возможно, дайте пациенту линейку и ластик, но не говорите, что эти инструменты необходимо использовать. Вместо этого отметьте, используются ли они. Это позволит впоследствии сделать интересные замечания при обсуждении темы перфекционизма и патологического внимания к деталям.

*Инструкция:* Опишите одну из картинок, которые вы видите, для того, чтобы терапевт смог примерно ее воспроизвести. После того, как вы закончите, необходимо будет обсудить результат и ваш стиль мышления.

*Примеры задания:*



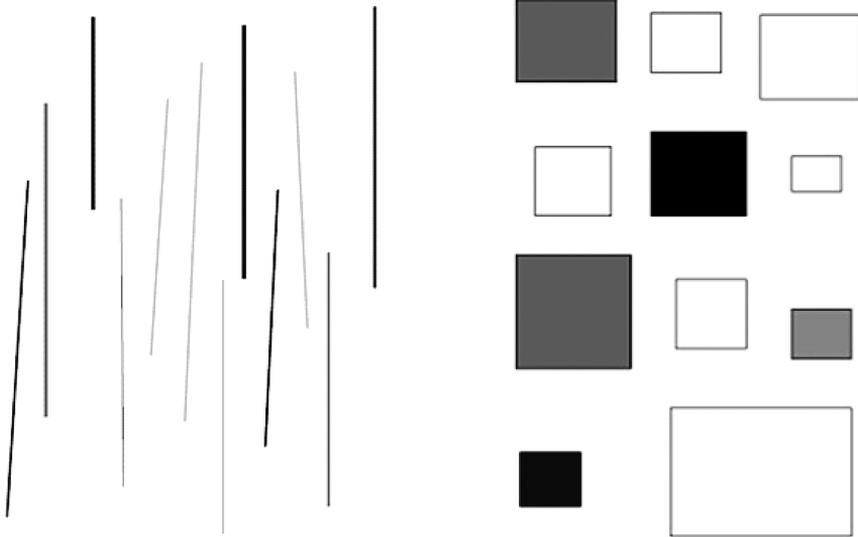
### **Задание «Приблизительная оценка»**

*Цель* — побудить пациента к практике приблизительной оценки (аппроксимации), т. е. необходимости думать о континууме, а не дихотомически. Например, это может способствовать стремлению не к совершенным результатам, а просто к достаточно хорошим. Как и в случае со сложными изображениями, важно, чтобы эта задача была сосредоточена на балансировке скорости и точности, а не в получении результата вследствие использования одной стратегии за счет другой. Специалист должен позаботиться о том, чтобы свести к минимуму требования к производительности и сосредоточиться на том, как человек подходит к этой задаче. Всегда поощряйте приближения. Если пациент выполняет задание с линиями очень легко, то можно его усложнить, пометив разные процентные точки (только в одном месте) на некоторых линиях, например, примерно 25%, 33%, 75%.

*Инструкция:* Поставьте отметку карандашом там, где, по вашему мнению, находится середина на каждой из линий или внутри геометрических фигур.

Оценка не должна быть обязательно точной, но приблизительной. Начните с верхней части листа и двигайтесь слева направо, не пропуская ни одной из линий (фигур).

*Примеры заданий:*



### **Задание «Основная идея»**

*Цель* — стимулировать восприятие целостной картины вместо детального сфокусированного мышления. Пациенту предоставляется насыщенное информацией письмо, которое необходимо обобщить в виде нескольких емких предложений. Если задание представляется пациенту сложным, возможно использование более коротких писем на начальном этапе.

*Инструкция:* Прочитайте письмо и попробуйте сформулировать его основной смысл в нескольких предложениях. Вы можете сделать это письменно или устно. Также необходимо будет составить заголовок для текста.

Постарайтесь определить основные моменты и детали — что важно, а что не важно. Вы можете подчеркнуть основные пункты в тексте. Поговорите с собой, начав и закончив предложение: «Основная идея...». Попробуйте дать заголовок каждому предложению или кратко описать его одним словом. Представьте себе линзу, которая поможет вам увеличить и уменьшить информацию, или представьте, что вы находитесь над информацией и видите ее с позиции летящей птицы.

*Пример письма:*

Уважаемый менеджер магазина «Мебель». Я пишу о диване, который купил у вас в четверг, 8 июля. Мне сказали, что доставка займет 3 дня, поэтому была назначена дата доставки 11 июля. Ваши продавцы сказали, что они не могут обозначить мне время доставки, в связи с чем мне пришлось взять це-

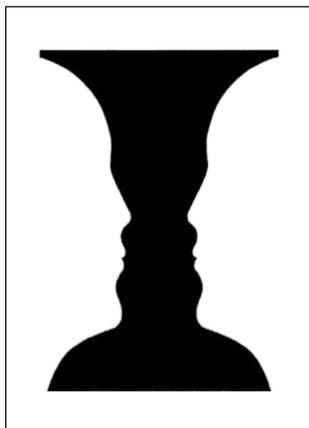
лый выходной. Это не было бы большой проблемой, но к концу дня диван так и не доставили. Я позвонил в центр доставки, чтобы уточнить где находится мой диван и мне сказали, что диван не прибыл в депо для доставки. Когда я позвонил вашей команде по продажам, они сказали, что перезвонят через час. Однако, мне так и не перезвонили и пришлось позвонить снова на следующий день. Мне сказали, что новая дата доставки была назначена на четверг 18 июля, то есть через 10 дней после заказа. Это не соответствует вашей 3-дневной гарантии доставки. 18 июля мой диван, к моему большому удовольствию, прибыл. Но, к сожалению, он был другого цвета, поэтому я был вынужден отправить его обратно. По итогу, я провел более 2 недель без дивана. Я хотел бы немедленно получить полный возврат средств, чтобы я мог пойти в другое место, чтобы купить диван. Надеюсь на ваше понимание. С признательностью,... (20 июля 2020 г.)

### **Задание «Иллюзии»**

*Цель* состоит в том, чтобы пациенты могли практиковаться видеть общую картину и детали, а также переключаться между различными частями информации. Например, первая задача требует переключения внимания с вазы на лица.

*Инструкция:* Рассмотрите внимательно представленное изображение и опишите, что вы видите. Если пациент может описать только одно изображение, спросите, что еще он может увидеть на картинке. Дайте пациенту достаточно времени, чтобы изучить картинку. Если он не может увидеть какой-либо другой различимый элемент, вы можете спросить, нужна ли им помощь в поиске изображения. Если это так, вы можете указать на конкретные элементы изображения. Если пациент все же видит другое изображение, попросите его указать на различные особенности каждого изображения (например, рот собаки или нос человека в третьем задании).

*Примеры заданий:*



## **Задание «Прокладывание пути»**

*Цель* — побудить пациентов использовать разные стратегии при навигации. При прокладывании пути по карте необходимо будет мыслить с точки зрения более широкой картины, потому что нужно будет учитывать конечный пункт назначения, но это также будет требовать гибкого мышления, в связи с необходимостью ориентировки на множество объектов по дороге.

Найдите и распечатайте карту города, в котором проживают ваши пациенты. Вы также можете выбрать степень детализации карты. Помимо фиксации на карте начальной и конечной точки пути вы можете определять для пациентов промежуточные объекты на карте (например, зайти в магазин обуви, а после в библиотеку).

*Инструкция:* Иногда вам необходимо найти дорогу на местности, с которой вы не знакомы, а иногда люди могут спросить у вас путь к какому-то объекту. В обеих ситуациях важна более широкая перспектива, чтобы добраться до нужного пункта назначения, но вам также нужно будет обращать внимание на детали, чтобы не заблудиться по дороге. Выберите карту из представленных вам. Терапевт укажет вам начальную и конечную точки на карте. Опишите путь из одного места в другое, используя стороны света (север, юг, восток и запад) и/или направления (вверх, вниз, вправо, влево, вокруг, между ними и т. д.) и/или названия улиц. В это время терапевт будет двигаться по своей идентичной карте согласно вашим указаниям.

## **Поведенческие задачи**

В конце каждой сессии необходимо выяснить, испытывает ли пациент трудности или проблемы в повседневной жизни в связи со своим заболеванием, и как стратегии, используемые во время сеанса, могут способствовать эффективному или неэффективному решению этих проблем в реальности.

Примерно с середины терапии (обычно после 6-го сеанса, но это может отличаться для разных пациентов), можно предложить пациенту внести небольшие изменения в поведение вне сеансов. Это может укрепить стратегии, которые обсуждались во время сессий. Поведенческие задачи могут позволить пациенту опробовать новые подходы к существующим ситуациям или проблемам. Важно способствовать тому, чтобы пациенты сами предлагали, что они хотят изменить или чему бросить вызов, например, изменить конкретную привычку, способ реагирования на других людей, определенный способ общения, общую стратегию решения проблем. Можно предлагать различные варианты домашних заданий (см. список ниже), но индивидуальный выбор может восприниматься как более значимый. В таком случае важна готовность пациента к этим изменениям. Иногда терапевт может предложить начать с задачи, требующей минимума усилий, если пациент еще не готов к более серьезным изменениям.

*Примеры заданий:*

- **Смена домашней рутины:** попробуйте чистить зубы не доминирующей рукой; измените порядок уборки дома (ее время или последовательность);

пользуйтесь другой чашкой и тарелкой; оценивайте «на глаз» вес продуктов при готовке; не используйте мерный стаканчик при стирке; переставьте мебель в спальне / кухне / гостиной.

- **Изменение внешнего вида:** измените прическу; носите другой макияж или меньше макияжа; выберите одежду, которую раньше никогда не носили.
- **Работа/учеба:** измените порядок движения от дома к работе/учебе (например, используйте другой маршрут, разные автобусы, пересадку в метро в другом месте); используйте другой шрифт, когда печатаете на компьютере; используйте другой интернет-браузер; выберите другую мелодию звонка на вашем телефоне.
- **Хобби/развлечения:** слушайте музыку другого жанра; попробуйте новое хобби; экспериментируйте с рисованием / раскрашиванием не доминирующей рукой; сыграйте с друзьями в новую настольную игру.
- **Общение:** пригласите друга, которого вы давно не видели, к себе домой; поговорите с кем-нибудь в школе или на работе, с кем вы никогда раньше не разговаривали; сделайте комплимент своим друзьям / членам семьи / коллегам.

### **Итоговые письма**

На предпоследней сессии между вами и вашим пациентом может обсуждаться идея написания итоговых писем, в частности их актуальности и содержания. Вы можете попросить своего пациента написать о том, что было полезного в лечении, а что, напротив, было бесполезным или даже ухудшило состояние. Также в письме может содержаться информация о том, каким образом терапия помогла пациенту что-то изменить в повседневной жизни. Можно указать, рекомендовал бы пациент данное вмешательство другим больным с НА и что можно было бы улучшить в данной методике. Терапевт уведомляет пациента о том, что он тоже хотел бы изложить свои мысли по поводу событий, происходивших во время сессий, и степени достигнутого прогресса у пациента.

На последней сессии пациент и терапевт могут зачитать свои итоговые письма и после этого обменяться мнениями и комментариями. Такой опыт является полезным как для пациента, так и для терапевта. Во-первых, у всех участников терапевтического процесса возникает чувство завершенности с осознанием своих и чужих ошибок, трудностей, связанных с процессом терапии, и достигнутых результатов. Во-вторых, размышления о том, что могло бы еще оказаться полезным в терапии, может усовершенствовать практику специалиста и быть дополнительным способом выразить реакцию на участие в лечении у пациента. В итоговом обсуждении необходимо затронуть то, каким образом можно сохранить приобретенный в процессе КР опыт в дальнейшей жизни и обозначить необходимость дальнейшей работы, например, проведение КПТ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование КР у взрослых пациентов с НА показало свою эффективность во многих исследованиях. Имелись несколько неоднозначные результаты по ее применению у лиц моложе 18 лет, но считается, что это связано с рядом методологических трудностей в оценке ИФ и степени их нарушений при НА в данной возрастной когорте. Общее мнение специалистов заключается в том, что и подростки могут получить пользу от данного вмешательства.

Однако возникает вопрос, кто мог бы использовать данную методику в работе с пациентами, страдающими РПП. Прежде всего важно, чтобы человек, заинтересованный в проведении КР, прошел соответствующую подготовку. Потенциальный терапевт должен иметь достаточный опыт работы с данной категорией пациентов и психотерапевтические навыки. Несмотря на отсутствие центрированности терапии на симптомах РПП, то есть проблемах веса, формы тела и еды, необходимо улавливать общий контекст проблемы.

Исторически сложилось так, что большинство терапевтов проводило КР индивидуально. Индивидуальная КР, по-видимому, связана с более низким уровнем отказа от терапии и может создать позитивный альянс пациента и терапевта. Однако этот формат, безусловно, самый требовательный с точки зрения количества специалистов, распределения времени и финансовых ресурсов. Следовательно, более ресурсоемкой формой для КР является групповая терапия. Очевидным преимуществом групповой КР является то, что вы сможете работать с несколькими пациентами за сеанс. Кроме того, исследования показали, что групповая КР привлекает внимание пациентов в плане их осведомленности об общих когнитивных стилях. Тем не менее, также сообщалось, что это способствует негативной групповой динамике, и задачи, поставленные во время терапии, не всегда воспринимаются как важные.

В заключение следует подчеркнуть прерогативу терапевта в выборе подходящих задач, адекватного количества сеансов и правильного способа проведения тренинга. Терапевт должен знать достаточно о пациенте и быть максимально вовлеченным в работу, чтобы иметь возможность организовать содержательный, интересный и эффективный курс КР. Пусть знания, полученные во время занятий, а также информация, содержащаяся в данных рекомендациях, помогут вам совершенствовать свои практические навыки в работе с РПП. Делайте это непринужденно, с любопытством, теплотой и юмором.

### Список литературы

1. Пичиков А. А., Попов Ю. В., Яковлева Ю. А. Взаимосвязь исполнительных функций и суицидальных тенденций у девушек-подростков с нервной анорексией. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2018; 4: 64–74.
2. Полунина А. Г., Давыдов Д. М. Висконсинский тест сортировки карточек как инструмент оценки когнитивных функций. Социальная психиатрия. Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: Издательство ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004: 217–236.

3. *Тонконогий И. М.* Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС). Под ред. Ю. В. Микадзе. М.: ПЕР СЭ, 2010; 69.
4. *Abbate-Daga G., Buzzichelli S., Marzola E., Amianto F., Fassino S.* Effectiveness of cognitive remediation therapy (CRT) in anorexia nervosa: a case series. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 2012; 34(10): 1009–1015.
5. *Brown M., Loeb K. L., McGrath R. E., Tiersky L., Zucker N., Carlin A.* Executive functioning and central coherence in anorexia nervosa: Pilot investigation of a neurocognitive endophenotype. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2018; 26(5): 489–498.
6. *Dahlgren C. L., Lask B., Landro N. I., Ro O.* Neuropsychological functioning in adolescents with anorexia nervosa before and after cognitive remediation therapy: a feasibility trial. *Int. J. Eat Disord.* 2013; 46(6): 576–581.
7. *Dandil Y., Smith K., Adamson J., Tchanturia K.* Individual cognitive remediation therapy benefits for patients with anorexia nervosa and high autistic features. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2020; 28(1): 87–91.
8. *Danner U. N., Dingemans A. E., Steinglass J.* Cognitive remediation therapy for eating disorders. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2015; 28(6): 468–472.
9. *Eichen D. M., Matheson B. E., Appleton-Knapp S. L., Boutelle K. N.* Neurocognitive Treatments for Eating Disorders and Obesity. *Curr. Psychiatry Rep.* 2017; 19(9): 62.
10. *Giombini L., Nesbitt S., Cox H., Foxall A., Sharia T., Easter A., Tchanturia K.* Cognitive remediation therapy in a specialist inpatient eating disorder service for children and adolescents: CAN-CRT study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2018; 26(5): 438–446.
11. *Giombini L., Turton R., Turco M., Nesbitt S., Lask B.* The use of cognitive remediation therapy on a child adolescent eating disorder unit: Patients and therapist perspectives. *Clin. Child Psychol, Psychiatry.* 2017; 22(2): 288–300.
12. *Hagan K. E., Christensen K. A., Forbush K. T.* A preliminary systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Eat. Behav.* 2020; 37: 101391.
13. *Harrison A., Stavri P., Ormond L., McEnemy F., Akyol D., Qureshi A., Al-Khairulla H.* Cognitive remediation therapy for adolescent inpatients with severe and complex anorexia nervosa: A treatment trial. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2018; 26(3): 230–240.
14. *Juarascio A. S., Manasse S. M., Espel H. M., Kerrigan S. G., Forman E. M.* Could training executive function improve treatment outcomes for eating disorders? *Appetite.* 2015; 90: 187–193.
15. *Martinez G., Cook-Darzens S., Chaste P., Mouren M. C., Doyen C.* Anorexia nervosa in the light of neurocognitive functioning: New theoretical and therapeutic perspectives. *Encephale.* 2014; 40(2): 160–167.
16. *Raman J., Hay P., Tchanturia K., Smith E.* A randomised controlled trial of manualized cognitive remediation therapy in adult obesity. *Appetite.* 2018; 123: 269–279.
17. *Smith K. E., Mason T. B., Johnson J. S., Lavender J. M., Wonderlich S. A.* 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.
18. *Solano-Pinto N., de-la-Pena C., Solbes-Canales I., Bernabeu-Brotos E.* Neuropsychological profiles in anorexia and bulimia nervosa. *Rev. Neurol.* 2018; 67(9): 355–364.
19. *Sproch L. E., Anderson K. P., Sherman M. F., Crawford S. F., Brandt H. A.* A randomized controlled trial of group cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Effects on set-shifting tasks for inpatient adults and adolescents. *Int. J. Eat. Disord.* 2019; 52(9): 1004–1014.
20. *Tchanturia K.* Cognitive Remediation Therapy for Eating and Weight Disorders. Routledge, 2014: 235.

21. *Tchanturia K., Giombini L., Leppanen J., Kinnaird E.* 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(4): 227–236.

### **Список обозначений и сокращений**

ВАСС — Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia

ИФ — исполнительные функции

КНОКС — краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы

КП — компульсивное переедание

КР — когнитивная ремедиация

НА — нервная анорексия

НБ — нервная булимия

РПП — расстройства пищевого поведения

СЦК — слабая центральная когерентность