

СИМПТОМ ПОВЫШЕННОГО РВОТНОГО РЕФЛЕКСА КАК АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Юмашев А.В., Утюж А.С., Нефедова И.В., Кристаль Е.А., Захаров А.Н.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, e-mail: umalex99@gmail.com

Исследованы различные составляющие симптома повышенного рвотного рефлекса стоматологического пациента при наличии в анамнезе последнего наиболее распространенных патологий психосоматической и нервно-психиатрической клиники. Рассмотрены особенности клинической картины повышенного рвотного рефлекса при психической патологии различного генеза, а также типологические отличия таких больных. Проанализированы этиологические факторы повышенного рвотного рефлекса, относящиеся к различным регистрам поражения психики. Выделены наиболее важные для клинициста, осуществляющего стоматологическое терапевтическое или ортопедическое лечение таких пациентов, те особенности их поведения и реагирования на проводимые лечебные действия, которые главным образом связаны с инспирированием ими рвотного рефлекса и совершением рвотного акта как физиологического и демонстративного действия. Особое внимание уделено анализу явной и скрытой мотивации таких пациентов, лежащей в основе их повышенной склонности к совершению рвоты на приеме у стоматолога. Представлены рекомендации по терапевтическому ведению пациентов с психогенной рвотой, возникшей на фоне психических расстройств.

Ключевые слова: рвотный рефлекс, рвотный акт, конверсионная психосоматика, конверсионная истерия, психогенная рвота, психотическая рвота.

INCREASED PREDISPOSITION TO VOMITING SYMPTOM AS A MEDICAL HISTORY FEATURE OF DENTAL PATIENT

Yumashev A.V., Utyuzh A.S., Nefedova I.V., Kristal E.A., Zakharov A.N.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, e-mail: umalex99@gmail.com

The different components of a symptom of increased predisposition to vomiting dental patient had been researched with a history of the last most frequent pathologies of psychosomatic and neuro-psychiatric clinic. The features of the clinical picture of the increased vomiting reflex in the case of mental pathologies of various origins, as well as typological differences of these patients, were examined. The etiological factors of the increased vomiting reflex, related to the various registers of the defeat of the psyche, were analyzed. We highlighted the most important for the clinician performing dental therapeutic or restorative treatment of these patients, the features of their behavior at the reception of the dentist and their response to ongoing dentist's therapeutic action, which are mainly related to the incitement of the emetic reflex and the commission emetic act as a physiological and demonstrative actions. Particular attention is paid to the analysis of direct and indirect motivation of patients, underlying their increased tendency to commit vomiting at a reception at the dentist. Recommendations for the therapeutic management of patients with psychogenic vomiting that arose against a background of mental disorders were presented.

Keywords: vomiting reflex, vomiting act, psychosomatic conversion, conversion hysteria, psychogenic vomiting, psychotic vomiting.

В своей клинической практике врач-стоматолог несомненно более часто, нежели врачи других медицинских специальностей, сталкивается с *augeri inclinatio ad vomitum signum* («симптом повышенной предрасположенности к рвоте» – лат.) вследствие особенностей и характера проводимых им манипуляций в полости рта пациентов. Та же самая клиническая практика формирует у стоматолога навыки, позволяющие минимизировать воздействие на инспирирующие развитие рвотного рефлекса зоны ротовой

полости курируемого пациента, однако, при некоторых видах клинических манипуляций последнее оказывается крайне затруднительным.

В ортопедической стоматологии ситуации, связанные с повышенной предрасположенностью к рвоте, а также с внезапным и спонтанным совершением рвотного акта, очень часто связаны с наложением и выведением слепочной ложки. Необходимые действия с помещением в полость рта инородного материала, его соприкосновение с мягкими – все это может способствовать ускоренному развитию рвотного рефлекса вследствие раздражения соответствующих нервных окончаний блуждающего и языкоглоточного нервов, расположенных на поверхности мягкого неба, глотки и глоточной части корня языка.

Чувствительность мягких тканей ротовой полости к помещению инородных предметов или материалов на эти окончания, проявляющаяся в форме рвотного рефлекса, является нормальной защитной физиологической реакцией человеческого организма. Однако повышенная индивидуальная чувствительность некоторых пациентов, по объективным показаниям нуждающихся как в терапевтической, так и в ортопедической помощи в рамках стоматологического приема, создает для специалиста ситуацию, когда этот нормальный по своей изначальной природе рефлекс должен быть хотя бы временно, на период врачебного вмешательства, ослаблен с целью проведения необходимого обследования, лечения или подготовки к нему. На основе анализа многолетней врачебной практики, на кафедре ортопедической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова разработан комплекс целенаправленных доклинических и клинических мер и воздействий [1, 2], направленных на временное подавление повышенной склонности к рвотному рефлексу проблемных пациентов перед проведением необходимых подготовительных или восстановительных процедур:

1. Противорвотная фармакотерапия перед посещением стоматологического кабинета (прием препаратов метоклопрамида – церукал, мотилак, ганатон и др.) за полчаса до приема пищи в течение нескольких дней (2 – 3 дня) перед посещением кабинета стоматолога.

2. Аппликации анестетиками (местно – растворы и спреи тетракаина (дикаина) или лидокаина гидрохлорида) непосредственно перед снятием оттисков. У пациентов отмечаются неприятный привкус и першение в горле, затруднение дыхания, позывы к прокашливанию на фоне возникновения эффекта местного онемения и снижения рвотной активности.

3. Использование назальных вазоконстрикторов (например, препараты ксилометазолина – галазолин, синалор, ринорус и др.) преимущественно в форме капель за несколько минут до снятия оттисков.

Кроме того, отмечен и ряд проблем повышенной склонности к возникновению рвотного рефлекса у пациентов в период адаптации к изготовленным съемным протезам. На фоне возникших субъективных жалоб в качестве основных объективных причин, которые в период адаптации наиболее ощутимо влияют на возникновение тошноты и позывов к рвоте, были определены неплотное прилегание изготовленных конструкций к протезному ложу, неполная изоляция костно-челюстных выступов (торусов и экзостозов), неполная или неравномерная окклюзия с включением протезируемых элементов [5]. Данные причины прямо указывают на необходимость проведения процедуры снятия оттисков таким образом, чтобы максимально исключить возможность последующего возникновения вышеперечисленных эффектов в адаптационный период, появление которых потребует повторного обращения и вмешательства.

Путем решения этой проблемы может стать современная технология бесконтактного создания оттисков путем внутриворотного оптического сканирования интраоральной камерой, способной создавать оптические оттиски как одного зуба, нуждающегося в реставрации (либо зоны, окружающей утраченный зуб с целью последующего его протезирования), так и нескольких зубов (в этом случае камера скользит по нуждающемуся в протезировании участку верхней или нижней челюсти, создавая до нескольких десятков снимков в секунду). Преимущества технологии создания «оптических оттисков» – отсутствие излишней тревожности у пациента перед посещением кабинета стоматолога-ортопеда, бесконтактность снятия оттиска, отсутствие необходимости применения традиционных стоматологических материалов (альгинатных и силиконовых масс) и фармакологических средств подавления рвотного рефлекса, удобство хранения и пересылки «оптических оттисков», несравнимая с традиционными оттисками точность, почти гарантированно избавляющая протезируемых пациентов от целого ряда проблем с протезами в период адаптации.

Однако помимо описанных выше проблем, которые могут быть успешно решены путем совершенствования подготовительных и восстановительных стоматологических технологий, существует ряд других. Периодически на стоматологическом приеме оказываются пациенты с повышенным рвотным рефлексом, возникшим вследствие наличия в анамнезе патологий различного медицинского профиля.

Это существенно осложняет проводимое стоматологическое лечение, ограничивая имеющиеся возможности и методы диагностики, ухудшая его качество, значительно увеличивая время приема таких пациентов в ущерб остальным, а также создает ситуацию неполноты (вынужденной избирательности) возможных способов лечения или даже невозможности его проведения из-за спонтанно возникающего и устойчивого рвотного рефлекса.

Первые серьезные научные результаты исследований рвотного рефлекса и его причин показали, что этиопатогенез рефлекса лежит в области соматогении и психогении [6]. И, если в отношении первых меры профилактики и предупреждения возникновения рефлекторной рвотной реакции достаточно подробно описаны и изучены, то в отношении психогений как основных или сопутствующих причин возникновения рвотного рефлекса у стоматологических пациентов ситуация остается значительно менее исследованной.

В то же самое время в указанных выше публикациях их авторами отмечается устойчивая связь между повышенным рвотным рефлексом и такими состояниями стоматологических пациентов, как тревожность и стресс, влекущими за собой более или менее выраженные состояния соматической или психосоматической декомпенсации, нейрогуморальной дерегуляции и нарушения гомеостаза организма, что само по себе может вести к возникновению рвотного рефлекса у пациентов, имеющих в анамнезе как соматические, так и психосоматические факторы риска и склонности к возникновению данного типа реагирования на возникшие вследствие тревожности и стресса изменения.

Такие особенности возникающего рвотного рефлекса и возможно следующего за ним рвотного акта, как сложнорефлекторный характер и смешанный характер активации соматической и вегетативной нервной системы в их реализации, сочетанность значительного количества соматических и психосоматических факторов, которые потенциально могут выступать в качестве предикторов состояний тошноты и рвоты, отмечаются в большинстве как отечественных, так и зарубежных публикаций [9, 12]. Авторы этих исследований отмечают, что в качестве психогений как предикторов рвотного рефлекса наиболее часто встречающимися в клинической практике стоматологов являются такие состояния, как:

- 1) повышенная тревожность (рвота как вегетативная реакция проявления страха на будущие тревожащие либо вызывающие психологический дискомфорт события);
- 2) психогенная реактивная рвота вследствие возникновения неприятных ассоциаций (вкусовых, обонятельных и т.п.);
- 3) невротическая рвота (как вегетативная реакция на подавление эмоций, вызывающих тревогу или психологический дискомфорт, либо как вегетативная реакция личности пациента, склонного к истероидным типам реагирования на стрессогенные или конфликтные ситуации);
- 4) психотическая рвота на фоне манифестирования иных психотических проявлений (реактивные и эндогенные психозы) [4].

В своем исследовании: Mandal A. «Vomiting Causes», (2016), автор неоднократно подчеркивает деструктивный характер возникновения и манифестирования рвотного рефлекса как ответной реакции на психотравмирующую ситуацию, присущую именно

невротическому типу реагирования («Besides, it's important to understand that vomiting is only away to add problems to problems instead of a method to solve them» – «Кроме того, важно понимать, что рвота есть только способ добавления одних проблем к другим вместо метода их решения» – (с. 10, пер. с англ.) [8]. Отмечается повышенная склонность невротической личности пациента к преодолению собственной тревоги и страха перед стоматологическим вмешательством, при этом невротик вполне отдает себе отчет в том, что рвотный акт навряд ли сможет повлиять на степень необходимости лечения, однако, само его совершение, во-первых, снимает чувство эмоциональной остроты тревожащих и конфликтных переживаний перед посещением врача, и, во-вторых, вполне может стать для данного типа пациентов привычным способом преодоления («разрешения») стресса и внутреннего дискомфорта.

Тем самым в клинической практике перед врачом-стоматологом встает задача определения личной склонности данного пациента к совершению рвотного акта и возникновению состояний (тошнота, тревога и пр.), которые могут этому совершению непосредственно предшествовать. В исследованиях [7, 10, 13] авторами выделяются следующие личностные особенности психосоматического и психологического склада стоматологических пациентов, на которые врачу следует обратить внимание в процессе предварительной беседы с пациентом или при изучении его анамнеза:

1. Наличие синдрома транспортного укачивания, которое может свидетельствовать о сниженном пороге чувствительности рецепторов вестибулярного аппарата, компенсированном сформировавшейся и устойчивой для данного пациента рефлекторной дугой рвотного рефлекса.

2. Неравномерность и нестабильность общего эмоционального фона, наличие двигательной и вербальной возбудимости и эмоциональной лабильности, которые могут свидетельствовать о повышенном уровне как общей, так и ситуативной тревожности, а также – склонности к преодолению возникающего дискомфорта, в том числе и через рвоту.

3. Наличие двигательного беспокойства и настойчивая вербализация своих переживаний со стороны пациента, что может свидетельствовать о гомеостатических нарушениях вследствие тревоги и стресса, повышенных гемоконцентрациях серотонина и катехоламинов, аэрофагии вследствие их воздействия на ЖКТ, раздражении соответствующих рефлекторных зон с последующим ускоренным развитием рвотного рефлекса.

4. Наличие нарушений пищевого поведения как по булимическому, так и по аноректическому типу (повышенная склонность к рвоте может сопровождать как тот, так и другой тип расстройства). Такие пациенты могут неконтролируемо «заесть» собственную неослабевающую тревогу перед грядущим посещением стоматолога, после чего явиться на

прием в состоянии явного переудавления со всеми вытекающими из этого состояния последствиями. Для тех же, кто привык заблаговременно (и столь же неконтролируемо) снимать собственный дискомфорт также и при помощи спиртного, этот фактор риска еще более возрастает.

5. Наличие психотических нарушений как реактивного, так и эндогенного генеза. Особую группу риска представляют пациенты с ипохондрическими расстройствами и соответствующей им картиной бреда на фоне множественных жалоб неопределенного содержания по поводу собственного соматического состояния (рвота на фоне такой картины бреда может являться демонстративным подтверждением наличия соматического расстройства, утверждаемого самим пациентом, то есть актом установочного поведения больного).

Гипертрофированная или вовсе некритическая «соматизация» измененного или неизмененного восприятия реальности (и своего состояния внутри нее) лежит в основе целого ряда трактовок тошноты и рвоты в качестве самостоятельных патологий в рамках первичных расстройств личности и следующих за ними функциональных психических расстройств. Невротическое или психотическое переживание конфликтных, вызывающих тревогу или беспокойство ситуаций посредством конверсии психопатологических факторов в собственную телесность и предполагаемые соматические расстройства своего организма, часто становятся следствием невозможности какой-либо экспликации возникшего и вызывающего острый психологический дискомфорт конфликта вовне на фоне отрицания его же привязанности к собственной личности и своему внутреннему психическому миру, что приводит к вынужденной ре-атрибуции («соматизации», «конверсии» в терминах психоанализа 20 века), присущей как невротическим, так и психотическим расстройствам с образованием бредовых систем ипохондрического или дисморфофобического содержания, а вслед за тем, – и к переживанию возникшего конфликта несоматического генеза как конфликта телесного, как болезни тела [3, 11].

Именно поэтому практикующий врач-стоматолог в соответствии с требованиями нозологии и медицинской деонтологии всегда обязан поверять субъективно заявляемую симптоматику пациента объективными методами диагностики и их фактическими результатами, а в случае обнаружения существенных расхождений между тем и другим направлять его к специалистам того профиля, где такому пациенту будет оказана действительно необходимая ему медицинская помощь после того, как будет установлена и диагностирована истинная причина его жалоб на свое соматическое состояние. Такие ситуации в клинической стоматологической практике не являются частыми, однако, полностью исключать их также не находится оснований [4].

Исследования повышенного рвотного рефлекса стоматологических пациентов, возникающего вследствие неприятных ассоциаций или реминисценций неприятных сенсорных ощущений, на протяжении нескольких лет проводятся на кафедре ортопедической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, и, несмотря на частую неопределенность субъективно заявляемой или наблюдаемой симптоматики, связанной с реализацией рвотного рефлекса, в ряде проводимых в этой сфере исследований [1, 2] было установлено нижеследующее:

1. Апперцептивное маркирование специфических вкусов и запахов как «неприятных» или «тревожащих» может быть связано как с личностным, так и с экстраличностным («страшные» рассказы других пациентов) опытом посещения данным пациентом стоматологического кабинета.

2. Сопутствование восприятию привкуса или запаха стоматологических материалов к ощущению боли в дальнейшем субъективно маркирует данный конкретный привкус или запах как стрессор, как сигнал тревоги, запускающий нейрогуморальные механизмы стресса.

3. Возникшее состояние стресса само по себе смещает палитру запахов и вкусов в негативную и угрожающую для пациента сторону. Впадая в состояние стресса, стоматологический пациент начинает воспринимать в качестве тревожащих или угрожающих даже такие запахи, на которые в нормальном состоянии он, скорее всего, даже не обратил бы внимания. Часто именно такие объективно нейтральные запахи начинают субъективно восприниматься как «тошнотворные», за которыми следует акт психогенной рвоты.

Изучение случаев невротической рвоты у пациентов стоматолога позволяет позиционировать как сам рвотный акт, так и предшествующее ему поведение пациента в качестве варианта общего типа реагирования, присущего невротикам в ситуации невозможности отрицания необходимости стоматологического лечения и вынужденного подавления желания избежать посещения стоматологического кабинета. При этом сам рвотный акт выступает как непродуктивный тип защитной реакции, замещающей вынужденно подавляемое желание. Однако разные типы невротиков могут сопровождать это основное проявление различными дополнительными психосоматическими проявлениями, к которым в первую очередь следует отнести гипергидроз (причем пот чаще всего холодный), гиперемии или, напротив, побледнение кожных покровов лица и рук, астению и психастению на фоне повышенной раздражительности, а также учащение ЧСС, часто парадоксально сочетающееся с гипотензией [4, 12].

Невротическая личность с истероидным типом реагирования на приеме у врача-стоматолога часто обнаруживает склонность к демонстрации тошноты, готовности к

совершению рвотного акта («ложной рвоты»), возникающих как патологические защитные механизмы на фоне актуализации диссоциативных или конверсионных составляющих своего невротического расстройства, для которых сама ситуация посещения стоматологического кабинета становится декорацией, облегчающей реализацию присущей невротикам этого типа демонстративности, часто дополняемой аггравацией или элементами установочного поведения, демонстрируемых с целью привлечения к ним внимания и формирования «особого» статуса внутри данной модели взаимодействия в системе «врач – пациент» [5].

В том случае, если демонстрируемая склонность к совершению рвотного акта, возникает как элемент поведения пациента с имеющимся в анамнезе диагнозом истерии страха, или конверсионной истерии, само совершение рвотного акта может быть ускорено целым рядом дополнительных особенностей, присущих поведению именно этого типа пациентов, к числу которых, в первую очередь, следует отнести, с одной стороны, заявляемые и демонстрируемые пациентом ощущения «дурноты» в степени выраженности, которая граничит с полуобморочным и обморочным состоянием, тогда как, с другой стороны, при тех же расстройствах может наблюдаться и нарочито экзальтированное поведение с необычной, часто дезориентирующей врача мимикой и вычурными позами, которые могут повлиять на перистальтику и привести к забросу содержимого желудка в пищевод и ротовую полость пациента лишь только вследствие сжатия брюшной полости из-за постоянных сгибаний или выворачиваний тела пациента в сторону, а также резких кивков и опусканий головы, внешне сопровождающих демонстрируемую таким пациентом готовность к совершению рвотного акта. Иногда эти фазы истерического обморока и истерической двигательной активности у одного и того же невротика на протяжении времени приема могут неожиданно сменять одна другую несколько раз. Субъективно свидетельства таких состояний часто заявляются как то, что у такого пациента «в горле ком», что такому пациенту «дурно», что его «мутит» и т.п. При этом патологические процессы конверсии или диссоциации могут достигать такой глубины, что у пациентов в течение стоматологического приема возникают реакции, являющиеся результатами интенсивного (ускоренного) протекания этих процессов в условиях психотравмирующей ситуации, а именно: нарушения общей координации и миоспазмы, псевдопарезы и псевдопараличи, нарушения артикуляции и заикание [3, 13].

Особенность этого вида невроза состоит не только в том, что пациент с истероидным типом расстройства привычно конвертирует внутренние несоматические конфликты в телесные псевдонедуги, но и в том, что эти последние в самых разнообразных вариантах используются больным для привлечения к нему внимания окружающих, причем используются им бессознательно. Тем самым складывается парадоксальная ситуация:

истерикау нравится быть больным или хотя бы казаться больным, но при этом ему же могут не нравится те способы лечения, которые причиняют боль или дискомфорт. К особенностям же профессии врача-стоматолога относится определенная ограниченность выбора возможных методов терапевтического или восстановительного лечения, которое должно быть проведено прежде всего для блага пациента, и в том случае, когда последний ищет способ повлиять на этот фиксированный выбор врача (например, в случае с истерией), таким способом влияния становится демонстрируемая им угроза совершения рвотного акта или же собственно рвота. Проблемы лечения это не решает, но невротик и не ставит себе этой цели, поэтому в таком случае управление всей ситуацией и контроль за ней должны быть всецело отданы в руки специалиста.

Наличие психотического состояния любого генеза у пациента, нуждающегося в неотложной стоматологической помощи, может в значительной степени осложнить работу врача-клинициста. В случае с реактивными психозами в основе наблюдаемого повышенного рвотного рефлекса могут лежать этиологические факторы, связанные с органическими нарушениями, такими, как сотрясение мозга или помрачение сознания в результате травмы головного мозга. Эндогенные психозы (например, шизофрения) могут осложнить работу стоматолога проявлениями рвотного рефлекса, возникшего на почве целого ряда специфических феноменов патологической природы, присущих этому типу патологии (например, деперсонализация или психические автоматизмы). Глубокому расстройству эмоционального состояния психотических больных в продромале и в фазе манифестации продуктивных симптомов (бред и галлюцинации) часто сопутствуют субъективно ощущаемые сильные головные боли, которые повышают склонность к тошноте и рвоте, следующей за ней. Следует иметь в виду, что нарушения липидного обмена относятся к абсолютно коморбидной шизофрении патосоматике, тогда как диабет, метаболический синдром, полидипсия, тиреоидиты – к относительно коморбидной.

Исследователи относят к непосредственным причинам повышенного риска такие изменения, как сопутствующие нейрофизиологическим нарушениям снижение активности окислительных циклов, белкового и ферментного обмена, локальный и генерализованный аминотоксикоз пациентов [13].

Особую сложность для лечения представляют симптоматические психозы с ипохондрической картиной бреда пациента из-за субъективно ощущаемых и порой крайне причудливых сенестопатий, анатомических дисморфопатий, «телесных фантазий», дополнение субъективно ощущаемого наличия которых в теле психотика лечебными или восстановительными действиями врача-стоматолога может внезапно спровоцировать рвоту.

В случаях психогенной рвоты, возникающей на фоне психотических расстройств, в ситуации реактивного психоза следует курировать только неотложные стоматологические состояния, отложив остальные виды лечения на период, когда симптомы реактивного психоза у таких пациентов почти полностью обойдутся, тогда как для длительно сохраняющихся в анамнезе эндогенных психозов, на фоне стойкого негативизма и активного противодействия пациентов стоматологическому лечению, – при необходимости проводить лечение таких пациентов под общей анестезией.

Список литературы

1. Дорошина И.Р., Юмашев А.В., Михайлова М.В., Кудерова И.Г., Кристаль Е.А. Ортопедическое лечение пациентов с повышенным рвотным рефлексом / И.Р. Дорошина и [др.] // Стоматология для всех. – 2014. – № 4. – С. 18-20.
2. Кристаль Е.А. Протезирование с опорой на имплантаты при повышенном рвотном рефлексе /Е.А. Кристаль // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 8 (64). – С. 507-515.
3. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии /А.Б. Смулевич. – М.: Медицинское Информационное Агентство, 2012. – 336 с.
4. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике /А.Б. Смулевич. – М.: Медпресс-Информ, 2016. – 776 с.
5. Меркульцева В.М. Анализ адаптации и повышение эффективности протезирования пациентов полными съемными протезами. Клиническое исследование /В.М. Меркульцева // В сборнике: Взаимодействие науки и общества: проблемы и перспективы. Сборник статей международной научно-практической конференции: в 3 ч. – 2016. – С. 148-153.
6. Chen Y., Chang K., Tsou M. Risk Factors of Vomiting Among Females on Patient-controlled Epidural Analgesia // Journal of the Chinese Medical Association. – 2009. – V. 72, Is.4. – P.183-187; doi:10.1016/S1726-4901(09)70051-6.
7. Davis Ch., Cunha J. Cyclic Vomiting Syndrome (CVS) // Medical Review by a Doctor. – 2016. – № 3. – P. 9-11.
8. Mandal A. Vomiting Causes // News Medical Life Sciences. – 2016. – №5. – P. 11.
9. Med B. Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome (Clin Res Ed). – 1983. – 286 p. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.286.6378.1609>.

10. Piccini F. Self induced vomiting and Dental Diseases - Written by: Fabio Piccini // Centre for Eating Disorders Therapy at MalatestaNovello nursing home in Cesena. Works privately in Rimini and Chiavari. First version: 22 Jul 2008. Latest revision: 21 Dec. 2008.
11. Redden R., Bui T. Murphy S. A Comparison Study Between Ketamine and Ketamine-Promethazine Combination for Oral Sedation in Pediatric Dental Patients // Anesthesia program. 2002. – № 49. – P. 14-18.
12. Rowston W. Lacey H. All Who Vomit are not Bulimic // International journal of Eating Disorders. – 1991. – Vol. 10, №. 4. – P. 491–495.
13. Tanael J. Psychotic vs neurotic [electronic resource]. – URL: http://www.academia.edu/8353030/PSYCHOTIC_VS_NEUROTIC (дата обращения 15.06.2017).