

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Реферат

Тема: Анорексия и булимия

Выполнил: ординатор 2 года обучения Зотова Ольга Александровна

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Зотовой О.А. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Анорексия и булимия." от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Содержание.

Введение. 3

Глава I. Характеристика анорексии и булимии. 4

1.1. Общая характеристика нервной анорексии и булимии. Клиническая картина. 4

1.2. Характеристика нервной булимии. 7

1.3. Возможные причины булимии. 10

1.4. Характеристика нервной анорексии. 12

1.5. Возможные причины анорексии. 16

Глава II. Психологическая характеристика нервных расстройств питания. 18

2.1. Психологические особенности групп риска. 18

2.2. Психологические признаки и особенности восприятия окружающего мира у больных нервной анорексией и булимией. 21

2.3. Психологические проблемы больных страдающих нервной анорексией и булимией. 23

Глава III. Диагностика и лечение нервной анорексии и булимии. 27

3.1. Диагностика нервных расстройств питания. 27

3.2. Методы лечения нервных расстройств питания. 31

Заключение. 36

Список литературы. 37

Введение.

И анорексия, и булимия считаются психическими заболеваниями, природа их остается малопонятной, как природа и других душевных болезней, и они также плохо поддаются лечению. Заболеваемость ими, похоже, растет. От анорексии страдают где-то от 2 до 5 процентов подростков и молодых женщин; при отсутствии лечения смертность достигает почти 20 процентов. Считается, что еще 5 процентов страдают от булимии, но смертельных случаев она почти не дает. Женщины с нарушенными привычками питания могут страдать от ряда расстройств, начиная от расстройств сердечной деятельности и до аменореи, при которой прекращаются менструации, остеопороза, при котором происходит снижение плотности костей, обычно развивающееся у женщин после менопаузы.

Приведем в качестве примера анорексию. Медики считают, что в цивилизованных странах от анорексии страдают примерно 2-5% девушек и молодых женщин. И что самое печальное – цифры эти ежегодно растут. Девушки заболевают чаще юношей; соотношение мужчин и женщин 1:10. Хотя в последнее время участились случаи заболевания и среди мужчин. Врачи утверждают, что в целом число больных в последние десятилетия увеличилось — они называют это «анорексическим взрывом в популяции». Все приведенные выше факты говорят об актуальности выбранной темы исследования.

Цель данной курсовой работы проанализировать клиническую картину, причины и методы лечения нервных расстройств питания.

Глава I. Характеристика анорексии и булимии.

1.1. Общая характеристика нервной анорексии и булимии. Клиническая картина.

Нервно-психическая анорексия представляет собой нарушения питания у молодых женщин, у которых развивается выраженное опасение чрезмерной полноты. При нервно-психической анорексии это ведет к радикальному ограничению употребления высококалорийной пищи, в результате чего развивается истощение организма. У больных булимией за неумеренным поглощением пищи следует произвольная рвота и избыточное употребление слабительных средств. Эти два состояния не всегда можно разделить достаточно четко.

Нарушения приема пищи

	Нервно-психическая анорексия	Булимия
Преобладающий пол	Женский	Женский
Метод регулирования массы тела	Ограничение количества пищи	Рвота
Переедание	Нехарактерно	Постоянно
Масса тела при диагностике	Заметно снижена	Близка к норме
Превращенные в обряд физические упражнения	Обычны	Редки
Аменорея	Около 100 %	Около 50 %
Асоциальное поведение	Редко	Часто
Сердечно-сосудистые изменения (брадикардия, гипотензия)	Обычны	Не свойственны
Кожные изменения	Обычны	Редки
(гирсутизм, сухость, каротинемия) Гипотермия	Часто	Редко
Отеки	+	+

Примечание. Эти признаки характерны для нервно-психической анорексии или булимии, встречающихся в изолированном виде. Но иногда развиваются смешанные синдромы и анорексия может эволюционировать в булимию (булимия трансформируется в анорексию редко).[1]

Критерии диагноза нервно-психической анорексии

1. Начало в возрасте до 25 лет
2. Анорексия с потерей массы тела не менее 25% от первоначальной
3. Извращенное отношение к процессу приема пищи, пищевым продуктам или к массе тела, заставляющее перебороть чувство голода и пренебрегать предупреждениями, увещеваниями и угрозами
4. Отсутствие органического заболевания, которое могло бы быть причиной потери массы тела
5. Отсутствие какого-либо иного психического заболевания
6. Наличие по меньшей мере двух из следующих проявлений:

- а) аменорея
- б) лануго (пушковое оволосение)
- в) брадикардия (ЧСС в покое 60 в 1 мин или менее)
- г) периоды гиперактивности
- д) эпизоды булимии
- е) рвота (может быть самовызванной)

Поскольку нарушение функции гипоталамуса (нарушение регуляции гонадотро-пинов, частичный несахарный диабет, нарушение терморегуляции) свойственно нервно-психической анорексии, большинство исследователей склоняются к мнению о наличии психогенной причины. Межличностные отношения среди членов семьи обычно неадекватны, имеется внутрисемейный патологический очаг, сконцентрированный на пищевых продуктах и поведении во время еды. Нервно-психическая анорексия обычно проявляется либо до, либо вскоре после наступления периода полового созревания. Несмотря на кахексию, больные отрицают чувство голода, похудание, усталость. Часто встречается аменорея, которая может предшествовать анорексии. Подкожная жировая клетчатка не определяется, хотя ткань молочных желез практически не изменена. Увеличение околоушных желез и отеки могут сопровождаться анемией, лейкопенией, гипокалиемией, гипоальбуминемией. Базальные уровни содержания ЛГ и ФСГ низкие, что ведет к аменорее. Менструальный цикл восстанавливается по мере нормализации массы тела. [2]

1.2. Характеристика нервной булимии.

Булимия, нарушение пищевого поведения, характеризующееся в основном повторяющимися приступами обжорства, пищевыми «кутежами». Чтобы избежать ожирения, большинство больных булимией по окончании «кутежей» прибегает к тому или иному способу очищения желудка, искусственно вызывая у себя рвоту или принимая слабительные и мочегонные средства. Другие используют чрезмерные физические нагрузки или периодическое голодание. Как и страдающие нервной анорексией (очень близким заболеванием), большинство больных булимией – молодые женщины, обычно от старшего подросткового возраста до 30 с небольшим лет.

Термин «булимия» происходит от греческого слова, означающего бычий голод. Хотя точных статистических данных нет, можно сказать, что в последние годы это заболевание встречается все чаще и широко распространено в США, Канаде, Великобритании, Австралии, Японии и многих других странах.

Причина булимии неизвестна. Однако большинство специалистов считает,

что это состояние обуславливается многими причинами, включая наследственные, гормональные, психологические и социальные факторы. Родители больных, как правило, принадлежат к верхнему слою среднего класса и отличаются претенциозностью и высокими амбициями.

Большинство больных булимией внешне выглядят нормальными и здоровыми людьми, но обычно чересчур взыскательны к себе и другим, склонны к одиночеству и депрессии. Им свойственно завышать стандарты и занижать самооценку. Их жизнь почти целиком сосредоточена на пище, собственной фигуре и необходимости скрывать свою «манию» от окружающих. Даже работая или посещая школу, они обычно сторонятся общества.

О булимии могут свидетельствовать депрессия, плохой сон, разговоры о самоубийстве, чрезмерное опасение потолстеть и лихорадочные закупки в продуктовых магазинах. Обычно страдающие булимией устраивают «кутежи» примерно 11 раз в неделю, но частота таких приступов варьирует от 1–2 в неделю до 4–5 в день. [3]

В отличие от анорексии, при которой самоистощение в конечном счете становится заметным, люди, страдающие булимией, могут скрывать это заболевание в течение длительного времени, даже многих лет, так как их вес обычно сохраняется в нормальных пределах (иногда может наблюдаться небольшое превышение массы тела), а периоды обжорства с последующим очищением организма держатся в секрете.

Клиническими симптомами булимии может быть припухание желез на лице и на шее, эрозия эмали задней поверхности зубов, кровоизлияния на лице, припухлость слюнных желез (вид "бурундука"), постоянная болезненность в горле, эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Все эти признаки являются последствием искусственно вызываемой рвоты.

Бесконтрольное применение слабительных средств часто вызывает нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, в том числе ректальное кровотечение, постоянную диарею.

При этом может произойти вымывание калия и натрия из организма, что приводит к нарушению баланса электролитов вплоть до развития дегидратации, мышечных спазмов и в конечном счете может привести к остановке сердца.

Другими симптомами булимии являются выпадение волос, желтушная окраска кожи, преждевременное образование морщин, нарушения дыхания, выраженная слабость, мышечная усталость, головокружение.

Булимия может иметь тяжелейшие последствия для здоровья. Частая рвота вызывает раздражение глотки и пищевода, а также разрушение эмали зубов кислотой из желудка. Иногда наблюдается прекращение менструаций. Наиболее серьезные последствия связаны с обезвоживанием организма и потерей электролитов (натрия и калия) в результате рвоты и вызываемого слабительными поноса. Повторные приемы настойки рвотного корня вызывают мышечную слабость и оказывают кумулятивное действие на сердце, т.е. нарастающее его повреждение, которое может привести к его остановке. Описаны случаи разрыва желудка вследствие переедания.

Лечение булимии требует объединения усилий врачей разных специальностей. Важную роль играет, по-видимому, индивидуальная психотерапия; ее должен проводить вызывающий доверие больного специалист. Не меньшую пользу может принести и групповая терапия, проходящая в теплой и дружеской атмосфере.

Выздоровление обычно происходит медленно. Однако больные поддаются излечению. Более того, в настоящее время проводятся исследования, обещающие значительный прогресс в области лечения булимии. [4]

1.3. Возможные причины булимии.

Основные причины повышенного аппетита:

органические;

психогенные (психологические);

социальные.

Органические причины булимии:

сахарный диабет. Повышенный аппетит нередко является симптомом нелеченного сахарного диабета, либо связан с низким уровнем сахара в крови как предвестником осложнения болезни (инсулинового шока).

Воспалительные *поражения ствола мозга*. Остаточные явления энцефалита. Нередко булимия в таких случаях сочетается со слабоумием или несхарным диабетом.

Токсические поражения мозга.

Опухоли ствола мозга. Часто повышенный аппетит не приводит к развитию ожирения.

Генетические заболевания с поражением структур мозга. При поражении центральной нервной системы повышенный аппетит расценивают как истинную булимию.

Побочное действие гормонов коры надпочечников (преднизолон, дексаметазон и др.) – синдром Иценко-Кушинга. Одновременно с повышенным аппетитом есть и другие признаки избыточной активности гормонов (повышение артериального давления, растяжки на животе и бедрах, изменение уровня сахара в крови и т.д.).

Повышенная активность гормонов щитовидной железы (гипертиреоз).

Глистные инвазии, особенно поражение ленточными глистами.

Психогенные причины булимии:

нарушение внутрисемейных отношений. Развитию обжорства у детей могут способствовать конфликт между матерью и ребенком. Нередко дети начинают употреблять непомерное количество пищи в том случае, если они считают себя заброшенными, лишенными ласки, обделенными по сравнению с другими братьями и сестрами.

Душевная изоляция. Например, изменение аппетита может развиваться при помещении ребенка в интернат. Для такого ребенка пища является источником положительных эмоций и “приобретений”, механизмом защиты от депрессии, лекарством от страха.

Нервная булимия. Причины и целевая установка очень близки к таковым при нервной анорексии (см. часть 1 Причины снижения аппетита).

Социальные причины булимии:

- претенциозность и высокие амбиции родителей;
- недостаточное внимание к ребенку в семье и детском коллективе;

- один ребенок в семье;
- длительный просмотр телепередач с постоянными “перекусами” - чипсы, крекер, орешки и др.;
- лень и низкая двигательная активность;
- изменение представления о стандартной фигуре: от округлых женских форм к стандарту женщины-подростка.

Нервной булимией страдают преимущественно девочки. Обостренное чувство голода возникает, как правило, один раз в день и устраняется приемом высококалорийной пищи с последующим вызыванием рвоты. То есть, для нервной булимии характерен цикл: еда-рвота. Цель рвоты – похудеть, стать более изящной или избавиться от ожирения. Часто девочки применяют слабительные и мочегонные средства для искусственного опорожнения кишечника и снижения веса, усиленно занимаются физическими упражнениями. Однако масса тела неуклонно увеличивается и порочный круг “прием пищи - рвота - повторный прием большого количества пищи” самостоятельно детям разорвать не удастся.[5]

1.4. Характеристика нервной анорексии.

Анорексия нервная, заболевание, характеризующееся потерей веса, чрезмерным страхом полноты, искаженным представлением о своем внешнем виде и глубокими обменными и гормональными нарушениями. Возможны также утрата аппетита, прекращение менструаций, повышенная физическая активность, а иногда и усиление аппетита с искусственно вызываемой после еды рвотой, излишняя озабоченность пищей и ее приготовлением, приступы обжорства и стремление к похуданию. Больные зачастую упорно отрицают наличие у себя каких-либо связанных с приемом пищи нарушений.

Нервная анорексия встречается главным образом у девочек-подростков. Из каждых 18 больных лишь один – мужчина. До 1960-х годов это заболевание встречалось редко, но затем его частота по непонятным причинам значительно увеличилась. По современным данным, нервной анорексией страдает 1% девочек-подростков.

Обычно заболевание начинается в раннем подростковом возрасте, но иногда может впервые проявиться и гораздо позднее – после 30 и даже 40 лет. Пока не обнаружится потеря веса, больные анорексией описываются как мягкие, увлеченные, трудолюбивые люди без явных признаков нервно-психических

расстройств. Почти всегда их семьи социально весьма успешны и принадлежат к средним или высшим слоям общества. В школе такие дети отличаются прекрасной успеваемостью. Нередко они чуть-чуть полноваты и из-за насмешек сверстников решают придерживаться диеты, а когда начинают худеть, то отрицают это.

Когда истощение становится явным и родственники не могут больше игнорировать это обстоятельство, приходится, наконец, обращаться к врачу. Он должен провести тщательное обследование, чтобы отличить истинную анорексию от других соматических или психических заболеваний (таких, как тяжелые токсикозы, нарушения обмена веществ или глубокое нарушение мышления с формированием бреда), при которых потеря аппетита, похудание или то и другое вместе являются лишь вторичными симптомами. На этой стадии для больных анорексией (в типичных случаях – девочек-подростков) характерны враждебность, угнетенность, скрытность, повышенное беспокойство. Они могут жаловаться на зябкость и запоры. Лабораторные анализы обнаруживают признаки обменных и гормональных сдвигов, характерных для голодания. Несмотря на явную опасность, связанную с отказом от пищи, больные не хотят менять свое поведение, с трудом осознают свое болезненное состояние и упорно сопротивляются лечению. Например, больная девушка ростом 173 см и весом всего 27 кг продолжает считать себя полной.

Возможны выраженная потеря массы тела, чрезмерная слабость, головокружения, нарушения менструальной функции, эрозивно-язвенные поражения пищевода, эрозии эмали внутренней поверхности зубов вследствие повторных рвот, повреждение кровеносных сосудов на лице, уменьшение пульса и артериального давления.

Иногда наблюдаются нарушения функции щитовидной железы, секреции гормона роста, а также кортизола, гонадотропина и вазопрессина. При длительном течении нервной анорексии возможны нарушения электролитного баланса, обусловленные дефицитом калия и натрия вследствие дегидратации, мышечные спазмы и даже остановка сердца.

Если используются слабительные средства, то эти нарушения еще больше усугубляются вследствие потери калия.

Гипокалиемия может вызывать аритмии, сердечную недостаточность и представляет собой угрозу для жизни. [6]

В течение последних лет показано, что нервная анорексия - это не только психогенная проблема. Например, установлено, что у людей, страдающих заболеваниями, связанными с нарушениями приема пищи, имеет место химический дисбаланс, сходный с тем, который наблюдается у пациентов с

депрессией.

Также показано, что в некоторых случаях анорексия является следствием дефицита цинка.

У пациентов с нервно-психической анорексией могут возникать осложнения, связанные с голоданием. У них могут быть умеренная лейкопения и нормоцитарная анемия; кроме того, при специальном обследовании можно обнаружить нарушения эндокринных функций с увеличением содержания адренокортикотропного гормона и смещением гормонального рисунка гипоталамо-гипофизарной оси к схеме препубертатного периода жизни.

У таких пациентов могут развиваться различные последствия тяжелой и длительной рвоты. При повторяющейся рвоте возникают так называемые эметогенные нарушения. У пациентов, использующих большие дозы слабительных препаратов для очищения желудочно-кишечного тракта, могут развиваться особенно тяжелые электролитные нарушения, в частности гипокалиемия. Иногда у пациентов, которые принимают ипекак (іресас), может развиваться миопатия миокарда и скелетной мускулатуры. И наконец, у таких пациентов не исключено повышение концентрации амилазы в крови (как правило, изоамилазы слюны).

Большинству больных анорексией помогает стационарное или амбулаторное лечение. Однако у некоторых все же остаются хронические или длительные нарушения пищевого поведения и регуляции веса тела. Смертность в результате полного истощения достигает 5%, причем непосредственной причиной смерти обычно бывают какая-нибудь распространенная инфекция или необратимые нарушения обмена веществ. У значительной части больных в более позднем возрасте появляются явные признаки психоза, некоторые (немногие) кончают жизнь самоубийством.

Первопричина анорексии неизвестна. Однако полагают, что основные нарушения связаны с исходным чувством страха и незрелостью психосексуальной сферы, что сопровождается отказом от какой-либо сексуальной активности и является ведущим механизмом развития заболевания. Потребность больных «контролировать» свое тело свидетельствует о подспудном страхе потерять такой контроль.

В настоящее время проводятся многочисленные исследования, направленные на выяснение роли биологических факторов, гормональных или нейрохимических, в патогенезе данного состояния, однако пока подобные связи не обнаружены. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы уточнить, насколько распространена нервная анорексия. Остается, в частности, невыясненным, почему она практически не встречается среди малообеспеченных слоев населения или у представителей черной расы. [7]

1.5. Возможные причины анорексии.

Кто же и почему страдает от анорексии? Конечно же, большую часть больных составляют девушки в возрасте примерно 14-28 лет, которые страдают в основном от так называемой нервно-психической анорексии. То есть от пищи они отказываются вполне сознательно, пытаясь достичь фигуры манекенщицы из модного журнала. Но об этом мы поговорим во второй части статьи.

Собственно, основными причинами анорексии становятся заболевания, которые, так или иначе, сказываются на потере аппетита. Вот лишь некоторые из них:

- Расстройства эндокринной системы и нарушения обмена веществ (недостаточность функции гипофиза или гипоталамуса, недостаток гормонов щитовидной железы и т.д.)
- Заболевания органов пищеварения (аппендицит, цирроз печени, гастрит, гепатит)
- Заболевания мочеполовой системы (например, хроническая почечная недостаточность)
- Раковые заболевания
- Невротические реакции и психические нарушения (например, постоянное беспокойство, затяжная депрессия)
- Любые хронические боли
- Плохая гигиена ротовой полости
- Повышение температуры тела (в результате любых заболеваний)

Анорексия может стать последствием приема некоторых лекарств или злоупотребления ими. Например, это происходит при употреблении лекарственных препаратов неприятного вкуса, подавляющих функцию желудочно-кишечного тракта или действующих на центральную нервную систему (например, амфетамина, как в принципе и других психостимуляторов, в том числе и кофеина), и некоторых антибиотиков. Увеличение уровня глюкозы в крови в результате внутривенного вливания растворов, может также привести к анорексии.

К сожалению, анорексия встречается не только у взрослых, но и у совсем маленьких детей. Вот только виноваты в этом почти всегда сами родители. Медики установили, что у малышей анорексия развивается чаще при насильственном кормлении, нарушении правил прикорма. То есть вмешательство в естественные потребности ребенка в еде рано или поздно приводит к нарушениям аппетита. И все эти уговоры «ложечка за маму, ложечка за папу...» часто приводит к прямо обратному результату, когда ребенок просто отказывается от еды.[8]

Глава II. Психологическая характеристика нервных расстройств питания.

2.1. Психологические особенности групп риска.

Большинство специалистов считают, что существует ряд факторов, способствующих развитию расстройств питания. И исследователей, и клиницистов тревожит, что идеалом женщины в настоящее время считается очень худая женщина — с фигурой, недостижимой для подавляющего большинства, и это обстоятельство может увеличить число подвергающихся опасности заболеть анорексией или булимией. "Многие женщины относятся к еде как к чему-то большему, чем просто способу утолить голод, они страшно озабочены своим весом, — говорит Лиза Зильберштейн, частнопрактикующий врач. — Вес и еда — слабое место у многих женщин". И действительно, в ряде программ отмечается увеличение количества женщин более старшего возраста из тех, кто делает карьеру, обращающихся за лечением по поводу нарушений привычек питания. По мнению д-ра Зильберштейн, это «суперженщины» типа «хочу быть...» усвоившие мнение общества, что для достижения успеха женщина должна быть модной, красивой и носить такие же размеры, как фотомодели. "Существует ряд исследований, в которых высказывается предположение, что женщины, делающие все, чтобы приблизиться к такому идеалу, подвергаются риску приобрести болезнь, связанную с нарушениями в питании, — говорит она. — Имидж «суперженщины» является для них недостижимой целью.

Равно как и попытки стать тонкой, как фотомодель, когда ваши гены диктуют обратное. "Существуют также биологические различия, которые вносят свой вклад, — говорит д-р Зильберштейн. — По крайней мере, вес и строение тела зависят от наследственной предрасположенности. Если женщина склонна к полноте, то для нее риск заболеть повышается, потому что она всегда может чувствовать себя несколько полной".

Исследователи считают, что одна из причин, по которой очень большое число заболеваний приходится на подростковый возраст, заключается в том, что в это время, когда девочки начинают замечать мальчиков, в их телах происходят изменения, связанные с отложением большего количества жира.

К сожалению, природный идеал линий женского тела не совпадает с принятым в нашем обществе. "Девочки запрограммированы на увеличение жировых отложений в период полового созревания, а мальчики — на увеличение нежировой ткани, наращивание мышц, — говорит д-р Зильберштейн. — В этом возрасте тела мальчиков становятся больше похожими на тела взрослых мужчин. Для них желателен скачок в росте. Мы провели исследование среди учащихся колледжей, чтобы выявить причины неудовлетворенности своим телом, и обнаружили, что юноши предпочитали быть более плотного сложения. Для женщин это совершенно исключено". Некоторые исследователи выдвинули предположение, что анорексия — это для молодых женщин способ отрицания полового созревания. Вероятно, из-за недостаточности жировой ткани у больных анорексией не наступают менструации и отсутствуют некоторые вторичные половые признаки, например волосы на лобке. Они как бы остаются маленькими девочками. Их страх перед полнотой, по существу, есть страх перед жизнью. Другие исследователи указывают, что больным анорексией или булимией может казаться, что они наконец-то контролируют свою жизнь — или по крайней мере нашли то, что в состоянии контролировать лучше, чем что-либо другое. Это их самое большое достижение на пути к совершенству.

Хотя все мы в какой-то степени подвержены влиянию причуд моды и воззрениям общества на то, каким должен быть вес тела, по-настоящему заболевают анорексией и булимией все же очень немногие. На них могут воздействовать и другие факторы. «Существуют люди, которые более уязвимы в отношении культурных установок на то, каким должно быть идеальное тело. Это, например, танцовщицы и фотомодели, — говорит д-р Зильберштейн. — Большему риску подвергаются также женщины, испытывающие повышенную потребность в похвалах и сильнее обычного зависимые от общепринятых стандартов. Риск возрастает при генетической предрасположенности к душевным расстройствам, например заниженной самооценке и депрессии". Исследования показали также, что в ряде случаев, но не всегда, наблюдается повышенная степень неблагополучия в семьях. " В таких семьях бывает более высокая заболеваемость другими психическими болезнями, включая алкоголизм и токсико-манию», — утверждает д-р Зильберштейн. В ходе одного из исследований 78 женщин с нарушенным питанием обнаружилось, что 30 процентов подвергались сексуальным оскорблениям. Однако, когда копнули глубже, расширив понятие сексуального оскорбления, эта цифра выросла до 64 процентов. В нескольких других исследованиях отмечалось, что от одной трети до двух третей женщин, страдающих расстройствами питания, подвергались сексуальным оскорблениям в детстве или в подростковом возрасте. Ряд специалистов, включая докторов философии Джудит Родин и Кэтлин Пайк, (обе они из Йельского университета), обратились к изучению отношений заболевших и их матерей. "Эти молодые женщины, у которых развились пищевые нарушения, — дочери первого поколения женщин, которые начали следить за

весом", — указывает д-р Зильберштейн. И на самом деле, исследование, проведенное Родин и Пайк, показало, что чаще всего молодые женщины, страдающие анорексией или булимией, оказывались дочерьми матерей, чрезмерно озабоченных своим весом и поощряющих стремление похудеть у дочерей, потому что они находили дочерей недостаточно привлекательными. [9]

2.2. Психологические признаки и особенности восприятия окружающего мира у больных нервной анорексией и булимией.

Общим для больных и анорексией, и булимией является то, что они имеют искаженное представление о своем теле. Не имеет значения, насколько они худые, они все равно считают себя толстыми, хотя знают, что по объективным критериям у них заниженный вес. Наряду с таким неправильным представлением о себе они отрицают очевидное. Многие женщины с расстройствами питания отказываются признать, что с ними не все в порядке, поэтому лечить их трудно. "Степень отрицания очень сильная, — говорит д-р Зильберштейн. — Больные булимией годами продолжают упорствовать в том, что приступы утоления волчьего голода и последующее вызывание рвоты не связаны с заболеванием, а просто хороший способ похудеть". И у больных анорексией, и у больных булимией контролирование веса тела превращается в важную жизненную цель. Это для них хотя и неудачный, а в некоторых случаях и угрожающий жизни, но способ решать свои проблемы. "Булимики, например, часто используют пищу как средство управлять своими эмоциями, — замечает д-р Зильберштейн. — Для них еда может быть средством успокоиться и снять стресс. Многим еда заменяет компанию, когда они одиноки". Еще одна причина, в силу которой лечение затруднительно, заключается в том, что лечение обычно предполагает докармливание, которое болезненно переносится и физически, и эмоционально. В некоторых центрах пользуются лекарственными средствами для облегчения симптомов расстройства желудка и снимают испытываемый большинством женщин страх перед повышением веса методами психотерапии. Для того чтобы помочь женщинам восстановить более реально представление об их теле и уменьшить чувство изоляции и собственной "ненормальности", которое могло заставить их отрицать то, что они больны, используют групповую терапию.

Хотя женщины с расстройствами привычек питания обычно погружены в заботы о еде и диете, многие имеют слабое представление об основах правильного питания и нуждаются в консультации специалиста. Они также плохо понимают, что с ними происходит, когда используют пищу или жесткое ограничение в пище для контроля — по существу, для снятия за счет голодания — глубоко запрятанных чувств тревоги и депрессии. "Зачастую они нуждаются в психотерапии, — говорит д-р Зильберштейн, — которая

должна помочь им разобраться в своих чувствах".

Клиницисты обнаружили, что в лечении пищевых расстройств могут оказаться полезными антидепрессанты, особенно при булимии; для лечения женщин, которые после утоления приступов волчьего голода вызывают у себя рвоту, все чаще используют флуоксетин, поступающий в продажу под наименованием прозак. Никто не может сказать, как он действует, но флуоксетин, используемый для лечения всего — от депрессии до навязчивых и компульсивных состояний — регулирует содержание серотонина в головном мозге, химического вещества, ответственного за изменение настроения, которое подавляет аппетит. Больным аменореей врач может порекомендовать эстрогенозаместительную терапию, чтобы не допустить раннего снижения плотности костной ткани.

В некоторых случаях нужна семейная терапия, потому что семья, как говорит д-р Зильберштейн, продолжает влиять таким образом, что способствует прогрессированию болезни. В зависимости от состояния, женщина может лечиться амбулаторно или в больнице. Даже после успешного лечения наблюдаются остаточные явления, хотя женщина, которая лечилась от болезни, связанной с нарушением питания, может все еще испытывать некоторые затруднения. [10]

2.3. Психологические проблемы больных страдающих нервной анорексией и булимией.

В западном обществе многие - по большей части женщины - чувствуют себя так, как будто бы они на протяжении всей своей взрослой жизни или сидят на диете, или у них небольшой перерыв между диетами. Можно ли быть женщиной в западном обществе и не бороться за свой вес? Кто ответственен за социальные стандарты и давление, воздействующие на такое огромное количество женщин?

Искаженное мышление у людей с анорексией также проявляется в плохо приспособленных к реальной жизни установках и неправильном самовосприятии. Они часто говорят себе: "Я должен стать совершенным во что бы то ни стало", "Я стану лучше, если подвергну себя лишениям" и "Я не буду чувствовать себя виноватым, если прекращу есть".

У страдающих анорексией возникают различные психологические проблемы. Проведенные эксперименты - участниками в них стали люди с нормальным весом, которые начали соблюдать полуголодную диету, - показали, что психологические проблемы появляются в результате голодания. Люди с подобным расстройством часто впадают в депрессию и имеют низкую самооценку; у кого-то начинаются проблемы со сном, других одолевают

навязчивые идеи. Такие люди могут устанавливать твердые правила приготовления пищи. В одном из исследований испытуемые с анорексией и люди, страдающие другими навязчивыми идеями, набрали равно высокие баллы при оценке степени их компульсивности. К тому же, страдающие нервной анорексией имеют тенденцию во всем стремиться к совершенству. [11]

В одном из исследований люди смотрят на свои собственные фотографии сквозь линзу и регулируют ее до тех пор, пока они не увидят, по их мнению, реальные размеры своего тела. Отклонения от реального изображения (левая фотография) могут достигать от минус 20% (средняя фотография) до плюс 20% (правая фотография).

Растет число молодых мужчин с серьезными нарушениями режима питания, и все большее их количество стараются избавиться от этого расстройства. Однако мужчины составляют лишь 5-10% от общего числа имеющих подобные проблемы. Причины таких половых различий не совсем ясны.

Одно из возможных объяснений состоит в том, что мужчины и женщины подвергаются различному социальному и культурному давлению. Так, при проведении опроса было обнаружено, что когда студентов колледжа просят описать идеальное мужское тело, они, как правило, говорят о "мужественном, сильном и широкоплечем мужчине", а когда просят описать идеальное женское тело - о "стройной девушке, с небольшим недобором веса". Хотя акцент на мускулистом, сильном и атлетическом теле, как идеальном для мужчин, снижает вероятность возникновения у мужчин психических расстройств, связанных с процессом питания, это может создавать другие проблемы - например, злоупотребление стероидами или повышение веса путем увеличения мышечной массы.

Причиной того, что женщины более подвержены психическим расстройствам, может быть и то, что при попытках сбросить вес мужчины и женщины прибегают к разным методам. Согласно клиническим наблюдениям, для того чтобы похудеть, мужчины чаще усердствуют, выполняя физические упражнения, а женщины - садятся на диету. А у человека, придерживающегося строгой диеты, с большей вероятностью появляются проблемы с питанием.

Психические расстройства, связанные с приемом пищи, диагностируются у мужчин с большим трудом, чем у женщин. Многие из мужчин просто не допускают, что у них могут появиться традиционно "женские проблемы". К тому же, часто в таких случаях и врачу трудно опознать расстройство из-за отсутствия явных симптомов. Отсутствие менструаций - очевидный признак анорексии у женщин, не может быть показателем у мужчин. И намного сложнее протестировать мужскую репродуктивную систему - например,

проверить уровень тестостерона.

Мужчины, у которых развиваются подобные нарушения, нередко ставят перед собой те же цели, что и женщины. Некоторые из них, например, признаются, что хотели бы иметь не сильную, мускулистую фигуру с широкими плечами, а "идеальную, стройную фигуру", близкую к идеальной фигуре женщины. Во многих случаях, однако, причины, инициирующие возникновение расстройства, у мужчин и у женщин различны. У мужчин, например, они чаще, чем у женщин, вызываются потребностями работы или спорта. Согласно одному исследованию, 37% мужчин с нарушенным режимом питания имели работу или занимались таким видом спорта, для которых контроль веса был очень важен, в то время как у женщин эта цифра достигала лишь 13%. Наиболее часто серьезные нарушения в режиме питания встречаются среди жокеев, борцов, пловцов и спортсменов, занимающихся бодибилдингом. Жокеи обычно перед скачками проводят около четырех часов в сауне, теряя при этом до 7 фунтов веса; они также могут ограничивать потребление пищи, принимать легкие слабительные и мочегонные средства, насильно вызывать у себя рвоту. Борцы тоже обычно ограничивают прием пищи за три дня перед соревнованиями, "делают вес", часто теряя от 2 до 12% массы. Некоторые бегают, одевая несколько слоев теплой или резиновой одежды, чтобы потерять до 5 фунтов веса перед взвешиванием. [12]

В то время как большинство женщин с нарушенной системой питания постоянно озабочены проблемой веса, жокеи и борцы, как правило, беспокоятся о нем только в период спортивного сезона. После соревнований они начинают усиленно есть и пить, чтобы набраться сил для тренировок, и вновь вспоминают о весе только перед следующим контрольным взвешиванием. Эти сезонные циклы потери и восстановления веса вредны для организма, так как при этом изменяется метаболическая активность спортсмена, что непосредственно отражается на его здоровье.

Рост числа мужчин с нарушенным режимом питания привлекает внимание исследователей, они пытаются понять, какую роль тут играют половые различия и сходство и какие факторы воздействуют в каждом случае.

Глава III. Диагностика и лечение нервной анорексии и булимии.

3.1. Диагностика нервных расстройств питания.

Индустрия кино привнесла в нашу жизнь определенные идеалы красоты: стремление иметь стройную фигуру, быть непременно похожими на топ-моделей и звезд эстрады. Не удивительно, что молодые девушки, еще не

нашедшие своего места в жизни и не достигшие желаемых целей, во всем обвиняют свою внешность. Резкое изменение имиджа в виде сброшенных килограммов может казаться ответом на все вопросы. К сожалению, изнурительные диеты в конце концов приведут к заболеванию, которое будет контролировать каждую минуту, каждый шаг своей жертвы. В результате научных исследований было отмечено, что риск развития булимии и анорексии не связан с социальным статусом, уровнем доходов, профессией, образованием и характером жертвы. Психологи отмечают, что наиболее подвержены заболеванию женщины с низким уровнем самооценки. Они импульсивны и часто жалуются на отсутствие контроля над своей жизнью. Ученые указывают на большую роль наследственного фактора в возникновении заболевания.

У пациенток с данным диагнозом обычно наблюдаются различные фобии, приступы паники, страха и склонность к алкоголизму. 50% таких женщин страдают от постоянных депрессий.

Согласно полученным данным, вероятность стать жертвой нервного расстройства питания возрастает в 2,2 раза у женщин, страдающих депрессиями; в 2,4 раза – фобиями; вероятность агрессивного развития заболевания возрастает в 3,2 раза у пациенток с алкогольной зависимостью.

Верный диагноз должен быть поставлен еще до возникновения заболевания как неизбежного факта. Врач обязан отреагировать на любые отклонения, связанные с контролем веса: навязчивое желание похудеть, изматывающие тренировки, болезненное восприятие своего тела. Совсем не обязательно ждать более серьезных симптомов резкого снижения веса, прекращения месячных, истощения, резкой и хронической утомляемости, остановки или замедления полового развития, возрастания риска остеопороза.

Кроме очевидных симптомов существуют и такие, которые практически невозможно диагностировать до появления следующих признаков: недостаток витаминов, минералов, протеинов и калорий, баланс которых определяет развитие молодого организма. [13]

Зачастую при установлении диагноза врачи руководствуются общими представлениями о заболевании, так называемыми «мифами». Рассмотрим наиболее укоренившиеся из них.

- В действительности люди, страдающие булимией, анорексией, неврозом и приступами обжорства могут быть как полными, так и «щепками». Диагноз не имеет ничего общего с размерами и массой тела, диагноз вытекает из поведения и самооценки.
- Люди, страдающие подобными заболеваниями, зачастую обвиняются в

слабой воле, однако на самом деле, они пытаются решить вопрос самостоятельно, без посторонней помощи, хотя последняя будет им просто необходима в процессе выздоровления.

Несмотря на то, что перечисленные заболевания ассоциируются исключительно с женщинами, 35% среди жертв – мужчины, из них среднего возраста – 10% и 25% -- дети с диагнозом «булимия» и анорексия невроза.

Перечисленные заболевания достаточно серьезны и опасны, к ним нельзя относиться всего лишь как к последствию одного из видов диет. 15% пациентов с диагнозом «анорексия» погибают от недостатка пищи и необходимых организму элементов, приблизительно 1000 женщин ежегодно умирают от анорексии или булимии. Одна из десяти болезней заканчивается самоубийством, сердечным приступом или истощением. [14]

Диагностические критерии для пациентов с нервно-психической булимией.

А. Рецидивирующие эпизоды поглощения огромного количества пищи, которые характеризуются:

- 1) употреблением очень большого количества продуктов, гораздо большего, чем поглощаемые большинством людей в течение такого же периода времени и при аналогичных обстоятельствах;
- 2) отсутствием контроля за едой в течение этого эпизода.

Б. Периодически возникающее необычное поведение, желание предотвратить прибавку массы тела с помощью нестандартных мероприятий. Например, пациенты самостоятельно вызывают рвоту, в избыточном количестве употребляют слабительные средства, мочегонные препараты, очистительные клизмы или другие лечебные мероприятия, проводят курсы голодания, выполняют чрезмерные физические упражнения.

В. Частота эпизодов неконтролируемого поглощения пищи и указанных выше особенностей поведения составляет в среднем по крайней мере 2 раза в неделю и продолжается в течение 3 мес.

Г. На самооценку поведения избыточное влияние оказывают форма и масса тела.

Д. Эти расстройства не встречаются во время эпизодов нервно-психической анорексии.

Хотя некоторые ученые считают, что пациенты с нервно-психической булимией очень похожи на пациентов с нервно-психической анорексией, тем не менее у первых в меньшей степени имеются изменения фигуры, для них существует несколько больший выбор лечения, к тому же они легче поддаются терапии.

Другие признаки нервно-психической булимии.

Нервно-психическая булимия, как и анорексия, значительно чаще возникает

у молодых женщин. Нервно-психическая булимия встречается более часто, и, по данным различных авторов, она может быть обнаружена у 1-3 % всех девушек-подростков и молодых женщин.

Характерной особенностью нервно-психической булимии является то, что пациенты пытаются скрывать свой неуемный аппетит или особенности поведения, которые проявляются обычно во время стрессовых ситуаций. Рвоту у таких пациентов обнаружить, как правило, не удастся, потому что пациенты могут ее сдерживать до тех пор, пока не войдут в туалет или в ванную комнату. Хотя рвота и является наиболее характерной компенсаторной реакцией организма и встречается в 80-90 % случаев, приблизительно $\frac{1}{3}$ пациентов для облегчения состояния пользуются слабительными средствами..

У пациентов с нервно-психической булимией имеются очень большие проблемы в налаживании контактов с другими людьми; в отличие от пациентов с нервно-психической анорексией, у них нередко имеется зависимость от каких-либо веществ, особенно от алкоголя. У % таких пациентов присоединяются сопутствующие изменения личности.

При объективном обследовании редко удается обнаружить какие-либо явные патологические изменения. Пациенты с нервно-психической булимией, как правило, не имеют нарушений питательного статуса, у них здоровый внешний вид, и другие люди, которые знакомы с пациентами хорошо, даже члены их семей, иногда могут ничего не знать об их заболевании. При объективном обследовании у пациентов с повторяющейся рвотой выявляются такие же нарушения, как и у пациентов с нервно-психической анорексией.[15]

3.2. Методы лечения нервных расстройств питания.

Процесс выздоровления сложен и болезненен. В первую очередь необходимо перешагнуть через страх и неуверенность в поисках помощи. Бороться в одиночку намного сложнее.

Советы американских специалистов:

1. Ешьте цельные продукты, в частности зерно или бобы. Чем больше рафинированных продуктов мы едим, тем больше хочется есть. Не обязательно страдать булимией, чтобы осознать это. Избегая подобных продуктов, можно избавиться от зависимости от них.
2. Решите для себя, что вы действительно хотите перемен. Если кто-то примет решение за вас, будет очень легко саботировать лечение.
3. Цените свое тело. Вам не обязательно быть похожей на других – оставайтесь собой.

4. Попробуйте самостоятельно изменить свое поведение. Специалисты утверждают, что для многих женщин это очень трудно, почти невозможно. Однако у некоторых получается. Легче всего тем, кто совсем недолго страдает анорексией или булимией.
5. Настройтесь на успех. Если у вас булимия, ешьте регулярно. Сильный голод является естественной причиной обжорства, вне зависимости от наличия или отсутствия булимии.
6. Проконсультируйтесь с психотерапевтом. Найдите специалиста, с которым вы будете чувствовать себя комфортно. Если у вас будет хорошее настроение, шансы на выздоровление повысятся.
7. Попробуйте обратиться в клинику, специализирующуюся на лечении больных с расстройствами питания. Позвоните туда и спросите, в чем суть их лечебной программы, насколько опытны их специалисты и какова эффективность их методов лечения.
8. Пройдите медосмотр, заострив внимание врачей на вашем состоянии. Вы можете страдать от недостатка витаминов и минеральных веществ. Специалисты с большим опытом лечения заболеваний, подобных вашему, скорее определят, что вам необходимо.[16]

В случаях крайнего истощения для спасения жизни больных могут потребоваться госпитализация и насильственное кормление. Психотропные средства – транквилизаторы или антидепрессанты – дают, по-видимому, лишь кратковременный эффект. Многие врачи в качестве основных методов лечения используют семейную терапию, индивидуальный психоанализ, поведенческую терапию и эндокринное лечение, причем все эти подходы имеют примерно равную эффективность. В настоящее время считается, что наилучшие результаты дает комбинированный подход с применением некоторых или всех перечисленных видов лечения.

Психотерапия должна быть направлена на выявление побудительных мотивов, чувств и стремлений больных. Психотерапевт или психотерапевтическая группа должны настойчиво и последовательно, но крайне осторожно развивать у больных уверенность в себе и стремление к излечению. Семейная терапия может помочь разрешить основные семейные трудности, например запутанные отношения между членами семьи, чрезмерную опеку и строгость по отношению к больному, его неспособность выходить из конфликтных ситуаций.

Вследствие разнообразного и тяжелого течения нервно-психической анорексии необходимо, чтобы лечением таких пациентов занимались опытные врачи в специализированных центрах. Лечение при этом

обязательно должно быть многофакторным. Консервативное лечение направлено на восстановление массы тела и коррекции метаболических нарушений. Строго говоря, пациенты с умеренными (65-80 % от идеальной массы тела) и тяжелыми (менее 65 % от идеальной массы тела) нарушениями массы тела или низким прогностическим питательным индексом должны быть госпитализированы в клинику, где им назначают специальное лечебное питание с соответствующими добавками.

В обязательном порядке у таких пациентов необходимо применять психологическое лечение — как самостоятельно, так и в комбинации:

- 1) с поведенческой терапией, например выработкой различных условных рефлексов;
- 2) с когнитивной (познавательной) терапией, например оценкой и изучением искажений мыслительных процессов;
- 3) с семейными консультациями;
- 4) с фармакологическим лечением, например применением хлорпромазина или антидепрессантов

Как правило, нервная анорексия вызывается различными психосоциальными причинами (например, проблемами в семье, на работе и т.п.)

В тех случаях, когда не обнаружено органических причин нервной анорексии, а недостаточное функционирование щитовидной железы, надпочечников и половых желез (аменорея, нерегулярные месячные) являются всего лишь следствием недоедания, прежде всего необходимо исключить в дифференциальном диагнозе гипертиреоз, туберкулез, злокачественные опухоли, особенно в области мочеполовых органов.

Основу терапии нервной анорексии составляет устранение конфликтных ситуаций (психотерапия при непосредственном участии членов семьи) и постепенное приведение распорядка жизни в нормальное состояние.

Нервно-психическая булимия протекает по-разному. Иногда она принимает хроническое течение, иногда — рецидивирующее, с различными интервалами ремиссии. Длительное течение заболевания не описано. Пациентов с нервно-психической булимией лечат амбулаторно. Курс лечения включает как когнитивную терапию (распознавание ненормального поведения пациента), так и терапию, направленную на непосредственную коррекцию ненормального поведения. Антидепрессанты полезно применять в составе комплексной терапии, а не как единственное средство лечения.

Нередко специалисты, незнакомые с нервной булимией, сами провоцируют это расстройство у пациента, говоря: «Как же так можно есть? Надо взять себя в руки!» Но ведь болезнь-то как раз и подразумевает, что человек просто не в состоянии взять себя в руки без посторонней помощи. [17]

Мы считаем, что любая коррекция излишнего веса должна проходить под наблюдением *нескольких врачей* — диетологов, эндокринологов, и конечно же, психотерапевтов. Причем, в первую очередь, за лечение должен отвечать именно *психотерапевт*, так как только он может определить, какое именно снижение веса в психическом плане будет безопасно для каждого конкретного человека. Если имеют место быть симптомы нервной булимии, то сначала необходимо вылечить это расстройство. Для этого мы применяем специальную программу, которая состоит из ряда последовательных психологических упражнений. Их цель состоит в том, чтобы научить человека выходить без потерь из тяжелых жизненных ситуаций, высвободить внутреннее «Я» и помочь полнее реализовать его на практике. После работы с нами человек перестает избегать конфликтных ситуаций и начинает изыскивать новые возможности для снятия стрессов помимо еды и курения.

Обычно программа включает в себя от 5 до 8 занятий, которые проводятся в течение 2-х месяцев, с последующим годичным наблюдением за пациентом. Принцип таков, что человек лечит себя сам, а психоаналитик выступает в роли некоего тренера, помогающего человеку развить и реализовать внутренние возможности. И самое главное, то, что человек сумел достигнуть сам, уже никто не будет в состоянии у него отнять. Поскольку это становится частью его самого, его внутренней сущностью. Другими словами, стабильный результат и полное отсутствие желания «заедать» свои проблемы.

Психологическая помощь при расстройствах питания состоит из двух частей или подходов: телесноориентированной терапии и психоанализа. Каждый из подходов - это отдельное занятие, рассчитанное на 1-1,5 часа.

Телесноориентированная терапия.

Идея телесноориентированной терапии состоит в следующем: все наши мысли, желания, неудовлетворенности и т.п. несут отпечаток на нашем теле. То есть, если когда-либо имело место неудовлетворение, испуг, злость, гнев, раздражение, стресс - все это отражается на нашем теле определенными блоками или зажимами. Развивая свое тело, или раскрепощая его, мы снимаем один за другим эти блоки. Одновременно со снятием блоков происходит обратный процесс на психическом уровне - мы снимаем стереотипы стрессового поведения в нашем сознании, которые закрепились в нас вместе с испугом, злостью и т. п.

Занятия по телесноориентированной терапии складываются из двух блоков. Каждый блок длится 30-40 минут (зависит от состояния человека).

Первый блок - в данном случае это выстраивающие тело упражнения, в основу которых положена оздоровительная китайская гимнастика тай-цзи-цюань. Второй блок состоит из медитационных практик, главным образом расслабляющих, уравнивающих, гармонизирующих и самое главное -

предающих уверенности в себе.

Психоанализ.

Психологическая консультация строиться по канонам психоанализа и предполагает выявление глубинных мотивов поведения, приведших к расстройствам.

Предполагается одновременная работа двух методов. Так как в этом случае достигается максимальная проработка сразу двух уровней: сознательного и бессознательного.[18]

Заключение.

В средствах массовой информации встречается множество материалов об анорексии и булимии. Одна из причин роста общественного интереса - трагический итог, который могут иметь эти заболевания. В 1982 году нация была потрясена смертью Карен Карпентер, популярной певицы и ведущей телешоу. Серьезную озабоченность также вызывает распространенность подобных проблем среди девочек-подростков и молодых женщин.

Практикующие врачи теперь понимают, что сходство между анорексией и булимией может быть столь же важным, как различия между ними. Так, страдающие анорексией, убедясь в потере веса, могут начать переедать и у некоторых из них, таким образом, может развиться булимия. И наоборот, у людей с булимией иногда развивается анорексия.

Число людей, подверженных анорексии и булимии растет неимоверно: худоба становится навязчивой национальной идеей. Люди стремятся сбросить как можно больше килограммов и в результате доходят до опасной грани. Тут возможны две схемы питания: ограничение потребляемых продуктов и обжорство с последующим очищением желудка.

Основные особенности нервной анорексии и булимии - стремление к худобе, страх набрать вес, предубежденное отношение к пище, когнитивные расстройства, психологические проблемы и проблемы со здоровьем, включая отсутствие менструальных циклов.

Список литературы.

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология. – Екатеринбург: 1999.
2. Батуев А.С. Высшая нервная деятельность. - М.: 1991

3. Гомезо М.В., Герасимова В.С., Горелова Г.Г., Орлова Л.М. Возрастная психология. Личность от молодости до старости. – М.: 2001.
4. Данилова Н. Н. Психофизиология. - М.: 1999.
5. Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология ВНД. - М.: 1989
6. Ермолаева М.В. Психология развития. – М.: 2000.
7. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных.— М.: 1998.
8. Карвасарский Б. Д. Неврозы.— М.: 1980.
9. Карева М. А., Марилов В. В. Психологический анализ случая нервной анорексии.— В кн.: Патопсихологические исследования в психиатрической клинике.— М.: 1994
10. Кон И.С. Ребёнок и общество. – М.: 1988.
11. Коркина М. В. Нервная анорексия непротессуальной природы (к вопросу о ее нозологической принадлежности и взаимоотношениях с синдромом дисморфомании]. — —В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. Спб.: 1997.
12. Коркина М. В. К вопросу о нервной анорексии.— В кн.: Проблемы общей и судебной психиатрии. М.: 1993.
13. Крайг Г. Психология развития. – СПб.: 2002.
14. Кулагина И.Ю., Коллюцкий В.Н. Возрастная психология. – М.: 2001.
15. Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Спб.: 1989.
16. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.— М.: 1987.
17. Марилов В. В. Динамика нервной анорексии в рамках пограничных состояний. — В кн.: Проблемы теоретич. и клин. мед. развивающихся стран. — М.: 1995.
18. Марилов В. В. Роль психотерапии в комплексном лечении больных нервной анорексией. — В кн.: Проблемы теоретической и клинической медицины развивающихся стран. — М.: 1995.
19. Раис Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. – СПб.: 2000.

20. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: проблемы становления личности. – М.: 1994.
21. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. - СПб.: 2002.
22. Фельдштейн Д.И. Психология взросления. – М.: 1999.
23. Фромм Э. Психоанализ и этика. – М.: 1998.
24. Балаболкин М. И., Герасимов Г. А. Нервная анорексия и гормональные расстройства (обзор).— Журн. невропатол. и психиатр., 1994, вып. 4.
25. Коркина М. В. К вопросу о нервной анорексии (об одной из причин вторичной анорексии).— Журн. невропатол. и психиатр., 1993, вып. I.
26. Комер Рональд Основы патопсихологии. ВООКАР.ru Библиотека психологической литературы 02.06.2002
27. Руднева Ольга Смертельная диета Supplement.ru Советы медиков онлайн. 28.09.2002
28. Энциклопедия кругосвет crugosvet.com

[1] Данилова Н. Н. Психофизиология. - М.: 1999.

[2] Карева М. А., Марилов В. В. Психологический анализ случая нервной анорексии.— В кн.: Патопсихологические исследования в психиатрической клинике.— М.: 1994

[3] Энциклопедия кругосвет crugosvet.com

[4] Коркина М. В. К вопросу о нервной анорексии (об одной из причин вторичной анорексии).— Журн. невропатол. и психиатр., 1993, вып. I.

[5] Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология. – М.: 2001.

[6] Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология ВНД. - М.: 1989

[7] Комер Рональд Основы патопсихологии. ВООКАР.ру Библиотека психологической литературы 02.06.2002

[8] Карева М. А., Марилов В. В. Психологический анализ случая нервной анорексии.— В кн.: Патопсихологические исследования в психиатрической клинике.— М.: 1994

[9] Руднева Ольга Смертельная диета Supplement.ru Советы медиков онлайн. 28.09.2002

[10] Руднева Ольга Смертельная диета Supplement.ru Советы медиков онлайн. 28.09.2002

[11] Ермолаева М.В. Психология развития. – М.: 2000.

[12] Абрамова Г.С. Возрастная психология. – Екатеринбург: 1999.

[13] Кабанов М. М. Реабилитация психически больных.— М.: 1998.

[14] Коркина М. В. Нервная анорексия не процессуальной природы (к

вопросу о ее нозологической принадлежности и взаимоотношениях с синдромом дисморфомании]. — — В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. Спб.: 1997.

[15] Карвасарский Б. Д. Неврозы.— М.: 1980

[16] Комер Рональд Основы патопсихологии. ВООКАР.ru Библиотека психологической литературы 02.06.2002

[17] Раис Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. — СПб.: 2000.

[18] Марилов В. В. Роль психотерапии в комплексном лечении больных нервной анорексией. — В кн.: Проблемы теоретической и клинической медицины развивающихся стран. — М.: 1995.