

Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості

У статті аналізуються причини виникнення нервової анорексії і наслідки до яких вона призводить. Крім того, висвітлюється вплив родини на особливості протікання нервової анорексії.

Ключові слова: нервова анорексія, особистість, психічний стан, соціум.

В статье анализируются причины возникновения нервной анорексии и последствия, к которым она приводит. Кроме того, освещается влияние семьи на особенности протекания нервной анорексии.

Ключевые слова: нервная анорексия, личность, психическое состояние, социум.

Постановка проблеми. Сучасний бурхливий розвиток суспільства так чи інакше відбивається на становленні особистості, яка прагне збагнути себе у швидкому плині життя. Особливо це стосується переживання людиною травмуючих соціальних ситуацій. Причиною звернення науковців до проблеми нервової анорексії є зростання значної кількості хворих серед населення планети, і ці цифри щороку зростають. Вагомою причиною є те, що переважна більшість людей, зокрема жінок, страждають розладами харчової поведінки. В середині минулого століття співвідношення хворих чоловіків і жінок було 1:20, але в цей час показник становить 1:4 і в половини з хворих чоловіків виявляється гомосексуальність, бісексуальність. При відсутності лікування смертність досягає майже 20 відсотків. Зокрема, останні десятиліття дослідники схильні називати анорексичним вибухом у популяції. Соціальна значущість та очевидна нерозробленість теоретичних і практичних аспектів порушеної проблеми визначили вибір теми дослідження.

Метою статті є дослідження особливостей психічного стану людини, що захворіла на нервову анорексію внаслідок соціалізації особистості.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що соціальний вплив є детермінантою у виникненні нервової анорексії.

Наукові розробки пропонують низку підходів до інтерпретації цієї категорії. У психіатричному енциклопедичному словнику категорія анорексії подається так: “Відсутність бажання їсти при наявності фізіологічної потреби харчування” [2, с. 59]. Наслідком відмови від харчування є “нервова анорексія (з грец. *neuron* – нерв).

Термін уведений Лассеком у 1873 році для позначення наполегливої відмови від харчування, що виникає у підлітковому віці (переважно у дівчат) з метою схуднення” [там само]. Тлумачний словник української мови: “(ан... + грец. *orexis* – апетит). Втрата апетиту” [5, с. 29]. Аналогічну думку знаходимо і в МКБ-10 (F-50.0) – наполеглива відмова від харчування, що приховується від батьків і друзів у зв’язку з бажанням схуднути. Значна кількість дослідників вказує на те, що в походженні нервової анорексії разом з психогенними факторами і властивими підлітковому віку змінами психіки важливу роль відіграють глибокі гормональні зміни. Отже, постає необхідність у з’ясуванні причин виникнення нервової анорексії як критичного стану для існування людини.

Відбувається поступове наближення молодого людини до стану, який може загрожувати фізіологічному існуванню. Нагадаємо, що психічний стан: “...це цілісна характеристика психічної діяльності за певний період часу, яка показує своєрідність протікання психічних процесів в залежності від предметів і явищ дійсності, що відображаються, попереднього стану і психічних властивостей особистості” [4, с. 18].

Левітов прагне підкреслити три принципово важливі речі – стан є всеобіймаючим психічним явищем, таким, що забарвлює всю психічну діяльність. З другого боку, Левітов, фактично, говорить про те, що стан є центральною ланкою міжфункціональної системи. Важливим у визначенні автора є також те, що він актуалізує проблему взаємовідношення в системі “стан – властивість”. Л. В. Куліков зауважив: “загальним для всіх станів є те, що вони мають часові, емоційні, активаційні, тонічні, тенційні параметри, вміщують в себе ситуативну і транситуативну складову. У різних станів на перший план виходять різні параметри” [3, с. 15]. Це, на думку автора, дозволяє розділити стани на довготривалі і короточасні, а також на емоційні, активаційні, тонічні та інші, у відповідності до того, який саме параметр є провідним. Однак і М. Д. Левітов, і Л. В. Куліков не розглядали патологічні та граничні стани. Дійсне розуміння природи психічних станів лежить, на наш погляд, не в площині станів як таких і систематизації, а в аналізі їхньої динаміки, розвитку і зв’язків з іншими психічними явищами. Крім того, цікавим уявляється аналіз взаємовідношень психічних станів і властивостей особистості.

К.-Г. Юнг відзначав: “Якщо стан якимось чином стає хронічним, то наслідком цього і є виникнення типу, тобто звичної установки, в якій один механізм постійно домінує, хоча й не може при цьому повністю придушити інший, оскільки він з необхідністю належить до психічної діяльності життя” [7, с. 123]. Звичайно, риси характеру

і властивості особистості багато в чому визначають, які стани і як саме буде переживати людина. Факт взаємодії станів і властивостей цілком очевидний, проте ми зовсім не знаємо психологічних механізмів цієї взаємодії. Їх справжню змістовну різницю можна зрозуміти, якщо відокремитись від звичної логіки поділу психічного на процеси і властивості. Нам здається, що первинним поділом психіки як об'єкта наукового дослідження, який би відповідав логіці самого цього об'єкта, є поділ на форму його існування і спосіб існування. Ми можемо припустити зараз, що формою існування психіки людини є психічний стан, а способом її існування є переживання.

Тому, психічний стан може бути визначений як форма існування неповторної психіки людини. Стани належить до найбільш істотних і фундаментальних явищ психічного життя особистості. Однак патологічні, граничні стани, які мають деструктивний характер під час фізіологічної депривації, потребують вивчення. Свого часу Л. С. Виготський висловив ідею про те, що новоутворення, які виникають на етапі вікової кризи, мають досить загадкову долю. Виготський припускав, що ці новоутворення дезактуалізуються після проходження кризи, але не зникають зовсім. Можливо, вони відіграють особливу роль у розвитку подальших станів і, відповідно, динамічних процесів в цілому.

На нашу думку, головним чинником виникнення тривалого навмисного голодування є процес соціалізації молодого людини. Як відомо “соціалізація (від фр. *socialis* – суспільний) – процес і результат засвоєння активного відтворення індивідом соціального досвіду, здійснюваний у спілкуванні та діяльності” [6, с. 486]. І саме неадекватне світосприйняття підлітком сучасних ідеалів суспільства призводить до викривлення дійсності.

Становлення молодого людини відбувається під впливом багатьох різновекторних факторів. “Видатною властивістю людини є її індивідуальність. Кожна людина – унікальне творіння сил природи. Точно такої ж, як вона, ніколи не було і не буде” [1, с. 217]. Унікальність цілісної структури особистості кожної людини зумовлена двома основними факторами, а саме: своєрідністю динамічної взаємодії трьох основних витоків особистості (біологічного, соціального, духовного) та постійним саморухом, саморозвитком особистості. Деякі вчені вважали, що головним чинником існування і розвитку особистості є фактор біологічної спадковості (біологізаторські, біогенетичні концепції). Так, виникла теорія рекапітуляції (Ст.Холла та ін.), в межах якої вважається, що дитина, яка народилася, в своєму розвитку поступово відтворює всі етапи історичного розвитку людства. Лише після цього вона вступає

в сучасне життя. Долаючи певний період свого розвитку, дитина живе, відтворюючи певний історичний період. Це виявляється в її нахилах, зацікавленнях, прагненнях і діях.

Протилежні, соціогенетичні, погляди формувалися тими вченими, які вважали, що домінуючу роль в житті та розвитку особистості відіграють соціальні чинники. Зазначимо, що в цілому соціогенетичні теорії правильно фіксують велике значення соціального оточення щодо життя особистості. В дійсності і біологічне, і соціальне, і духовне не пригнічують одне одного, а складно і плідно взаємодіють. Що ж до складності і нюансованості в нескінченному плині переходів одна в одну цих атрибутивних детермінант людського буття – біологічного, соціального, духовного, то спробуємо охопити проблему нервової анорексії для з'ясування цих зв'язків.

Як окреме захворювання нервову анорексію виділили лише на початку ХХ століття. Опис елементів нервової анорексії можна знайти ще в Авіцени (1155 рік). Пізніше, за назвою “нервової сухоти”, це захворювання вперше повно описав Р.Мортон в 1689 році. Однак лише класичні роботи Вільяма Галла й Ернеста-Шарля Лассега, виконані в 60–70-х роках минулого століття, поклали початок вивченню нервової (синонім – психічної) анорексії. Численні дослідження з вивчення нервової анорексії в наступний, майже віковий період, зводилися головним чином до спроб відповісти на три кардинальні питання: 1) визначення й клінічна характеристика нервової анорексії; 2) який її перебіг та ускладнення; 3) яка її нозологічна приналежність. З позицій різних наукових концепцій залучалися для пояснення причин і патогенетичних механізмів нервової анорексії: конституціоналізм, мікросоціологія, психобіологічний напрямок, фрейдизм у всіх його варіантах і т.д.

Останнім часом у західноєвропейській і американській психіатричній літературі відзначається усе більш значна тенденція до пояснення нервової анорексії з позицій психосоматичного напрямку. Проте все різноманіття нозологічних трактувань нервової анорексії, трохи схематизуючи, можна звести до декількох основних точок зору: 1) нервова анорексія – прояв того або іншого неврозу або психопатії; 2) нервова анорексія – зовсім особливий невроз пубертатного віку; 3) нервова анорексія – початок шизофренічного процесу; 4) нервова анорексія – синдром, що зустрічається в рамках як різних неврозів, так і шизофренії; 5) нервова анорексія – самостійне захворювання, що виникає головним чином у пубертатному віці.

Яким же чином відбувається формування анорексичної переконаності у невідповідності соціальним ідеалам? Розглянемо стадії розвитку анорексії.

I стадія – дисморфобічна – починається з появи ідей про надмірну повноту й побоювання глузувань з цього приводу. Виникає відчуття, що оточуюче середовище критично розглядає їх, проводить глузливіми поглядами, при цьому психологічні наслідки мають мінорний відтінок для людини. Має місце систематичне зважування, відмова від висококалорійної їжі. Апетит зберігається, а після періодів голодування навіть підвищується. Не в силах упоратися з голодом, деякі їдять вночі.

II стадія – дисморфоманічна – частіше проявляється в переконаності в “зайвій повноті” своєї фігури або її частин. Пацієнтки часто розглядають себе в дзеркалі й скаржаться на свою повноту оточуючим. Депресивні переживання зменшуються, спостерігаються спроби корекції “зайвої повноти”. Вони приховують від близьких, що відмовляються від їжі. Роблять вигляд, що з’їли всю їжу, насправді непомітно перекладають її або ховають. Так само намагаються не в присутності людей багато пити рідини, після їжі викликають блювоту, яка приносить фізіологічне почуття полегшення й задоволення, роблять клізми, щоб скинути нібито зайву масу тіла. У хворих розвивається медикаментозна залежність: вони приймають засоби, що знижують апетит; препарати щитовидної залози, що стимулюють обмін речовин; сечогінні й велику кількість проносних.

III стадія – кахектична. Апетит зникає, тому що внаслідок постійної блювоти, що викликається та може наступати й рефлекторно, відразу після прийому їжі знижується кислотність шлункового соку й відбуваються дистрофічні порушення. Виникає відраза до їжі. До цього часу хворі втрачають до половини своєї ваги, але продовжують сприймати себе усе ще занадто повними. Зникає підшкірно-жирова клітковина, шкіра стає сухою, лупиться, захворюють на карієс і випадають зуби, волосся, ламаються нігті, зникають місячні, знижуються тиск і температура. Спостерігається дистрофія міокарда й уповільнення пульсу. У ряді випадків хворі починають активно обстежуватися в різних фахівців, перебільшуючи вагу соматичних розладів і уникаючи консультації психіатра.

Рівень смертності при цьому захворюванні вище, ніж при інших психічних розладах. Смерть може наступити не тільки від повного виснаження організму, адже на тлі ослабленої імунної системи хворі вмирають від простудних захворювань, які звичайна людина навіть не відчуває. Часом, навіть якщо хворі на важку форму анорексії виживають, у них виявляються незворотні атрофовані ураження головного мозку. Переважно перебувають у стані нервової анорексії юні дівчата і молоді жінки, але вона зустрічається й у чоловіків (М.В.Коркіна, К.А.Новлянська, В.В.Марілов та інші).

Дослідники дійшли висновку, що найбільша частотність анорексії припадає на вік 13 – 18 років. Але відзначаються випадки й у дітей більш молодшого віку, й у більш старших людей. Був зафіксований випадок нервової анорексії в 94-літньої жінки. Світ соціального зовсім не протистоїть людині, як це розуміють деякі теоретики, він огортає і запрошує. С. Л. Рубінштейн свого часу дуже обережно зауважив, що людина не лише протистоїть світу, вона ще й перебуває всередині нього, огортається ним. І в такому існуванні вона – невід’ємна частина цього світу. Такою людина стає завдяки зустрічі людського індивіда з соціальним світом.

На наш погляд, соціальний світ через засоби масової інформації (ЗМІ) формує у молодій людині викривлене розуміння власних фізіологічних параметрів. Ця невідповідність “успішним ідеалам” і призводить до нервової анорексії. ЗМІ (телебачення, газети, журнали) постійно демонструється зображення досконалого людського тіла. Люди маніпулюють його частинами й тканинами. Існує ціла область пластичної хірургії, косметології, дієтології, моди, які безупинно роз’єднують людину з її власним тілом. Нас постійно оточують “ідеальними” образами, яких більшість із нас не може досягти. Однак ці образи найчастіше ілюзія, створена камерою й комп’ютерами. Як чоловіки, так і жінки все більше незадоволені тілом або окремими частинами тіла: ростом, вагою, зовнішнім виглядом. Ми не можемо змінити вроджену анатомію й фізіологію, і все-таки робимо все можливе, щоб відповідати вигаданому ідеалу. При цьому ми платимо не тільки матеріально, а й заперечуємо своє “Я”, які ми насправді є, і те, що ми відчуваємо. І якщо ми не відповідаємо “ідеалу”, то найчастіше ненавидимо себе, тому що визначаємо свою цінність через зовнішній вигляд свого тіла.

Візуальні засоби інформації одночасно й формують наше відчуття реальності й придушують тілесне сприйняття: бути тонким – нормально, а все інше відхилення. За статистикою, у сучасному суспільстві чотири жінки з п’яти страждають проблемами, пов’язаними із прийняттям їжі й тілесним виглядом. Третина з них звертається хоча б до одного виду саморуйнівних дій для того, щоб тримати вагу чи зовнішній вигляд під контролем. Страх розтовстіти й не відповідати загальноприйнятим стандартам, змушує таку жінку жити за принципом: “Голод – кращий кухар, їжа – мій ворог”. Фокусуючись на процесі “самовдосконалення”, пацієнти, як правило, знецінюють прийом їжі, як джерело живильних речовин для організму, як його вітальну, життєву функцію. Взаємини з батьками в таких пацієнтів звичайно складні. Тут можна зустріти й “пастки”, що лежать у глибинах особистої історії. Впроваджувану в

масову свідомість за допомогою ЗМІ “моду на худих” багато хто сприймає відсторонено. Щоденна поява її зразків перед нашими очима стає настільки звичним, що найчастіше не викликає ніяких емоцій. Інша справа, коли такого роду маніпуляція свідомістю стає адресною і її “атаки” стосуються особисто кожного. Звідки ж виникла ця любов до худого тіла? Для кращого розуміння психології маніпуляції, яка мала і буде мати негативні наслідки в контексті нервової анорексії, звернемося до історичної довідки.

В 60-ті роки світ моди був вражений. З'явився новий образ краси, до якого прагнули сотні й тисячі дівчат. Це дивне створіння з фігурою хлопчика-підлітка звали Твіггі (Леслі Хорнбі). Її псевдонім у перекладі з англійського означає тростина, гілочка. Леслі була дуже худю з дитинства, від чого часто піддавалася нападкам своїх однокласників. У той час була мода на таких жінок, як М.Монро, С.Лорен, а Леслі у свої 16 мала зріст 167 сантиметрів і вагу близько 43 кілограмів. Її параметри були 80-55-80. Дуже худя, з гострими плечима, величезними очима, блідою шкірою вона з'явилася на подіумі. Тендітність Твіггі була мистецьки використана компаніями, які виробляли засоби для схуднення, їй платили великі гонорари за рекламу цих засобів. Вигляд Твіггі говорив, не дорослішай, залишайся тоненькою, тендітною дівчинкою й у тебе буде успіх.

Слід зазначити, що голодування є способом уникнення дорослішання, як наслідок, психосексуальний розвиток, розвиток вторинних статевих ознак. На сьогоднішній день масована пропаганда худого тіла вигідна всім: модельєрам, косметичним фірмам, клінікам пластичної хірургії, фітнес центрам. Зокрема, в 2006 році прямо на подіумі померла модель Л. Ельрамос. Причиною смерті став серцевий напад, але, після обстеження, лікарі дійшли висновку, що його спровокувало крайнє виснаження організму – голодна смерть. Тому в деяких країнах застосовують адекватні методи боротьби з хворобою. У Великобританії прийнята постанова про те, що співвідношення худих і повних на телебаченні повинно бути 50 % 50, або іншим, але на користь повних. В Аргентині був прийнятий закон про розмір: тепер у вітринах магазинів стоять манекени з параметрами середньостатистичної людини. За поруення закону передбачені великі штрафи. В Італії введений закон, за якимдо роботи на подіумі допускаються тільки ті дівчата, які нададуть довідку про те, що не страждають нервовою анорексією.

Звичайно, що і біологічні і соціальні чинники формують неповторну людську особистість. Уважається, що спадкоємна обтяженість грає у виникненні нервової анорексії чималу роль. У багатьох хворих мати, батько або інші близькі родичі страждали

неврозами, психічними розладами або мали аномалію характеру (психопатію).

Однак дослідження науковців підтверджують той факт, що важливим у виникненні хвороби також є родина. Хвора часто є єдиною дочкою в родині, що страждає від почуття неповноцінності стосовно братів. Для хворих характерні залежність від членів родини, суперництво із сіблінгами (братами або сестрами) і страх розставання із близькими, який може актуалізуватися внаслідок смерті бабусі або дідуся, розлучення батьків, відходу брата або сестри з батьківського гнізда. Відносини із близькими в таких родинах у дівчинки дуже складні. Велику роль відіграє особистість матері її виховний вплив на дитину.

1. Істероїдна домінуюча мати прагне від дитини лідерства у всьому, культивує в неї думку про “ідеальну фігуру”. Хвороба дитини викликає в неї реактивний розлад із загостренням характерологічних рис. Сховані сімейні конфлікти актуалізуються й стають усе більше деструктивними. У підсумку хвора дитина втрачає контакт із батьками, що гастроліє плин захворювання й ускладнює проведення лікувально-реабілітаційних заходів.

2. Паранояльно домінуюча мати культивує сімейний міф про щасливу родину, виховуючи в дитини підвищену моральну відповідальність. Хвору дитину довго відгороджують від контакту із психіатрами, створюючи власні псевдонаукові пояснення хвороби й концепції лікування. Переконавшись у несприятливому плинні захворювання, мати відкидає “не виправдала надій” дитину, особливо при наявності інших дітей, на яких і переключается вся увага родини. У результаті хвора дитина залишається без медичної допомоги.

3. Симбіотична мати звичайно виховує дочку без чоловіка, переконана в правильності всіх висловлювань і вчинків дівчинки, у всьому підтримує її. Мати заперечує наявність у дочки психічного розладу, навіть при вираженій кахексії потурає тому, щоб вона продовжувала навчання або роботу й не зверталася за медичною допомогою. У цьому випадку позиція матері також створює труднощі в лікуванні хворої.

4. У конфліктній родині боязка мати у всьому потурає дочці, а агресивний, схильний до вживання алкогольних напоїв батько, виховує її із застосуванням сили. Неправильну харчову поведінку дочки він сприймає як лінощі і намагається припинити це. Іноді захворювання дівчинки сприяє пом’якшенню обстановки в родині й об’єднанню батьків, але частіше вони залишаються байдужими до її долі, і за допомогою звертаються родичі.

При чоловічій анорексії, як правило, виявляється спадкоємна обтяженість шизофренією, шизоїдною психопатією, різними

аномаліями характеру, тривожною депресією, фобіями й алкоголізмом. Матері деяких хворих у молодості перенесли напад психозу з аноректичною симптоматикою.

Багаторічні спостереження фахівців показують, що в більшості дівчат з нервовою анорексією певні проблеми зі здоров'ям спостерігалися з дитинства – і це також відіграло свою роль у розвитку хвороби. Досить часто вагітність у матері майбутньої хворої протікала з тією або іншою патологією (токсикози, погроза викидня, невротичні реакції). Ще частіше відзначалася патологія пологів (слабка родова діяльність, накладання щипців, асфіксія, недоношеність плоду). У перші місяці й роки життя більшість дівчат, що страждають нервовою анорексією, перенесли дитячі інфекційні захворювання, часто у важкій формі.

Коли виснаження стає явним і родичі не можуть більше ігнорувати цю обставину, доводиться, нарешті, звертатися до лікаря. Він повинен провести ретельне обстеження, щоб відрізнити справжню анорексію від інших соматичних або психічних захворювань (таких, як важкі токсикози, порушення обміну речовин або глибоке порушення мислення з формуванням марення), при яких втрата апетиту, схуднення або те й інше разом є лише вторинними симптомами. На цій стадії для хворих на анорексію (в типових випадках – дівчаток-підлітків) характерні ворожість, пригніченість, скритність, підвищене занепокоєння. Незважаючи на явну небезпеку, пов'язану з відмовою від їжі, хворі не хочуть міняти свою поведінку, насилу усвідомлюють свій хворобливий стан і наполегливо чинять опір лікуванню. Наприклад, хвора дівчина 173 см зросту і вагою всього 27 кг продовжує вважати себе повною.

Наша гіпотеза знайшла своє підтвердження у проведеному пілотажному дослідженні серед студентів першого курсу КНТЕУ, факультет економіки, менеджменту і права – 83 респонденти, з яких: 58 – жіночої статі та 25 – чоловічої статі. На запитання щодо розуміння поняття “анорексія”, 5,81 % відповіли, що не знають (з них 6 – чол. та 1 – жін.).

На запитання щодо причин виникнення анорексії відповіді були такими:

- 77,9 % – засоби масової інформації (телебачення, журнали);
- 16,1 % – вплив сім'ї (мати, батько);
- 2,6 % – спадковість;
- 1,3 % – знайомі.

Щодо особисто пережитого голодування, то відповіли ствердно – 23,6 % (18 респондентів), з них 6 респондентів – голодували через хворобу, а 12 респондентів (жіночої статі) голодували через незадоволеність своїми фізичними параметрами. Ми свідомо не

висвітлюємо інші результати дослідження, оскільки обмежені певним об'ємом статті. Отже, пілотажне дослідження підтвердило нашу гіпотезу щодо превалювання впливу соціуму над іншими чинниками у виникненні і перебігу анорексії.

Спотворене мислення у людей з анорексією також проявляється в погано пристосованих до реального життя установках і неправильному самосприйнятті. Отже, ця проблема не є вичерпною і потребує подальших наукових розробок.

Висновки. З'ясовано, що психологічний чинник впливу соціуму на особистість є визначальним у перебігу проблеми нервової анорексії. Маніпуляція свідомістю відбувається через ЗМІ, знайомих, взаємини в родині. Спадкові фактори мають значний вплив на формування і розвиток нервової анорексії. Стає очевидним, що родина також відіграє важливу роль, оскільки саме родина може подарувати дитині любов, впевненість, сили, щоб вона змогла протистояти негативному тиску соціуму, адже любов є найбільш радикальним і, фактично, єдиним належним виходом людини із деструктивності, відчуженості й ізольованості.

Список використаних джерел

1. Олпорт Г. Становление личности. – М.: Смысл, 2002. – 461 с.
2. Психиатрический энциклопедический словарь / Й. А. Стоименов, М. Й. Стоименова, П. Й. Коева и др. – К.: МАУП, 2003. – 1200 с.
3. Психические состояния / Под ред. Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
4. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека / Н.Д. Левитов. – М.: Педагогика, 1964.
5. Тлумачний словник української мови. Близько 20 000 слів і словосполучень [Текст] / укл. Н. Д. Кусайкіна, Ю. С. Цибульник ; за заг. ред. д-ра філол. наук, проф. В. В. Дубічинського. – Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2010. – 608 с.
6. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник / Віктор Борисович Шапар – Х. : Прапор, 2005. – 640 с.
7. Юнг К.-Г. Структура психики и процесс индивидуации / К.-Г. Юнг. – М.: Наука, 1996. – 269 с.

The article analyzes the causes and consequences of which leads anorexia nervosa. In addition, highlights the influence of family on the particular course of anorexia nervosa.

Keywords: anorexia nervosa, personality, mental state, society.

Отримано: 27.07.2010