***Содержание***

Введение

1. Общая характеристика нарушений пищевого поведения

1.1 Понятие и сущность пищевого поведения

1.2 Виды нарушений пищевого поведения

2. Характеристика сущности и психологических особенностей больных анорексией

2.1 Общая характеристика анорексии как нарушения пищевого поведения

2.2 Этапы развития анорексии

2.3 Особенности больных анорексией

3. Особенности лечения анорексии

Заключение

Список использованной литературы

***Введение***

Актуальность исследования. Ухудшение социальной среды и резкий рост вредных психологических воздействий привело к значительному распространению нервно-психических и соматических заболеваний, в механизме которых большую роль играют эмоциональные факторы, то есть болезней, которые называются психосоматическими. В круг этой патологии принято включать различные нарушения функций органов и систем, и в последнее время к "классическим психосоматозам" (нейродермит, бронхиальная астма, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, инфаркт миокарда и др.) присоединились нарушения пищевого поведения в виде нервной анорексии, нервной булимии и некоторых форм психогенного ожирения. Проблема нарушений пищевого поведения в современной медицине и психологии занимает особое место. С каждым годом в России медленно, но неуклонно растет число людей с различными вариантами патологии пищевого поведения, возрастает также количество обращений за медицинской и психологической помощью.

Нервная анорексия является заболеванием, относящимся к нарушениям пищевого поведения, и представляет собой сознательное ограничение в приеме пищи с целью похудения или даже полный отказ от еды с целью коррекции мнимой или резко переоцениваемой избыточной массы тела. Эта патология свойственна, главным образом, девочкам-подросткам (12-15 лет), но иногда встречается и у лиц мужского пола. Нередко случаи нервной анорексии встречаются и у детей младшего возраста. Значимость этого расстройства определяется не только его значительной распространенностью, но и опасностью для жизни. Уровень смертности при данном заболевании является самым большим по сравнению с другими психическими заболеваниями и достигает, по разным оценкам, 4-30%.

Синдром нервной анорексии встречается при различных формах психических заболеваний. Он может проявляться в рамках шизофрении и в рамках пограничных нервно-психических расстройств. Как правило, нарушения пищевого поведения сочетаются с целым рядом других психопатологических расстройств, таких как навязчивости, страхи, депрессивные нарушения и др.

Актуальность настоящего исследования обусловлена значительным ростом числа случаев заболевания в последние десятилетия, трудностями диагностики, неясностью механизмов патогенеза. Этим объясняется большой интерес к исследованию данного заболевания в мировой литературе, где изучаются разные нейробиологические аспекты синдрома нервной анорексии от нарушений мозгового метаболизма до морфологических изменений структур мозга с помощью МРТ-исследований. Синдром нервной анорексии приводит к развитию тяжелых соматических и метаболических нарушений и может быть использован для изучения патофизиологических аспектов пищевой депривации и взаимосвязи между психическими, эндокринными и соматическими нарушениями.

Степень исследования. Проблеме нарушения пищевого поведения и анорексии в частности посвящено множество трудов отечественных и зарубежных ученых. Типичным проявлением психосоматических расстройств является психическая, или нервная, анорексия, во всяком случае так считает большинство изучавших это заболевание исследователей. Его распространенность оценивается в общей популяции от 0,37 до 1,6 на 100 000 (Е.В. Безисюк, В.В. Марилов). Число заболевающих девушек в Швейцарии и Дании в возрасте от 15 до 20 лет составило 16 на 100 000 (М. Бауэр). В Великобритании частота нервной анорексии достигала 0,83% среди девушек 14-18 лет (В. Бройтингам), в ФРГ и Греции - 0,35-0,42% среди школьниц (Fichter М. М.). По И.Н. Гоготадзе, нервной анорексией страдает 1%д девушек 16-18 лет. Р. Gatfinkel и др. привели еще большую величину - 4% женщин в возрасте до 20 лет. В последние десятилетия число заболеваний нервной анорексией увеличивается (И.Г. Малкина-Пых).Д.Н. Исаев отмечает, что в последние 25 - 30 лет девочки с нервной анорексией стали поступать в психиатрическую клинику в 4-5 раз чаще.

Наряду с девушками нервной анорексии подвержены юноши и мальчики, однако они болеют в 5-20 раз реже (М.В. Коркина., В.В. Марилов). Некоторые авторы отмечают учащение заболеваемости и у них (Н. Пезешкиан).

Объект исследования - анорексия как нарушение пищевого поведения.

Объект исследования - психологические особенности при анорексии.

Основные задачи работы:

. Изучить понятие и сущность пищевого поведения.

. Рассмотреть виды нарушений пищевого поведения.

. Дать общую характеристику анорексии как нарушению пищевого поведения.

. Проанализировать этапы развития анорексии.

. Охарактеризовать особенности больных анорексией.

. Рассмотреть особенности лечения анорексии.

Практическая значимость работы. Результаты исследования могут быть использованы в психиатрической практике при нервной анорексии. Полученные данные позволяют использовать нейрофизиологические показатели для целей диагностики, в частности, а сформулированные методы психологической помощи больным анорексией могут быть использованы в психокоррекционной практике.

Структура работы. Работа состоит из введения, трех разделов с подразделами, заключения, списка использованной литературы, который насчитывает 35 источников. Основной текст работы изложен на 32 страницах.

больной анорексия пищевое нарушение

# ***1. Общая характеристика нарушений пищевого поведения***

# ***1.1 Понятие и сущность пищевого поведения***

Согласно оценкам экспертов ВОЗ, здоровье населения на 70% зависит от образа жизни, важнейшим фактором которого является питание. Рациональное питание обеспечивает нормальный рост и развитие, способствует профилактике заболеваний, продлению продолжительности жизни, повышению работоспособности, создает необходимые условия адаптации организма к изменениям окружающей среды. Исследование пищевого поведения как психологического фактора качества жизни человека обусловлено потребностями сегодняшнего дня. Решение практических задач требует всестороннего анализа и осмысления механизмов функционирования ценностного отношения человека к еде и ее приема.

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к еде и ее приему, стереотипы питания в обыденных условиях и в условиях стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа. Пищевое поведение является предметом комплексного исследования, а нарушения в пищевом поведении рассматривается как серьезная проблема многофакторной этиологии, угрожающая здоровью индивида.

Пищевое поведение человека оценивается как гармоничные (адекватные) или девиантные зависимости от многих параметров, в частности от места, которое занимает прием пищи в иерархии ценностей индивида, от качественных и количественных показателей питания, от эстетики. Важны факторы выработки стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса. Извечным вопросом о ценности питания является его связь с жизненными целями ("есть, чтобы жить или жить, чтобы есть"), учет роли пищевого поведения в становлении некоторых личностных характеристик (например, гостеприимство) .

Пищевое поведение - совокупность привычек, связанных с приемом пищи - наши вкусовые предпочтения, режим приема пищи, диета. Пищевое поведение зависит от многих факторов - особенностей культуры, воспитания, материальных возможностей, биологических особенностей.

Эти привычки могут меняться - и часто меняются, но все эти изменения считаются серьезными нарушениями пищевого поведения. Ранними признаками нарушенного пищевого поведения являются изменения в психологическом статусе, характеризующиеся появлением неблагоприятных психических реакций: невротичности, раздражительности, депрессивности, агрессивности. Такие реакции выступают как ранние психологические критерии неврогенных расстройств питания.

Стиль питания является отражением эмоциональных потребностей и душевного состояния человека. В первое время нашего существования прием пищи - основная жизненная функция. Удовлетворение голода вызывает ощущение защищенности и хорошего самочувствия. Во время кормления ребенок ощущает повышение телесного неблагополучия. Каждый контакт с теплым, мягким материнским телом при питании дарит младенцу ощущение того, что он любим. Кроме этого, он губами и языком ощущает сосание материнской груди как нечто приятное. Сосанием большого пальца руки ребенок пытается позднее повторить этот приятный опыт. Таким образом, в переживании младенца остаются нераздельными чувства сытости, защищенности и любви.

Существует опасность, что у грудных детей остаются нарушения развития, если они слишком рано оказываются непонятным для них образом фрустрированы в их витальных потребностях. Если такой ребенок, в конце концов, получает питание, он часто глотает поспешно, не испытывая насыщения. Этот тип поведения является ответом младенца на незащищенные, нарушенные отношения с матерью. Предполагается, что таким образом закладывается основа для позднейшего развития тенденций к зависти и ревности.

Еще более решающей, чем метод кормления, является установка матери к своему ребенку. На это указывал еще З. Фрейд. Если мать не обращается с любовью к ребенку, если она при кормлении в мыслях далека от него или спешит, это может иметь следствием развитие у ребенка агрессивности по отношению к ней. Эти агрессивные побуждения ребенок часто не может преодолеть, он может их лишь вытеснить. Это ведет к амбивалентной установке к матери. Взаимно противоположные движения чувств обусловливают различные вегетативные реакции. С одной стороны, организм готов для приема пищи. Если же ребенок бессознательно отвергает мать, это ведет к обратной нервной реакции, к спазмам, рвоте. Это может быть первым психосоматическим проявлением более позднего невротического развития.

Таким образом, прием пищи находится не только в тесной связи с потребностью в любовной заботе, он является также коммуникативным процессом. Это находит свое выражение уже в том, что прием пищи предполагает регулярную работу других людей.

Исследование Т.Г. Вознесенского доказывают, что у 60% больных с ожирением наблюдается эмоциогенные пищевое поведение, которое тесно связано с депрессией и повышением уровня тревожности.

Исследования констатируют взаимовлияние особенностей пищевого поведения и успешной учебной и трудовой деятельности. Доказано, что дезадаптивные стили питания, которые распространены в молодежной среде (в форме диет, "очистки" организма), негативно сказываются на успеваемости студентов. Нарушение пищевого поведения связано с провокацией других поведенческих проблем и болезненных расстройств (пониженная способность к адаптации, расстройства настроения, нарушения контроля импульсивности) .

Нарушение пищевого поведения чаще всего встречается среди лиц, которые недовольны своей телосложением. Стремление молодежи быть красивыми естественное, но в условиях современного общества нередко доходит до крайностей. Так, некоторые из молодых девушек доводят свой организм практически до полного истощения. Мужчины также чувствительны к культурным стандартам привлекательности, то есть нарушение пищевого поведения не является исключительно женской проблемой.

Однако, как отмечает М. Растам, наиболее негативно к собственному телу относятся женщины фемининного типа. У них выражена как эмоциогенное пищевое поведение (обращаются к еде в случае переживания гнева, возбуждения, раздражения, в ожидании неприятностей и т.д.), так и экстернальное пищевое поведение (реагируют на вид пищи и людей, которые питаются). Наименее фрустрированы своим физическим "Я" представительницы андрогинными типа. Маскулинный и недифференцированный типы занимают в оценке собственного тела промежуточное положение, причем маскулинные ближе к андрогинным, а недифференцированные - к фемининным.

По мнению В.В. Ромацкого, существенное влияние на развитие этой проблемы имеет мода и определенная общественная модель относительно внешнего вида идеального человека. К факторам риска также относят современную систему питания "фаст-фуд", что провоцирует быстрый набор лишнего веса, а затем, соответственно - быстрое похудение или даже "параноидальное" похудение. К болезням, которые возникают вследствие неправильного питания и связанным с этим поведением, относят не только ожирение, но и другую крайность - доведение организма до полного истощения: анорексию и булимию. Это расстройства питания, которые могут иметь довольно схожие проявления и различное происхождение (иногда эндокринологическое, иногда психологически-психиатрическое, иногда терапевтическое). В основе их находится искаженное представление о собственном теле и изменено отношение к процессу питания.

Культурный, генетический и личностный факторы тесно взаимодействуют с событиями жизни, что создает благодатную почву для возникновения и развития расстройств пищевого поведения психологического характера. Пищевые расстройства олицетворяют собой бессознательную борьбу внутренней индивидуальности человека, его представления о себе в социуме и проблемах, которые часто следуют из травматических событий жизненного опыта или определенной модели социализации.

# ***1.2 Виды нарушений пищевого поведения***

Рассмотрим наиболее распространенные формы нарушений пищевого поведения.

. Анорексия.

Нервная анорексия определяется как сознательное ограничение в еде в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцененной полноты и выражается в сознательном, чрезвычайно стойком и целенаправленном желании похудеть, что нередко достигает выраженной кахексии с возможным летальным исходом. В 1694 году Р. Мортоном был описан случай, названный как "самоголодовка", сопровождавшийся резким похудением, отказом от еды, отрицанием болезни, искажением картины собственного тела и летальным исходом.В. Галл в 1874 году дал этому состоянию название - anorexia nervosa. А вот медицинские диагностические критерии нервной анорексии были описаны только в 1970 году. Первые формализованные диагностические критерии нервной анорексии были предложены C.russel (1970) .

С начала 50-х годов прошлого века нервную анорексию (НА) относят к психосоматическим расстройствам. НА - клинический диагноз комплекса симптомов, вызванных сочетанием психологических, семейных, культуральных и биологических факторов. Термин "нервная анорексия" используется не совсем правильно. Более чем у половины больных аппетит не теряется до последних этапов заболевания и нет признаков невроза. Сухарева Г.Е. (1959) относит нервную анорексию к патологическим реакциям в переходном периоде, а Исаев Д.Н. (1977) - к патологическому развитию личности.

НА - расстройство, при котором основными особенностями являются устойчивый активный отказ от пищи и заметная потеря массы тела. Он кодифицируется по Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра в V разделе "Поведенческие и психические расстройства, сочетающиеся с физиологическими дисфункциями", в подразделе F50, в рубриках: нервная анорексия (F50.0), атипичная нервная анорексия (F50.1) .

В МКБ-10 диагностика НА (F50.0) основывается на следующих признаках:

индекс массы тела составляет 17,5 или ниже;

потеря веса достигается за счет избегания пищи, которая "полнит" и одного или более приемов из числа следующих, - вызывание рвоты, прием слабительных, аноректиков, диуретиков; чрезмерные гимнастические упражнения;

искажение образа тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой страх перед ожирением сохраняется как навязчивая или сверхценная идея;

общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус - гипофиз - половые железы, и проявляется у женщин аменореей, а у мужчин - потерей полового влечения и потенции

в начале подросткового возраста проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются.

В DSM-IV (1994) описываемое заболевание относится к разделу "Расстройства пищевого поведения" и включается в рубрику: нервная анорексия (307.1). На сегодняшний день, по DSM-IV, нервная анорексия имеет следующие проявления:

отказ поддерживать ту массу тела, которая соответствует комплекции тела, роста и пола. Регистрируемая вес тела как минимум на 15% ниже нормы;

страх больного перед увеличением массы тела. Постоянный количественный контроль веса и объемов тела. Явная худоба не признается;

отрицание критически низкой массы тела, пониженная самооценка, самобичевание. Нарушения в восприятии собственного тела;

женщина переживает аменорею более трех циклов.

. Булимия.

Нервная булимия (НБ) впервые описана только пятьдесят лет назад. НБ тесно связана с ожирением, распространена преимущественно среди истероидных девушек и молодых женщин и проявляется в виде тайных приступов переедания высококалорийной пищей с последующим искусственным опорожнением желудочно-кишечного тракта для предотвращения полноты тела.

В настоящее время диагностические критерии нервной булимии по МКБ-10 (F-50.2) включают следующие признаки:

приступы переедания, которые повторяются (быстрого поглощения большого количества пищи в дискретный период времени);

чувство потери контроля за поведением во время приступа;

для предотвращения прибавки в весе больные постоянно используют самоиндукованную рвота, слабительные или мочегонные препараты, жесткие диетические ограничения или голодание, физические нагрузки;

среднее количество приступов переедания не менее двух в неделю в течение 3-х месяцев

постоянная чрезмерная озабоченность линиями фигуры и весом тела.J. (1992) выделяет два варианта течения нервной булимии:

с очистительным поведением;

без очистительного поведения.

Больные первой группы для поддержания веса наряду с голоданием используют самоиндукованную рвоту и прием фармакологических препаратов, а больные второй группы поддерживают вес только за счет жестких диетических ограничений.

. Ожирение.

Ожирение возникает как следствие нарушения энергетического баланса и обычно сопровождается повышением аппетита.

Этиопатогенетическая классификация ожирения подразделяет данную нозологию на первичные и вторичные формы. Вторичное, или симптоматическое, ожирение включает эндокринно-метаболическое ожирение и церебральное, связанное с заболеваниями и поражениями головного мозга. Первичное ожирение, на долю которого приходится 90-95% всех случаев заболевания, в свою очередь, подразделяется на алиментарно-конституционального и нейроэндокринное формы.

Патологическая обжорство является выражением повышенного чувства голода и/или уменьшением чувства насыщения. Еда для многих людей, страдающих ожирением и расстройства созревания в предпубертатном и пубертатном возрасте, служит защитой от чувства потери, особенно при депрессивных переживаниях или расстройствах. При этом невозможность преодоления утраты объект заменяется поиском заменителя объекта, которым становится пища, она удовлетворяет и успокаивает пациента. Он чувствует себя душевно уравновешенным, иногда даже становится эйфорийным. Страдающие ожирением часто отрицают как факт как повышенный аппетит, так и объективную тяжесть своей излишней массы и диспластичность и нередко убеждают себя и окружающих в необходимости "немного поесть".

. Расстройство "Binge-Eating". Гиперфагическая реакция на стресс (ГФРС).

По классификации DSM-IV это расстройство классифицируется как "расстройство" Binge-Eating " ("переедание") .

"Приступы обжорства", неоднократно повторяются, при потере контроля над пищевым поведением.

Эти приступы отвечают по крайней мере трем из перечисленных критериев:

значительно более ускоренное принятие еды, чем обычно;

принятие еды продолжается до тех пор, пока не появится неприятное чувство перенасыщения;

поглощение большого количества пищи без ощущения голода;

принятие еды наедине из-за чувства смущения или стыда;

после "приступа обжорства" пациенты испытывают чувство отвращения к себе, угрызения совести или депрессию.

ярко выраженное "бремя страдания" из-за приступов обжорства;

приступы случаются в среднем раз в неделю (минимум) в течение шести месяцев.

После таких эпизодов патологического обжорства компенсаторные меры по установлению контроля над массой тела (например, за счет вызывания рвоты) следуют нерегулярно. Отсутствуют признаки нервной анорексии и нервной булимии.

Таким образом, при анализе литературных первоисточников обращает на себя внимание прежде всего то, что если медицинская составляющая всех четырех видов патологии пищевого поведения описана полно и хорошо структурирована (есть четкие классификации, описана симптоматика на всех стадиях болезненного процесса, приведены показатели клинических анализов, разработаны критерии дифференциального диагноза), то психологическая феноменология не дает целостной картины. Совокупность феноменов выглядит, скорее, как множество независимых нарушений, приписываемых больным по принципу "коллекции", за которой не просматривается единственная модель их взаимосвязи, отсутствуют общие функциональные звенья, практически не выделены психологические патологические стигматы, которые были бы дефинитивных для диагностики различных форм нарушений пищевого поведения.

# ***2. Характеристика сущности и психологических особенностей больных анорексией***

# ***2.1 Общая характеристика анорексии как нарушения пищевого поведения***

С начала 1950-х годов нервную анорексию относят к психосоматическим расстройствам. Считали также, что это заболевание представляет собой пример расстройства, в патогенезе которого играют большую роль эндокринные сдвиги. Нервная анорексия - клинический диагноз комплекса симптомов, вызванных комбинацией психологических, семейных, культуральных и биологических факторов. В то же время нервную анорексию понимают как самостоятельное пограничное психическое заболевание, возникающее преимущественно у девочек-подростков и юных девушек (редко у лиц мужского пола этого же возраста) и выражающееся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном желании похудеть, нередко достигающем выраженной кахексии с возможным летальным исходом.

Нервная (психическая) анорексия - расстройство, при котором основными особенностями являются стойкий активный отказ от приема пищи и заметная потеря массы тела. Как уже было отмечено, она кодифицируется по Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра (1994) в V разделе "Поведенческие и психические расстройства, сочетающиеся с физиологическими дисфункциями", в подразделе F 50, в рубриках: нервная анорексия (F 50.0), атипичная нервная анорексия (F 50.1). В DSM-IV (1994) описываемое заболевание относится к разделу "Расстройства пищевого поведения", и включается в рубрику: нервная анорексия (307.1) .

Значимость этого расстройства для врачебной практики определяется не только его опасностью для жизни больных, но и немалой распространенностью. При этом следует отметить резкое увеличение частоты нервной анорексии за последние 20-30 лет. Этот аноректический "взрыв" в популяции связывают с эмансипацией женщин [Ваеуег W., 1965], расширением сфер их общения и деятельности, определенным уровнем культуры. По сравнению с 50-ми годами в 70-х годах число больных нервной анорексией возросло в 3 раза, но даже и эти данные считаются заниженными, так как учитываются, как правило, тяжелые формы.

Распространенность нервной анорексии оценивается различно: от 16% на 100 000 девушек 15-20 лет до 1% среди девушек 16-18 лет. Лица женского пола составляют95% больных с нервной анорексией. В последнее время участились описания больных мальчиков и юношей. Соотношение лиц мужского и женского пола оценивают, по разным данным, от 1: 20 до 1: 9.

Начало заболевания связывают, главным образом, с подростковым возрастом (12-15 лет).В. Бройтингам объясняет этот факт тем, что пусковым механизмом заболевания является наступление полового метаморфоза, приводящего к расстройству представлений о схеме тела. В то же время нами, как и другими авторами, неоднократно наблюдались случаи нервной анорексии в детском возрасте.

# ***2.2 Этапы развития анорексии***

Клинические проявления нервной анорексии наиболее продуктивно описывают в динамике. Выделяют 4 этапа:

первичный (инициальный);

аноректический;

кахектический;

редукция нервной анорексии.

Инициальный этап характеризуется мыслями об излишней полноте фигуры в целом или ее отдельных частей (живота, бедер, щек). При этом степень убежденности в физических недостатках у больных различна. Иногда имеются незначительные изменения настроения, идеи отношения. Появляются мысли о необходимости исправления внешности. Больные часто стремятся подражать своему идеалу, в первую очередь, для того, чтобы достичь похожей внешности и фигуры. Этот этап продолжается в среднем 2-3 года. Попытки исправления недостатков внешности носят эпизодический характер.

Аноректический этап начинается с активного ограничения в еде. Первоначально больные отказываются от пищевых продуктов, которые, по их мнению, ведут к полноте: хлеба, мучных и кондитерских изделий, каши, супов, масла, мяса и др., в дальнейшем переходят только на фрукты, овощи, но и их употребляют в малом количестве, а иногда - один раз в день. Часть больных этим не ограничивается. Они вызывают рвоту, принимают слабительные, мочегонные, ставят себе клизмы. Диссимулируют свой отказ от еды, тайком выбрасывают или прячут пищу. Одновременно для достижения желаемого изящества фигуры они применяют изнуряющие физические нагрузки. Одни постоянно выполняют гимнастические упражнения, другие много бегают, третьи непрерывно танцуют. С этой целью они также нередко пытаются читать и готовить домашние задания стоя. Больные напрашиваются на любую физическую работу.

В связи с тем, что в этот период снижения аппетита нет, больным приходится бороться с чувством голода. При случайных перееданиях не только появляется чувство вины, но и ужесточаются ограничения в диете. Из-за отказов от еды возникают конфликты с родителями. Все это приводит к почти не прекращающемуся эмоциональному напряжению, которое нередко при столкновении с родителями разряжается в аффективных вспышках. Создавая себе жесткие ограничения в еде, больные не теряют к ней интереса. Они с энтузиазмом участвуют в приготовлении пищи, без чувства меры стремятся накормить своих близких, малышей, животных, невзирая даже на их отказы. Чтобы выглядеть грациозными, носят одежду, туго обтягивающую фигуру, избегают носить теплое белье, так как оно полнит. Крепко затягиваются поясом, надевают бюстгальтеры меньшего размера и даже бинтуют грудь. Подбирают такую прическу, которая бы "уменьшала" лицо. Наряду с потерей массы тела на 10 - 15 % у девочек отмечается аменорея. Нередко появляются запоры, голодный запах изо рта, гирсутизм. В сыворотке крови увеличивается содержание холестерина.

На кахектическом этапе преобладают соматоэндокринные нарушения. Развивается алиментарная дистрофия I-II степени. Масса тела может понизиться до 50% от исходной или нормальной величины. У больных полностью исчезает подкожная жировая клетчатка, мышцы истончаются, кожа становится сухой, шелушащейся, цианотичной, на всем теле появляются пушковые волосы. Конечности холодные. Больные постоянно мерзнут. Понижается температура тела. Нарушается осанка, пластика движений. Утрачивается аппетит. Основной обмен падает до 60%. Отмечаются изменения внутренних органов: дистрофия миокарда, брадикардия, гипотония, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (запоры, анацидный гастрит, гастроэнтероптоз, энтероколит).

У больных снижается продуктивная деятельность. Они не читают книг, не проявляют интереса к телепередачам, почти не общаются со сверстниками. Те из них, кто посещает школу, с трудом, медленно выполняют учебные задания. В домашних делах участия не принимают, приготовлением пищи уже не интересуются. Психическое состояние в целом можно охарактеризовать как астению. Сначала при этом имеет место раздражительная слабость, а затем преобладает адинамия с вялостью, угнетенностью, безразличием. Отказ от еды в это время диктуется не только стремлением сохранить худобу, но и боязнью боли и неприятных ощущений при еде.

Этап редукции нервной анорексии наступает, как правило, после энергичного и длительного лечения. Он характеризуется увеличением массы тела, восстановлением функционирования внутренних органов и систем. Однако в ряде случаев у больных в этот период (1-11/2 года) снова возникают мысли о своей физической необычности или полноте, и они ограничивают прием пищи.

# ***2.3 Особенности больных анорексией***

Роль наследственной предрасположенности при нервной анорексии оценивают очень скромно. Лишь у 2-5% больных мать и у 1% сестры и братья страдали аналогичным заболеванием. Кроме того, у 17% больных с нервной анорексией наблюдались депрессивные и другие психозы.

Нервную анорексию рассматривают как психосоматическое расстройство. При этом к психотравмирующим обстоятельствам, приводящим к соматическим изменениям, относят своеобразные переживания, особенности личности, нарушения внутрисемейных отношений и т.д. У 78% больных развитию заболевания предшествовало переживание потери близкого человека вследствие смерти, разлуки или то же самое, только в их воображении. Полагают, что саморазрушающее поведение при анорексии связано с наиболее важными личностными переживаниями и редко является суицидальным намерением. Голодание представляет собой эмоциональную попытку справиться с чувствами, импульсами и поступками или отвергнуть их. Больные часто рассматривают свой контроль аппетита, пищевого поведения и массы тела как показатель способности быть продуктивными и компетентными. Такая оценка контроля за своим поведением вызывает у пациентов извращенное чувство самоудовлетворения. Это кажущееся разрешение собственных сомнений в своих способностях и отказ больного от признания факта, что голодание мешает начать есть снова, препятствует возврату к нормальному питанию.

Не владея своим собственным телом, больные анорексией чувствуют, что они не могут управлять своим поведением, потребностями и побуждениями. Они находятся под воздействием внешних сил и действуют так, как будто их тело и поведение - продукт влияния других людей, их действий.

Родители больных анорексией внешне находятся в гармоничных отношениях, однако их обоюдные заблуждения в том, что каждый из них лучший, так как приносит наибольшие жертвы, приводят к тайному соперничеству. В то же время не обращается внимание на истинные потребности и эмоции больных. Каждый родитель пытается использовать ребенка для защиты своей позиции. Метаморфоз, возникающий в пубертатном возрасте, представляет опасность полной потери управления своим телом. Чрезмерная же сосредоточенность больного на своей массе тела - попытка обуздания тревоги, связанной с этим, а ограничение приема пищи кажется хорошим средством удержания своего созревания под контролем. Эти больные, в основном не способные к агрессии, тем не менее направляют ее против своих собственных тел.

Свое пищевое поведение пациенты понимают как страх увеличения массы тела или фобическое избегание трудностей, которые появляются с началом полового созревания.

Сторонники системного подхода предполагают, что в симптомах нервной анорексии проявляются нарушения семейных взаимоотношений. Больного рассматривают как тайного семейного бунтаря, бросающего вызов патриархальности, коллективизму, самопожертвованию и нравственным традициям семей городского индустриального общества.

Семьи больных анорексией характеризуются нарушением отношений между супругами, трудностями лидерства, отказами от коммуникаций, неправильным разрешением конфликтов, скрытыми альянсами или отвергнутыми коалициями между членами семьи, порицающими любые изменения и отличающимися крайней ригидностью.

Типичными оказались 4 варианта взаимодействия членов таких семей:

больной - отторгнутый изгнанник;

выходит из-под ее контроля ("он - больной");

принимаемого;

отказ от ответственности за свои ошибки.

Согласно социокультурному подходу, больные анорексией боятся взросления и принятия женской роли. При этом они не столько отказываются от женственности, сколько хотят соответствовать традиционному стереотипу женской роли, выражающемуся в стремлении к худощавости и в пассивной приспособленческой позиции к жизни. С одной стороны, они желают признания мужчин, а с другой, охвачены страхом перед ними. Озабоченность размерами своего тела отражает неуютность положения женского существа в современной культуре.

Управление массой тела используется как заместитель оперирования реальными событиями жизни, которые не удается контролировать. В руководимом мужчинами мире женщины унижены. Этот мир провоцирует их относиться к своим телам как оскверненным. Анорексия при таком взгляде может быть понята как желание управлять собой и своей жизнью. Однако такое разрешение трудностей - проявление отчаянной ситуации, оно аутодеструктивно и стремится заместить самоконтроль эффективным контролем окружающего мира. Важность физической привлекательности, стройной фигуры в современном обществе несомненна. Почему же, в таком случае, не у всех лиц женского пола, подвергающихся давлению моды, нарушается пищевое поведение?

На этот вопрос отвечают таким образом. Социальные и семейные понятия дают содержание симптомам, но выбор симптома (анорексии или булимии) зависит от конституции или личностного смысла переживаний.

Больные нервной анорексией в преморбидном периоде отличаются высоким интеллектом, разносторонними интересами, они - активные, волевые, организованные, с высоким чувством долга и ответственности личности. Эти пациенты рассудочны, склонны к рассуждениям, хорошие товарищи, но в отношениях поверхностны, в связи с чем часто остаются без друзей. Нередко перечисленные качества сочетаются с застенчивостью, неуверенностью, внутренним чувством несостоятельности. До заболевания подростки эгоистичны, требовательны, нетерпеливы и одновременно по-детски очень привязаны к матери, основные личностные особенности - дисгармония зрелого мышления и инфантильное поведение. У больных анорексией - высокий уровень притязаний, нет достаточной критики к своим возможностям, и даже неудачи не оказывают влияния на правильность их оценки. Они имеют тенденцию к лидерству в референтных группах, располагая к этому определенными способностями. В жизни больные умеют добиться желаемого результата, и в то же время их мышление ниже общеобразовательного и возрастного уровня, наряду с истерическими чертами личности в преморбиде, у части детей обнаруживал склонность к развитию навязчивостей. У будущих больных анорексией нередко выявлялись отклонения в пищевом поведении, сохранившиеся в течение всей жизни. Так, например, L. Michaux (1962) указывает на всегда имеющийся плохой аппетит как на физическое предрасположение к анорексии.

Определенное значение для отграничения анорексии от шизофрении имеет обнаружение тех или иных психотравмирующих обстоятельств, хотя их наличие еще не решает вопрос о диагнозе. Наиболее патогенное влияние, по-видимому, связано с такими факторами, как переживание явных проявлений своего полового созревания ("травма первой менструации", оформление вторичных половых признаков), отрицательного отношения семьи или коллектива подростков к особенностям фигуры, полноте (насмешки, осуждения, издевательства, особенно со стороны лиц противоположного пола), конфликтной ситуации в семье (разрыв эмоциональных связей между подростком и одним или обоими родителями, обнаружение им неизбежности распада семьи и т.д.) .

Большой психологический смысл для подростков имеет обида или оскорбление со стороны наиболее уважаемого, а возможно и любимого человека, олицетворяющего противоположный пол или фигуру отца. В связи с этим не удивительно, что указание на полноту живота со стороны, например, учителя танцев или замечание тренера о толстых ягодицах приводит к одинаковому результату: упорному отказу от приема пищи с последующим тяжелым истощением.

Почти во всех случаях отмечаются идеи малоценности, самообвинения, самоуничижения, а иногда и ипохондрические мысли. Могут также быть и деперсонализационные явления. Для дифференциальной диагностики имеют значение соматические симптомы маниакально-депрессивного психоза: двигательная заторможенность (иногда до полной скованности), застывшая мимика печали, редкое мигание, складка на верхнем веке, остановившийся взгляд, отсутствие аккомодации при сохранении реакции зрачка на свет, расстройства сна с кошмарными сновидениями. Часто больные жалуются на чувство усталости, трудности совершения того или иного простого действия, ощущения ползания мурашек, онемения, тяжести в конечностях и наиболее тяжелое - чувство "предсердечной тоски" в виде жжения, сжимания, давления в груди.

# ***3. Особенности лечения анорексии***

Назначение терапии больным с нервной анорексией определяется, как считают В. Бройтингам, тяжестью заболевания. Предлагают, в частности, различные подходы в зависимости от величины потери массы тела.

При массе тела, на 40% меньшей возрастного уровня, являющейся угрожающей для жизни пациента, необходима срочная, а при необходимости и принудительная госпитализация для интенсивного лечения. Больные, потерявшие от 15 до 40% массы тела (в пересчете на средний возрастной уровень), требуют как медикаментозного, так и психотерапевтического вмешательства в больничных условиях. При снижении массы тела, соответствующей 10% среднего возрастного уровня, больного следует амбулаторно подвергнуть психотерапии в сочетании с симптоматическими средствами.

Спорность такого одностороннего подхода очевидна. Однако, действительно, лечебная тактика должна находиться в зависимости от психического и физического состояния пациента (частые рвоты, употребление слабительных).

Кроме того, приходится учитывать семейную ситуацию, взаимоотношения со сверстниками и другие социальные факторы.

Принятие решения о виде терапии и, особенно, о необходимости госпитализации нередко осложняется позицией больных и их семьи. Очень часто больные или не заинтересованы в лечении, или сопротивляются его назначению, так как чувствуют себя хорошо и не обнаруживают никаких отклонений в своем здоровье. Они если и ходят к врачу, то лишь подчиняясь обеспокоенным родителям. Семья также может сопротивляться лечению.

В одних случаях это объясняется "невероятной терпимостью" к тяжести симптоматики анорексии, которую преуменьшают или игнорируют. В других - необходимости лечения противостоит родительская концепция заболевания. Семья понимает тяжесть соматического состояния больных, но отказывается признать его связь с психосоциальными трудностями и воспользоваться психотерапией.

Таким образом, не только правильный выбор вида лечения, но и его возможная эффективность будут зависеть от способности врача разъяснить членам семьи особенности заболевания и объединиться с ними в терапевтических усилиях.

Проведение необходимых вмешательств может быть амбулаторным лишь тогда, когда вторичные соматоэндокринные расстройства не угрожают жизни больных.Н. Пезешкиан исходит из того, что, если это возможно, больные анорексией должны лечиться в своей естественной среде. Удаление больных из их привычного окружения вызывает дополнительные негативные переживания как у них самих, так и у членов семьи, что может усугубить течение анорексии.. R. Anyan, J. Schowalter предлагают для решения вопроса о месте лечения учитывать оценку состояния больных и оценку семьи по ряду факторов.

Оценка больных:

соматическое состояние;

отрицание существования серьезных переживаний и необходимости их лечения;

мнение о месте, в котором способны чувствовать себя лучше (дома или в больнице).

Оценка семьи:

наличие семейных трудностей и их серьезность;

понимание родителями, что лечение необходимо, и их способность объединиться для поддержки этого лечения;

степень родительского гнева или тревоги по поводу соматического или эмоционального состояния больных.

Можно согласиться с этими предложениями и использовать их в практике, если семья обращается к врачу на начальных этапах заболевания. К сожалению, чаще всего даже к педиатру, а тем более к психиатру, больные с анорексией попадают тогда, когда требуется направление в стационар. В этих случаях речь идет уже о тактике ведения больных в госпитальных условиях.

По мнению М.В. Коркиной, лечение в стационаре проводится в 2 этапа:этап (неспецифический) направлен на улучшение соматического состояния с целью выведения из состояния кахексии и приостановления похудания;этап (специфический) предусматривает лечение основного заболевания.

В процессе лечения на I этапе назначают средства, поддерживающие деятельность сердечно-сосудистой системы, нарушенную в связи с дистрофией миокарда и наличием гипотензии. Наряду с этими препаратами вводят большое количество жидкости (растворы глюкозы, Рингера) и витаминов. Питание в это время осуществляется небольшими порциями, 6 раз в день, с учетом состояния желудочно-кишечного тракта. Калорийность пищи увеличивают на 300 ккал ежедневно до средней суточной, близкой к 3000 ккал. Для стимуляции деятельности желудка рекомендуют карнитин, а с целью улучшения переваривания и всасывания в тонкой кишке назначают коферментную форму витамина В12 кобамид.

В ряде клиник используют метод гипералиментации, при котором все основные питательные вещества вводят внутривенно капельным способом до восстановления массы тела.

Чтобы преодолеть отказ от пищи и повысить аппетит, применяют внутривенное введение 20-40 мл 40% раствора глюкозы с 4-8 ЕД инсулина с контролем гликемии. При этом через 1/2 - 1 часа предлагают калорийный завтрак или обед. Если эти средства не дают эффекта, приходится применять кормление через зонд смесью из кипяченого молока, масла, сырых яиц, какао, крепкого мясного бульона, сахара, фруктового сока, витаминов с общим объемом 0,5-0,8 л.

Для предотвращения рвоты после кормления за полчаса до введения зонда назначают 0,5 мл 0,1% раствора атропина подкожно, а к самой смеси добавляют 5 капель 4% раствора тералена или 5-10 капель 0,2% сиропа галоперидола.

Назначение строгого постельного режима имеет целью ограничить физическую активность больных. Постоянный надзор необходим для предупреждения вызывания больными рвоты.

Как правило, пациенты протестуют против госпитализации, расширения диеты. Они обижаются на родителей и персонал. Для снижения аффективного напряжения назначают транквилизаторы - седуксен (10 мг), элениум (20 мг) или мягкие нейролептики - френолон по 10-30 мг/сут.

В отличие от начальных этапов нервной анорексии, при стационарном лечении целесообразна изоляция от семьи, так как родители, не понимая истинного состояния больных, не способны эффективно участвовать в терапевтическом процессе. В дальнейшем свидания с семьей могут быть использованы для подкрепления правильного пищевого поведения больных.

Неспецифическое лечение, как правило, продолжается 2-4 недели. За это время удается увеличить массу тела на несколько килограммов.

Во время II этапа лечению подвергается уже заболевание в целом. В связи с этим используют сочетание биологического лечения с психотерапией. В этот период назначают общеукрепляющие препараты: гипогликемические дозы инсулина с обильным кормлением, анаболические гормоны (с осторожностью), витамины и др., а также для снятия эмоционального напряжения, повышения аппетита и облегчения психотерапии - нейролептики: френолон, галоперидол, трифтазин (стелазин) в сочетании с малыми дозами левомепро-мазина (тизерцин), аминазина, пимозида. Так как в семьях некоторых больных с нервной анорексией имеются аффективные расстройства, делают попытки назначения трициклических антидепрессантов: имизина (мелипрамин), амитриптилина, лития карбоната. Для стимуляции увеличения массы тела использовали ципрогептадин.

Психотерапия должна назначаться с учетом особенностей личности больного, клинической картины и этапа заболевания. Применяют различные типы индивидуальной, семейной и поведенческой психотерапии, направленные на разрешение глубинных психологических конфликтов, лежащих в основе заболевания.

Назначают также специальный режим пищевого поведения и ограничение физической активности. Находят применение суггестивная психотерапия и аутогенная тренировка.

Как полагает Е.В. Безисюк, для лечения больных анорексией наиболее подходящей следует считать поведенческую психотерапию. При этом ставят 4 цели: нормализовать пищевое поведение, улучшить образ тела, изменить самооценку, улучшить взаимоотношения с родителями.

При наличии успехов в этом направлении больные получают положительное подкрепление (просмотр интересных телепередач, прогулки, свидания с родными и др.), при отсутствии позитивных сдвигов больные переводятся на постельный режим, изолируются от других больных.

Рациональная психотерапия ставит своей задачей разъяснение необходимости госпитализации, указание на опасность пребывания дома и невозможность излечения без медицинской помощи. В процессе бесед раскрывают механизмы развития заболевания, показывают необходимость применяемых мер для изменения состояния. Обсуждают отношение больных к своему облику, массе тела, аменорее. Совместно вырабатывают план поведения, критерии успешного лечения, цели терапии, перспективу адаптации.

Внушение производится в гипнотическом или в бодрствующем состоянии.

Цель суггестивной терапии - изменение жизненной позиции больного, модификация поведения и смягчение тревожного состояния. При сочетании с биологической терапией и строгой, адекватной состоянию больных диетой может быть эффективным гипноз. Аутотренинг может смягчить эмоциональное напряжение и неприятные ощущения, часто переживаемые больными.

Особое место занимает воздействие на больных через родителей. Семейная психотерапия позволяет выработать у последних правильное понимание переживаний больных, соответствующее отношение к пищевому поведению и добиться их успешного участия в терапевтическом процессе.

# ***Заключение***

Проблема нарушений пищевого поведения в современной медицине и психологии занимает особое место. С каждым годом в России медленно, но неуклонно растет число людей с различными вариантами патологии пищевого поведения, возрастает также количество обращений за медицинской и психологической помощью.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что при нарушениях пищевого поведения у больных наблюдаются следующие признаки:

боязнь полноты, которая частично обусловлена модой на стройную худую фигуру. Однако о расстройстве пищевого поведения можно говорить в том случае, когда тревога о собственном весе и фигуре сильнее, чем у "нормальной" женщины той же этнической принадлежности. Заболеванию способствуют определенные свойства личности: патологическое стремление к совершенству (перфекционизм), нарциссизм, чрезмерная восприимчивость к мнению окружающих, что может определяться различными способами психодиагностики;

самоограничения в еде, как следствие боязни полноты. Наиболее жесткие эти ограничения при нервной анорексии, наименее - при компульсивном переедании у лиц с ожирением. Больные вырабатывают разнообразные правила питания и стараются неуклонно им следовать. Эти правила часто совершенно не обоснованы. При нервной булимии и компульсивном переедании периоды самоограничения в еде чередуются с приступами обжорства.

Нервная анорексия относится к тому ряду заболеваний, в трактовке которых отчетливо проявляется противоречие интерпретации патологии представителями разных школ. Если отечественные психиатры описывают эту патологию при шизофрении и при так называемых пограничных психических расстройствах, возникающих преимущественно у девочек-подростков и юных девушек (очень редко у лиц мужского пола этого же возраста), то в большинстве зарубежных стран нервная анорексия и шизофрения четко разграничиваются как совершенно разные, независимые друг от друга заболевания, редко сочетаются друг с другом по случайным связям. При этом нервная анорексия относится к типичным вариантам психосоматической патологии или к разновидности расстройств пищевого поведения. Тенденцию отнесения нервной анорексии к расстройствам шизофренического круга можно объяснить тем, что в процессе развития этого заболевания личность приобретает особенностей, которые иногда ошибочно расцениваются как проявление "мягкого шизофренического дефекта".

Выбор психотерапевтических методов зависит от больного, от самого психотерапевта и от полученных результатов при психодиагностике.

Особое значение приобретает необходимость разработки программ по предупреждению расстройств пищевого поведения, проведения мероприятий первичной и вторичной профилактики. Следует проводить лекции для молодых людей, которые знакомили бы их с нормами адекватной пищевого поведения, осуществлять индивидуальные консультативные беседы по рациональному питанию во время процесса обучения в вузе и школе.

# ***Список использованной литературы***

1. Абрамова Г.С. Практическая психология. - М.: Академия, 2009. - 368 с.

2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /Пер. с англ.С. Могилевского. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2010. - 352 с.

. Александров А.А. Современная психотерапия. - М.: Наука, 2010. - 335 с.

. Артемьева М.С. Особенности патопсихологических исследований больных нервной анорексией в комплексной терапии. / М.С. Артемьева, А.Е. Брюхин, М.А. Цивилько // Вестник Российского Университета Дружбы Народов. Серия Медицина. - 2002. - № 3 - С.58-60.

. Аныкина А.В. Адаптация русскоязычной версии опросника "Мысли и паттерны поведения" для лиц, страдающих ожирением / А.В. Аныкина, Т.А. Ребеко // Психологический журнал. - Том 30. - № 1. - 2009. - С.106-118.

. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека /Под ред. И.А. Полищука, А.Е. Видренко. - 2-е изд., перераб. и доп. - К.: Здоровье, 2008. - С.109 - 114.

. Балакирева Е.Е. Нервная анорексия у детей и подростков (клиника, диагноз, патогенез, терапия): Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2004. - 23 с.

. Бауэр М. и др. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. - М.: АЛЕТЕЙА, 2011. - 456 с.

. Безисюк Е.В. Современные представления о нервной анорексии / Е.В. Безисюк, Е.Е. Филин // Медицинская помощь. - 2010. - 2. - С.18-20.

. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) // Психологический журнал. - Том 18. - № 2. - 2007. - С.149-161.

. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл.В.Г. Остроглазова. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2009. - 376 с.

. Гоготадзе И.Н., Самохвалов В.Е. Нервная анорексия. Учебно-методическое пособие. - Спб.:: ГПТМА, 2009. - 32 с.

. Дорожевец А.Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией. Автореф. канд. дисс. - М.: Наука, 2006. - 36 с.

. Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т. Исследования образа тела в зарубежной психологии // Вестн. Моск. ун-та. - сер.14. - Психология, 2006. - № 4. - С.39-49.

. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - СПб.: Речь, 2011. - 400 с.

. Клиническая психология: Учебник для студентов медицинских вузов и факультетов клинической психологии /Под ред. проф. Б.Д. Карвасарского. - Спб.: Питер, 2011. - 560 с.

. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. - М. Медицина; 2011. - 388 с.

. Леви Т.С. Психология телесности между душой и телом. - М.: АСТ М; 2009. - 416 с.

. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения / И.Г. Малкина-Пых // М.: Эксмо, 2007. - 1039 с.

. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. - М.: Изд-во Эксмо, 2009. - 992 с.

. Марилов В.В. Динамика нервной анорексии в рамках пограничных состояний. - В кн.: Проблемы теоретич. и клин. мед. развивающихся стран. - М.: Академия, 2009. - 234 с.

. Марилов В.В. Роль психотерапии в комплексном лечении больных нервной анорексией. - М.: Академия, 2010. - 220 с.

. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. Режим доступа: http://www.mkb10.ru/

. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: Медпрес, 2011. - 438 с.

. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия, 2-е издание. - М.: Институт позитивной психотерапии, 2010. - 464 с.

. Психология. Под ред. проф.В.М. Мелдьникова. - М.: Физкультура и спорт, 2010. - С. 19 - 64.

. Растам М. Нервно-психическая анорексия. В кн.: Психиатрия детского и подросткового возраста. Под ред.К. Гиллберга и Л. Халегрена. - М: ГЭОТАР-Мед, 2010. - С.222-230.

. Ромацкий В.В., Семин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения /В.В. Ромацкий, И.Р. Семин // Бюл. сиб. мед., 2006. - 5, №3. - С.61-68.

. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. / Елена Теодоровна Соколова. - М.: Изд-во МГУ, 2009. - 215 с.

. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. / Геннадий Владимирович Старшенбаум. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2011. - 496 с.

. Физиология человека /Под ред.Е.Б. Бабского. - М.: Наука, 2009. - С.58 - 102.

. American Psychiatric Association "Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR". - Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.

. FichterM. M., Pirke K. M. Somatische Befunde bei Anorexia nervosa und ihre differentialdiagnostische Wertigkeit // Nervenarzt. 2002. Bd.53, № 11. S.635-643.

. GatfinkelP. E. a. GarnerD. M. Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. N. Y: A Brunner/Masel Book. 2005.320 p.

. Michaux L. (Мишо Л.) Органические и эмоциональные взаимосвязи в происхождении психической анорексии // Вопросы психиатрии детского возраста. 2004. С.234.