

**НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ:  
ОТ ДЕЗАДАПТИВНОГО СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДО  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ  
(ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ)**

Е.И.Скугаревская, Т.П.Петрович, О.А.Скугаревский

Мы посчитали необходимым сосредоточиться на описании у девочек клинических случаев нарушения пищевого поведения в виде нервной анорексии (НА), манифестирующей в наиболее типичный период детского возраста – период пубертата.

Нервную анорексию согласно диагностическим критериям DSM-IV [5] характеризует:

**А.** отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы для данного возраста и роста. Нормальный вес, как известно, обычно вычисляется с помощью индекса массы тела (ИМТ), выражающего отношение веса в килограммах к квадрату роста в метрах. При этом пограничное значение ИМТ<sup>1</sup> – величина, не превышающая или равная 17,5 кг/м<sup>2</sup>. Если вначале потеря веса достигается за счет ограничения общего количества пищи, отказа от высококалорийных продуктов, то в дальнейшем могут присоединиться очистительные процедуры (вызывание рвоты, неоправданное применение мочегонных и слабительных средств), а также используется чрезмерная физическая активность.

**Б.** Сильный страх перед увеличением массы тела или возможностью потолстеть, даже если вес не достигает нормы. Важно отметить, что этот страх с потерей массы тела не уменьшается, а даже усиливается по мере дальнейшего похудения.

**В.** Нарушение восприятия собственного веса или формы тела; чрезмерное влияние веса и формы тела на самооценку.

**Г.** Аменорея у женщин в период половой зрелости. Начавшаяся в препубертатный период НА может привести к позднему появлению менструации.

Выбор тематики статьи и описание клинических случаев НА объясняется актуальностью проблемы нарушений пищевого поведения, возможностью увидеть проблему «глазами детей», что отражено в их рисунках, приведенных ниже. Значимость проблемы НА определяется с учетом ряда следующих положений. На некоторых из них мы заострили внимание:

- большая распространенность расстройства;
- тяжесть заболевания и прогноза;
- дезадаптивное семейное воспитание – фактор риска формирования НА.

**Распространенность нервной анорексии**

Истинную распространенность НА определить трудно, т.к. пациенты склонны часто скрывать расстройство. Величина среднего показателя

---

<sup>1</sup> Корректную оценку соотношения массы тела и роста в пубертатный период целесообразно производить в процентилях. Перцентиль – процентная доля индивидов из выборки стандартизации, результат которых ниже данного первичного показателя [2]. Материалы данной статьи основываются на стандартизированной выборке подростков белорусской популяции [4].

составляет 280 случаев на 100 000 женщин молодого возраста (т.е. 0,28%). На протяжении жизни риск развития у женщин синдрома НА - 3% [6].

Наиболее высокие показатели заболеваемости НА характерны для возраста 13-20 лет, реже начало НА приходится на препубертатный период и зрелый возраст. Девочки в 10-20 раз чаще болеют НА, чем мальчики [1].

### **Тяжесть расстройства и прогноз**

По данным современных эпидемиологических исследований вероятность полного выздоровления при НА невелика - 50%, в 30% случаев ожидается улучшение, у 20% - прогноз неблагоприятный. Установлено, что максимальная смертность пациентов, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, от естественных причин наблюдается при расстройствах пищевого поведения и зависимости от психоактивных веществ.

При этом отмечено, что по мере увеличения длительности катанестического наблюдения смертность при НА возрастает в основном от остановки сердца и суицидов, достигая 20% при 20-летней продолжительности расстройства [8]. К частым осложнениям относится психоорганический синдром, менее часто встречается псевдоатрофия коры головного мозга [7]. Выявлено, что по мере ликвидации дефицита массы тела при НА не происходит полного восстановления структурно-функциональных взаимоотношений в головном мозге (объем серого и белого вещества, регионарный мозговой кровоток, функциональная асимметрия головного мозга) и др.).

Выявлено, что на каждые 10% снижения массы тела от адекватной на 18% увеличивается риск плохого прогноза [6]. Нередко видимое «выздоровление» от НА представляет собой трансформацию в более «скрытое» для окружающих нарушение пищевого поведения в виде булимии.

У пациентов с НА, когда их вес оказывается значительно ниже нормы, как правило, наблюдаются расстройства настроения в виде лабильности, депрессии, раздражительность, стремление к изоляции, бессонница, снижение сексуального интереса. Имеет место обсессивно-компульсивная симптоматика как связанная, так и не связанная с едой (коллекционирование кулинарных рецептов, приготовление изысканных блюд и «закармливание» членов семьи, создание запасов еды, неадекватно частая уборка квартиры, мытье полов, стирка в плане борьбы за чистоту, вплоть до мацерации кожи кистей рук и т.д.). НА обычно сопутствуют и другие проявления: пациенты чувствуют себя неловко, когда едят в присутствии других, даже членов семьи, поэтому стараются принимать пищу изолированно. Они страдают от переживания чувства собственной неадекватности, вынуждены «контролировать» свое окружение, не доверяя ему и опасаясь внешнего вмешательства по изменению их ригидного стиля обращения с едой. Одновременно затрудняются межличностные отношения из-за снижения инициативы и подавленности в выражении эмоций. То, ради чего во многом начиналось расстройство (желание быть «замеченной», «принятой окружением», иметь много поклонников и т.д.), становится недоступным и угрожающим нарушить status quo устойчивого стереотипа расстройства.

Но даже при благополучном исходе нервной анорексии своеобразные «отзвуки» этого заболевания дают о себе знать и в дальнейшем. Так, многие

пациенты длительное время отмечают беспокойство в отношении фигуры, массы тела, пищевых предпочтений. В числе сопутствующих психиатрических проблем наблюдаются дистимия, социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, зависимость от психоактивных веществ (часто алкоголя).

#### **Деадаптивное семейное воспитание**

Не вызывает сомнения, что родители и прежде всего мать – непосредственные участники процесса, обеспечивающего существование и развитие ребенка через кормление, заботу, уход, воспитание. Именно в семье у ребенка формируется первый опыт обращения с едой. При этом процесс принятия пищи для ребенка является социальным явлением, происходит в кругу других людей, которые могут служить моделью для подражания. Среди факторов, опирающихся на семейное воспитание и способствующих формированию нервной анорексии, следует отметить малый уровень контакта с ребенком, следование диетам потенциального пациента, склонность членов семьи придерживаться диетических ограничений, а также критические замечания в отношении еды, формы и массы тела со стороны членов семьи или ближайшего окружения. Прежде всего в семье отрабатывается стиль питания, пищевые предпочтения, уместные в соответствующей культуральной среде. Одновременно с этими познаниями дети научаются стандартам внешней привлекательности и красоты. Все эти познания в конечном счете интегрируются в образ собственного тела.

Образ собственного тела отражает систему «внутреннего» представления человека о собственной внешности. Если оценка внешней привлекательности других во многом опирается на привлекательность лица, то самооценка осуществляется прежде всего с акцентом на теле. Образ собственного тела может влиять на настроение, мысли и поведение людей в повседневной жизни, отражается на характере межличностных отношений и качестве жизни. При нарушениях пищевого поведения искажение образа собственного тела касается следующих его компонентов: с одной стороны, восприятие формы/размеров тела (перцептивный компонент), а с другой – субъективную неудовлетворенность собственной внешностью (оценочный компонент).

Приводим клинические наблюдения, отражающие особенности воспитания детей, оказавшихся в подростковом возрасте пациентами психиатрического отделения 4-ой детской клинической больницы г. Минска как страдающие нервной анорексией. В первых двух случаях девочки с 5-6-летнего возраста воспитывались без присутствия матери, когда из-за асоциального поведения родителей ребенку не нашлось места в семье (наблюдение 1) или когда мать, выйдя повторно замуж, уехала из Беларуси, предоставив воспитание 6-летней дочери отцу и его престарелой матери. Третье и четвертое наблюдения иллюстрируют особенности деадаптивного воспитания в условиях формально «полной» семьи. При этом из-за постоянных конфликтов между родителями ребенок испытывает ощущение одиночества (наблюдение 4) или растет в условиях, когда мать выступает в качестве модели для подражания, и они с дочерью за один год похудели на 15 кг каждая

(наблюдение 3). В описанных случаях отражены психологические и соматоневрологические нарушения, сопутствующие НА.

### **Наблюдение 1**

Пациентка А.Нина, 1993 года рождения, родилась в многодетной семье, средней из 6 детей. Ко времени первой госпитализации Нины в психиатрическое отделение 4-ой детской клинической больницы г. Минска (2007 г.) в семье ожидалось рождение 7-го ребенка. Поскольку родители были лишены родительских прав, часть детей воспитывалась в детских домах, обучалась в школах-интернатах. Нина с 5 лет также воспитывалась в детском доме, в 2007 г. являлась ученицей 8 класса школы-интерната для детей сирот и детей, оставшихся без опеки родителей. Первичная госпитализация в психиатрическое отделение (октябрь-ноябрь 2007 г.) была обусловлена жалобами на плаксивость, раздражительность, слабость, зябкость, головокружение, обмороки. И все это на фоне преднамеренного похудения, со слов девочки, из-за того, что ее в интернате дразнили «толстой». За 3 месяца она похудела на 13 кг (на момент поступления в клинику при росте 153 см весила 44 кг). При этом она ограничивала порции, питалась низкокалорийными продуктами, принимала слабительные средства, курила по совету старших сестер, чтобы «перебить аппетит». Во время пребывания девочки в больнице родители ее не навещали, иногда приходили две старшие сестры.

Мотивация на лечение, прибавку веса с первого поступления девочки в психиатрический стационар отсутствовала. Нина была настроена на похудание либо на сохранение и в дальнейшем веса, имеющегося на данное время. Во время пребывания в отделении неоднократно в вечернее и ночное время требовала вызова дежурного врача, настаивала на освобождении кишечника с помощью клизм. Первое время пребывания в отделении была конфликтной, агрессивной, грубила персоналу, обижала младших детей в отделении. В связи с этим стоял вопрос о переводе ее в Республиканский научно-практический центр психического здоровья.

После выписки из психиатрического отделения 4-ой городской детской клинической больницы (декабрь 2007 г.) несмотря на ее заверения выполнять рекомендации врачей, в интернате продолжала периодически отказываться от еды, курила, принимала слабительные средства. В связи с этим к марту 2008г. масса тела достигла 38кг (с лета 2007 г. потеряла 22 кг).

При вторичной госпитализации в психиатрическое отделение 4-ой детской клинической больницы г.Минска (март-май 2008 г.) состояние Нины оценивалось как тяжелое. На фоне резко сниженного настроения отмечалась выраженная зябкость при температуре тела 34,7°C, жаловалась на боли в животе, тошноту, задержку стула, повышенную утомляемость даже от ходьбы на малые расстояния, одышку. Частота сердечных сокращений была 42-48 ударов в минуту, что представляло угрозу для жизни и являлось показанием для безотлагательной госпитализации. Артериальное давление было 80/50 мм.рт.ст.

За время пребывания Нины в стационаре (2007-2008 гг.) в процессе обследования выявлены изменения со стороны сердца, органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы, а также со стороны крови.

На электрокардиограмме при поступлении (06.03.08 г.) – выраженная синусовая брадикардия с числом сердечных сокращений 42 в минуту, снижением вольтажа в грудных отведениях, умеренное нарушение обменных процессов в миокарде желудочков, удлинена интервал QT на 0,04 сек.

На электроэнцефалограмме (2007 г.) отмечены диффузные изменения на сниженном амплитудном уровне.

УЗИ щитовидной железы (10.03.08 г.) выявило увеличение щитовидной железы Ia ст.

По данным УЗИ толстого кишечника (2007 г.) признаки расширения сигмовидной кишки, спазмирования нисходящих отделов кишечника, что расценено на тот период как явления функционального характера.

УЗИ органов брюшной полости (2007 г.) – диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы, выраженные - в печени.

УЗИ органов малого таза (2008 г.) – признаки субатрофических изменений в паренхиме миометрия, эндометрия, яичников.

В 2008 г. выявлен хронический пангастрит, хронический дуоденит умеренной степени.

По заключению психолога у Нины отмечена гипертимно-конформная акцентуация личности с чертами лабильности, неудовлетворенность собой, повышенная чувствительность, обидчивость, аутоагрессивные тенденции, субдепрессия, повышенный уровень реактивной и личностной тревожности.

**Клинический диагноз** (2008 г.): нервная анорексия с эпизодами компенсаторного (очистительного) поведения. Хронический гастродуоденит (обострение). Миокардиодистрофия. Диффузный эутиреоидный зоб Ia ст. Дисфункция яичников, избыточная подвижность правой почки.

В процессе проведенного лечения (психотерапия, психокоррекция, антидепрессанты (стимулотон), милдронат, ноофен, альмагель, стабилизаторы настроения прибавила в весе, восстановился менструальный цикл, настроение часто колебалось, отмечались приступы повышенного аппетита. За время лечения с осени 2007 г. ИМТ у Нины колебался от 14,7 (ниже 3-го перцентиля) до 20,6 кг/м<sup>2</sup> при выписке в 2008 г.

Нине было рекомендовано находиться под наблюдением детского психоневрологического диспансера, эндокринолога, принимать длительное время стимулотон, ноофен, получать поддерживающую психотерапию, осуществлять контроль ЭКГ.

### **Наблюдение 2**

Пациентка Светлана дважды в 16 лет, а затем в 17 лет (2008, 2009 гг.) находилась на обследовании и лечении в психиатрическом отделении 4-ой детской клинической больницы г.Минска. Впервые направлена в клинику после консультации в РНПЦ «Мать и дитя». При этом в направлении указывалось на высокий риск внезапной смерти.

Девочка воспитывалась без матери с 6-летнего возраста, когда мать оставила семью, вышла повторно замуж и уехала в Германию. Ребенок проживает в Беларуси с отцом и бабушкой по линии отца. С раннего детства нервно-психическое и соматическое развитие девочки проходило в соответствии с возрастом. В то же время ребенок отличался повышенной

чувствительностью, ранимостью. Она часто испытывала чувство неуверенности, тревоги по всякому поводу, настроение могло быстро меняться, с трудом вступала в контакт с новыми для нее людьми. Затем посетила модельное агентство и с весны 2007 г. целенаправленно начала худеть, потеряв за 6 месяцев 12 кг. Ко времени 1-ой госпитализации в психиатрическое отделение (август 2008 г.) ИМТ составлял 17,5 кг/м<sup>2</sup>). Похудание осуществлялось за счет уменьшения порций, потребления низкокалорийных продуктов, повышенной физической нагрузки.

В процессе обследования был выставлен диагноз нервная анорексия, ограничительный подтип; хронический гастродуоденит, функциональный мегаколон, дуоденогастральный рефлекс, пролапс митрального клапана I ст., миокардиодистрофия, аменорея.

Уже при первой госпитализации установок на лечение не отмечено, поскольку девочка следовала четко намеченной цели: вес ее не должен превышать 50 кг, что отражало ее ригидный когнитивный стиль. В связи с этим вес в 53 кг при выписке воспринимался как психотравмирующий фактор.

Повторная госпитализация в то же психиатрическое отделение в 2009 г. была инициирована бабушкой и отцом девочки в связи с подавленным настроением, повышенной раздражительностью, постоянными манипуляциями в плане ограничения в еде, жалобами на запоры, отсутствие менструаций. Девочка всячески избегала обращения за помощью к психиатрам, посещала гастроэнтерологов, эндокринологов, хирургов, настаивала на оперативном вмешательстве, уверяя, что у нее болезнь Гиршпрунга, «удерживала» вес в пределах 48-50 кг. За время непродолжительного двухнедельного пребывания в отделении в 2009 г. на ЭЭГ выявлены диффузные изменения в виде деформации альфа-ритма с фокусом тета-активности преимущественно в центрально-височных и лобных отведениях, билатерально, синхронно.

На МРТ отмечались признаки субатрофии коры головного мозга. Во время пребывания в отделении поведение Светланы характеризовалось упорством, настойчивостью в отстаивании своих позиций, некорректируемостью, требованием скорейшей выписки (вес достиг 51 кг), с мотивированием якобы подошедших сроков оперативного вмешательства по поводу болезни Гиршпрунга, что не соответствовало истинному положению вещей.

За период пребывания девочки в стационаре мать по телефону из Германии пыталась осуществлять коррекцию назначений, способствуя дезорганизации процесса лечения.

### **Наблюдение 3. Ш. Анастасия, 16 лет**

При наличии полной семьи девочка лишена психологической поддержки со стороны родителей, тем более что мать и дочка «худели одновременно» и за 1 год потеряли по 15 кг.

Инициатором госпитализации в 4-ую детскую клиническую больницу г. Минска явилась психолог школы, где учится Анастасия. Психолог сопровождала девочку в детский городской психоневрологический диспансер г. Минска, в связи с повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью, подавленным настроением, астенизацией, выраженной

настолько, что «с трудом хватало сил посещать последние уроки в школе». Обстановка в семье была напряженной. Якобы отцу «не нравились толстые женщины». Мать подвергалась постоянным оскорблениям, унижениям с его стороны.

При поступлении в клинику (октябрь-ноябрь 2006 г.) ИМТ у Анастасии составлял 15,57 кг/м<sup>2</sup> (ниже 3-го перцентиля). С ее слов, стала ограничивать себя в еде с сентября 2005, к декабрю 2005 г. исчезли месячные, по поводу чего обращалась за помощью к эндокринологу, гинекологу.

При обследовании в стационаре выявлен пролапс митрального клапана I ст., хронический анацидный гастрит, хронический бульбит, конкременты в желчном пузыре, дисфункция яичников.

Во время пребывания в отделении старалась ограничивать себя в еде, искаженно воспринимала образ собственного тела, даже, при поступлении в больницу считала себя «толстой». Прибавка в весе на 12 кг к выписке воспринималась пациенткой отрицательно.

Девочка после выписки нуждалась в длительной психотерапевтической помощи, психологической коррекции, однако на поддержку семьи в выполнении данных врачами рекомендаций рассчитывать не приходилось.

#### **Наблюдение 4.**

Б. Виктория, 15 лет, ученица 10 класса, единственный ребенок в семье. По оценке родителей обстановка в семье «напряженная по вине дочери». Со слов девочки (это же подтверждает и мать), у отца с матерью постоянные конфликты, ссоры в присутствии дочери. Девочка считает, что нет взаимопонимания между членами семьи. Родители не знают, какие интересы, душевные переживания у их дочери. Они удовлетворены отличными оценками ее в школе и этим ограничиваются их контакты.

Ситуацию в семье девочка отобразила в проективном тесте «Рисунок семьи», который приведен ниже (рисунок 1).

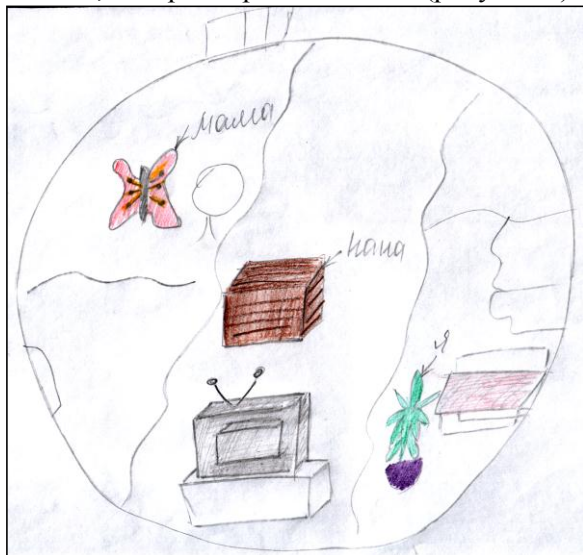


Рисунок 1.

Виктория представила всех трех членов семьи, изолированно поместив их в разные «отсеки». При этом мама по интерпретации девочки - «бабочка» в своеобразном «коконе на ножках», папа - в виде ящика у телевизора. Себя она изобразила в виде «цветочка, зеленого растения» в цветочном горшке на фоне школьной парты. Цветочку «предстоит расти, развиваться». Согласно заданию нарисовать несуществующее животное (рисунок 2) Виктория изобразила существо с хищным клювом, у которого уши и хвост

«торчком». Четко прорисованы шерсть и щетина. Образ этого животного олицетворяет чувство превосходства, агрессию. У девочки имеется неудовлетворенная потребность в полных взаимопонимания отношениях с членами семьи с тенденцией сохранить свое лидирующее положение.

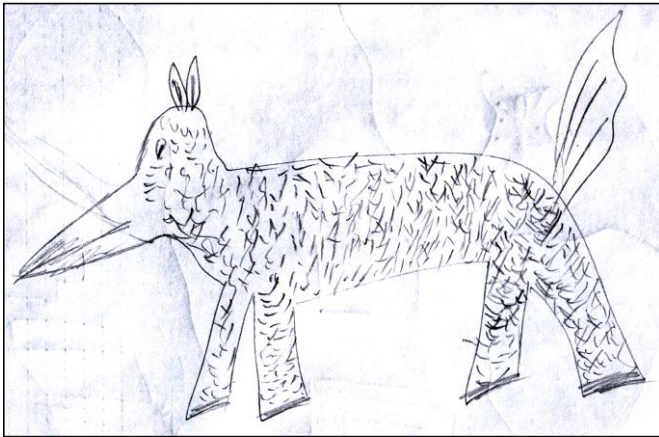


Рисунок 2.

Виктория была госпитализирована впервые в психиатрическое отделение 4-ой детской больницы г. Минска в мае 2008 г. по направлению городского детского психоневрологического диспансера с жалобами на «изменчивое» настроение, «предобморочное состояние», слабость, снижение памяти, сухость

кожи в связи с резким преднамеренным похуданием (на 14 кг за 8 месяцев). По просьбе прояснить ситуацию удалось выяснить, что с лета 2007 г. она усиленно занималась физическими упражнениями, бегом на стадионе, «качала пресс» и т.д.

Девочка скрытна, заявляет: «Просто питаюсь здоровой пищей, нежирной и полезной». К госпитализации относится негативно. Узнав о необходимости набора веса, «соглашается» прибавить не более 6 кг. Во время пребывания в стационаре ИМТ колебался в пределах 15,07 – 16,06 кг/м<sup>2</sup> (ниже 3-го перцентиля). Намерений после выписки из стационара следовать рекомендациям врачей не обнаруживала.

При обследовании УЗИ сердца выявлен пролапс митрального клапана I ст. На ЭКГ – нестабильный синусовый ритм, брадикардия (частота сердечных сокращений 45-58 в мин.), неполная блокада пучка Гиса.

На ЭЭГ – диффузные изменения на сниженном амплитудном уровне в виде десинхронизации.

МРТ головного мозга – признаки субатрофических изменений кортикального слоя головного мозга.

По данным ФГДС – хронический гастрит, хронический дуоденит.

УЗИ органов брюшной полости - лимфоузлы в воротах печени, умеренное расширение обеих почек.

УЗИ органов малого таза – диффузные изменения в паренхиме матки и яичников. Отсутствие в яичниках зреющих фолликулов.

При психологическом исследовании выявлена субдепрессия, повышенный уровень личностной тревожности, акцентуация эпилептоидно-истероидного типа.

Во время пребывания в отделении не обнаруживала мотивации к коррекции пищевого поведения. Критическая оценка состояния носила формальный характер. Принимала пищу под контролем персонала. Настаивала



на выписке, приводила различные доводы в пользу этого. Выписана по требованию матери якобы в связи с приобретением путевки на отдых. В данном случае мать продемонстрировала созависимые отношения с дочерью.

Таким образом, приведенные клинические наблюдения с тесно связанными между собой психическими, поведенческими, сомато-неврологическими расстройствами в результате НА отражают особенности дезадаптивного семейного воспитания, создающего основу для формирования НА. В третьем наблюдении представлен тип «жертвенной» анорексии, наиболее хорошо описанный Миланской школой специалистов [3]. В данном случае Анастасия, длительное время пребывающая в обстановке постоянных конфликтов родительской пары, выступает своего рода как цементирующее звено распадающейся семьи. Родители, существующие в отдельных отсеках (проективный тест «Рисунок семьи»), объединяются в стремлении помочь единственной дочери в борьбе за ее здоровье против анорексии. В то же время налицо вторичная выгода: пациент с его болезнью становится в семье центральной фигурой. Внимание родителей при этом смещается с собственных конфликтов на расстройство дочери. Если следовать прямому послы психологических переменных ребенку, его выздоровление от НА представляет угрозу целостности семейной структуры, а, следовательно, «невыгодно».

Во втором наблюдении представлены особенности НА другого типа – абстинентной (абстиненция понимается как отсутствие). Прекрасно успевающая в школе Светлана страдает от ощущения утраты матери. Она отличается особой чувствительностью, ранимостью, психологической лабильностью. Контролировать собственные эмоции ей сложно. Светлана испытывает постоянное чувство неудовлетворенности, неуверенности в себе, чувство страха за возможную неуспешность в деятельности. Неосознанно сконцентрировав свое внимание на взаимоотношении с едой с выраженными ограничительными тенденциями, она таким образом отвлекается от чрезмерной эмоциональности вплоть до анестезии в эмоциональной сфере. Так Светлана пытается осуществлять своеобразный контроль над эмоциями. При этом она склонна также отказываться от любой приятной эмоции, что позволяет ей испытывать своего рода превосходство над другими, поскольку ей удается делать то, что для большинства других бывает трудно. На фоне эмоциональной анестезии она настаивает на оперативном вмешательстве, заявляя что у нее болезнь Гиршпрунга, хотя для этого нет оснований.

Таким образом, как и при жертвенной анорексии, страдающие абстинентной анорексией имеют вторичную выгоду – особое внимание и заботу из-за болезни. Система семейных взаимоотношений здесь обеспечивает устойчивое существование расстройства.

Общей характерной чертой приведенных в статье клинических наблюдений является отсутствие сотрудничества членов семьи пациентов, в частности, родителей с врачом-психиатром, психотерапевтом, психологом. Это приводит к прерыванию терапии, преждевременной выписке «по требованию» родителей, близких родственников, самих пациентов. Как правило, стабилизировавшееся к моменту прерывания стационарного лечения соматическое состояние пациенток, являющееся положительным результатом

лечения, в то же время не давало оснований по «Закону о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» для задержания пациентов в психиатрическом стационаре для необходимого продолжения коррекции психологического нездоровья.

Поэтому для правильной оценки ситуации, с целью получения положительного результата лечения в психотерапевтической коррекции нуждаются все компоненты семейной системы: родители, сибсы, проживающие совместно близкие родственники.

### Литература

1. Балакирева Е.Е. Нервная анорексия у детей и подростков (клиника, диагностика, патогенез, терапия): обзор литературы /Е.Е.Балакирева // Психиатрия, 2005. №5 (16). С. 44-55.
2. Бурлачук Л.Ф. Словарь – справочник по психодиагностике / Л.Ф.Бурлачук, С.М.Морозов – СПб: Питер, 2001. С. 234-235.
3. Нардонэ Дж. В плену у еды: Краткосрочная стратегическая терапия при нарушениях пищевого поведения: булимия, анорексия, vomiting (вызванная рвота) / Дж. Нардонэ, Т.Вербиц, Р. Миланезе.М.: Эксмо, 2010. 288 с.
4. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография / О.А.Скугаревский. – Минск : БГМУ, 2007. 340 с.
5. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV Ed., The American Psychiatric Association .Washington D.C
6. Berkman N.D. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature / N.D. Berkman, K.N. Lohr, C.M. Bulik // International Journal of Eating Disorders, 2007. Vol. 40. P. 293-309.
7. Birmingham C.L., Treasure J. Medical Management of Eating Disorders / C.L. Birmingham, J. Treasure // Medical Management of Eating Disorders. 2<sup>nd</sup> ed. – Cambridge University Press, 2010. – P. 29.
8. Theander S. Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations compared with those of Swedish long term study / S.Theander // J. Psychiatr. Res. 1985, Vol.19.P. 493-508.

Примечание [SA1]:

Примечание [SA2R1]: