



Л.М. Лев³, В.О. Андреева¹, В.Г. Заика², А.С. Андреев³, Н.В. Ткаченко³

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТИПИЧНОЙ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЛИГО-АМЕНОРЕЕЙ

¹Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии
Россия, 344013, г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, 43. E-mail: lubalev@mail.ru

²Ростовский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер.Нахичеванский, 29.

³Ростовский филиал ГКУЗ «Психоневрологический диспансер» Ростовской области.
Россия, 344013, г. Ростов-на-Дону, ул. Гайдара, 1а

Цель: на основании изучения особенностей клинической картины выявить диагностические критерии атипичной нервной анорексии (НА) для своевременной диагностики и лечения НА у девочек-подростков с олиго-аменореей.

Материалы и методы: I группа - 18 пациенток с атипичной НА, II группа - 22 пациентки с диагнозом типичной НА. Возраст обеих групп 16 (18; 14) лет. Индекс массы тела I группы - 14,55 (17,34; 10,2), II - 15,6 (17,5; 11,6). Группа контроля - 20 девочек-подростков. Проводилось клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое исследование, психометрическое шкалирование.

Результаты: выявлены различия в клинике типичной и атипичной НА на различных этапах болезни, более высокая эффективность лечения выявлена у пациенток с типичной НА.

Выводы: необходим дальнейший поиск объективных критериев атипичной НА для своевременной диагностики НА, а также для дифференциальной диагностики НА с другими заболеваниями, сопровождающимися дефицитом массы тела и олиго-аменореей.

Ключевые слова: атипичная нервная анорексия, олиго-аменорея, сверхценная дисморфоманическая идея, обсессивно-компульсивные расстройства, аффективные расстройства.

L.M. Lev³, V.O. Andreeva¹, V.G. Zaika², A.S. Andreev³, N.V. Tkachenko³

CLINICAL FEATURES OF ATYPICAL ANOREXIA NERVOSA IN ADOLESCENT GIRLS WITH OLIGO-AMENORRHEA

¹Rostov Scientific-Research Institute of Obstetrics and Pediatrics
43, Mechnikova Str., Rostov-on-Don, 344013, Russia. E-mail: lubalev@mail.ru

²Rostov State Medical University, Department of Psychiatry
29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia.

³Rostov branch «Mental hospital» Rostov region.
1a, Gaydara Str., Rostov-on-Don, 344013, Russia

Purpose: Based on the study of clinical features to identify diagnostic criteria for atypical anorexia nervosa (AN) for timely diagnosis and treatment in adolescent girls with oligo-amenorrhea.

Materials and methods: I group - 18 patients with atypical AN, II group - 22 patients with a diagnosis of typical AN. The age of both groups 16 (18; 14) years. The body mass index I of group - 14,55 (17,34; 10,2), II - 15,6 (17,5; 11,6). Control group - 20 teenage girls. Conducted clinical-psychopathological, experimental psychological research, psychometric scaling.

Results: differences in the typical and atypical clinic AN at different stages of the disease, higher efficiency of treatment was found in patients with typical AN.

Summary: needs further search of objective criteria for atypical AN timely diagnosis and differential diagnosis of AN with other diseases associated with underweight and oligo-amenorrhea.

Keywords: atypical anorexia nervosa, oligo-amenorrhea, dismorphomaniacal idea, obsessive-compulsive disorder, affective disorder.



Введение

Нервная анорексия (НА), согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Распространенность НА среди девочек-подростков составляет от 0,5 до 1 % и, к сожалению, имеет тенденцию к росту [1], что обуславливает актуальность проблемы. Кроме того, низкая курабельность и несвоевременная диагностика, в связи с учащением появления атипичных форм НА приводят к неблагоприятному репродуктивному и витальному прогнозу [2]. В настоящее время исследователями предпринимаются попытки выявить «сверххранние» предикторы НА для разработки комплексных мероприятий эффективной превентивной диагностики и профилактики данного расстройства [3]. В этом плане атипичная НА является сложной проблемой в связи с отсутствием четких диагностических критериев, слабой выявляемостью среди девочек-подростков и неблагоприятными прогностическими тенденциями. Критериями атипичной НА являются отсутствие одного или более из ключевых признаков НА, такие как аменорея, значительная потеря веса, или отмечаются все ключевые симптомы, но только в легкой форме. В последние годы внимание исследователей привлекают атипичные формы НА, где отсутствуют дисморфобические переживания, а отказ от еды обусловлен другими причинами, или дисморфомания не связана с переживаниями избыточности массы тела [4]. Вместе с тем, в доступной литературе не обнаружено данных об особенностях клинической картины атипичной НА на разных этапах ее течения. Сложными остаются проблемы дифференциальной диагностики данного расстройства с другими заболеваниями, ассоциированными с дефицитом массы тела и нарушением менструального цикла [5]. Не определены диагностические и прогностические критерии аноректического и этапа редукции атипичной НА. В связи с этим актуальным является изучение клинической картины различных этапов атипичной НА, а также исследование предрасположенности в аспекте взаимосвязи эндокринных, соматических и психических расстройств.

Цель исследования. На основании изучения особенностей клинической картины, выявить диагностические критерии атипичной НА для своевременной диагностики и лечения данного расстройства у девочек-подростков с олиго-аменореей.

Материалы и методы

Обследованы 40 девочек-подростков в возрасте 16 (18; 14) лет с диагнозом НА и с нарушением менструального цикла по типу вторичной олиго-аменореи. В исследование включались пациентки с синдромом типичной и атипичной НА в рамках невротического расстройства. Критериями исключения являлись наличие эндогенного психического заболевания и расстройств личности. Основную группу (I группа) составили 18 человек с клиническими проявлениями соответствующими критериям атипичной НА МКБ-10 (F50.1), со средним значением ИМТ 14,55 (17,34; 10,2). Для данной категории пациенток основными критериями, согласно МКБ-10, служили отсутствие одного или более из ключевых признаков НА (F50.0), таких как аменорея или значительная потеря веса, а также для тех случаев, в которых отмечались все ключевые симптомы, но только в легкой форме. В группу сравнения (II группа) включены 22 человека с типичными проявлениями НА. Данные пациентки первично обратились к гинекологу по поводу аменореи, на-

ступившей после преднамеренного снижения массы тела. Индекс массы тела (ИМТ) девочек при первичном обращении в среднем составлял 15,6 (17,5; 11,6).

Обе группы были обследованы при первичном обращении - на аноректическом этапе и через 3 месяца от начала лечения - на этапе редукции НА. Пациенткам обеих групп в течение 3-х месяцев проводилось комплексное лечение, направленное на коррекцию метаболических расстройств и нормализацию массы тела, а также, включавшее психофармакотерапию тиоридазином, вальпроевой кислотой, клоназепамом. Подтверждением начала обратного развития основного психопатологического синдрома явилась установленная дезактуализация сверхценной дисморфомантической идеи, что проявлялось появлением формальной критики к своему состоянию и возникновением возможности успешного внешнего контроля за пищевым поведением девочек.

В группу контроля вошли 20 здоровых девочек-подростков с нормальным ИМТ и регулярным менструальным циклом.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический с соматическим, неврологическим и лабораторным обследованием; антропометрический; расчет ИМТ при поступлении, еженедельно в динамике лечения и при выписке. Так же применялись экспериментально-психологический, катamnестический методы и психометрическое шкалирование: шкала депрессии Монтоммери-Асберга (MADRS), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна (Y-BOCS). Статистическое обоснование различий между выделенными группами пациенток проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни при максимальном допустимом уровне вероятности ошибки первого рода $p=0,05$. Расчеты проводились в среде пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Преморбидно пациентки первой группы в большинстве случаев (12 пациенток - 66,6%) - отличались замкнутостью, повышенной сензитивностью, склонностью к рефлексии, повышенной ответственностью, мнительностью, обидчивостью. У меньшей части - 4 девочек (22,2%) - отмечалось стремление к общению, повышенная чувствительность, тревожность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, отходчивость. Также имелись черты педантичности, брезгливости. У оставшейся части группы - 2 девочек (11,1%) - наблюдались психастенические черты характера. Пациентки второй группы в большинстве своем (16 пациенток 72,7%) - отличались общительностью, активностью, целеустремленностью, стеничными чертами характера, отчетливым «перфекционизмом» и ответственностью во всем, что касалось реализации жизненных целей, были мало подвержены влиянию микросоциальной группы, в данной группе превалировал эпилептоидный радикал личности. У меньшей части этой группы - 4 пациенток (18,2%) - являлись тревожно-мнительные черты характера, девочки были обязательными, исполнительными и ответственными, стремились к общению. Оставшаяся часть группы - 2 девочки (9,09%) - имела равномерно распределенные различные личностные радикалы (истерический, астенический). Следует отметить, что личностные особенности всех девочек не превышали, как правило, уровень акцентуации и не мешали адаптации пациенток в обществе и микросоциальной группе.



При изучении анамнеза заболевания I группы выявлено, что инициальный период [6], возникающий до первых клинических симптомов атипичной НА, был выявлен у 2 пациенток (11,1%) за 1,5-2 года до дисморфоманического этапа, при этом отмечалась повышенная сензитивность, колебания настроения, раздражительная бестактность. Данный период приходился на возрастной отрезок 13-14 лет. Психотравмирующие ситуации, предшествующие НА, отмечались у 2 пациенток (11,1%), что приводило к формированию в дальнейшем дисморфофобических переживаний. Во II группе инициальный период был выявлен у 10 пациенток (45,5%) за 1,5-2 года до дисморфоманического этапа, с теми же клиническими проявлениями, что и у пациенток I группы. Данный период приходился на возрастной отрезок 11-12 лет. Психотравмирующие ситуации, предшествующие НА во II группе, отмечались у 5 пациенток (22,7%).

Дисморфоманический этап атипичной НА, выявлялся у 6 пациенток (33,3%), протекал стерто и проявлялся дисморфоманическими идеями собственной внешности, слабовыраженными колебаниями настроения в сторону гипотимии – у 3 пациенток (16,6%), эпизодами реализации похудения – бег, тренажеры – 7 (38,8%), приемом слабительного чая – 5 (27,7%), а также незначительного ограничения в пище в 3 случаях (16,6%). Отчетливые дисморфоманические идеи на данном этапе отмечались у 2 пациенток (11,1%), в остальных случаях удалось выявить недовольство внешностью, переживания по поводу насмешек при отрицании конкретных физических недостатков.

Во II группе дисморфоманический этап выявлялся у 16 (72,7%) пациенток, протекал с явно выраженными дисморфоманическими идеями собственной внешности у 19 (86,3%) пациенток, колебаниями настроения в виде эмоциональной лабильности – у 6 (27,2%) пациенток, эпизодами реализации похудения – периодическое ограничение в пище – 12 (54,5%), а также эпизодами физических нагрузок в 6 (27,2%) случаях.

Проявления аноректического этапа в I группе возникали от 1,5 месяцев до 2-х лет от начала болезни, в среднем, через 14 месяцев. У 10 пациенток (55,5%) общая клиническая картина отличалась слабой выраженностью, не сопровождалась активными мерами похудения, наблюдалось лишь небольшое ограничение в рационе питания, а также отмечались соматические жалобы в виде дискомфорта в желудочно-кишечной тракте. Двое больных (11,1%) категорически отрицали применение каких-либо методов для похудения и жаловались на распирающие боли в животе при приеме пищи, 9 пациенток (50%) диссимулировали свое состояние. Активно высказывали дисморфоманическую идею 4 пациентки (22,2%) (табл. 1). Аффективные нарушения возникали от 6-ти месяцев до 2-х лет от начала НА, в среднем, через 10 месяцев от начала НА и отмечались у 6 пациенток (33,3%) (табл. 1); в виде эпизодов гипотимии – у 4-х (22,2%) и тревожного субдепрессивного синдрома у 2-х (11,1%) больных. Обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР), проявляющиеся у данной категории больных в виде навязчивой идеи занятий физическими нагрузками и последующим постепенным формированием компульсивной симптоматики при отрицании уменьшения объема пищи и слабо выраженных дисморфоманических расстройств, отмечались у 16 (88,8%) пациенток (табл. 1) и, во многом, определяли клиническую картину болезни. До начала первой реализации эпизодов у 11 пациенток (61,1%) отмечались признаки иллюзорно-компенсаторного поведения. Синдром психофизической зависимости у всех больных с наличием ОКР в виде усиления физических нагрузок с формированием ри-

туалов проявлялся труднопреодолимым стремлением к реализации аномального влечения, а также непосредственной реализацией эпизода. У 5-ти больных активная мера похудения начиналась с уменьшения объема рациона питания – 27,7%, 1 пациентка (5,5%), помимо выше перечисленных методов похудения, использовала слабительные средства, 2 (11,1%) – применяли клизмы, двое пациенток (11,1%) – применяли БАДы, направленные на снижение веса. У 3-х (16,6%) больных отмечались эпизоды булимии. У 1 больной (5,5%) обсессивное влечение погашалось при перемене обстановки и усиливалось при возврате в привычную среду. У всех пациенток с ОКР психофизический комфорт был предостановлен своеобразным уходом от психоэмоционального дискомфорта. У 15 пациенток (83,3%) выявлялась сомато-вегетативная дисфункция: у 13-ти (72,2%) на аноректическом этапе отмечалось дискинезия желчевыводящих путей, признаки хронического гастрита, у 2 (11,1%) выявлялись цефалгии. Нарушение менструального цикла возникало в период от 4 месяцев до 2 лет от начала болезни, в среднем, через 13 месяцев.

Проявления аноректического этапа типичной НА возникали от 2 месяцев до 2-х лет от начала заболевания, в среднем, через 8 месяцев. У 19 пациенток (86,3%) общая клиническая картина проявлялась активным стремлением к похудению в виде уменьшения объема пищи, ярко выраженными дисморфоманическими переживаниями (табл. 1), 3 пациенток (13,6%) активно диссимулировали состояние, отрицая какие-либо признаки болезни и наличие мер похудения. Аффективные нарушения возникали от 3-ти до 12-ти месяцев от начала НА, в среднем, через 5,5 месяцев от начала НА и отмечались у 10 пациенток (45,5%) (табл. 1); в виде эмоциональной лабильности у 6-х (27,3%), тревожно-субдепрессивных переживаний у 2 (9,09%) и эпизодов гипотимии у 2-х пациенток (9,09%). ОКР, проявляющиеся у данной категории больных в виде обсессивной идеи соблюдения диеты, а также занятий физическими нагрузками и последующей постепенным формированием компульсивных симптомов на фоне выраженных дисморфоманических расстройств отмечались – у 8-ми пациенток (36,4%) (табл. 1). У 5-ти (22,7%) больных активная мера похудения начиналась с занятия спортом, 3 пациентки (13,6%) использовали в качестве мер для похудения прием слабительных средств, 1 пациентка (4,5%) – применяла клизмы. У 4-х (18,2%) отмечались эпизоды булимии. У всех пациенток выявлялась сомато-вегетативная дисфункция: расстройство сердечной деятельности у 5 (22,7%), у 18 пациенток (81,8%) на аноректическом этапе отмечалось дискинезия желчевыводящих путей, признаки хронического гастрита. Нарушение менструального цикла возникало в период от 3 месяцев до 2 лет от начала болезни, в среднем, через 7 месяцев.

На этапе редукации в I группе у 9-ти пациенток (50%) присутствовала астеническая симптоматика, у 8 (44,4%), несмотря на возобновление менструаций и повышение ИМТ, появление критики к состоянию, сохранялась фобия вновь набрать излишний вес и колебания дисморфофобической симптоматики. На данном этапе в первой группе на фоне проводимого лечения удалось добиться полной дезактуализации сверхценной идеи у 4 (22,2%), купирования аффективных нарушений у 5 (27,7%), а ОКР у 6 (33,3%) пациенток (табл. 1).

Во II группе на этапе редукации у 4 пациенток (18,2%) присутствовала астеническая симптоматика, у 5 (22,7%), сохранялась фобия вновь набрать излишний вес и колебания дисморфофобической симптоматики. На данном этапе во второй группе на фоне проводимого лечения произошла



деактуализация сверхценной идеи у 17 (77,3%), купирования аффективных нарушений у 9 (40,9%), а ОКР у 6 (27,3%) пациенток (табл. 1).

На этапе редукции НА в обеих группах удалось добиться восстановления менструального цикла, ИМТ на данном этапе составил, в среднем, 19,02 кг/м² (20,3; 18,4), таким об-

разом, прибавка ИМТ составила, в среднем, 4,47 кг/м² по сравнению с аноректическим этапом. На этапе редукции в обеих группах статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшился средний суммарный балл по всем психометрическим шкалам (табл. 2).

Таблица 1

Психопатологические симптомы на аноректическом этапе и эффективность купирования симптомов на этапе редукции атипичной и типичной НА

Группы	Сверхценная дисморфоманическая идея n, %	Аффективные расстройства n, %	ОКР n, %
I группа аноректический этап (n = 18)	4 (22,2%)	6 (33,3%)	16 (88,8%)
I группа этап редукции (n=18)	- (0%)	1 (5,55%)	10 (55,5%)
II группа аноректический этап (n=22)	19 (86,3%)	10 (45,5%)	8 (36,4%)
II группа этап редукции (n=22)	2 (9,09%)	1 (4,54%)	2 (9,09%)

Таблица 2.

Динамика среднего суммарного балла (ССБ) по данным психометрических шкал депрессии и тревоги и обсессивно-компульсивной шкалы

Группы/ССБ	MADRS	HADS тревога/депрессия	Y-BOCS
I группа аноректический этап (n=18)	21,36	10,27/9,1	11,46
I группа этап редукции (n=18)	13,7	7,53/7,2	7,8
II группа аноректический этап (n=22)	20,3	9,58/8,48	11,67
II группа этап редукции (n=22)	10,07	5,35/5,35	2,27
Уменьшение ССБ (%) в первой группе	35,9%	26,7%/20,9%	32%
Уменьшение ССБ (%) во второй группе	50,4%	44,2%/36,9%	80,5%

При катамнестическом исследовании было выявлено, что в первой группе у 5 (27,7%) пациенток произошли рецидивы заболевания в течение 6 месяцев, у 3 (16,6%) повторная госпитализация наступила менее чем через год после окончания настоящего стационарного лечения. Из 22 пациенток второй группы у 4 пациенток (18,2%) в течение 6 месяцев после получаемой терапии произошли рецидивы заболевания. По данным катамнеза выявлено, что у 55% пациентов первой и 75% второй групп проводимое лечение была эффективным, и привело к нормализации пищевого поведения, аффективного статуса и соматического состояния.

По литературным данным, преморбидными особенностями больных НА [7] является чрезмерная аккуратность, пунктуальность, ригидность, эмоциональную незрелость с повышенной зависимостью от родителей, склонность к навязчивым сомнениям, стремление к самоутверждению в сочетании с неспособностью к принятию самостоятельных решений, а также склонность к уединенному приему пищи и практикуемые в семье установки на ограничение ее объема. В нашем исследовании при ати-

пичной НА, в отличие от преморбиды при типичной НА, где удельный вес в исследовании пришелся на эпилептоидный и истерический радикалы, в большей степени превалировал сензитивный радикал личности в сочетании с повышенной обидчивостью, склонностью к интрапунитивному реагированию. Данное сочетание во многом определяло клиническую картину болезни, диссимулятивное поведение. В настоящее время для ранней диагностики нарушений пищевого поведения исследуются предикторы нарушений пищевого поведения, проводится оценка психологических факторов риска инициации пищевых расстройств, а также оценивается распространенность, так называемой, аноректической готовности среди молодых женщин [3]. Также, проведенное в последние годы генетическое и нейровизуализационное исследование, выявляет фенотипические особенности и нейropsychологические характеристики, которые предшествуют проявлениям симптомов у детей с повышенным риском НА [8]. На наш взгляд вышеприведенные исследования, а также выявление факторов predisпозиции и факторов риска (наследственности, преморбиды) могло бы способ-



ствовать ранней диагностике атипичной НА и профилактике осложнений, связанных с данным заболеванием. В клинике аноректического этапа синдрома атипичной НА преобладают симптомы ОКР, что согласуется с данными авторов [4], указывающими, что при атипичной НА, где отсутствуют дисморфофобические переживания, отказ от еды, зачастую превалируют ОКР симптоматика, или дисморфомания не связана с переживаниями избыточности массы тела. Также современные исследования [9] указывают на большой процент у больных с атипичными расстройствами пищевого поведения и расстройством менструального цикла наличия коморбидной депрессивной симптоматики, высокой эффективности антидепрессантов СИОЗС и краткосрочной психодинамической психотерапии в лечении данных расстройств. В нашем исследовании аффективные нарушения при атипичной НА возникали у 33,3% пациенток, что подтверждается вышеприведенным исследованием. На этапе редукции НА признаками положительного эффекта терапии явилось восстановление менструального цикла и повышение ИМТ. Согласно ранее проведенным исследованиям [5], пациентки, перенесшие НА, после восстановления менструальной функции являются группой риска по возобновлению как расстройств менструального цикла, так и специфических расстройств пищевого поведения. Набор и стабилизация заданного веса, восстановление менструального цикла являются лишь формальными признаками наступления выздоровления, в силу того, что сохраняются как нейро-эндокринно-метаболические нарушения регуляции репродуктивной системы, так и ведущие обязательные психопатологические симптомы НА, такие как наличие сверхценной идеи, которая на данном этапе

дезактуализирована. Все это позволяет оценивать описанное состояние как ремиссию, требующую проведения дальнейшего наблюдения у гинеколога, эндокринолога и психиатра [5]. На основании вышеперечисленного, мы считаем целесообразным продолжение психофармакотерапии на этапе редукции как типичной, так и атипичной НА, несмотря на восстановление менструального цикла и набор массы тела.

Таким образом, на основании результатов исследования, можно сделать вывод, что определенными клиническими особенностями атипичной НА у девочек-подростков с олиго-аменореей может являться преобладание сензитивного радикала личности в преморбиде, редкая выявляемость и стертость клинической картины инициального и дисморфоманических этапов болезни, преобладание дисморфофобических переживаний и эпизодов ОКР на этапе редукции атипичной НА. Прогностически менее благоприятным в плане эффективности терапии являются сензитивный радикал личности с интрапунитивным реагированием и преобладание симптомов ОКР в виде физических нагрузок в клинической картине аноректического этапа атипичной НА. Более высокая эффективность лечения по результатам исследования была достигнута у пациенток с типичной формой НА, что, возможно, обусловлено более ранней диагностикой, в связи с отчетливой клинической картиной и преморбидными особенностями в виде эпилептоидного радикала личности. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего поиска объективных критериев атипичной НА для своевременной диагностики данного расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазаева Н.А., Осипова А.А. Нервная анорексия проблема далекая от разрешения // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Том. 107, № 10. – С. 85-94.
2. Самочатова Н.В., Осипова А.А. Аменорея у больных нервной анорексией // Проблемы репродукции. – 2009. – № 1. – С. 46-51.
3. М.В. Балаи, А.Г. Жилаев Диагностика сверххранных признаков расстройств пищевого поведения у женщин // Вестник РГГУ. – 2012. – Том. 95, №15. – С. 233-239.
4. Брюхин А.Е., Ушкалова А.В. Атипичная нервная анорексия у мужчин // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2007. – № 7. – С. 59-61.
5. Андреева В.О., Шабанова Л.Ю., Зинкина Е.В., Андреева А.А., Е.Н. Роль нейрпептида Y в патогенезе репродуктивных расстройств у пациенток с нервной анорексией // Российский Вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Том. 8, № 3. – С. 20-24.
6. Коркина М.В. Нервная анорексия / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилов. – М.: Медицина, 1986. – 171с.
7. Осипова А.А., Самочатова Н.В. Репродуктивные возможности женщин, болеющих нервной анорексией // Проблемы репродукции. – 2007. – № 5. – С. 63-67.
8. Desocio J.E. The neurobiology of risk and pre-emptive interventions for anorexia nervosa // Child and Adolescent Psychiatric Nurses. 2013. Vol.1. № 26. P. 16-22.
9. Бронфман С. А., Агарков В. А.Ю., Кудяева Л. М. Эффективность краткосрочной психодинамической психотерапии в лечении функциональных расстройств менструального цикла у пациенток раннего репродуктивного возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – Том. 74, №5. – С. 65-69.

ПОСТУПИЛА 00.00.2013