

С. Н. Шубина<sup>1</sup>, О. А. Скугаревский<sup>2</sup>

## **НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ: ОБЗОР И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»  
г. Минск, Республика Беларусь<sup>2</sup>*

---

*В настоящей работе приводится разбор клинического случая у медицинского работника и обзор литературы, посвященный актуальной проблеме – нервной анорексии, а также обсуждается клиничко-социальная значимость проблемы, ее актуальность, сложности лечения и диагностики с шизофренией. Анализ источников литературы показывает, что несмотря*

на то, что нервной анорексии посвящено множество работ разных авторов, до настоящего времени спорным остается её нозологическая принадлежность. Авторы рассматривают эту проблему с учетом современных знаний и рекомендаций относительно нервной анорексии. Детально проанализирован клинический случай выявления и лечения нервной анорексии в условиях стационара у медицинского работника. Также освещены некоторые вопросы истории изучения нервной анорексии.

**Ключевые слова:** нервная анорексия, шизофрения.

**S. N. Shubina, O. A. Skugarevsky**

### **ANOREXIA NERVOSA: REVIEW AND CLINICAL CASE WITH A HEALTHCARE PROFESSIONAL**

*This paper provides an analysis of the clinical case in a medical worker and a review of the literature related to the topical problem – anorexia nervosa. The paper also touches upon the clinical and social significance of the problem, its relevance, complexity of treatment and diagnostics when it is associated with schizophrenia. The analysis of literature sources demonstrates that regardless of the existence of numerous works by various authors devoted to anorexia nervosa, its nosological nature remains controversial. The authors consider this problem, with the current knowledge and recommendations in relation to anorexia nervosa being taken into account. The clinical case with the detection and treatment of anorexia nervosa in clinical setting in a healthcare professional is analyzed in detail. Various issues of the history of anorexia nervosa study are highlighted as well.*

**Key words:** anorexia nervosa, schizophrenia.

**Н**ервная анорексия (АН) представляет собой опасное для жизни психическое расстройство, характеризующееся искаженным образом собственного тела и постоянным ограничением потребления пищи, приводящим к снижению массы тела, часто путем применения дезадаптивного компенсаторного поведения [1].

Оценивая исторические сведения о нарушениях пищевого поведения, необходимо указать, что нервная анорексия вначале возникала на религиозной почве. Так, известна святая Катерина из Сиены, худевшая по мере роста авторитета и святости. В период Реформации в Нидерландах (XVI в.) жила божественная дева Ева Фляйген, которая была очень худой, являясь идеалом гуманности и неземной чистоты. В истории медицины были случаи худеющих девушек (Сара Якобс), «уэльской худеющей девушки» в эпоху королевы Виктории (70-е гг. XIX в.), когда впервые обозначился переход от похудения как божественного знака к патологической худобе как медицинской проблеме [2].

Любопытно, что до классических описаний женской нервной анорексии, выполненных W. Gull (1868) и Ch. Lasegue (1872), нервная анорексия у мужчин была зафиксирована Р. Мортон в 1694 г. [3].

Диагноз нервная анорексия начал использоваться врачами в начале XX в. Очень подробные

отчеты о физических проявлениях нервной анорексии были представлены Т. Allbutt в начале XX в. [3, 4].

Наряду с ограничением в еде с целью коррекции внешности больными также используются другие способы похудения (физические упражнения, применение слабительных и мочегонных средств, использование клизм). В процессе ограничения в еде развивается кахексия с выраженными дистрофическими и гормональными нарушениями, миокардиодистрофией, желудочно-кишечной патологией, железодефицитной анемией, нарушениями водно-электролитного баланса и другими признаками алиментарной дистрофии, вплоть до возможности летального исхода. Также в структуре вторичных сомато-эндокринных нарушений наступает аменорея. В динамике данного заболевания возможно развитие булимической симптоматики в виде возникновения периодов сильного чувства голода, невозможности насыщения с перееданием и нередко последующим вызыванием рвот [5–8].

Этиология расстройств пищевого поведения является сложной и, вероятно, включает взаимодействия между социальными, генетическими, биологическими, психологическими и культурными факторами (Lilenfield et al., 2000). В некоторых обзорах подчеркивается роль личностных особенностей в расстройствах пищевого поведения (Wonderlich and Mitchell, 2001). Авторы

предполагают, что наиболее важные проблемы исследований в этой области – это роль личности как причинного фактора в начале расстройства пищевого поведения и потенциальное влияние личности на лечение. И нарциссическое расстройство личности, и пограничные личностные черты по данным литературы были связаны с булимией. Напротив, ограничительное отношение к еде и низкий индекс массы тела (ИМТ) были связаны с подавленной формой нарциссизма (которая включает в себя установление интересов других людей выше своих собственных). Большая часть литературы на сегодняшний день показывает отношения между нервной анорексией и обсессивностью, перфекционизмом, отсутствием гибкости (например, Braun et al., 1994; Klump et al., 2000; Vitousek and Manke, 1994). Другие авторы предположили, что нарциссизм является ядром особенности личности при расстройствах пищевого поведения (например, Джонсон, 1991; Роннингстам, 1996; Steiger et al., 1997). Определенная степень нарциссизма имеет важное значение для поддержания самооценки (Davis et al., 1997). Однако чрезмерное использование нарциссической защиты или чрезмерного подавления нарциссизма может стать патологическим (O'Brien, 1987). В клинических условиях эта информация может быть использована в психотерапии [9].

Клинико-социальная значимость проблемы определяется тем, что это заболевание возникает в препубертатном и пубертатном возрасте (преимущественно у девочек) и приводит к выраженной учебной и социальной дезадаптации больных (Коркина М. В. 1967, 1984, 1995, 2001, Сухарева Г. Е. 1955, 1969, 1974, Личко А. Е., 1989, Цивилько М. А. 1975, 2000, 2001, Исаев Д. Н., 1996, 2000).

Актуальность проблемы обусловлена ростом этой патологии в последние десятилетия, трудностями диагностики и лечения, отсутствием точно установленных клинических границ, склонностью больных к диссимуляции, несвоевременностью обращения пациентов к специалистам (порой через 3-4 года от начала похудения), малой курбельностью психопатологической симптоматики и трудностями при решении вопросов реабилитации больных. Тяжесть вторичных соматоэндокринных нарушений требует стационарного лечения по витальным показаниям [8, 10–12].

Следует подчеркнуть, что особенности проявления нервной анорексии изучены недостаточно и говорить об окончательно очерченных клинических границах не представляется возможным [13].

Так, Личко А. Е. (1985), основываясь на особенностях патогенеза, рассматривал это заболевание как эндореактивную пубертатную анорексию. Сухарева Г. Е. (1937) относила нервную анорексию к патологическим реакциям в переходном подростковом периоде. Исаев Д. Н. (1977), Поппе Г. К., Микиртумов Б. Е. (1978), Личко А. Е. (1985), Ушаков Г. К. (1987) – к патологическим развитиям личности. В большинстве зарубежных стран нервная анорексия и синдром анорексии при шизофрении рассматривались как абсолютно разные, независимые друг от друга психические заболевания, редко сочетающиеся друг с другом по случайным связям. При этом нервная анорексия относилась к типичным вариантам психосоматической патологии или к разновидности расстройств так называемого пищевого поведения (МКБ-10) (Crisp A. H., 1980; Garfinkel P. E., Gartner D. M., 1989) [14].

Российские психиатры рассматривали нервную анорексию как заболевание из круга пограничных психических расстройств, определяя ее, в частности, как патологическую реакцию пубертатного возраста (Новлянская К. А., 1958, Азеркович Н. Н., 1962, Лебединская К., 1967, Сухарева Г. Е., 1974, Ушаков Г. К., 1987), проявление известных невротозов (Кербиков О. В., 1971, Свядош А. М., 1982, Личко А. Е., 1985, Семке В. Я., 1988) или существование ее в динамике психопатий (Ганнушкин П. Б., 1933, Гиндикин В. Я., 1967). Коркиной М. В. нервная анорексия рассматривалась, с одной стороны, как самостоятельное заболевание в рамках пограничной психической патологии, с другой стороны, как проявление эндогенного процесса (Коркина М. В., 1961; Коркина М. В., Цивилько М. А., Мариллов В. В., 1986).

Необычный «странный» характер многих поведенческих и когнитивных проявлений нарушений пищевого поведения представляет иногда повод для дискуссии вокруг изолированной категории таких феноменов, как, например, vomitomania, которая относится к патологии влечений и характеризуется непреодолимым желанием вызывать рвоту, после которой больные испытывают чувство удовольствия и даже экстаз, либо попытки оценивать их в рамках других рубрик [13].

Гетерогенность клиники нарушений пищевого поведения с флюктуирующим ее характером требует поиска дополнительных диагностических возможностей, учитывая и то, что феноменология клинически значимых нарушений пищевого поведения (НПП) зачастую требует динамического наблюдения и дифференциального диагноза с расстройствами шизофренического спектра [15–17].

Современное понимание социально-когнитивного функционирования человека подразумевает его способность создавать представления об отношениях между ним самим и другими людьми с их последующим гибким использованием в процессе реализации социального поведения. Компоненты социально-когнитивного функционирования обычно включают восприятие, интерпретацию и генерирование ответа на эмоции, намерения и характерологические проявления других людей. Иными словами, социальные когниции включают набор навыков, которые индивид использует для понимания и эффективного взаимодействия с другими людьми. Теоретические и методологические подходы к исследованиям социально-когнитивных нарушений при таких нейропсихиатрических расстройствах как шизофрения предоставили возможность выделения ряда компонентов социальных когниций. Эмоциональный процессинг – аспект социальных когниций, касающийся в широком плане восприятия и использования эмоций для облегчения адаптивного функционирования; социальная перцепция – способность индивида выделять социальные переменные в контекстуальной информации и коммуникативных процессах, включая понимание ролей, правил и целей, которые типично характеризуют социальную ситуацию и управляют социальным взаимодействием; социальные знания – осведомленность ролями, правилами и целями, которые характеризуют социальные ситуации и управляют социальным взаимодействием; атрибутивные искажения – они касаются когнитивного стиля, с помощью которого индивид типично объясняет причины негативных и позитивных событий в своей жизни; «Теория разума» (атрибутивность психического статуса) – обычно отражает способность индивида предвосхищать намерения, характер и верования других людей (Leslie, 1987; Premack and Woodruff, 1978). Процессы, типично связанные с «теорией разума», включают способность к пониманию ложных убеждений, намеков,

помыслов, юмора, обмана, метафор, иронии. Описан когнитивный и эмоциональный компоненты данной теории (Tager-Flusberg and Sullivan, 2000) [18].

Известно, что больным шизофренией свойственны затруднения в идентификации или различении эмоций, наблюдаемых на статичных фотографиях или аудио- / видеопрезентациях. При этом этот дефицит оказывается значимо более выраженным в отношении определенных негативных (страх, отвращение), чем позитивных эмоций. Такого рода дефицит обработки эмоциональной информации подтверждается большой величиной эффекта, выявляется на ранних стадиях шизофренического процесса, относительно стабилен во времени и обнаруживается у лиц с высоким риском психоза [19, 20].

Исследования показывают значительные изменения в «теории разума» у больных шизофренией: отмечено полное разрушение эмоционального компонента, в то время как когнитивный компонент сохранился [21].

Некоторые авторы указывают, что социальные когниции пациенток с нервной анорексией значительно отличаются от здоровых лиц (отгороженность от социальных контактов) [22–26].

Нарушение социального функционирования предшествует тяжелым проявлениям расстройств пищевого поведения. Дисфункциональная «теория разума» при нарушениях пищевого поведения определяет «неадекватное считывание» намерений окружающих: трактовку их как враждебных, неадекватную внутреннюю картину болезни и плохой инсайт, напряженные отношения с окружающими [15, 16].

Существует ретроспективное исследование, анализирующее ответы матерей детей, страдающих нервной анорексией и шизофренией. Согласно результатам данного исследования в преморбиде у данных групп абсолютно у всех встречается снижение социальных контактов и гиперчувствительность [27].

Кроме того, неправильная интерпретация намерений людей из-за нарушения «теории разума» может привести к эмоциональным изменениям, в дальнейшем, к нарушению социального функционирования (Borda et al., 2011; Kyriacou, Easter and Tchanturia, 2009; Pascual, Etxebarria, Cruz and Echeburúa, 2011; Zaitsof, Fehon, and Grilo, 2009; Schmidt, Oldershaw and van Elburg, 2011).



Некоторые исследователи показали, что эмоциональный компонент «теории разума» у пациенток с нервной анорексией был значительно изменен в отличие от здоровых лиц, причем независимо от индекса массы тела, продолжительности болезни, уровня тревоги или депрессии (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, and Plumb, 2001; Russell, Schmidt, Doherty, Young, and Tchanturia, 2009). Oldershaw, Hambrook, Tchanturia, Treasure and Schmidt, 2010) продемонстрировали, что пациентки с нервной анорексией испытывают трудности в распознавании эмоций с чужого голоса, а также то, что положительные или отрицательные эмоции определяются хуже, чем нейтральные. Pollatos, Herbert, Schandry and Gramann (2008) определили, что пациентки с нервной анорексией на распознавание нейтральных эмоций затрачивают намного больше времени и периодически определяют нейтральные эмоции как положительные или отрицательные [28].

Ошибки в распознавания эмоций людей подтверждают и другие авторы (Kucharska Pietura и др., 2004; Zonnevillje-Bender et al., 2002). Russell T. A. и другие определили, что у пациентов с нервной анорексией нарушается восприятие эмоций других лиц и увеличивается время для их правильной интерпретации до, во время заболевания и в период ремиссии [29–31].

Другие исследования это опровергают (Kessler et al., 2006; Mendlewicz et al., 2005; Oldershaw et al. 2010; Kucharska Pietura, Gowda, and Midwinte, 2009). Это же мнение отражено в публикации Calderoni S., Muratori F., Leggero C. [32].

Дефицит исполнительного функционирования, типичный для шизофрении – является составным компонентом нейрокогнитивного дефицита в целом при этом расстройстве и оценивается на современном уровне диагностики как ключевая, первичная и независимая от лечения характеристика шизофрении. Исполнительские функции, в свою очередь, стали изучаться относительно недавно при нейропсихологических исследованиях (Lezak, 1982). Исполнительские функции определяют когнитивные процессы высшего уровня, такие как планирование, гибкость познавательных процессов, контроль поведения [33].

Существуют работы, согласно которым исполнительские функции пациенток с нервной анорексией, находящихся как в ремиссии, так и в рецидиве, в одинаковой степени отличались от здо-

ровых девушек по степени нарушения данных функций [34–39].

Некоторые исследователи определили изменения в исполнительских функциях у пациенток с нервной анорексией подобно таковым у лиц с синдромом Аспергера [40–42].

Кроме того, некоторые авторы описывают трудности в диагностике нервной анорексии из-за случаев коморбидной психиатрической патологии.

Так, согласно исследованиям канадских авторов, нарушения пищевого поведения коморбидны с аффективными и тревожными расстройствами в 74%, а с расстройствами личности в 68 % (в исследовании проходили участие 248 женщин с нарушениями пищевого поведения) [45].

Представляется разбор клинического случая нервной анорексии у медицинского работника, в котором показано существование коморбидной психиатрической патологии.

Иногда нарушения пищевого поведения встречаются среди работников медицинской сферы [11, 12].

Встречаемость случаев нервной анорексии среди лиц с медицинским образованием обнаружена и в проводимом нами сравнительном поперечном одномоментном исследовании в рамках научного проекта в 2012 г. и в 2016 г. (исследование проводилось в добровольной анонимной форме), в котором участвовали девушки и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование (60 человек); девушки и молодые женщины, страдающие нервной анорексией (60 человек); девушки и молодые женщины, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет (54 человека). Пациентки с нервной анорексией и шизофренией находились на лечении в психиатрическом стационаре; средний возраст респондентов  $\leq 30$  лет. В исследование не включались лица с первичными аффективными, органическими, невротическими расстройствами, также лица с эпилепсией, с зависимостями от ПАВ, с расстройствами личности и с умственной отсталостью. Так, с целью подбора группы контроля мы рассматривали участие 70 человек, которые являлись студентками медицинского вуза, причем 10 из них не вошли в данную группу, т. к. страдали актуальным нарушением пищевого поведения, протекавшим латентно.

Пациентка М., 29 лет, по специальности медсестра, была направлена 1-й раз на лечение в Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» в 2017 году в связи со следующей симптоматикой: снижение настроения, беспокойство, тревога, нарушение сна, снижение аппетита, боль за грудиной при употреблении пищи, «страх, что пища, поступившая в организм, может попасть в дыхательные пути», запоры, чувство тошноты, слабость, снижение веса на 25 кг за прошедший год, очистительного поведения в виде намеренного вызывания рвоты, использования мочегонных и желчегонных препаратов, а также самостоятельного ежедневного проведения очистительных клизм.

#### Анамнез жизни:

Наследственность М. психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Родилась в семье медиков единственным ребенком. В школе училась на «отлично». 11 классов закончила с золотой медалью. Поступила в медицинский университет, окончила 4 курса, затем бросила учебу в университете. Работала медсестрой. В настоящее время не работает 1 год. Не замужем, детей нет. Проживает с матерью и отцом. Отношения в семье пациентка характеризует как конфликтные: «мама очень плохой человек, неласковая, злая, с нами вообще 3 года не жила...»

Из анамнеза заболевания: нарушения в пищевом поведении пациентки родственники отмечают с 2005 года, когда впервые похудела на 10 кг (известно, что пациентка слышала от одноклассников обидные замечания и насмешки во время учебы в школе). Исключила из рациона мучные продукты, шоколад, жареные блюда. Была убеждена, что попытки похудеть «помогут стать более совершенной». За годы болезни состояние ухудшилось: рвоты, прием слабительных и мочегонных препаратов приобрели постоянный характер, иногда это был непрерывный процесс, длительностью до суток. А также ежедневно стала делать себе очистительные клизмы. Считает, что медицинское образование позволяет ей контролировать прием препаратов и «очищающие» манипуляции. Большую часть свободного времени пациентка проводила, катаясь на велосипеде. После того, как бросила учебу в университете, снизился аппетит, мало ела (1 раз в день, причем пищевой рацион включал 1 грушу и 1 яблоко),

продолжала интенсивно заниматься велоспортом. За последний год похудела до 35 кг, при росте 165 см, ИМТ = 12,9 кг/м<sup>2</sup>. Этот вес большую вполне устраивал. Практически после каждого приема пищи пациентка вызывала рвоту. За медицинской помощью пациентка долгое время не обращалась.

Объективно при поступлении (2017 г.):

Выглядит старше своего возраста. Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Охотно пришла на беседу, при беседе периодически плачет. Доступна продуктивному контакту. Речь тихая. Выражение лица печальное. На вопросы отвечает односложно, свои переживания до конца не раскрывает. Во время осмотра часто говорит: «Я сама все понимаю, я практически врач, но считаю, что все же мне нужна помощь», что говорит о нарциссической личностной позиции. Жалуется на слабость, тошноту и рвоту после еды, страх перед полнотой. Охотно рассказывает о своем пищевом поведении. В процессе беседы демонстративна. Эмоционально лабильна. Фон настроения неустойчив. Тревожна, раздражительна. Внимание несколько рассеянное. Мышление последовательное. Оформленных бредовых идей и обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Вне суицидальных и агрессивных тенденций на момент осмотра. Ищет помощи. Мотивирована на дальнейшее лечение. Соглашается с необходимостью приема медикаментов.

Соматический статус: Телосложение правильное. Дефицит массы тела (ИМТ = 12,9 кг/м<sup>2</sup>, рост – 165 см, вес – 35 кг). Кожные покровы чистые. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД = 85/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул – частые запоры. Диурез в норме. В общем анализе крови отмечено снижение гемоглобина – 92 г/л и гематокрита – 26 %, в биохимическом анализе крови – снижение белка – 55,5 г/л и некоторое повышение холестерина – 6,6 ммоль/л. Общий анализ мочи без отклонений от нормы. На ЭКГ – синусовая брадикардия, ЧСС 54 уд/мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Увеличенная нагрузка на правое предсердие. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Данные психологического обследования:

Объем внимания хороший, незначительные колебания внимания. Оперативная и смысловая память соответствуют нормативным стандартам.

Абстрагирование проявляется как на высоком, так и на среднем уровне. Речь монотонна, употребляет короткие фразы в беседе, при связи заданий с тематикой еды отмечается наличие большей эмоциональности речи. Часть ответов формальна. Уровень обобщения неровный. Снижение уровня социальной адаптации и общей продуктивности, растерянность. На первый план выступают эмоционально-личностные нарушения в виде беспокойства, страхов, ипохондрической фиксации с уходом от решения проблем; имеют место также дисморфобические переживания с наличием сверхценных образований, связанных с пищевым поведением, легко вспыхивающая раздражительность, склонность к снижению социальных контактов, которые отмечаются у эмоционально незрелой, эгоцентричной личности, а также выявлены демонстративные и зависимые черты. Рисунки стереотипны и просты. Снижение мотивационной сферы.

Диагноз основной: Нервная анорексия F50.0. Смешанное расстройство личности F61.0.

Диагноз сопутствующий: Хронический гастрит, неполная ремиссия. Дефицит массы тела (ИМТ = 12,9 кг/м<sup>2</sup>). Дисметаболическая миокардиодистрофия, Н0. Атопический дерматит. Анемия средней степени тяжести. Вторичная алиментарная аменорея.

На фоне проводимого лечения флувоксамин, групповой, индивидуальной и семейной психотерапией состояние пациентки заметно улучшилось к моменту выписки из стационара: упорядочилось поведение, выровнялся фон настроения, нормализовался сон и аппетит, уменьшился контроль массы тела, ИМТ составил 15,5 кг/м<sup>2</sup>.

Рекомендовано наблюдение гинеколога, терапевта, эндокринолога, психиатра по месту жительства, рациональное питание, занятие физкультурой, дальнейшая групповая, индивидуальная, семейная психотерапия.

### Обсуждение

Случай пациентки М. демонстрирует, как нежелание обращаться за медицинской помощью затрудняют раннюю диагностику нарушений пищевого поведения (12 лет пациентка М. не обращалась за квалифицированной медицинской помощью), а также существование коморбидной психиатрической патологии (коморбидность с расстройством личности).

Также случай пациентки М. подтверждает данные литературы, согласно которым среди врачей и среднего медицинского персонала встречаются лица с психическими расстройствами. Так, например, результаты проведенного клинико-эпидемиологического исследования Забайкальского края показали достаточно высокую распространенность у медицинских работников различных симптомов невротического регистра: у каждого третьего имелись отдельные симптомы невротической депрессии (37,8 %); у каждого четвертого – тревожные (24,5 %) либо астенические расстройства (23,5 %); у каждого пятого – вегетативные расстройства (22,7 %) либо нарушения истерического типа (20,8 %), а у каждого шестого врача были выявлены симптомы обсессивно-фобических нарушений (17,3 %). Кроме того, были выявлены так называемые пограничные (доболезненные) проявления невротических расстройств. Из них по частоте встречаемости следует выделить астенические – (20,9 %), затем – истерические (17,3 %), тревожные (14,1 %) и обсессивно-фобические (14,0 %) и, на последнем месте – депрессивные (8,4 %) и вегетативные расстройства (4,7 %). Распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди медицинских работников составила 10,6 %, в том числе синдром зависимости от алкоголя – 2,6 % [46].

Согласно данным российских исследовательниц уровень смертности медицинских работников в возрасте до 50 лет, на 32 % выше, чем в среднем в Российской Федерации [47].

Таким образом, феноменология клинически значимых нарушений пищевого поведения требует динамического наблюдения. Несмотря на то, что нервной анорексии посвящено множество работ разных авторов, до настоящего времени спорным остается её нозологическая принадлежность [47–50]. Кроме того, необходимо учитывать и существование коморбидной психиатрической патологии. Необходимы дальнейшие исследования в этом направлении, а также разработка методологических подходов и усовершенствование дифференциально-диагностических методик для оценки синдрома анорексии в клинике психических и поведенческих расстройств.

*С использованной литературой можно ознакомиться в редакции.*

Поступила 14.12.2019 г.