

Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I)

Ромацкий В.В.¹, Семин И.Р.²

Phenomenology and classification of food behavior disturbances (literature review, part I)

Romatsky V.V., Syomin I.R.

¹ Больница им. Святого Николая Чудотворца, г. Санкт-Петербург

² Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Ромацкий В.В., Семин И.Р.

В обзоре приведены литературные данные эпидемиологического характера о распространенности нарушений пищевого поведения в историческом аспекте. Описаны современные диагностические признаки этой формы патологии, обсуждаются критерии их совершенствования. Очень высокий процент коморбидности нарушений пищевого поведения с психическими и соматическими расстройствами отмечен отечественными и зарубежными авторами.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения (распространенность, диагностика, коморбидность).

Literature data of epidemiologic character concerning prevalence of food behavior disturbances in the historical aspect are presented in the review. Modern diagnosis signs of this form of pathology are described, criteria of their perfection are discussed. The very high percent of comorbidity of food behavior disturbances with psychic and somatic disorders is noted by home and foreign authors.

Key words: food behavior disturbances (prevalence, diagnosis, comorbidity).

УДК 616.3

Пищевое поведение человека относится к инстинктивным формам деятельности, т.е. определяется врожденными потребностями. Его нарушения могут быть вызваны очень разными причинами, они многообразны и имеют выраженную возрастную специфику.

Современная психиатрическая практика, продолжая традиции прошлого, выделяет нарушения пищевого поведения при многих психических расстройствах как компонент клинической картины. Кроме того, имеются специальные диагностические рубрики, которых не было в предыдущих психопатологических классификациях. Особое место занимает нервная анорексия. Вряд ли можно найти другое расстройство пищевого поведения, которое вызывает такой интерес и противоречивые толкования, как эта форма патологии.

К истории вопроса

Задолго до классических описаний женской нервной анорексии, выполненных W. Gull (1868) и Ch. Lasague (1872), мужская нервная анорексия была зафиксирована Р. Мортоном в 1694 г. [32]. Симптома-

тика нервной анорексии у мужчин и женщин в общем сходная, однако потеря веса у мужчин менее выражена. Частота гомосексуальной активности у мужчин, страдающих нервной анорексией, колеблется от 25 до 58%; считается, что эта патология развивается только у мужчин с неустойчивой сексуальной ориентацией [21].

Оценивая историю формирования взглядов на нарушения пищевого поведения, необходимо указать, что нервная анорексия вначале возникала на религиозной почве. Известны случаи «чудесной анорексии» у женщин-святых, таких как, например, святая Катерина из Сиены, худевшая по мере роста авторитета и святости. В период Реформации в Нидерландах (XVI в.) жила божественная дева Ева Фляйген, которая была очень худой, являясь идеалом гуманности и неземной чистоты. В истории медицины были случаи худеющих девушек (Сара Якобс), «уэльской худеющей девушки» в эпоху королевы Виктории (70-е гг. XIX в.), когда впервые обозначился переход от поху-

дания как божественного знака к патологической худобе как научной проблеме.

Нервную анорексию, описанную во второй половине XIX в. как новый синдром, хорошо знали и часто видели еще врачи викторианских приютов для душевнобольных. Отказ от пищи или избирательное (ограниченное) питание были составной частью психозов с религиозным или ипохондрическим (телесным) бредом. Не исключено, что состоятельные, уважаемые в обществе люди предпочитали лечить своих больных дочерей у частнопрактикующих специалистов на водных курортах, в санаториях, чтобы избежать стигматизации. Поэтому, считают R. Van Deth, W. Vandereycken, так редки были сообщения о нарушениях пищевого поведения вне клиники психозов [60].

Диагноз нервной анорексии начал использоваться врачами в начале XX в. Очень подробные отчеты о физических проявлениях нервной анорексии были представлены Т. Allbutt в начале XX в.: «Несчастливая молодая женщина, одежда едва не спадает с нее, пульс редкий и слабый, температура ее тела на два градуса ниже нормы, стул уже давно отсутствует, ее волосы как волосы трупа — сухие и блеклые, ее лицо и конечности пепельного цвета, очень холодные. Кажется, что только глаза живут в этом изможденном теле. Это бедное создание, съедающее за день не больше чем может уместиться на монете в 5 шиллингов, постоянно занято посещением благотворительных обществ, шитьем платьев маленькой сестренке, посещением популярных лекций, организуемых университетом, и много чем еще, на что, Бог знает, откуда берутся силы» [32].

Исследование нервной анорексии в XX столетии сконцентрировалось на психологических, физиологических, психодинамических факторах, а затем и на генетических аспектах проблемы [66]. Исследователи уделяли особое внимание диагностическим критериям, дифференциальной диагностике, эпидемиологии, этиологии и лечению нервной анорексии.

До середины XX в. случаи нервной анорексии были исключительной редкостью. В клиники Нью-Йорка за 10 лет (с 1916 по 1925 г.) были госпитализированы всего четыре пациентки [32]. В 60-е гг., по выражению западных коллег, произошел «аноректический взрыв в популяции». Впервые диагностическая рубрика «Нервная анорексия» появилась в Международной классификации болезней в 1975 г. (МКБ-9). В настоящее

время в США более 5 млн человек (около 5% женщин и до 1% мужчин) страдают от нарушения пищевого поведения. В 90% случаев эти расстройства начинаются в подростковом возрасте [17].

Распространенность нарушений пищевого поведения

Психологи, физиологи и врачи из США, Швеции, Канады, Австралии, Англии, Германии, Голландии сообщают о широкой распространенности нервной анорексии и булимии среди лиц молодого и подросткового возраста. Болезненность нервной анорексией, по данным литературы («Medline»), составляет в среднем 0,3% среди молодых женщин, а заболеваемость (incidence) — 8 случаев на 100 тыс. населения в год. В США соответствующие показатели в 2 раза выше: болезненность — 0,7%, а заболеваемость — 15 случаев на 100 тыс. [1]. Соответствующие данные по нервной булимии таковы: болезненность — 1% среди молодых женщин и всего 0,1% среди молодых мужчин, а заболеваемость — 12 случаев на 100 тыс. в популяции. М. Maloney, W. Klykylo сообщили о 4% больных среди девушек в возрасте до 20 лет [42]. Лишь малая часть от общего числа лиц с нарушениями пищевого поведения наблюдаются психиатрами [34]. Зарубежные коллеги уверены: роль врача общей практики в выявлении расстройств пищевого поведения трудно переоценить, ибо именно он первым встречается с пациентом. Поэтому в подготовке семейного врача обязательным является знание признаков нервной анорексии и булимии [62].

Немецкими коллегами выполнено эпидемиологическое исследование 4 075 жителей в возрасте от 18 до 64 лет одного из населенных пунктов на севере Германии. Распространенность нарушений пищевого поведения оказалась равной 0,7% [44].

Австралийские ученые провели масштабное каменно-историческое исследование выпускников 44 школ второй ступени, которые потом стали студентами (всего — 888 человек). Признаки нервной анорексии отмечались у 3,3% девушек и 0,3% юношей. Риск развития нервной анорексии авторы связывают с любыми диетами и любыми психическими расстройствами. Усиленные занятия физическими упражнениями для контроля над своим весом слабо коррелируют с развитием в последующем нервной анорексии [48].

В штате Орегон (США) было проведено обследование 1 056 молодых людей при помощи клиническо-

го опросника (Eating Disorder Inventory). Болезненность оказалась на уровне 1% [41].

Американцы S. McElroy, C. Soutullo, P. Taylor и соавт. сообщили, что у 36 лиц мужского пола, осужденных за сексуальные преступления, в 83% случаев выявлены вещественные аддикции, в 61% — аффективные, в 39% — личностные расстройства и в 17% — нарушения пищевого поведения, что в сотни раз превосходит распространенность этой патологии в общей мужской популяции [43].

Уровень озабоченности общества проблемами нарушений пищевого поведения доказывают такие факты:

в апреле 2000 г. Национальный институт психического здоровья (США) провел «круглый стол» по вопросам профилактики нарушений пищевого поведения [49],

а в Финляндии выполнено изучение этой патологии в национальном масштабе. Было обследовано более 38 тыс. школьников обоего пола в возрасте 14—16 лет. Распространенность клинических симптомов нервной анорексии и булимии оценена как 5—7 случаев на 1 тыс. населения [36]. Т. Kendrick пишет, что в экономически развитых странах в области охраны психического здоровья приоритетным является решение трех проблем: злоупотребления психоактивными веществами, депрессии и расстройств пищевого поведения [37].

В то же время в литературе есть информация принципиально иного характера: за последние 10 лет не отмечено увеличения распространенности нервной анорексии среди испанских детей и подростков. Однако нарушения пищевого поведения при других формах патологии стали встречаться в 4 раза чаще [45].

Т.И. Семина выполнила при помощи теста «Отношение к еде» (Eating Attitudes Test; Garner и соавт., 1982) и методики Спилбергера—Ханина обследование более 400 школьниц 9-х и 11-х классов средней школы, а также студенток 2-го и 5-го курсов Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск) [14]. Полученные данные трудны для однозначной интерпретации, но среди школьниц 11-х классов риск развития расстройств пищевого поведения отмечается у 36% обследованных, а среди девятиклассниц только в 21,5% (различия статистически достоверны). Аналогичная тенденция наблюдается у

студенток лечебного факультета: на 2-м курсе — 22,6%, на 5-м — 37,2%, но у студенток фармацевтического факультета она не прослеживается (29% — на 2-м курсе и 28,5% — на 5-м). В целом отмечена прямая корреляционная связь между риском развития расстройств пищевого поведения и уровнем личностной тревожности.

В переведенном с английского языка руководстве по клинической психиатрии говорится, что распространенность нервной булимии в популяции достигает 1—3 или даже 5—8% [9].

Отличительной чертой нервной анорексии является статистика смертности пациентов с этой патологией: «ни одно психическое расстройство не сопровождается таким числом физиологических нарушений и случаев преждевременной смерти молодых людей, как нервная анорексия» [34]. «Удивительной и необъяснимой является высокая смертность больных нервной анорексией при длительном (15 лет и более) катамнестическом прослеживании, несмотря на благоприятные краткосрочные результаты терапии» [20].

По данным польской медицинской статистики, смертность при нервной анорексии достигает 18%. Главные причины — самоубийства и патология желудочно-кишечного тракта вследствие необоснованного и абсурдного использования слабительных и мочегонных средств [67]. В Австралии смертность больных нервной анорексией в последние годы уменьшилась до 6% благодаря новому (бригадному) подходу к терапии [38].

Капитальное исследование Н.-С. Steinhausen, которое называется «Результаты лечения нервной анорексии в XX веке», обобщает литературные данные о 5 590 больных. Их судьбу удалось проследить на протяжении длительного времени, результаты таковы: смертность — 5%, выздоровление — 42, улучшение — 33, хроническое течение — 20% [54].

В нашей стране изучение длительного катамнеза пациентов с разными формами психопатологии стало основой для описания течения болезней, и очень похожая статистика приведена в работе А.Г. Амбрумовой [2].

Диагностика нарушений пищевого поведения

В любом классическом отечественном или зарубежном руководстве по клинической психиатрии име-

ются подробные описания нарушений пищевого поведения при кататонической шизофрении [3, 8, 13], маниакально-депрессивном психозе, умственной отсталости (олигофрениях) и т.д. В то же время в МКБ-10 имеются следующие диагностические определения для описания нарушений пищевого поведения:

- F50.0 — нервная анорексия;
- F50.1 — атипичная нервная анорексия;
- F50.2 — нервная булимия;
- F50.3 — атипичная нервная булимия;
- F50.4 — переедание — реакция на дистресс;
- F50.5 — психогенная рвота;
- F98.2 — расстройство питания у младенцев;
- F98.3 — поедание несъедобного (пики).

Большинство из них относятся к разделу F5 — «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами», причем первое место не случайно занимает диагноз нервной анорексии. Диагностические критерии нервной анорексии, приведенные в МКБ-10, таковы:

1. Вес тела на 15% ниже нормы, определяемой по формуле Кветлета:

$$\text{ИМТ} = \text{В} / \text{Р}^2,$$

где ИМТ — индекс массы тела; В — вес, кг; Р — рост, м.

Нормальные значения индекса Кветлета для подростков равны 17,5—19.

2. Искаженное восприятие своего тела (дисморфобия, дисморфомания, если использовать терминологию, принятую в отечественной психиатрии).

3. Сознательное (но тщательно скрываемое) стремление к снижению массы тела за счет диет, отказа от пищи, приема рвотных, мочегонных или слабительных средств, чрезмерной физической нагрузки.

4. Нарушение физиологических функций (аменорея, утрата либидо и потенции).

Нередко отказ от пищи сочетается с приготовлением самых разнообразных блюд и закармливанием родственников или подруг.

Диагноз атипичной нервной анорексии (F50.1) рекомендуется выставлять в тех случаях, когда отсутствует один или несколько признаков типичной нервной анорексии.

Клиника нервной булимии была описана гораздо позже нервной анорексии (в 1940-х гг.), но до сих пор идут споры о самостоятельности этой формы наруше-

ния пищевого поведения из-за схожести диагностических критериев [11, 64]:

1. Патологический страх прибавки в весе (ожирения), стремление достичь веса, который ниже нормы.

2. Сознательное стремление к снижению массы тела за счет диет, отказа от пищи, приема рвотных, мочегонных или слабительных средств.

3. Непреодолимый аппетит, периодическое переедание (приступы обжорства).

Несмотря на то, что диагностические признаки нервной анорексии и нервной булимии зафиксированы в МКБ-10, постоянно ведется оживленная дискуссия о том, насколько точно они отражают клинические феномены. Уже более четверти века назад некоторые авторы считали диагностические критерии нервной анорексии и булимии надуманными, умозрительными конструктами и предлагали термин «синдром пищевого хаоса», отражающий пищевое поведение психически больных [47].

В Германии был проведен опрос при помощи специальных анкет (Composite International Diagnostic Interview) 3 021 молодого человека в возрасте 14—21 года. Также, у всех респондентов оценивался индекс массы тела. Математические расчеты показали, что никакой связи между нарушениями пищевого поведения и значениями ИМТ не существует [39].

T. Watson и A. Andersen сообщили, что у 22,7% женщин с диагнозом нервной анорексии сохраняются менструации, а потеря веса составляет менее 15% от нормы. Эти признаки, считают авторы, не являются надежными в диагностике [63].

М.В. Коркина выделяет три вида нервной булимии (обсессивный, булимический и компульсивный), которые значительно различаются по прогнозу и терапевтическим подходам [10].

S. Gravestock уверен, что существующие диагностические рубрики МКБ-10 не позволяют описать все многообразие нарушений пищевого поведения у взрослых, страдающих умственной отсталостью. Поэтому необходимо разработать специальные рубрики в диагностических классификациях для описания ненормального пищевого поведения у таких лиц [29].

Особая симптоматика наблюдается у китайских девушек с диагнозом нервной анорексии [40]. Причинами отказа от пищи в 75% случаев является «ощущение раздутого желудка». Авторы считают, что диагностические рубрики МКБ-10 не позволяют описать фе-

номенологию нарушений пищевого поведения. Вероятно, имеется в виду необходимость включения в диагностические признаки нервной анорексии сенестопатической симптоматики.

Отечественные авторы также высказывают неудовлетворенность диагностическими критериями нарушений пищевого поведения в МКБ-10 и предлагают оригинальные формы описания клинической картины. В НИИ питания РАМН (г. Москва) было обследовано 87 человек, страдающих нервной булимией. На основании феноменологического анализа авторы предлагают диагностировать две формы нервной булимии — реактивную и аутохтонную [16].

Проблема коморбидности нарушений пищевого поведения

По данным С.Ю. Циркина, у больных нервной булимией почти в 90% случаев отмечалась коморбидная психиатрическая патология [15]. Поэтому он предлагает рассматривать нервную булимию как одно из проявлений психопатологического диатеза. Нервная булимия часто сочетается с дистимией (F34.1), рекуррентными депрессивными расстройствами (F33.0), циклотимией (F34.0) и биполярным расстройством (F31.3). Кроме того, коморбидными были панические (F41.0) и разнообразные личностные расстройства (F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.30, F60.31). Вообще, коморбидность психических расстройств и нервной анорексии (булимии) требует отдельного рассмотрения, так как зарубежные коллеги также сообщают об очень высоком уровне такого сочетания [31].

«Коморбидность нервной булимии и депрессии у подростков является доказанной и общепризнанной», — считают N. Cruz-Bermudez, J. Rossello [22]. По данным А.А. Гериш и Н.М. Иовчук, при обследовании 59 детей дошкольного и школьного возраста с симптоматикой депрессии у 30 выявлены нарушения пищевого поведения в виде ограничения питания, избирательности в еде, сопровождавшиеся значительным снижением массы тела [7].

Радикальной точки зрения придерживается В.И. Крылов [12]. Он считает, что высокие показатели коморбидности аффективных расстройств с нервной анорексией и булимией позволяют однозначно относить нарушения пищевого поведения к расстройствам депрессивного спектра. Такой же взгляд на проблему нервной анорексии представлен в работе польских

авторов [50]: на основании наблюдения 53 девушек, страдающих нарушениями пищевого поведения, авторы пришли к выводу, что искаженное восприятие своего тела (дисморфофобия) и нервная анорексия являются клиническими проявлениями аффективных или обсессивно-компульсивных расстройств. Американские психиатры обследовали 4 569 жителей Бостона (в том числе 976 женщин) и нашли клинически выраженную телесную дисморфию у 0,7% женщин только при депрессии [46]. При депрессивных расстройствах в старческом возрасте нарушения пищевого поведения уступают по распространенности только нарушениям сна [23].

Вряд ли можно найти в литературе более репрезентативную выборку, чем отчет об исследовании в национальных масштабах США ветеранов Вьетнамской войны [55]. В течение 1996 г. в медицинских центрах США для военных ветеранов прошли обследование и лечение 466 590 лиц мужского пола. В этой когорте было верифицировано 98 случаев нарушения пищевого поведения (0,02%). Изучение коморбидной психопатологии выявило очень высокий процент расстройств шизофренического спектра у пациентов с нервной анорексией и недифференцированными нарушениями питания (EDNOS по МКБ-10). У больных с нервной булимией отмечен высокий процент коморбидных расстройств личности.

Не менее впечатляющими являются исследования J. Johnson и соавт. [35]. В период с 1983 по 1993 г. прослежена судьба 717 подростков из штата Нью-Йорк, которые поступили на лечение по поводу нарушений пищевого поведения. В 1983 г. средний возраст обследованных составил 13,8 года. Спустя 10 лет у тех, кто был ранее озабочен весом и размерами своего тела, достоверно чаще встречались психические расстройства: тревожные, депрессивные, хронические боли, хроническая усталость, нарушения сна и попытки суицида.

N. Godart и соавт. сообщили, основываясь на исследованиях других авторов, что диагноз нервной булимии сочетается с тревожными расстройствами у 13—75% больных, а диагноз нервной анорексии — в 20—55% случаев [27].

Канадские коллеги R. Geist и M. Heinmaa сообщили, что при обследовании 157 человек (136 из них — женщины), обратившихся за помощью в связи с нарушениями пищевого поведения, выявлены гендерные

различия в клинической симптоматике. У мужчин менее выражено стремление к стройной фигуре и неудовлетворенность своим телом при очень высокой коморбидной патологии (депрессия и тревожные расстройства) [25].

Обсуждается вопрос и о сочетании нарушений пищевого поведения и расстройств личности. J. Yaryuga-Tobias и соавт. обследовали 409 пациентов с обсессивно-компульсивными (ананкастными) расстройствами личности. В 32,2% случаев обнаружена коморбидность с нарушениями пищевого поведения [65]. Это, по мнению авторов, не является дефектом DSM-IV и не препятствует успешной практике ее применения.

На основании информации, содержащейся в базах данных «Medline» и «PsychLIT», R. Sansone и соавт. сообщили, что распространенность пограничного расстройства личности (F60.31) оценивается на порядок выше у лиц, которые ищут психологической помощи при избыточном весе, чем в общей популяции [53].

C. Grilo и соавт. сообщают о высокой частоте нарушений пищевого поведения в группе из 668 больных с различными расстройствами личности: обсессивно-компульсивным, избегающим, пограничным и шизотипическим, а также большим депрессивным эпизодом [30].

K. Bruce и соавт. пишут о частом сочетании нервной булимии и избегающего расстройства личности (F60.6) [19].

Катамнестическое ретроспективное изучение 81 больной нервной анорексией выявило, что у 20% из них в детстве отмечались признаки тревожного расстройства отделения (separation anxiety disorder — F93.0) [18].

Нервная анорексия и булимия не являются исключением: в литературе имеется достаточно информации о сочетании других нарушений пищевого поведения с психическими расстройствами. Например, R. Sansone и соавт. пишут о том, что в клинической практике почти не бывает случаев избыточного веса (ожирения) без расстройств личности [53]. Среди 97 пациентов специализированной клиники в Мехико, которые лечились по поводу нарушений пищевого поведения (ожирение), только в 13,4% случаев не было коморбидного психиатрического диагноза [61]. Подобная ситуация зафиксирована в работах отечественных авторов, занимавшихся проблемой избыточного веса [5, 6]. А.В. Вахмистров и соавт. описали «диетическую» де-

прессию, осложняющую исходы лечения при ожирении [4]. R. Goodwin, M. Fitzgibbon сообщают, что успешной терапии лиц с избыточным весом препятствуют социальная фобия и тревожные расстройства [28].

Экзотикой кажется сочетание нарушений пищевого поведения и эпилепсии, однако и этот вариант коморбидности описан в литературе. Оказалось, что среди 170 больных подростковой миоклонической эпилепсией, которые лечились в 1981—1998 гг. в стационарах Марселя и Ниццы, было выявлено два случая нервной анорексии [26]. Известен случай развития классической нервной анорексии у девочки 14 лет, мать которой принимала фенobarбитал и вальпроат натрия во время беременности в связи с эпилепсией. Кроме того, у больной отмечались социальная фобия и тревога, трудности в освоении школьной программы, из-за чего она была направлена в специальное учреждение. Авторы этой публикации сообщают о том, что девочка много времени уделяла просмотру специальных телепрограмм о похудании и поддержании стройной фигуры [24].

Естественным продолжением этого методологического подхода было бы изучение распространенности нарушений пищевого поведения у больных не только с психическими расстройствами, но и другими диагнозами, и в литературе имеется соответствующая информация.

Польские врачи пишут, что одним из проявлений болезни Лайма может быть нервная анорексия [52].

Больные сахарным диабетом часто демонстрируют нарушения пищевого поведения, соответствующие критериям нервной булимии [57].

Нарушение пищевого поведения, имеющее в МКБ-10 статус отдельного диагноза — «пика» (F98.3), характеризуется постоянным употреблением в пищу несъедобных веществ и материалов, а также поеданием в большом количестве какого-то одного продукта. Эта симптоматика наблюдается при железодефицитной анемии, беременности, голодании, психических расстройствах [56].

Уникальная публикация французских авторов посвящена особой форме нарушений пищевого поведения [51]. За 25 лет на острове Реюньон было зарегистрировано 38 случаев нервной анорексии. Авторы описали 24 случая, о которых была получена наиболее полная информация (в том числе 14 случаев у мальчи-

ков). В 23 случаях из 24 речь шла о жителях южной части острова, которые практически не поддерживают отношений с материком, и среди них распространены близкородственные браки. Клиника нервной анорексии манифестировала в возрасте ($8,5 \pm 3,5$) мес и характеризовалась отказом от пищи и неукротимой рвотой. Смертность, несмотря на все принятые меры (в том числе парентеральное кормление), составила 45,8%. Авторы предполагают наследственный характер этой патологии (аутосомный рецессивный ген), сообщая о большом числе коморбидной наследственной патологии: пирамидная недостаточность, атаксия, судорожные припадки, умственная отсталость.

Столь высокий уровень сочетания нарушений пищевого поведения с психическими и соматическими расстройствами вызывает сомнение в их самостоятельности и требует осмысления проблемы, которое предполагает идентификацию причин и определение статуса этой патологии в системе профессиональных психиатрических представлений.

Литература

1. *Аграс В.* Расстройства пищевого поведения // Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера. М., 1998. С. 88—98.
2. *Амбрумова А.Г.* Течение шизофрении по данным отделенного катамнеза. М.: Высш. шк., 1962. 217 с.
3. *Блейлер Е.* Руководство по психиатрии / Пер. с нем. А.С. Розенталя. Изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993. 542 с.
4. *Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И.* Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. № 12. С. 19—24.
5. *Вознесенская Т.Г.* Церебральное ожирение и истощение (клиническое, нейроэндокринологическое и психофизиологическое исследование): Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1990. 344 с.
6. *Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М.* Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. № 12. С. 49—52.
7. *Герши А.А., Иовчук Н.М.* Детские эндогенные «маскированные» депрессии // Рос. психiatr. журн. 1999. № 6. С. 39—43.
8. *Каплан Г., Сэдок Б.* Клиническая психиатрия: В 2 т. М.: Медицина, 1994.
9. *Клиническая психиатрия:* Пер. с англ. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М.: ГЭОТАР, 1998. 505 с.
10. *Коркина М.В.* Клинические варианты нервной булимии // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. № 2. С. 86—91.
11. *Коркина М.В.* Нервная анорексия и нервная булимия — две болезни? // Вопросы диагностики и лечения психических заболеваний. М., 1988. С. 173—180.
12. *Крылов В.И.* Атипичные депрессии (клиника, диагностика, терапия) // Рос. психiatr. журн. 1999. № 6. С. 16—19.
13. *Руководство по психиатрии* / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. 315 с.
14. *Семина Т.И.* Риск развития расстройств пищевого поведения у школьников и студентов // Вестн. СибГМУ. 2000. № 2. С. 81—82.
15. *Циркин С.Ю.* Концепция психопатологического диатеза // Независимый психiatr. журн. 1998. № 4. С. 5—8.
16. *Циркин С.Ю., Гладышев О.А., Бабин А.Г.* Нервная булимия: критерии и типология // Соц. и клинич. психиатрия. 2000. Т. 10. № 1. С. 68—72.
17. *American Dietetic Association.* Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS) // J. Am. Diet. Assoc. 2001. № 7. P. 810—819.
18. *Bailly-Lambin I., Bailly D.* Separation anxiety disorder and eating disorders // Encephale. 1999. № 3. P. 226—231.
19. *Bruce K., Steiger H., Koerner N. et al.* Bulimia nervosa with comorbid avoidant personality disorder: behavioural characteristics and serotonergic function // Psychol. Med. 2004. № 1. P. 113—124.
20. *Burns J., Stanton B., Perkins K. et al.* Eating disorders in adolescents // West Virginia Med. J. 2003. № 2 (99). P. 60—66.
21. *Chambry J., Corcos M., Guilbaud O. et al.* Masculine anorexia nervosa: realities and perspectives // Ann. Med. Interne. 2002. № 3 (Suppl. 1). P. 61—67.
22. *Cruz-Bermudez N., Rossello J.* Bulimic and depressive symptomatology in Puerto Rican adolescents // Bol. Asoc. Med. P. R. 2003. № 3. P. 42—49.
23. *Dalery J., Aubin V.* Comparative study of paroxetine and mianserin in depression in elderly patients: efficacy, tolerance, serotonin dependence // Encephale. 2001. № 1. P. 71—81.
24. *Gavin B., Kelly B., Brennan T.* Anorexia nervosa and anticonvulsant exposure during gestation // Eur. Psychiat. 2003. № 3. P. 143—144.
25. *Geist R., Heinmaa M., Katzman D., Stephens D.* A comparison of male and female adolescents referred to an eating disorder program // Can. J. Psychiatry. 1999. V. 44. № 4. P. 374—378.
26. *Gelisse P., Genton P., Samuelian J. et al.* Psychiatric disorders in juvenile myoclonic epilepsy // Rev. Neurol. (Paris). 2001. № 3. P. 297—302.
27. *Godart N., Flament M., Perdereau F., Jeammet P.* Predictive factors in social adaptation disorders in anorexic and bulimic patients // Encephale. 2003. № 2 (29). P. 149—156.
28. *Goodwin R., Fitzgibbon M.* Social anxiety as a barrier to treatment for eating disorders // Int. J. Eat. Disord. 2002. № 1. P. 103—106.
29. *Gravestock S.* Diagnosis and classification of eating disorders in adults with intellectual disability: the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) approach // J. Intellect. Disabil. Res. 2003. Sep. 47. Suppl. 1. P. 72—83.
30. *Grilo C., Sanislow C., Skodol A. et al.* Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups

- matter // *Inter. Journ. Eating Disord.* 2003. № 2 (33). P. 155—164.
31. Hebebrand J., Barth M., Dahlmann B.H. Eating disorders in children and adolescents // *MMW Fortschr. Med.* 2003. № 145 (27—28). S. 1—6.
 32. Herzog D., Beresin E. Anorexia nervosa // *Textbook of child and adolescents psychiatry* / Ed. J. Wiener. Washington, 1991. P. 362—375.
 33. Hoek H., van Hoeken D. Intern. Review of the prevalence and incidence of eating disorders // *J. Eating Disorders.* 2003. № 4 (34). P. 383—396.
 34. Johnson C. Current challenges in recognizing and treating eating disorders // *Minn. Med.* 2003. № 86 (11). P. 34—39.
 35. Johnson J., Cohen P., Kasen S. et al. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2002. № 6. P. 545—552.
 36. Kaltiala-Heino R., Rimpela M., Rissanen A. et al. Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence // *J. Adolesc. Health.* 2001. № 4. P. 346—352.
 37. Kendrick T. Primary care options to prevent mental illness // *Ann. Med.* 1999. V. 31. № 6. P. 359—363.
 38. Kohn M., Golden N. Eating disorders in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment // *Paediatr. Drugs.* 2001. № 2. P. 91—99.
 39. Lamertz C., Jacobi C., Yassouridis A. et al. Are obese adolescents and young adults at higher risk for mental disorders? A community survey // *Obes. Res.* 2002. № 11. P. 1152—1160.
 40. Lee S., Lee A., Ngai E. et al. Rationales for food refusal in Chinese patients with Anorexia Nervosa // *Int. J. Eat. Disord.* 2001. № 2. P. 224—229.
 41. Lewinsohn P., Seeley J., Moerk K., Striegel-Moore R. Gender differences in eating disorder symptoms in young adults // *Int. J. Eat. Disord.* 2002. № 4. P. 426—440.
 42. Maloney M., Klykko W. An overview of anorexia nervosa, bulimia and obesity in children and adolescents // *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psych.* 1983. V. 22. № 2. P. 99—107.
 43. McElroy S., Soutullo C., Taylor P. et al. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses // *J. Clin. Psychiatry.* 1999. V. 60. № 6. P. 414—420.
 44. Meyer C., Rumpf H., Hapke U. et al. Lifetime prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS study // *Nervenarzt.* 2000. V. 71. № 7. P. 535—542.
 45. Otero R., Mazuelos F., Lopez N. et al. Incidence of anorexia nervosa in a community mental health services for children and adolescents // *Actas Esp. Psiquiatr.* 2002. № 1. P. 14—18.
 46. Otto M., Wilhelm S., Cohen L. et al. Prevalence of body dysmorphic in a community sample of women // *Am. J. Psych.* 2001. № 12. P. 20610—2063.
 47. Palmer R. et al. Eating disorder — what is this? // *Brit. Med. Psychology.* 1979. V. 52. № 1—4. P. 3416.
 48. Patton G., Selzer R., Coffey C. et al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years // *Brit. Med. J.* 1999. Mar. 20. № 318. P. 765—768.
 49. Pearson J., Goldklang D., Striegel-Moore R. Prevention of eating disorders: challenges and opportunities // *Int. J. Eat. Disord.* 2002. № 3. P. 233—239.
 50. Rabe-Jablonska J., Sobow T. The links between body dysmorphic disorder and eating disorders // *Eur. Psychiatry.* 2000. № 5. P. 302—305.
 51. Renouil M., Fourmaintraux A., Cartault F. et al. Severe anorexia in infants in Reunion: a new autosomal recessive disease? // *Arch. Pediatr.* 1999. V. 6. № 7. P. 725—734.
 52. Rudnik-Szalaj I., Poplawska R., Zajkowska J. et al. Mental disorders in Lyme disease // *Pol. Merkuriz Lek.* 2001. № 11. P. 460—462.
 53. Sansone R., Wiederman M., Sansone L. The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity: a critical review of the literature // *Eating Behavior.* 2000. № 1. P. 93—104.
 54. Steinhausen H.-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century // *Am. J. Psych.* 2002. № 8. P. 1284—1293.
 55. Striegel-Moore R., Garvin V., Dohm F. et al. Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans // *Int. J. Eat. Disord.*, 1999. № 4. P. 399—404.
 56. Sugita K. Pica: pathogenesis and therapeutic approach // *Nippon Rinsho.* 2001. № 3. P. 561—565.
 57. Takii M., Komaki G., Uchigata Y. et al. Differences between bulimia nervosa and binge-eating disorder in females with type 1 diabetes: the important role of insulin omission // *J. Psychosom. Res.* 1999. V. 47. № 3. P. 221—231.
 58. Thomson P. Obsessions: the impact and treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents // *J. Psychopharmacol.* 2000. V. 14. № 2 (Suppl. 1). P. 31—37.
 59. Tzischinsky O., Latzer Y., Epstein R., Tov N. Sleep-wake cycles in women with binge eating disorder // *Int. J. Eat. Disord.* 2000. V. 27. № 1. P. 43—48.
 60. Van Deth R., Vandereycken W. Food refusal and insanity: sitophobia and anorexia nervosa in Victorian asylums // *Int. J. Eat. Disord.* 2000. № 4. P. 390—404.
 61. Villagomez L., Cortes J., Barrera E. et al. Comorbidity of obesity and eating behavior disorders // *Rev. Invest. Clin.* 2003. № 5. P. 535—545.
 62. Walsh J., Wheat M., Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician // *J. Gen. Intern. Med.* 2000. V. 15. № 8. P. 577—590.
 63. Watson T., Andersen A. A critical examination of the amenorrhea and weight criteria for diagnosing anorexia nervosa // *Acta Psychiatr. Scand.* 2003. № 3 (108). P. 161—162.
 64. White J. Symptom development in bulimia nervosa: a comparison of women with and without a history of anorexia nervosa // *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2000. № 2. P. 81—92.
 65. Yaryura-Tobias J., Grunes M., Todaro J. et al. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder // *J. Anxiety Disord.* 2000. V. 14. № 1. P. 19—30.
 66. Yates A. Current perspectives on the eating disorders: historical, psychological and biological aspects // *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psych.* 1989. V. 28. № 11. P. 813—828.
 67. Zeranska M., Tomaszewicz-Libudziec C., Jagielska G. Surgical complications occurring during hospitalization of patients with anorexia nervosa—literature review and a discussion of three cases // *Psychiatr. Pol.* 2002. № 4. P. 579—89.

Обзор литературы

Поступила в редакцию 25.12.2005 г.