

С. Н. Шубина, О. А. Скугаревский

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Статья посвящена изучению нейропсихологических особенностей больных шизофренией и лиц с нарушением пищевого поведения, их влиянию на клинику психических и поведенческих расстройств. В настоящей работе приводятся результаты исследования, в котором принимали участие девушки и молодые женщины (средний возраст респондентов не превышал 35 лет): страдающие нервной анорексией, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование. Также приводится обзор литературы, посвященный актуальной проблеме, а также обсуждаются сложности правильной постановки диагноза нервной анорексии.

Ключевые слова: нервная анорексия, шизофрения, нейропсихологические особенности.

S. N. Shubina, O. A. Skugarevsky

NEUROPSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND PEOPLE WITH EATING DISORDERS

The article is devoted to the study of neuropsychological peculiarities of patients suffering from schizophrenia and people having eating disorders, how these peculiarities affect the clinical picture of mental and behavioral disorders. This work provides the results of a study carried out within the scopes of scientific projects of the Department of Psychiatry and Medical Psychology of the Belarusian State Medical University (the study was voluntary and anonymous) with participation of girls and young women (the average age of the respondents did not exceed 35 years of age) who did not have any mental and behavioral disorders at the time of their inclusion in the study, suffering from anorexia nervosa, suffering from the paranoid form of schizophrenia with the history of the disorder counting up to 5 years. The article also provides a review of the literature dedicated to this topical issue and discusses the difficulties of correct diagnostics of anorexia nervosa.

Key words: anorexia nervosa, schizophrenia, neuropsychological peculiarities.

Согласно данным литературы, реальная цифра заболеваемости расстройствами пищевого поведения достаточно высока не только потому, что пациенты часто маскируют свое состояние, но и в связи с тем, что они часто попадают в стационары соматического профиля с соответствующими жалобами, а их психическое состояние остается для лечащего врача не-

известным [1]. Поэтому лишь малая часть от общего числа лиц с нарушениями пищевого поведения наблюдаются психиатрами [2]. Зарубежные коллеги утверждают: врач общей практики первым встречается с таким пациентом [3].

На сегодняшний день нервная анорексия наиболее известна среди расстройств пищевого поведения. Интерес к ее изуче-

нию уже многие годы не снижается в связи с широкой распространенностью и высокой смертностью таких пациентов.

Однако взгляды на нозологическую природу нервной анорексии до настоящего времени не отличаются определенностью и единством.

Так, Eugen Bleuler описал синдром анорексии в рамках шизофрении еще в начале XIX века [4, 5, 6], но до сих пор остается до конца неизученный вопрос: нервная анорексия и шизофрения – это одно заболевание или разные нозологии?

Так, своеобразие поведенческих паттернов при нервной анорексии (например, при очистительном пищевом поведении, присоединении компульсивных ритуалов и пр.), отгороженность от социальных контактов, образ собственного тела, полиморфная сопутствующая психопатологическая симптоматика и прочие симптомы требуют динамического наблюдения и дифференциального диагноза с расстройствами шизофренического спектра. Ригидность жизненного стиля больных нервной анорексией, их несотрудничество в терапевтическом процессе, игнорирование прямых и отдаленных последствий расстройства, настоятельность в отношении любых попыток извне скорректировать дезадаптивное пищевое поведение и предупредить его драматичные последствия дает основания предполагать специфический характер когнитивной организации их психических процессов [D. V. Herzog, J. D. Hopkins, C. D. Burns, 1993]. В этом отношении известно, что больным шизофренией свойственны затруднения в идентификации или различении эмоций, наблюдаемых на статичных фотографиях или аудио- / видеопрезентациях. Причем этот дефицит оказывается значимо более выраженным в отношении определенных негативных (страх, отвращение), чем позитивных эмоций [Addington, J. 2008, Gur, R. E. 2007].

Согласно более давним источникам литературы, нервная анорексия часто маскирует шизофрению (Cheung and Wilder-Smith, 1995; Коркина и др., 1975) либо нервная анорексия может развиваться в случае преждевременно выставленной шизофрении (Grounds, 1982; Hsu et al., 1981).

Согласно мнению некоторых российских авторов, до настоящего времени остается спорным вопрос об уровне психической патологии при различных вариантах нервной анорексии. Во многих случаях нервная анорексия протекает на доболезненном уровне, что обуславливает отсутствие обращаемости пациентов к специалистам. Это обусловлено, прежде всего, полиморфизмом психопатологической симптоматики, а также тяжестью психического и соматического состояний пациентов и высокой возможностью неблагоприятных исходов заболеваний вплоть до летальных случаев. До 90% наблюдений проявляется навязчивыми либо сверхценными дисморфофобическими переживаниями, легкой или умеренной депрессией, неглубокой патологией пищевого поведения с частичной или полной критикой к своему состоянию и заболеванию. Эти же авторы придерживаются мнения, что в 10% случаев нервной анорексии речь должна идти о психотическом уровне психических нарушений: дисморфофобия проявляется бредовыми идеями физического недостатка и самосовершенствования либо сверхценными идеями с практически полной утратой критики к тяжести своего психического и физического состояния [7].

Согласно другим российским авторам, нервная анорексия (как и большинство других психических заболеваний) – расстройство многофакторной природы. Началу нервной анорексии часто предшествуют аффективные, тревожные, обсессивные картины. При этом, особенно при наличии аффективных расстройств, феноменология

нервной анорексии может маскироваться, отступать на второй план, сглаживаться. Нервной анорексии нередко также коморбидна патология личности: расстройства личности (психопатии) и реже органические расстройства личности. Причем, при манифестации нервной анорексии, развитии сомато-эндокринных нарушений личностные изменения утяжеляются. Какексия может сопровождаться органической церебральной недостаточностью. И в результате вторично формируются не только органическое астеническое (эмоционально-лабильное), легкое когнитивное расстройство, но и органическое расстройство личности. На фоне благоприятной динамики следует учесть обратимость органической патологии в случае нормализации статуса питания. Также нервная анорексия в ряде случаев сочетается с аддиктивными расстройствами, и в частности, со злоупотреблением психоактивными веществами. Кроме того, синдром анорексии может выступать вместе с другими характерными шизофреническими проявлениями, приобретая черты дискордантности психики. Но наблюдаются случаи, когда вначале обнаруживается картина типичной нервной анорексии, а далее повторяются шизофренические шубы, при отсутствии каких-либо характерных компонентов нервной анорексии. И возникает вопрос: это одно расстройство (шизофрения) или разные заболевания [8].

Некоторые украинские авторы отмечают около 34% случаев больных шизофренией среди находившихся под наблюдением лиц с нервной анорексией. Именно данные пациенты не могли объяснить свое стремление к похудению; скрупулезно следя за весом, были довольно неряшливы. У таких пациентов нарастала нетипичность их поведения, грубая манерность, усиливалась отгороженность, не критичность и неконтактность. Присутствовала позитивная и негативная симптоматика [9].

При современном уровне развития психиатрии окончательный безапелляционный ответ здесь преждевременен. Пока нет доказательств, идентичны ли эти заболевания не только по клинике, но и по происхождению, биологическому субстрату. И так, и при рассмотрении нервной анорексии, этой сравнительно «простой», строго очерченной патологии, обращает на себя внимание наличие клинического полиморфизма, полиморбидности с сочетанием самых различных расстройств – и эндогенных, и психогенных, и органических. Выступает клинический континуум, отражающий во взаимодействии разнородных патогенных факторов, приводящих к болезни [8].

Отсутствие единого взгляда на нозологическую природу нервной анорексии приводит к возникновению барьеров на пути к лечению среди лиц с расстройствами пищевого поведения, а также приводит к стигматизации и снижению самооценки таких пациентов, что подтверждается масштабным исследованием в США в 2006 г., в котором участвовали 1737 человек с различными психическими расстройствами, в том числе и 589 с нарушениями пищевого поведения [10].

Все это еще раз подтверждает тот факт, что определение точной нозологической принадлежности нервной анорексии поможет усовершенствовать стратегии профилактики и раннего вмешательства, а также нацелить пациентов на лечение данного заболевания, улучшив комплаентность.

Учитывая выраженную социальную опосредованность нарушений пищевого поведения, можно предполагать, что дефицитность социальных когний, свойственная больным шизофренией, по-видимому, должна различаться от специфики когнитивных процессов больных нервной анорексией, лежащих в основе их социальной дезадаптации. Принимая во внимание чрезвычайно большую дисперсию прояв-

лений пищевого поведения в популяции, можно предполагать, что в случае наличия специфической взаимосвязи между отклоняющимся пищевым поведением и когнитивным функционированием, ее можно выявить и на доклиническом уровне. Причем качественные характеристики когнитивных процессов, по-видимому, должны отличаться от таковых у больных шизофренией в случае наличия истинных различий между этими нозологиями.

Всё вышесказанное еще раз подчеркивает, что оценка нейрокогнитивных функций является важной в правильной постановке диагноза нервной анорексии. Поэтому целью нашего исследования являлось выявление отличий в нейрокогнитивном функционировании и социальных когнициях (эмоциональный процессинг) при нервной анорексии и шизофрении, что в дальнейшем поможет разработать методологические подходы и усовершенствовать дифференциально-диагностические подходы для оценки синдрома анорексии при этих расстройствах.

Наше исследование проводилось в 2 этапа: 1 этап – одноментное поперечное исследование; 2 этап – обсервационное ретро-проспективное исследование (анамнез и катамнез составляли до 5 лет). Были обследованы 185 человек: (1) девушки и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование (контрольная группа, 60 человек), (2) девушки и молодые женщины, страдающие нервной анорексией (1-я группа сравнения, 60 человек), (3) девушки и молодые женщины, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет (2-я группа сравнения, 60 человек), (4) девушки и молодые женщины, страдающие нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на расстройства шизофренического спектра (5 человек).

Обследование включало комплекс анамнестических, антропометрических, психометрических методов и методик в рамках психометрического исследования. Также проводилось изучение карт стационарных пациенток в архиве ГУ «РНПЦ ПЗ, в частности, анамнестические сведения и результаты патопсихологического обследования. Ниже приведены результаты 1-ого этапа исследования (сравнение К независимых выборок и Н-критерий Краскала-Уоллеса).

А Согласно результатам Шкалы общей психопатологической симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised – SCL-90-R) по показателям соматизации ($H = 22,78$, $p < 0,001$), обсессивности-компульсивности ($H = 23,68$, $p < 0,001$), межличностной сензитивности ($H = 28,22$, $p < 0,001$), депрессивности ($H = 51,25$, $p < 0,001$), враждебности ($H = 18,95$, $p < 0,001$), фобической тревожности ($H = 29,02$, $p < 0,001$) статистически достоверно пациентки с диагнозом нервная анорексия имеют наибольшие показатели, чем пациентки с шизофренией и группа контроля; по показателям паранойяльных тенденций ($H = 23,42$, $p < 0,001$) и психотизма ($H = 40,92$, $p < 0,001$) данная группа пациенток статистически достоверно занимает промежуточное положение между здоровыми лицами и пациентками с шизофренией, причем два данных показателя наибольшие у пациенток с шизофренией (рис. 1).

Согласно результатам опросника «Шкала оценки пищевых предпочтений» группа пациенток с нервной анорексией статистически достоверно имеет большие показатели, чем пациентки с шизофренией и группа контроля по следующим параметрам: стремление к худобе ($H = 27,04$, $p < 0,001$), булимия ($H = 29,48$, $p < 0,001$), неудовлетворенность телом ($H = 28,22$, $p < 0,001$), неэффективность ($H = 49,05$, $p < 0,001$), недоверие в межличностных отношениях

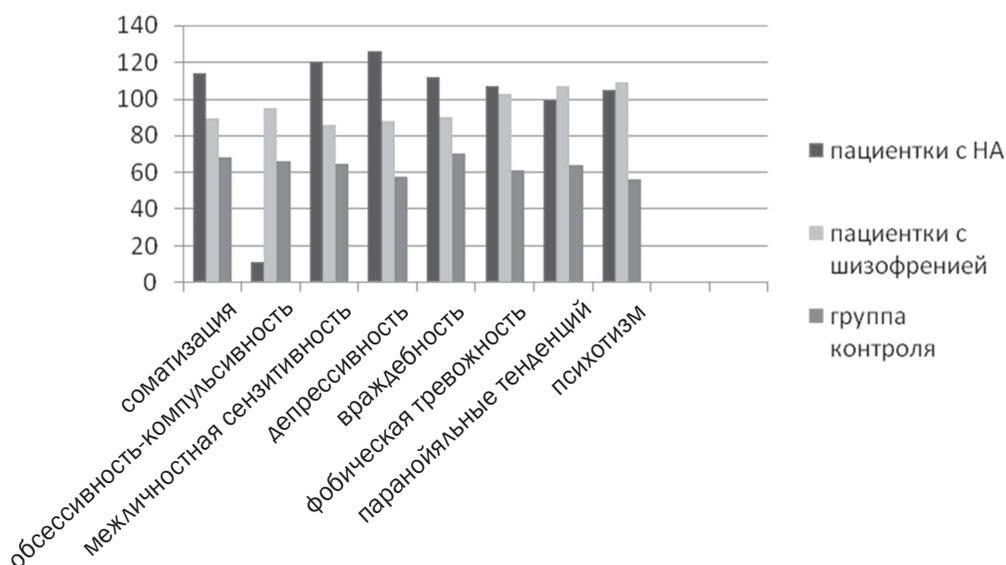


Рис. 1. Результаты сравнительной оценки психопатологической болезненности по шкале SCL-90R

Примечание: достоверность различий $p < 0,001$ и величина H -критерия Краскала-Уоллеса указана в тексте

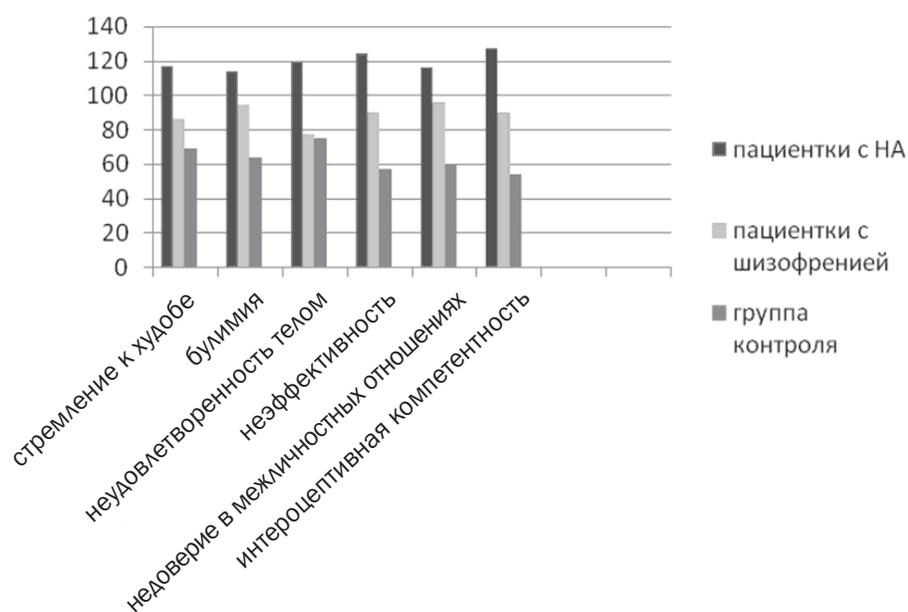


Рис. 2. Результаты оценки специфических признаков отклонения пищевого поведения по шкале ШОПП

Примечание: достоверность различий $p < 0,001$ и величина H -критерия Краскала-Уоллеса указана в тексте

($N = 35,46$, $p < 0,001$), интероцептивная компетентность ($N = 58,71$, $p < 0,001$) (рис. 2).

Согласно результатам Висконсинского теста сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test, WTSC) группа пациентов с нервной анорексией статистически достоверно занимает промежуточное положение между здоровыми лицами и пациентками с шизофренией по следующим

показателям: общее количество предъявляемых карточек ($N = 46,60$, $p < 0,001$), общее количество perseverативных ошибок ($N = 29,56$, $p < 0,001$), количество неperseвативных ошибок ($N = 32,56$, $p < 0,001$), количество законченных категорий ($N = 35,01$, $p < 0,001$), неспособность удержания счета ($N = 15,05$, $p < 0,001$), ошибок отвлечения ($N = 25,02$, $p < 0,001$) (рис. 3).

Согласно результатам Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS) (полуструктурированное клиническое интервью): по тяжести продуктивной (N = 149,40, $p < 0,001$) и негативной симптоматики (N = 156,98, $p < 0,001$), по выраженности других психических нарушений по общей психопатологической шкале (N = 161,46, $p < 0,001$), по кластерам анергия

(N = 153,66, $p < 0,001$), нарушение мышления (N = 160,47, $p < 0,001$), параноидное поведение (N = 112,62, $p < 0,001$), депрессия (N = 148,96, $p < 0,001$), возбуждение (N=167,65, $p < 0,001$) группа пациенток с диагнозом нервная анорексия статистически достоверно занимает промежуточное положение между здоровыми лицами и пациентками с шизофренией (рис. 4).

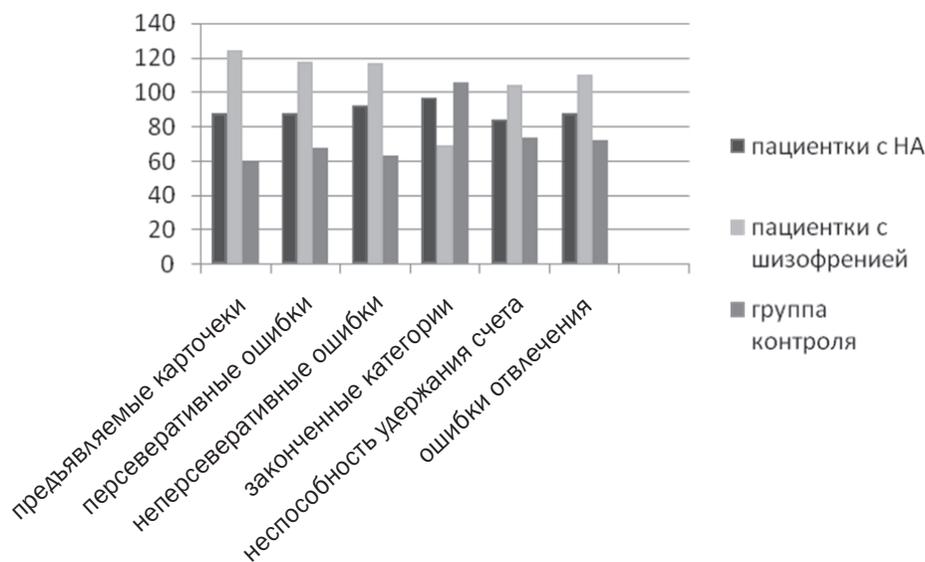


Рис. 3. Результаты оценки характера исполнительских функций по тесту WTSC

П р и м е ч а н и е: достоверность различий $p < 0,001$ и величина N-критерия Краскала-Уоллеса указана в тексте

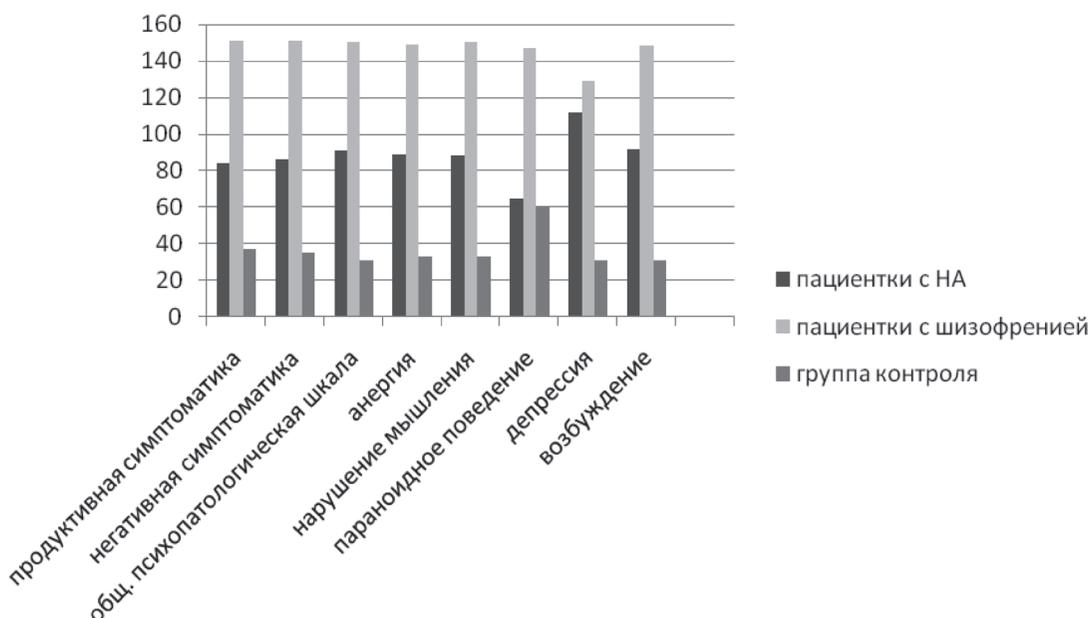


Рис. 4. Результаты Оценка степени выраженности психопатологических симптомов по шкале PANSS

П р и м е ч а н и е: достоверность различий $p < 0,001$ и величина N-критерия Краскала-Уоллеса указана в тексте

Согласно результатам компьютеризированной нейропсихологической батареи (PennCNP) для изучения нейропсихологического функционирования Лаборатории проблем мозга Пенсильванского университета:

1 тест «Моторная практика»: данная группа пациенток статистически достоверно занимает промежуточное положение между здоровыми лицами и пациентками с шизофренией по показателю времени нажатия на экран ($N = 44,98$, $p < 0,001$).

2 тест «Распознавание эмоций»: данная группа пациенток статистически достоверно занимает промежуточное положение между здоровыми лицами и пациентками с шизофренией по показателю среднего количества правильных ответов ($N = 39,18$, $p < 0,001$).

3 тест «Память на лица»: данная группа пациенток имеет наибольшее количество правильных ответов ($N = 20,38$, $p < 0,001$), а количество неправильных ответов меньше всех респондентов ($N = 20,38$, $p < 0,001$).

4 тест «Определение эмоциональной насыщенности эмоциональных пережива-

ний»: данная группа пациенток статистически достоверно занимает промежуточное положение между здоровыми лицами и пациентками с шизофренией по показателю количества правильных ответов ($N = 63,79$, $p < 0,001$).

Согласно результатам CANTAB-10.0 (CambridgeNeuropsychologicalTestAutomatedBattery) – кембриджская нейропсихологическая автоматизированная батарея тестов (таблица 1, данные приведены с учетом 3 статистически значимых коэффициентов межгруппового сравнения z):

Данная группа пациенток с нервной анорексией занимает промежуточное положение между здоровыми лицами и пациентками с шизофренией по следующим показателям:

1 тесты на внимание

А при прохождении теста «Время выбора реакции» (CRT) у данной группы пациенток определялось промежуточное количество неправильных нажатий; Б при прохождении теста «Быстрая обработка визуальной ин-

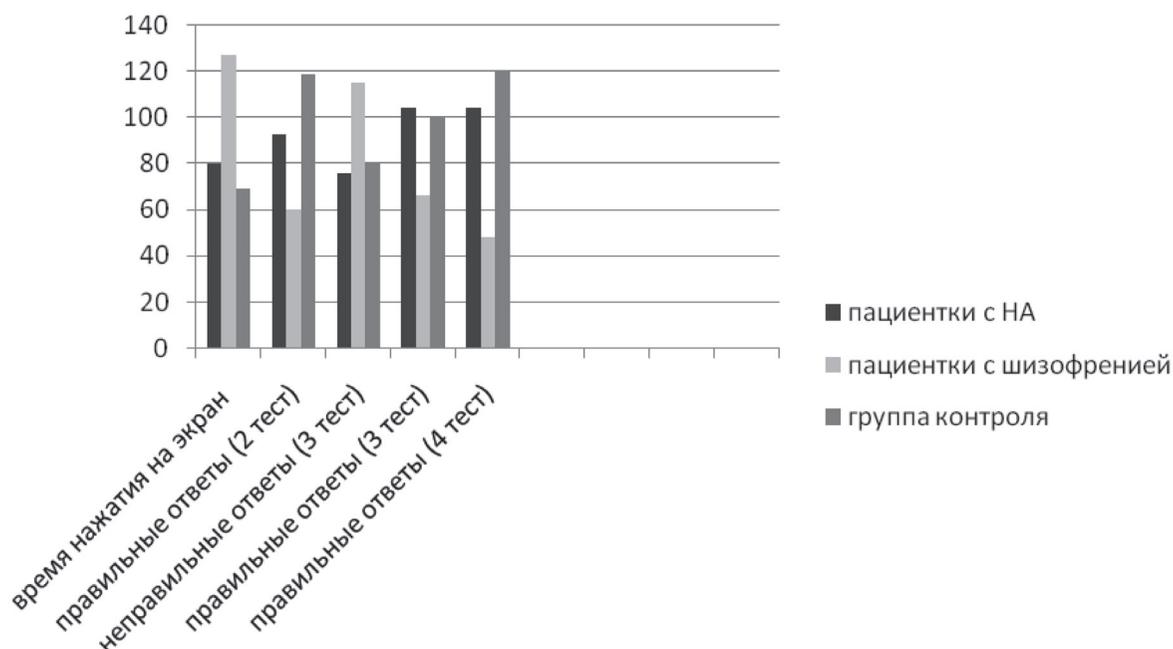


Рис. 5. Результаты оценки эмоционального восприятия по батарее PennCNP

П р и м е ч а н и е: достоверность различий $p < 0,001$ и величина N-критерия Краскала-Уоллеса указана в тексте

формации» (RVP) – промежуточное количество промахов; В при прохождении теста «Время реагирования» (RTI) – промежуточная скорость реакции.

2 Тесты на исполнительское функционирование, оперативную память и планирование:

А при прохождении теста «Кембриджские чулки с одним прикосновением» (OTS) – промежуточное количество выборов до правильного; Б при прохождении теста «Переключе-

ние фигура/фон» (IED) – промежуточное количество ошибок и попыток; В при прохождении теста «Пространственная оперативная память» (SWM) – промежуточное количество ошибок и количество повторных нажатий;

3 скрининговые тесты:

А при прохождении теста скрининга моторных функций (MOT) у данной группы пациенток определялось промежуточное время задержки от стимула до реакции;

Таблица 1. Результаты нейропсихологических тестов батареи CANTAB-10.0

| показатели CANTAB- 10.0: | Больные НА (средний ранг) | Больные шизофренией (средний ранг) | Группа контроля (средний ранг) |
|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| 1 тесты на внимание: А тест «Время выбора реакции» (количество неправильных нажатий, $N = 9,97$, $p = 0,007$) Б тест «Быстрая обработка визуальной информации» (количество промахов, $N = 46,48$, $p < 0,001$) В тест «Время реагирования» (скорость реакции, $N = 28,57$, $p < 0,001$) | 83,08 77,59 82,80 | 109,78 127,33 118,65 | 78,63 66,58 70,05 |
| 2 тесты на исполнительское функционирование, оперативную память и планирование: А тест «Кембриджские чулки с одним прикосновением» (количество выборов, до правильного, $N = 77,25$, $p < 0,001$) Б тест «Переключение фигура/фон (количество персеверативных ошибок, $N = 21,90$, $p < 0,001$ / количество попыток, $N = 36,69$, $p < 0,001$) В тест «Пространственная оперативная память (количество ошибок, $N = 66,21$, $p < 0,001$ / количество повторных нажатий, $N = 71,68$, $p < 0,001$) | 76,28 80,51/ 82,09 71,90/ 71,38 | 137,49 115,95/ 122,56 134,98/ 136,76 | 57,73 75,04/ 66,85 64,62/ 63,37 |
| 3 скрининговые тесты: А тест скрининга моторных функций (среднее время задержки от стимула до реакции, $N = 12,55$, $p = 0,002$) Б тест «Большой/маленький круг» (среднее время задержки между появлением круга и реакцией, $N = 26,69$, $p < 0,001$) | 83,08 83,30 | 109,78 117,87 | 78,63 70,33 |
| 4 тесты на принятие решений и контроль реакции: А «Тест на оценку сбора информации» (ошибки дискриминации, $N = 22,39$, $p < 0,001$) Б «Кембриджский тест на азарт» (избегание ожидания, $N = 24,42$, $p < 0,00$ / количество принятых решений, $N = 35,85$, $p < 0,001$ / поправок на риск $N = 31,62$, $p < 0,001$) | 83,78 83,36/ 99,94/ 105,23 | 114,08 116,72/ 58,57/ 59,33 | 73,63 71,43/ 112,99/ 105,69 |
| 5 тесты на визуальную память: А тест «Заучивание парных ассоциаций» (количество попыток для выполнения всех заданий правильно, $N = 55,51$, $p < 0,001$ / количество ошибок, $N = 61,49$, $p < 0,001$) Б тест «Памяти на узнавание образца» (количество правильных ответов, $N = 45,32$, $p < 0,001$) | 87,57/ 87,77 105,64 | 126,97/ 129,05 54,42 | 56,97/ 54,68 111,44 |

Б при прохождении теста «Большой/маленький круг» (BLC) у данной группы пациентов определялось промежуточное среднее время задержки между появлением круга и реакцией.

4 Тесты на принятие решений и контроль реакции:

А при прохождении теста «Кембриджский тест на азарт» (CGT) – промежуточное избегание ожидания, промежуточное количество принятых решений и поправок на риск; Б при прохождении теста «Тест на оценку сбора информации» (IST) – промежуточное количество ошибок дискриминации.

5 Тесты на визуальную память:

А В тесте «Заучивание парных ассоциаций» (PAL) данная группа пациенток имеет промежуточное количество попыток для выполнения всех заданий правильно и ошибок; Б при прохождении теста «Памяти на узнавание образца» (PRM) – промежуточное количество правильных ответов.

цессе данного анализа были взяты значимые все выше описанные параметры, позволяющие корректно классифицировать максимальное количество респондентов по группам (параметры приведены на пяти рисунках и в таблице 1). Также было установлено, что использование всех выше перечисленных параметров в рамках этой модели позволяет корректно классифицировать сравниваемые подгруппы с точностью 87,2% (59 человек из 60 относятся к группе контроля; 54 больных шизофренией из 60 относятся к данной подгруппе; 44 больных нервной анорексией из 60 относятся к данной подгруппе, 10 – более близки к подгруппе контроля и только 6 к подгруппе больных шизофренией) (таблица 2). Таким образом, дискриминантный анализ показывает, что больные нервной анорексией по характеру исполнительского функционирования находятся ближе к группе контроля (формально здоровых лиц), чем к больным шизофренией.

Таблица 2. Результаты дискриминантного анализа

| | | Группа контроля | Больные нервной анорексией | Больные шизофренией | Всего: |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|---------------------|--------|
| | | Результат дискриминантного анализа | | | |
| Респонденты соответствуют априори | Группа контроля | 59 | 1 | 0 | 60 |
| | Больные нервной анорексией | 10 | 44 | 6 | 60 |
| | Больные шизофренией | 2 | 4 | 54 | 60 |

На следующем этапе процедуры статистической обработки данных нами была поставлена цель определить специфичность выявленных нарушений исполнительских функций изолированно для феноменологии нервной анорексии и шизофрении. Для этого был выполнен дискриминантный анализ. Он позволяет предсказать принадлежность объектов к одной из известных групп на основании значений предикторов, а также определить «вес» каждой переменной-предиктора (дискриминативной переменной) для разделения объектов на группы. В про-

Обсуждение

Мы видим, что оценка нейрокогнитивной дисфункции в аспекте исполнительских функций четко разграничивает пациенток с диагнозом нервной анорексии и пациенток с шизофренией, а также группу контроля.

Выводы

1. Таким образом, симптомы нарушения пищевого поведения приносят собой качественные искажения параметров нейропсихологического профиля.

2. Выявление различий в организации исполнительских функций между больными шизофренического спектра и нервной анорексией свидетельствует в пользу разграничения этих клинических феноменологий и может способствовать созданию на этой основе дифференцированного подхода к коррекции состояний.

3. При нервной анорексии и параноидной шизофрении изменения параметров нейропсихологического профиля в аспекте исполнительских функций являются надежным дискриминирующим фактором, позволяющим с точностью 87,2% разграничивать респондентов в качестве единственного критерия.

Литература

1. Walsh, J. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician / J. Walsh, M. Wheat, K. Freund // *J. Gen. Intern. Med.* – 2000. – V. 15. – № 8. – P. 577–590.

2. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry.* – 2006. – Vol. 163: 7 Suppl: 4–54.

3. Misra, M. Relationships between Serum Adipokines, Insulin Levels and Bone Density in Girls with Anorexia Nervosa / M. Misra, K. K. Miller, J. Cord [et al.] // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2007. – Vol. 92. – № 6. – P. 2046–2052.

4. Ромацкий, В. В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) / В. В. Ромацкий, И. Р. Семин // *Бюллетень сибирской медицины.* – 2006. – Т. 5. – № 3. – С. 61–69.

5. Мазаева, Н. А. Нервная анорексия – проблема далекая от разрешения Осипова / Н. А. Мазаева, А. А. Осипова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* – 2007. – Т. 107. – № 10. – С. 85–94.

6. Марилов, В. В. Результаты длительного лонгитудинального исследования нарушений пищевого поведения / В. В. Марилов, М. С. Артемьева, Р. А. Сулейманов, А. Е. Брюхин // *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина.* – 2006. – № 2. – С. 129–133.

7. Брюхин, А. Е. Нарушения пищевого поведения: следует ли их расценивать как расстройства пограничного или психотического уровня / А. Е. Брюхин // *Материалы XVI Съезда психиатров России, Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», г. Казань, 23–26 сентября 2015 г. / Российский университет дружбы народов ; ред.: Н. Г. Незнанов.* – Казань, 2015. – С. 504.

8. Хохлов, Л. К., Григорьева, Е. А. Нервная анорексия как расстройство многофакторной природы / Л. К. Хохлов, Е. А. Григорьева // *Материалы XVI Съезда психиатров России, Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», г. Казань, 23–26 сентября 2015 г. / Российский университет дружбы народов ; ред.: Н. Г. Незнанов.* – Казань, 2015. – С. 597–598.

9. Казакова, С. Е. Нозологическая принадлежность нервной анорексии / С. Е. Казакова // *Психиатрия, неврология и медицинская психология.* – 2014. – № 1(1). – С. 16–19.

10. Stewart, M. C. Stigmatization of anorexia nervosa / M. C. Stewart, P. K. Keel, R. S. Schiavo // *International Journal of Eating Disorders.* – 2006. – Vol. 39. – № 4. – P. 320–325.

Поступила 21.09.2020 г.