

УДК 101+378

DOI 10.25688/2076-9121.2021.57.3.12

М. Ю. Урбанович⁽¹⁾

⁽¹⁾ *Московский городской педагогический университет,
Москва, Российская Федерация.*

E-mail: margourbanovich@gmail.com

Особенности психической деятельности девочек-подростков, страдающих нервной анорексией

Поступила в редакцию / Received 20.05.2021

Поступила после рецензирования / Revised 19.07.2021

Принята к публикации / Accepted 20.07.2021

Аннотация. В статье представлено теоретическое исследование по проблеме нервной анорексии. Целью статьи стало описание особенностей психической деятельности девочек-подростков, страдающих нервной анорексией. В качестве основного метода исследования использовался метод анализа научных литературных источников, который позволил собрать и систематизировать данные о нарушениях в мотивационно-потребностной, волевой, аффективной (эмоциональной), личностно-характерологической, коммуникативной сферах, особенностях их самосознания и гендерной идентичности. Теоретико-методологической основой статьи стали положения современной клинической психологии, а именно принципы системности, структурности, личностного подхода; теоретические положения и результаты исследований по проблеме нервной анорексии, представленные в трудах отечественных и зарубежных психиатров и психологов. Предложенный в статье материал показывает отличительные специфические нарушения в отдельных сферах психической деятельности у больных нервной анорексией. Несмотря на то что девушки, страдающие нервной анорексией, представляют собой гетерогенную группу и их невозможно отнести к определенному личностному типу, изложенные в статье материалы позволяют составить некоторый обобщенный психологический портрет больных нервной анорексией, дают представление о тех психологических проблемах, с которыми они сталкиваются в своей жизни и которые отражаются в их переживаниях, состояниях, мыслях, чувствах, поведении и являются причинами их социальной дезадаптации. Делается вывод о необходимости

всестороннего изучения психологических особенностей личности больных нервной анорексией с позиций холистического подхода.

Ключевые слова: нервная анорексия; личностные и аффективные нарушения; патологические смыслообразующие мотивы; патология волевой сферы; особенности гендерной идентичности; искаженный образ тела; социальная дезадаптация.

M. Yu. Urbanovich⁽¹⁾

⁽¹⁾ *Moscow City University (MCU),
Moscow, Russia.*

E-mail: margourbanovich@gmail.com

Features of mental activity of adolescent girls suffering with nervous anorexia

Abstract. The article presents a theoretical study on the problem of anorexia nervosa. The purpose of the article was to describe the characteristics of the mental activity of adolescent girls suffering from anorexia nervosa. As the main research method, the method of analysis of scientific literary sources was used, which made it possible to collect and systematize data on disorders in the motivational-need, volitional, affective (emotional), personal-characterological, communicative spheres, the peculiarities of their self-awareness and gender identity. The theoretical and methodological basis of the article was the provisions of modern clinical psychology, namely the principles of consistency, structure, personal approach; theoretical positions and research results on the problem of anorexia nervosa, presented in the works of domestic and foreign psychiatrists and psychologists. The material proposed in the article shows distinctive specific disorders in certain areas of mental activity in patients with anorexia nervosa. Despite the fact that girls with anorexia nervosa are a heterogeneous group, and they cannot be attributed to a specific personality type, the materials presented in the article make it possible to draw up some generalized psychological portrait of patients with anorexia nervosa, give an idea of the psychological problems they face in their life, and which are reflected in their experiences, states, thoughts, feelings, behavior and are the reasons for their social maladjustment. It is concluded that it is necessary to comprehensively study the psychological characteristics of the personality of patients with anorexia nervosa from the standpoint of a holistic approach.

Keywords: anorexia nervosa; personality and affective disorders; pathological meaning-forming motives; pathology of the volitional sphere; features of gender identity; distorted body image; social maladjustment.

Введение

Актуальность темы исследования. Нервная анорексия относится к психическим заболеваниям, связанным с расстройством приема пищи (МКБ-10, F50.0; F50.01). Пристальное внимание врачей,

психологов, педагогов, родителей к заболеванию нервной анорексией обусловлено ее тяжелыми последствиями для здоровья конкретных людей и социума в целом.

Смерть больных нервной анорексией наступает от физического истощения, нарушения обмена веществ, пневмонии, кардиомиодистрофии, злоупотребления психоактивными веществами и алкоголем, самоубийства [Лев, 2017; Онегина, 2010]. Нервная анорексия приводит к тяжелым нарушениям сомато-эндокринных процессов, репродуктивной функции и полового развития женщин, так как физическое истощение и потеря массы тела вызывают аменорею (нарушение менструального цикла), что становится причиной бесплодия женщин. Особенно пагубное влияние нервная анорексия оказывает на здоровье подростков, для которых питание играет огромную роль [Мазаева, 2012, с. 50].

Нервной анорексией страдают преимущественно девушки 11–25 лет из средних и высших социальных слоев общества. У 0,5–1,0 % подростков США диагностировались клинические признаки нервной анорексии, из них только 5 % больных являлись лицами мужского пола [Franko and Keel, 2006, p. 770–773]. Около 85 % всех случаев нервной анорексии приходится на подростковый возраст от 15 до 19 лет. В 2013 году нервная анорексия занимала третье место по частоте встречаемости среди наиболее распространенных хронических заболеваний американских женщин [Smink et al., 2012, p. 407]. В России уровень распространения нервной анорексии достигает 3,78 %. Несмотря на широкое распространение этого заболевания, уровень знаний о нем недостаточен, непонятны его природа, причины возникновения и возможности лечения, что и обусловило выбор темы нашего теоретического исследования.

Исследование причин возникновения и методов лечения нервной анорексии носит междисциплинарный характер. Врачи, психиатры, генетики, психологи, физиологи вносят большой вклад в изучение механизмов и природы нарушений пищевого поведения у человека. В психиатрии в рамках биопсихологического подхода известна работа Д. Энджела [Engel, 1977], а также работы [Papadopoulous et al., 2009, p. 12; Лев и др., 2015, с. 43; Коган и др., 2016, с. 41–42]. В современной психиатрии нервная анорексия выделяется как самостоятельная форма психического расстройства, но может быть и синдромом других психических заболеваний, в частности шизофрении, пограничных нервно-психических расстройств, расстройств личности [Коркина и др., 1986, с. 67; Smink et al., 2012, p. 410]. Ряд авторов рассматривают нервную анорексию как самостоятельное психосоматическое заболевание, встречающееся главным образом в пубертатном возрасте [Балакирева, 2004; Артамонов, 2012]. М. В. Коркина связывает нервную анорексию с характерным для подросткового возраста симптомокомплексом — дисморфофобией-дисморфоманией [Коркина и др., 1986, с. 34–41]. Результаты работ, посвященных изучению патогенеза расстройств пищевого поведения, свидетельствуют о серьезных нарушениях функциональной активности нейромедиаторов, сходных с теми, которые отмечались и при других вариантах нехимических и химических аддикций [Коган и др., 2016, с. 50].

Проблемы нервной анорексии активно изучаются и в клинической психологии [Коркина и др., 1986, с. 6; Каданцева и Петров, 2004, с. 136; Онегина, 2012, с. 5–10; Чебакова и др., 2012, с. 6; Дурнева, 2014, с. 7; Худякова, 2014 и др.]. Нервная анорексия рассматривались в многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра [Холмогорова и Гаранян, 1998].

В настоящее время существует целый ряд школ, направлений, моделей и теорий возникновения, развития и лечения нервной анорексии. Многолетние исследования в этой области показали, что болезнь должна изучаться на генетическом, психофизиологическом, психиатрическом, психологическом и социальном уровнях [Мазаева, 2021, с. 51–52]. Изучение нервной анорексии предполагает анализ заболевания на нейроэндокринном, биохимическом, соматоэндокринном, биохимическом и психологическом уровнях и носит системный характер.

Исследование психологических особенностей личности больных нервной анорексией важно для своевременной диагностики и дифференциации этого заболевания, имеет большое значение для понимания ее течения, коррекции и профилактики. Исходя из направленности данной статьи, основное внимание мы уделили в ней анализу психологических особенностей девушек подросткового и юношеского возраста от 12 до 19 лет.

Методы исследования

Цель исследования: описание особенностей психической деятельности девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

Объект исследования: психическая деятельность девушек, больных нервной анорексией.

Предмет исследования: нарушения отдельных сфер психической деятельности девушек, страдающих нервной анорексией, а именно мотивационно-потребностной, волевой, аффективной (эмоциональной), личностно-характерологической, коммуникативной, самосознания и гендерной идентичности.

Методы исследования: анализ научных литературных источников, систематизация данных.

Теоретико-методологическое основание. В работе использовались теоретические положения и результаты исследований нервной анорексии, представленные в трудах отечественных и зарубежных психиатров и психологов [Коркина и др., 1986, с. 50–78; Артамонов и др., 2012, с. 62–65; Гладышев, 2014; Лев и др., 2015, с. 48; Барыльник и др., 2016а, 2016б; Smink et al., 2012; Garcia, 2011, p. 67; Lock & Le Grange, 2015, p. 6 и др.]; биопсихосоциальная модель [Engel, 1977]; многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра [Холмогорова и Гаранян, 1998 и др.].

Результаты исследования

Нервная анорексия представляет собой психическое расстройство, связанное с добровольным ограничением или отказом больного от приема пищи, при этом аппетит у него сохранен, а в ряде случаев даже повышен. М. В. Коркина, М. А. Цивилько и С. В. Марилов дают историческую справку о начале изучения заболевания [Коркина, Цивилько и Марилов, 1986, с. 3–9]. Так, для обозначения болезни «нервная анорексия» [Gull, 1873] в истории психиатрии использовались различные синонимичные термины, такие как «нервная чахотка» [Morton, 1689], «сознательное голодание», «истерическая анорексия» [Lasegue, 1986], «психическая анорексия» [Юшар, 1883], «страсть к истощению» [Kylin, 1930], «навязчивое желание похудеть» [Bruch, 1973, p. 22], «пубертатное стремление к похуданию». Также в работе М. В. Коркиной, М. А. Цивилько и С. В. Марилова упоминается первый описанный в России случай нервной анорексии у 11-летней девочки, который датируется 1884 годом, его описал российский (позже — советский) педиатр А. А. Кисель [Коркина, Цивилько и Марилов, 1986, с. 7].

Отказ от пищи при нервной анорексии обусловлен наличием у больного сверхценной идеи снижения веса своего тела, которая становится смыслообразующим мотивом существования и жизнедеятельности больного и приобретает специфическую психопатологическую форму. «Парализующее ощущение неполноценности, овладевающее всеми мыслями и действиями больного» заставляет его отказываться от пищи, что приводит к крайнему истощению и даже смерти [Bruch, 1973, p. 20–25; Papadopoulos et al., 2009, p. 11; Franko & Keel, 2006, p. 770].

Как психическое заболевание, нервная анорексия относится к поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями и физическими факторами, является одной из форм расстройства пищевого поведения, а именно расстройства приема пищи (МКБ-10, согласно классификации 10 пересмотра, F50.0). Нервная анорексия относится к психическим заболеваниям, связанным с расстройством приема пищи (МКБ-10, F50.0; F50.01). Пищевое поведение — это совокупность действий, совершаемых в процессе приема пищи, а также качественные и количественные характеристики потребляемого рациона питания.

К основным типичным признакам нервной анорексии как психического расстройства и специфического патологического пищевого поведения относятся: 1) потеря массы тела; 2) самостоятельная (добровольная со стороны больного) потеря массы тела, избегание пищи, которая «полнит»; 3) страх ожирения, страх растолстеть, ощущение собственной чрезмерной полноты; 4) эндокринное расстройство (аменорея); 5) отсутствие эпизодов переедания и компульсивного влечения к еде. Известный отечественный психиатр М. В. Коркина пишет, что психоэмоциональный симптомокомплекс больных,

страдающих нервной анорексией, включает в себя, как правило, три основных компонента: 1) навязчивую, сверхценную (или бредовую) идею собственной телесной неполноценности, 2) активную деятельность по коррекции этого недостатка (голодание, высокую физическую активность и пр.), 3) депрессию. [Коркина, 1981, с. 17].

Страх ожирения и недовольство своей фигурой приводят к тому, что больной нервной анорексией постоянно и методично совершает целый ряд действий, направленных на снижение своего веса. Он ограничивает свой рацион питания, голодает, активно применяет слабительные средства, искусственно вызывает рвоту сразу после еды, непомерно увеличивает физические нагрузки — и все для того, чтобы достичь похудения. В результате у большинства больных нервной анорексией вес тела ниже возрастной нормы на 15–20 % (до 50 %), а индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 и ниже (недостаточная масса тела) [Коркина, 1981, с. 21].

В последние двадцать лет картина нервной анорексии несколько изменилась. Назовем основные тенденции развития этого заболевания в современном мире. Во-первых, за последние двадцать лет существенно расширилась география нервной анорексии, которая сегодня появляется в странах, где еще недавно она не встречалась. В настоящее время нервная анорексия теряет свою культурную обусловленность, выходит за этнические и социальные границы и становится заболеванием, которое диагностируется во многих странах мира. В ряде медицинских исследований говорится о «пандемии» похудения среди населения, о массовой охваченности женщин идеалами худосочной красоты. В мировых средствах массовой информации широко популяризируются нездоровые, истощенные «стандарты» внешнего облика и размеров тела. В России уровень распространения нервной анорексии достигает 3,78 % [Онегина, 2010, с. 27]. В-третьих, в мире стремительно увеличивается распространенность нервной анорексии среди мальчиков-подростков. В-четвертых, врачи и исследователи отмечают смещение возраста пика болезни с 15–19 лет на 12–14 лет. В настоящее время резко увеличивается доля нервной анорексии в патологии пубертатного возраста. И, в-пятых, в последние годы в клинике нервной анорексии все чаще встречаются случаи с атипичными проявлениями нервной анорексии (МКБ-10, F50.01) [Garcia, 2011, p. 68; Лев и др., 2015, с. 43].

Изучение индивидуально-психологических характеристик личности больных, страдающих нервной анорексией, представляет большой теоретический и практический интерес, но связано с рядом трудностей. Во-первых, врачи и психологи сталкиваются с большим разнообразием клинических проявлений этого заболевания и неопределенностью нозологической принадлежности тех или иных больных. Во-вторых, за психиатрической помощью больные обращаются, как правило, только на поздней стадии развития болезни, поэтому врачами фиксируются только острые формы заболевания. М. В. Коркина пишет, что легкие или стертые формы болезни практически не диагностируются

в лечебных учреждениях, что создает трудности в понимании причин и течения заболевания [Коркина, 1981, с 34]. В-третьих, в изучении патологии личности больных нервной анорексией сложилось большое разнообразие различных психиатрических и психологических школ и подходов, противоречиво интерпретирующих природу, источники и течение этой болезни. В-четвертых, заболевание нервной анорексией развивается, по мнению большинства авторов, на фоне уже существующих расстройств и особенностей личности человека, т. е. имеет место коморбидная патология. Ю. Б. Барыльник пишет, что коморбидная патология сопровождает до 90 % случаев заболевания нервной анорексией, среди которых 63 % характеризуются аффективными расстройствами, 52 % — расстройствами личности [Барыльник и др., 2016а, с. 380]. В-пятых, через средства массовой информации широко пропагандируются идеалы нездоровой, истощенной красоты, которые широко внедрились в массовое сознание. Сегодня в научной литературе существует даже термин «нормативная неудовлетворенность» своим телесным обликом, которая порождает в социуме моду на худобу. Современные культурные идеалы внешнего облика создают у населения спрос на медицинское, в том числе хирургическое вмешательство по улучшению своего тела в соответствии с навязываемым средствами массовой информации образцом. В итоге все эти и другие трудности не позволяют в настоящее время создать единую теорию нервной анорексии. Но большое число исследовательских научных работ говорит об интересе специалистов к этому заболеванию [Гладышев, 2014, с. 105].

Изменения личности при нервной анорексии носят системный характер. Поэтому мы последовательно рассмотрим специфические особенности мотивационно-потребностной, аффективной, волевой, коммуникативной сфер личности больных нервной анорексией, изложим типичные для этого заболевания индивидуально-психологические паттерны качеств характера и особенности самосознания.

Нарушения в мотивационно-потребностной сфере личности девушек, страдающих нервной анорексией. Мотивационно-потребностная сфера личности больных нервной анорексией характеризуется узкой направленностью, сфера их жизненных интересов свернута и определяется одним доминирующим мотивом. Этим мотивом является мотив похудения, мотив коррекции собственного веса. Вся жизнь больного подчиняется одной цели — борьбе со своей мнимой полнотой. Этот патологический мотив становится смыслообразующим в иерархии мотивационной сферы личности и с момента начала болезни начинает определять все поведение больного. При этом антивитаальный характер похудения и голодания больным не осознается.

Исследование преморбида нервной анорексии, которое проводила М. В. Коркина, показало, что на первых этапах болезни у младших подростков (особенно имеющих отставания в физическом развитии) начинают возникать страхи и «неудовлетворенность своим телом», появляются опасения несоответствия

своей внешности общепринятым социальным стандартам [Коркина, 1981]. По мере увеличения тревожных расстройств у детей подросткового возраста формируется комплекс неполноценности и возникает навязчивое желание изменить свое тело согласно принятым в обществе образцам или своим внутренним представлениям о телесной красоте. Все эти переживания сопровождаются сильным эмоциональным напряжением. По данным многочисленных клинических исследований, нервная анорексия в подростковом возрасте сопровождается характерным для подросткового возраста дисморфофобическим симптомокомплексом, который включает в себя повышенную чувствительность и уязвимость на фоне возрастных пубертатных изменений психофизического развития, высокую критичность к самому себе и в первую очередь к своей внешности.

Патология волевой сферы личности девушек, больных нервной анорексией. М. С. Артемьева и А. Р. Арсеньев приводят результаты исследования патологии влечений у девушек, страдающих нервной анорексией (средний возраст девушек — 20 лет) [Артемьева и Арсеньев, 2010, с. 531–532]. Авторы делают вывод о патологии высшей волевой деятельности у больных нервной анорексией. У больных наблюдалась повышенная волевая активность в ограничении пищи (вплоть до полного отказа от пищи) и использовании различных способов похудения. Девушки изнуряли себя физическими нагрузками с целью не потолстеть. Когда потеря веса тела больных составляла 50 % и более, то у них возникало патологическое стремление к булимии. Приступы булимии имели такие существенные особенности, как высокая частота (от 3 до 12 эпизодов ежедневно), утрата контроля за приемом пищи (девушки съедали огромные порции малосъедобной пищи, которые они поглощали в неэстетических формах без стеснения перед окружающими). Мысли о еде становились навязчивыми, приемы пищи обыгрывались целыми ритуалами, однообразными и монотонными. Патологическое и непреодолимое влечение к приему любой пищи сопровождалось постоянным употреблением рвотных средств. Часто патология влечений у девушек проявлялась не только в пищевом поведении, но и в повышенной сексуальности, токсикомании, алкоголизме, злоупотреблении снотворными, слабительными, мочегонными, табакокурении, склонности к суицидам.

Патологические особенности аффективной (эмоциональной) сферы личности девушек, больных нервной анорексией. Изменения личности девушек, страдающих нервной анорексией, сопровождаются выраженными аффективными нарушениями [Zalar, 2011, p. 27–33; Худякова, 2014, с. 131–140]. Обычно психиатры относят нервную анорексию к расстройствам депрессивного спектра. Среди типичных психоэмоциональных состояний у больных нервной анорексией, как правило, называется депрессивный синдром, выраженная тревога, тоска, нестабильность аффекта. По данным Е. Ю. Онегиной, обследовавшей девочек-подростков с диагнозом нервной анорексии, эмоциональные нарушения в преморбиде были представлены депрессией и субдепрессией (72 %), тревогой (13 %), эйфорией (5 %), циклотимическими колебаниями

настроения (10 %) [Онегина, 2010, с. 139]. Именно эмоциональные нарушения становятся причиной обращения этих больных за психиатрической помощью.

Л. М. Лев с сотрудниками исследовала психоэмоциональные особенности девочек-подростков 13–17 лет с атипичной нервной анорексией (у пациенток не всегда наблюдались нарушения менструального цикла) [Лев и др., 2015, с. 42–50]. В эмоциональной сфере личности обследованных девочек преобладающим оказался депрессивный симптом, аффективные проявления которого были представлены тревогой, эмоциональной лабильностью, подавленностью, чувством неудовлетворенности. Преобладающее депрессивное состояние девочек негативно сказывалось на характере их контактов с окружающими. В картине индивидуально-психологических характеристик девочек преобладал сензитивно-шизоидный радикал с выраженной тревогой и раздражительностью. По данным В. В. Марилова, А. Х. Криспа, Д. И. Бен-Товима, личность девочек-подростков, страдающих нервной анорексией, отличается от их здоровых сверстниц высокой тревожностью, невротизмом, враждебностью, интрапунитивностью, дистимическими реакциями (подавленность, уныние), наличием многочисленных фобий [Марилов и др., 2000, с. 19]. Для пациенток характерно полное отсутствие осознания у себя патологических изменений. Общая картина болезни включает в себя ипохондрию, аффективную лабильность, раздражительность, нетерпимость, грубость.

Большой интерес в трактовке причин и течения нервной анорексии представляет направление, в котором исследуется связь между этой болезнью и стрессом. Представители этого направления предполагают, что начало нервной анорексии надо искать в психоэмоциональном напряжении, которое возникает у ребенка под воздействием психотравмирующих социальных факторов. Так, Е. Е. Балакирева обнаружила, что у 78 % больных нервная анорексия началась после сильных негативных переживаний, связанных с потерей близкого человека, разлукой [Балакирева, 2004]. В психотравмирующей ситуации, из которой ребенок не может выйти, сосредоточение внимания на вопросах своего тела помогает ему справиться с сильными негативными эмоциями, позволяет ему не только отвлечься от тяжелых переживаний, но и доказать самому себе способность быть активным, продуктивным, волевым. Как считает большинство авторов, причинами возникновения нервной анорексии являются стрессы, которым подвергается ребенок, воспитываясь в дисгармоничной семье. Конфликтные ситуации в семье, скандалы, алкоголизм членов семьи, отсутствие доверительных эмоциональных отношений с родителями становятся стрессом для ребенка и приводят к устойчивому психоэмоциональному перенапряжению детской психики. При наличии у ребенка наследственной и приобретенной предрасположенности дисгармоничные отношения в семье становятся факторами развития болезни [Couturier, 2010, p. 206–207; Lock and Le Grange, 2015, p. 69]. М. В. Коркина, изучая пубертатную нервную анорексию у девочек 9–11 лет, объясняет причины ее появления как действие

защитного механизма «бегства в болезнь» от невыносимой для подростка семейной ситуации [Жоркина, 1981, с. 47].

Борьба с голодом и дистрофия при нервной анорексии также являются стрессом для организма, который испытывает постоянное перенапряжение, приводящее к истощению физических и душевных сил, и, как мы уже сказали, выходом для подростка в этой сложной психоэмоциональной ситуации является уход в болезнь. Так ребенок пытается защитить себя от психотравмирующих стрессовых воздействий. В болезненной фиксации на идее похудения, «коррекции недостатков своей внешности, подросток получает возможность отключиться от восприятия внешней психотравмирующей семейной ситуации, полностью переключаясь на деятельность соблюдения диет, голодания, физической активности. Больной подросток создает жесткую систему самоограничений в еде и методично, аккуратно и пунктуально следует ей. Вся жизнь ребенка теперь связана только с вопросами питания и борьбой с лишним весом.

Тема влияния дисгармоничных семейных и внесемейных отношений на появление пищевых расстройств у подростков является одной из самых популярных у психологов. Обычно в исследованиях подобного рода анализируется влияние на возникновение пищевой патологии у детей особенностей личности родителей, эмоциональное поведение членов семьи, наличие зависимостей в семье, невозможность определения семейных ролевых правил и обязанностей в семье и др. [Lojewski et al., 2013, p. 424]. Многие авторы указывают на типичные черты личности больных нервной анорексией — инфантильность, привязанность к матери, пунктуальность, аккуратность.

Шведские психиатры М. Растам и Ч. Гилберг выдвинули гипотезу о связи нервной анорексии с нарушением эмпатии, которое присутствовало у ребенка в раннем детстве из-за дисгармоничных отношений с родителями [Rastam and Gillberg, 1992; Rastam et al., 1997; Балакирева, 2004, с. 157].

Большой интерес представляет исследование связи между нарушением пищевого поведения и наличием алекситимии у больных нервной анорексией. Алекситимия присуща людям с неразвитой способностью осознавать, дифференцировать, выражать свои эмоции и говорить о своих чувствах и переживаниях. Под воздействием стрессовых факторов алекситимики склонны к тревожно-депрессивным расстройствам и нарушениям пищевого поведения [Николаева, 1991].

Состояние дезадаптации, которое характерно для подростков с нервной анорексией, порождает агрессивность и аутоагрессию в их поведении. Вопрос о связи нервной анорексии с агрессивностью поднимается в статье Ю. Ю. Худяковой. Она пишет, что в возникновении нервной анорексии большую роль играют бессознательные агрессивные импульсы [Худякова, 2014].

Психопатологические черты характера и личности девушек, страдающих нервной анорексией. Замкнутость в мире собственных идей и переживаний защищает ребенка от стресса, но одновременно заостряет психопатологические

черты его характера. По мере развития болезни у ребенка не только формируются навязчивости, страхи, усиливаются тревожность и депрессия, но изменяется вся личность, нарастает эгоизм, чрезмерная требовательность к другим. Среди исследователей неоднократно делались попытки составления психологического портрета больного нервной анорексией, предлагались различные типологии характера пациентов, описывались индивидуально-психологические паттерны патологических качеств подростков с нарушенным пищевым поведением. Но, несмотря на многочисленные попытки описать особенности личности больного нервной анорексией, единого списка доминирующих личностных черт, общепринятой типологии характеров внутри этой нозологической группы еще не создано [Lojewski et al., 2013; Барыльник, 2016а, с. 330; Гладышев, 2014, с. 105].

Типологию характеров больных нервной анорексией предложила М. В. Коркина [Коркина и др., 1986, с. 15–19]. Она выделила три типа преморбидных особенностей личности у больных нервной анорексией. Первый тип представлен сензитивными, тревожно-мнительными чертами характера, второй — истерическим типом личности, третий — стеничными, упорными индивидами, всегда стремящимися быть первыми и лучшими.

В качестве преморбидных черт у девочек-подростков, страдающих нервной анорексией, часто называются анакастные черты характера: перфекционизм, любовь к порядку, тревожные и истерические качества [Лев, 2015, с. 47].

К. Леонгард выделил следующий набор акцентуированных черт характера больных нервной анорексией: некоммуникабельность, замкнутость, сверхчувствительность, сверхбидчивость, подчиняемость авторитетам, отсутствие стремления к самостоятельности, эмоциональную незрелость, сверхзависимость от родителей, неадекватное преувеличение своих возможностей, чувство неполноценности, беспомощности и неуверенности в себе [Леонгард, 1981, с. 35]. Для больных характерны неадекватные представления о своих способностях, неразвитое самосознание и слабоволие; в поведении они не опираются на свои мысли, чувства, способности, исключительно послушны и зависимы.

Е. Ю. Онегина установила преморбидные особенности личности подростков с нервной анорексией, которыми были аккуратность, исполнительность, стремление к самосовершенствованию, высокий уровень притязаний, зависимость от оценок окружающих, депрессии [Онегина, 2010].

Ю. Ю. Худякова на основе анализа научных литературных источников выделила типичный набор черт характера больных нервной анорексией, на которые указывают многие авторы. Это перфекционизм, упрямство, совестливость, чистоплотность, амбициозность, чувствительность [Худякова, 2014].

Е. Е. Балакиревой на основе детального изучения личностных особенностей большого числа подростков с нервной анорексией были выделены общие типичные черты характера с отчетливо выраженной триадой расстройств [Балакирева, 2004, с. 100–112]. Это склонность к образованию сверхценных идей (идея полноты), депрессивные расстройства и различные страхи, которые

касались приема пищи и прибавки массы тела. Также Е. Е. Балакирева выделила две группы пациентов, различающихся указанным набором преобладающих в преморбиде черт личности. У больных первой группы доминировали истерические черты характера, у больных второй группы были выражены тормозимые тревожно-мнительные черты. Истерические черты включали в себя ипохондрические реакции, демонстративность, эгоцентризм, высокий уровень притязаний и высокую самооценку, повышенную ранимость, зависимость от внешних оценок, переоценку собственных возможностей. При доминировании тормозимых тревожно-мнительных черт характера у подростков отмечалась неуверенность в себе, склонность к сомнениям, навязчивым действиям, застенчивость, заботливость, страхи и фобии. Отличительной особенностью личности подростков второй группы являлся выраженный перфекционизм, инфантилизм, несамостоятельность, неспособность к преодолению трудностей [Балакирева, 2004].

О. А. Гладышев на основе эмпирического исследования корреляции клинико-психологических показателей личности больных анорексией с течением и прогнозом болезни выявил два типа нервной анорексии, в которых обнаружена тесная связь между собственно аноректической симптоматикой и свойствами личности пациентов [Гладышев, 2014, с. 105]. Первый тип нервной анорексии О. А. Гладышев назвал аффективным типом, а второй — социофобическим типом. Общим для двух типов нервной анорексии стала выраженность у всех больных субдепрессивных состояний (95 % обследованных). Но у больных первого аффективного типа преобладающими являются истерические и демонстративные черты, эмоциональная неустойчивость, недостаточный самоконтроль, склонность к риску, импульсивность поведения. Подавленность и апатия у них легко сменяются недовольством и гневливостью. В общении с людьми у больных первого аффективного типа преобладают поверхностные межличностные контакты, гиперсоциальные установки, завышенные стандарты, зависимость от мнения окружающих.

У подростков второго социофобического типа нервной анорексии (по О. А. Гладышеву) преобладают психастенические признаки, проявляющиеся в частых приступах тревожности и беспокойства по всякому поводу, наличии страхов, опасений, которые сочетаются с высокой социальной ориентированностью. Больные второго типа часто переживали чувство вины, их оценка собственной внешности зависела от мнения окружающих, что на фоне низкой самооценки часто служило поводом для расстройства и депрессии. Отказ от еды они связывали с ожиданием принятия себя со стороны окружающих, чтобы те их похвалили и оценили.

Коммуникативные нарушения у девушек, больных нервной анорексией. М. С. Артемьева и Р. А. Сулейманов, обследовав обширную выборку девочек-подростков с нервной анорексией, сделали вывод о трудностях этой группы больных, которые им свойственны в интерперсональных отношениях, сексуально-ролевой идентификации и социальной адаптации [Артемьева,

Сулейманов, 2008, с. 634]. Обследование детей показало, что в преморбиде (до 10 лет) девочки отличались малой контактностью, у многих из них никогда не было близких друзей, их круг общения был очень узким. Причины проблем в общении со сверстниками лежат в личностных особенностях девочек, которые характеризуются obsессивно-компульсивными, аффективными и соматоморфными нарушениями. В общении со сверстниками девочки были несдержанны, агрессивны, драчливы, чрезмерно настойчивы, возбудимы. Часто они носили мальчишескую одежду и играли в мальчишеские игры. В подростковом возрасте (с 11 лет) конфликтное общение со сверстниками сменяется выраженными гиперсоциальными установками к лидерству в учебе, утрированному стремлению к первенству, порядку и чистоте. Подростки как бы компенсируют трудности в общении со сверстниками высокими достижениями в учебе. Но при высокой успеваемости трудности социальной адаптации у девочек, страдающих нервной анорексией, остаются. Отношения со сверстниками, такие важные в подростковом возрасте, у девочек не складываются из-за их повышенной самооценки, высокомерия, ранимости, обидчивости, подозрительности. Девочки оказываются в изоляции, учатся скрывать свои негативные эмоции, обиды, зависть. Интеллектуально сохранные подростки тяжело переживают свое одиночество и отвержение сверстников, и справиться с этими переживаниями им помогает уход в болезнь.

Патология и особенности самосознания девушек, страдающих нервной анорексией. Большой интерес в исследовании психологических особенностей больных, страдающих нервной анорексией, представляет изучение особенностей их самосознания, образа своего Я, самооценки, идентичности. Заболевание нервной анорексией характеризуется наличием у больного стойкого недовольства собственной внешностью, переживанием ее несоответствия внутренним стандартам человека. Многочисленные исследования показали, что в сознании больных образ собственного тела сильно искажен. Больной считает свою внешность дефектной, неполноценной, глубоко это переживает и прилагает все силы, чтобы ее исправить. Чувство собственной неполноценности приводит к социальной дезадаптации больного и нуждается в коррекции [Жоркина, 1981, с. 22; Bruch, 1973, p. 108; Couturier et al., 2010, p. 207].

Т. Ю. Каданцева, В. Г. Петров на основе анализа специальной литературы к основным интрапсихическим факторам нервной анорексии отнесли следующие: 1) искаженный образ своего тела и неадекватное восприятие себя; 2) низкую самооценку; 3) перфекционизм как болезненное стремление делать все совершенным образом, стремление к совершенству; 4) депрессивность [Каданцева и Петров, 2004, с. 138–140].

А. Н. Дорожевец изучал особенности образа физического Я у девушек-подростков, страдающих нервной анорексией. Результаты исследования показали, что по мере развития болезни мотивационная сфера больных становится беднее, однообразнее. И если в начале болезни голодание было средством

для похудения, чтобы «быть красивой», то в дальнейшем мотив похудения становится самостоятельным и доминирующим в иерархии мотивов больного. Теперь подросток худеет не для того, чтобы исправить свой внешний вид, а с целью осуществления самой деятельности похудения. А. Н. Дорожевец пишет, что образ телесного Я у больных нервной анорексией искажен, характеризуется низкой недифференцированностью, зависимостью от внешней оценки, легкой изменчивостью под воздействием разных мотивов, эмоциональных состояний, переживаний успеха и неудачи [Дорожевец, 1986, с. 187]. Такая нестабильность образа телесного Я не позволяет сформироваться психической самоидентичности человека и препятствует выполнению регулирующей функции самосознания [Дорожевец, 1986].

М. Ю. Дурнева изучала связь образа тела и пищевого поведения у девушек подросткового возраста неклинической популяции [Дурнева, 2014, с. 34–70]. Из 183 девушек 12–24 лет 13 % могут быть отнесены к группе риска формирования нарушений пищевого поведения. Для девушек этой группы характерны такие особенности личности, как неудовлетворенность своим телом, низкая самооценка, выраженные установки о связи физической привлекательности с уровнем достижения в разных жизненных сферах, алекситимия, перфекционизм (страх ошибки и высокий уровень притязаний), трудности социальной адаптации, трудности в установлении межличностных отношений, дихотомичность убеждений, совладающая реакция на стресс по типу избегания [Дурнева, 2014].

Ю. В. Чебакова, А. В. Чусов и К. А. Дунаева провели исследование особенностей гендерной идентичности девушек, страдающих нервной анорексией [Чебакова и др., 2012, с. 1–5]. Они выдвинули гипотезу, согласно которой нарушения пищевого поведения являются следствием особого отношения больного к собственному телесному облику, своему образу тела. Авторы рассмотрели соотношение трех компонентов внутренней системы гендерной идентичности девушек, страдающих нервной анорексией, а именно: гендерный идеал (неосознаваемый образ сложившегося внутреннего идеала женственности под влиянием идентификации с матерью), гендерный стереотип (осознаваемый и желательный образ гендерной идентичности, возникший под влиянием социальных гендерных установок) и внутренний гендер (реальное состояние и переживание личностью своей гендерной идентичности). В начале исследования авторами была выдвинута гипотеза о том, что возникновение нервной анорексии связано с рассогласованием между гендерным идеалом и гендерным стереотипом, которые в норме должны быть согласованы. Несовпадение этих двух образов гендерной идентичности порождает внутриличностный конфликт, который внутренний гендер не может разрешить. Переживание состояния внутриличностного конфликта в сфере гендерной идентичности носит тяжелый и мучительный характер. Чтобы защитить себя от разрушительных внутренних конфликтных переживаний, больной неосознанно прибегает к психологическим защитным механизмам. Центр внимания и интересов личности

переносится из зоны гендерной конфликтности в сферу пищевого поведения. Так возникает навязчивая идея повышения своей внешней привлекательности за счет улучшения своего телесного облика.

Результаты проведенного эмпирического исследования подтвердили выдвинутую вначале гипотезу. Было обнаружено, что матери девушек, страдающих нервной анорексией, имеют маскулинный гендер и в результате механизмов идентификации с матерью у девушек сформировался маскулинный гендерный идеал. Но гендерный стереотип девушек смещен к фемининному полюсу. Таким образом, у девушек, страдающих нервной анорексией, выявлен внутриличностный конфликт между маскулинным гендерным идеалом и фемининным гендерным стереотипом. Конфликтное состояние гендерной идентичности не позволяет девушкам сформировать четкие представления об образе идеальной женщины, дифференцировать качества мужественности и женственности. Гендерный идеал характеризуется диффузностью образа. В результате отношения девушек с лицами противоположного пола отличаются неразвитостью и инфантильностью. Общаясь с молодыми людьми девушки ориентированы не на интимно-личностные, а на партнерско-дружеские отношения. Девушки дезадаптированы, а нервная анорексия в данном случае выступает в качестве компенсаторного и защитного механизма личности, направленного на снижение аффективной заряженности внутриличностного конфликта.

Т. Ю. Каданцева и В. Г. Петров исследовали девочек с диагнозом нервной анорексии, у 40 % которых не было отца [Каданцева и Петров, 2004, с. 138]. Интересно отметить, что в подавляющем большинстве случаев, как пишут авторы, начало болезни совпало с уходом отца из семьи. Показатели маскулинности у обследованных девочек заметно выражены, хотя внешне они стараются демонстрировать женственное поведение. Это противоречие указывает на внутренний конфликт, который проявляется между женской ролью и реальным поведением девочек (настойчивостью, жесткостью, целеустремленностью, жестокостью). В структуре личности девочек имеет место подобие инверсии сексуальных ролей. Присущая девочкам низкая самооценка, завышенный уровень притязаний и амбиций компенсируются поведением и реакциями по мужскому типу. В силу внутренних проблем девочки как бы «отказываются от женственности», они инфантильны, поведение их регрессивно. Т. Ю. Каданцева и В. Г. Петров обнаружили, что у девочек с нервной анорексией не удовлетворены аффилиативные потребности (в любви, заботе, понимании, защищенности) и их уход в мир собственных сверхценных идей и иллюзорных представлений позволяет им укрываться от внешнего «угрожающего мира». Но защитные механизмы не справляются с выраженной тревогой, эмоциональной напряженностью, что сказывается на особенностях эмоциональной сферы девочек. Для них типично циклотимное колебание настроения, накопление аффективных реакций, неустойчивое поведение, наличие внутренней агрессивности, высокая тревожность, упрямство. Акцентуированность характера представлена лабильным,

психастеническим, истероидным, эпилептоидным типами. В профиле личности у девочек выражены такие черты характера, как эмотивность и экзальтированность.

Дискуссионные вопросы

Возникает вопрос: что является первичным в развитии данного заболевания? Есть ли биологическая или психологическая уязвимость, способствующая развитию нервной анорексии? На сегодняшний день самыми полными и актуальными являются многофакторные модели.

Заключение

Всестороннее изучение психологических особенностей девушек, страдающих нервной анорексией, имеет большую научную и практическую значимость для ранней диагностики заболевания, понимания течения болезни, проведения эффективного лечения, коррекции и профилактики этого заболевания. Анализ литературы показывает, что к рассмотрению данного заболевания необходимо подходить с точки зрения холистического подхода.

Литература

- Артамонов Р. Г., Глазунова Л. В., Кирнус Н. И. Нервная анорексия у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2012. № 5. С. 62–65.
- Артемьева М. С. Особенности патопсихологического исследования больных нервной анорексией в процессе комплексной терапии / М. С. Артемьева и др. // Вестник РУДН, серия Медицина. 2002. № 4. С. 50–52.
- Артемьева М. С., Арсеньев А. Р. Патология волевой деятельности при нервной анорексии // Вестник РУДН, серия Медицина. 2010. № 4. С. 530–532.
- Артемьева М. С., Сулейманов Р. А. Коммуникативные нарушения у больных нервной анорексией // Здоровье и образование в XXI веке. 2008. № 4. С. 634.
- Балакирева Е. Е. Нервная анорексия у детей и подростков (клиника, диагностика, патогенез, терапия): дис. ... канд. мед. наук. М, 2004. 207 с.
- Барыльник Ю. Б. Коморбидная патология у пациенток с нервной анорексией / Ю. Б. Барыльник и др. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016а. Т. 6. № 4.
- Барыльник Ю. Б. Нервная анорексия и нервная булимия: от истории к современности / Ю. Б. Барыльник и др. // Российский психиатрический журнал. 2016б. № 3. С. 36–45.
- Гладышев О. А. Нервная анорексия: механизмы формирования и типология // Евразийский Союз Ученых. 2015. № 1-2 (10). С. 105.

- Дорожевец А. Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией: дис. ... канд. психол. наук. М, 1986. 195 с.
- Дурнева М. Ю. Формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста: дис. ... канд. психол. наук. М, 2014. 172 с.
- Каданцева Т. Ю., Петров В. Г. Психологические особенности девочек-подростков с неврогенной анорексией // *Acta Biomedica Scientifica*. 2004. № 2. С. 136–143.
- Коган Б. М., Артемьева М. С., Дроздов А. З. Расстройства пищевого поведения как модель для изучения патогенеза аддикций // *Вопросы наркологии*. 2016. № 2. С. 41–52.
- Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина, 1981.
- Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов С. В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986.
- Лев Л. М. Взаимосвязь психопатологических и нейроэндокринных расстройств при нервной анорексии у девочек-подростков с олиго-аменореей: дис. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2017. 166 с.
- Лев Л. М. Атипичная анорексия у девочек-подростков: корреляции психических и нейроэндокринных нарушений / Л. М. Лев и др. // *Журнал фундаментальной медицины и биологии*. 2015. № 3. С. 42–50.
- Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, Вища школа, 1981. 392 с.
- Мазаева Н. А. Нервная анорексия в подростковом возрасте // *Российский психиатрический журнал*. 2012. № 3. С. 45–54.
- Марилов В. В, Крисп А. Х., Бен-Товим И. Д. Особенности личностного реагирования и психического состояния при нервной анорексии // *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова*. 2000. № 2. С. 19.
- Онегина Е. Ю. Клинические варианты и динамика аффективных нарушений при нервной анорексии и нервной булимии: дис. ...канд. мед. наук. М, 2010. 164 с.
- Чебакова Ю. В., Чусов А. В., Дунаева К. А. Структура и особенности гендерной идентичности больных нервной анорексией // *Психологические исследования*. 2012. Т. 5, № 25. С. 6.
- Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // *Социальная и клиническая психиатрия*. 1998. № 1. С. 94–102.
- Худякова Ю. Ю. Феноменологические и эмпирические особенности агрессивности больных нервной анорексией (клинический случай) // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2014. № 10. С. 131–140.
- Arcelus J. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders a metaanalysis of 36 studies free / J. Arcelus et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011. Vol. 68. № 7. P. 724–731. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books, 1973. 295 p. DOI: 10.1016/0022-3999(74)90065-8

- Couturier J., Isserlin, L., Lock, O. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study eating disorders // *The Journal of Treatment & Prevention*. 2010. Vol. 18. № 3. P. 199–209. DOI: 10.1080/10640261003719443
- Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977. Apr 8. Vol. 196 (4286). P. 129–136. DOI: 10.1126/science.847460
- Ewan, L. A., Middleman A. B., Feldmann J. Treatment of anorexia nervosa in the context of transsexuality: a case report // *Int. J. Eat. Disord*. 2014. Vol. 47. № 1. P. 112–115. DOI: 10.1002/eat.22209
- Franko D. L., Keel P. K. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates and clinical implications // *Clinical psychology review*. 2006. Vol. 26. № 6. P. 769–782. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.04.001
- Garcia, F. D., Delavenne H., Dechelotte P. Atypical eating disorders: a review // *Nutr. Diet. (Suppl.)*. 2011. Vol. 3. P. 67–75. DOI: 10.2147/NDS.S10239
- Gauthier C. et al. (2014). Symptoms of depression and anxiety in anorexia nervosa: Links with plasma tryptophan and serotonin metabolism / C. Gauthier et al. // *Psychoneuroendocrinology*. 2014. Vol. 39. P. 170–178. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2013.09.009
- Lock J., Le Grange D. *Treatment manual for anorexia nervosa. A Family-based approach*. New York, London: The Guilford press, 2015. 281 p.
- Lojewski von A, Fisher A, Abraham S. Have personality disorders been overdiagnosed among eating disorder patients? // *Psychopathology*. 2013. Vol. 46. № 6. P. 421–426. DOI: 10.1159/000345856
- Oberdorf N. *Treatment Manual For Anorexia Nervosa. A Family Based Approach*. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*. 2003. Vol. 12 (2). P. 50–51.
- Papadopoulos F. C. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa / F. C. Papadopoulos et al. // *Br. J. Psychiatry*. 2009. Vol. 194. № 1. P. 10–17. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.054742
- Rastam M. Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale / M. Rastam et al. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997. Vol. 95. P. 385–388. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09650.x
- Rastam M., Gillberg Ch. *Anorexia nervosa*. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1992. № 1. DOI: 10.1097/00004583-199209000-00007
- Mas S. Common genetic background in anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder: Preliminary results from an association study / S. Mas et al. // *Journal of Psychiatric Research*. 2013. Vol. 47. Iss. 6. P. 747–754. DOI: 10.1016/j.jpsy-chires.2012.12.015
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., Hoek, H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates // *Curr. Psychiatry. Rep*. 2012. Vol. 14. № 4. P. 406–414. DOI: 10.1007/s11920-012-0282-y
- Wildes J. E. (2014). Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A pilot study / J. E. Wildes et al. // *Int. J. Eat. Disord*. 2014. Vol. 47. P. 870–873. DOI: 10.1002/eat.22241
- Zalar, B., Weber, U., Sernec, K. Aggression and impulsivity with impulsive behaviours in patients with purgative anorexia and bulimia nervosa // *Psychiatr. Danub*. 2011. Vol. 23. № 1. P. 27–33.

References

- Arcelus J., Mitchell A. J., Wales J., & Nielsen S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders a metaanalysis of 36 studies free. *Arch. Gen. Psychiatry*, 68 (7), 724–731. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Artamonov R. G., Glazunova L. V., & Kirnus N. I. (2012). Anorexia nervosa in children [Nervnaia anoreksiia u detei // Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii] // *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics [Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii]*, 5, 62–65. (In Russian).
- Artemieva, M. S., Brjuhin, A. E., Civil'ko, M. A., & Kareva, M. A. (2002). Psychological peculiarity of patients with anorexia nervosa [Osobennosti patopsikhologicheskogo issledovaniia bol'nykh nervnoi anoreksiei v protsesse kompleksnoi terapii]. *RUDN Journal of Medicine [Vestnik RUDN, seriia Meditsina]*, 4, 50–52. (In Russian).
- Artemieva, M. S., & Arseniev A. R. (2010). Disturbances of will in anorexia nervosa patients [Patologiiia volevoi deiatel'nosti pri nervnoi anoreksii]. *RUDN Journal of Medicine [Vestnik RUDN, seriia Meditsina]*, 4, 530–532. (In Russian).
- Artemieva, M. S., & Sulejmanov, R. A. (2008). Communicative disorders in patients with anorexia nervosa [Kommunikativnye narusheniia u bol'nykh nervnoi anoreksiei] // *Health and education in the XXI century [Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke]*, 10 (4), 634–635. (In Russian).
- Balakireva, E. E. (2004). *Anorexia nervosa in children and adolescents (clinic, diagnosis, pathogenesis, therapy) [Nervnaia anoreksiia u detei i podrostkov (klinika, diagnostika, patogenez, terapiia)]*: Dissertation of the Candidate of Medical Sciences. Moskva, Rossiia. (In Russian).
- Baryl'nik, Ju. B., Filippova, N. V., Bachilo, E. V., Deeva, M. A., Guseva, M. A., & Kormilicina, A. S. (2016a). Comorbid pathology in patients with anorexia nervosa [Komorbidnaia patologiiia u patsientok s nervnoi anoreksiei] // *Bulletin of Medical Internet Conferences [Biulleten' meditsinskikh Internet-konferentsii]*, 6 (4), 380–381. (In Russian).
- Baryl'nik, Ju. B., Filippova, N. V., Deeva, M. A., & Guseva, M. A. (2016b). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: from history to present [Nervnaia anoreksiia i nervnaia bulimiia: ot istorii k sovremennosti]. *Russian Journal of Psychiatry [Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal]*, 3, 36–45. (In Russian).
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books. DOI: 10.1016/0022-3999(74)90065-8
- Couturier, J., Isserlin, L., & Lock, O. (2010). Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study eating disorders. *The Journal of Treatment & Prevention*, 18 (3), 199–209. DOI: 10.1080/10640261003719443
- Chebakova, Yu. V., Chusov, A. V., & Dunaeva, K. A. (2012) Structure and peculiarities of gender identity in patients with anorexia nervosa [Struktura i osobennosti gendernoi identichnosti bol'nykh nervnoi anoreksiei]. *Psychological research [Psikhologicheskie issledovaniia]*, 5 (25), 6. (In Russian).
- Holmogorova A. B., & Garanjan N. G. (1998) Multifactorial model of depressive, anxiety and somatoform disorders [Mnogofaktornaia model' depressivnykh,

- trevozhnykh i somatoformnykh rasstroistv] // *Social and clinical psychiatry [Sotsial'naiia i klinicheskaiia psikhiiatriia]*, 1, 94–102. (In Russian).
- Hudjakova, Ju. Ju. (2014). Phenomenological and empirical features of aggressiveness in patients with anorexia nervosa (clinical case) [Fenomenologicheskie i empiricheskie osobennosti agressivnosti bol'nykh nervnoi anoreksiei (klinicheskii sluchai)] // *Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia [Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii]*, 10, 131–140. (In Russian).
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, Apr 8, 196 (4286), 129–136. DOI: 10.1126/science.847460
- Ewan, L. A., Middleman A. B., & Feldmann J. (2014). Treatment of anorexia nervosa in the context of transsexuality: a case report. *Int. J. Eat. Disord.*, 47 (1), 112–115. DOI: 10.1002/eat.22209
- Franko, D. L., & Keel P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates and clinical implications. *Clinical psychology review*, 26 (6), 769–782. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.04.001
- Garcia, F. D., Delavenne H., & Dechelotte P. (2011). Atypical eating disorders: a review. *Nutr. Diet. (Suppl.)*, 3, 67–75. DOI: 10.2147/NDS.S10239
- Gauthier, C., Hassler, C., Mattar, L. Launay J.-M., Callebert J., Steiger H., Melchior J.-C., Falissard B., Berthoz S., Mourier-Soleillant V., Lang F., Delorme M., Pommereau X., Gerardin P., Bioulac S., Bouvard M., EVHAN Group; Godart N. (2014). Symptoms of depression and anxiety in anorexia nervosa: Links with plasma tryptophan and serotonin metabolism. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 170–178. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2013.09.009
- Gladyshev, O. A. (2015). Anorexia nervosa: mechanisms of formation and typology [Nervnaia anoreksiiia: mekhanizmy formirovaniia i tipologiiia] // *Eurasian Union of Scientists [Evraziiskii Soiuz Uchenykh]*, 1-2 (10), 29–30. (In Russian).
- Dorozhevets, A. N. (1986). *Distortion of the image of the physical Self in patients with obesity and anorexia nervosa [Iskazhenie obraza fizicheskogo Ia u bol'nykh ozhireniem i nervnoi anoreksiei]*: Dissertation of the Candidate of Psychological Sciences. Moskva, Rossiia. (In Russian).
- Durneva M. Yu. (2014). *Formation of attitude to the body and eating behavior in adolescent and adolescent girls [Formirovanie otnosheniia k telu i pishchevogo povedeniia u devushek podrostkovogo i iunosheskogo vozrasta]*: Dissertation of the Candidate of Psychological Sciences. Moskva, Rossiia. (In Russian).
- Kadanceva, T. Ju., & Petrov, V. G. (2004). Psychological features of the girls-teenagers with anorexia nervosa [Psikhologicheskie osobennosti devochek-podrostkov s nevrogennoi anoreksiei]. *Acta Biomedica Scientifica*, 1 (2), 143–144. (In Russian).
- Kogan B. M., Artemyeva M. S., & Drozdov A. Z. (2016). Eating disorders as a model for studying addiction pathogenesis [Rasstroistva pishchevogo povedeniia kak model' dlia izucheniia patogeneza addiktzii]. *Journal of addiction problems [Voprosy narkologii]*, 2, 41–52. (In Russian).
- Korkina, M. V. (1981). *Dysmorphic mania in adolescence and youth [Dismorfomaniia v podrostkovom i iunosheskom vozraste]*. Moskva, Rossiia: Meditsina. (In Russian).

- Korkina, M. V., Civil'ko, M. A., & Marilov, S. V. (1986). Anorexia nervosa [Nervnaia anoreksiia]. Moskva, Rossiia: Medicina. (In Russian).
- Leongard K. (1981). *Accentuated personalities [Aksentuirovannye lichnosti]*. Kiev, Ukraina: Vishcha shkola. (In Russian).
- Lev L. M. (2017). *Interrelation of psychopathological and neuroendocrine disorders in anorexia nervosa in adolescent girls with oligo-amenorrhea [Vzaimosviaz' psikhopatologicheskikh i neuroendokrinnnykh rasstroistv pri nervnoi anoreksii u devochek-podrostkov s oligo-amenoreei]*: Dissertation of the Candidate of Medical Sciences. Rostov-na-Donu, Rossiia. (In Russian).
- Lev, L. M., Andreeva, V. O., Zaika, V. G., Andreev, A. S., & Tkachenko, N. B. (2015). Relationship neuroendocrine disorders with psychopathological symptoms of anorexia nervosa in adolescent girls with oligo-amenorrhea [Atipichnaia anoreksiia u devochek-podrostkov: korreliatsii psikhicheskikh i neuroendokrinnnykh narushenii]. *Journal of Fundamental Medicine and Biology [Zhurnal fundamental'noi meditsiny i biologii]*, 3, 42–50. (In Russian).
- Lock J., Le Grange D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa. A Family-based approach*. New York, London: The Guilford press.
- Lojewski von A., Fisher A., & Abraham S. (2013) Have Personality Disorders Been Overdiagnosed among Eating Disorder Patients? *Psychopathology*, 46, 421–426. DOI: 10.1159/000345856
- Marilov, V., Crisp, A. H., & Ben-Tovim D. I. (1979). Personality and mental state (P.S.E.) within anorexia nervosa [Nervnaia anoreksiia v podrostkovom vozraste]. *Journal of psychosomatic research [Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal]*, 23 (5), 321–325. (In Russian). DOI: 10.1016/0022-3999(79)90038-2
- Mas S., Plana M. T., Castro-Fornieles J., Gassó P., Lafuente A., Moreno E., Martinez E., Milà M., & Lazaro L. (2013). Common genetic background in anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder: Preliminary results from an association study. *Journal of Psychiatric Research*, 47 (6), 747–754. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.12.015
- Mazaeva, N. A. (2012). Anorexia nervosa in adolescence [Nervnaia anoreksiia v podrostkovom vozraste]. *Russian Journal of Psychiatry [Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal]*, 3, 45–53. (In Russian).
- Oberdorf N. (2003). Treatment Manual For Anorexia Nervosa. A Family Based Approach. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 12 (2), 50–51.
- Onegina E. Y. (2010). *Clinical variants and dynamics of affective disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa [Klinicheskie varianty i dinamika affektivnykh narushenii pri nervnoi anoreksii i nervnoi bulimii]*: Dissertation of the Candidate of Medical Sciences. Moskva, Rossiia. (In Russian).
- Papadopoulos F. C., Ekblom A., Brandt L., & Ekselius L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry*, 194 (1), 10–17. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.054742
- Rastam M., Gillberg Ch. (1992). Anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1. DOI: 10.1097/00004583-199209000-00007

- Rastam M., Gillberg C., Gillberg I. C., & Johansson M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 385–388. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09650.x
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2012) Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep*, 14, 406–414. DOI: 10.1007/s11920-012-0282-y
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Cheng, Y., McCabe, E. B., & Gaskill, J. A. (2014), Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A pilot study. *Int. J. Eat. Disord.*, 47 (8), 870–873. DOI: 10.1002/eat.22241
- Zalar, B., Weber, U., & Sernec, K. (2011). Aggression and impulsivity with impulsive behaviours in patients with purgative anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatria Danubina*, 23 (1), 27–33.