

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

Ромацкий В.В.¹, Семин И.Р.²

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

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.

Представлено продолжение аналитического обзора, начатого в предыдущем номере журнала. 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 on the epidemiological character concerning the occurrence of food behavior disturbances in the historical aspect are presented. Current diagnostic signs of this form of pathology are described, criteria of their improvement are discussed. The very high percentage of comorbidity of food behavior disturbances with psychic and somatic disorders is noticed by Russian and foreign authors.

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

УДК 616.39:005

Этиология нарушений пищевого поведения

Скандинавские авторы [73] на основе многолетних исследований пришли к выводу, что генетическая предрасположенность — главный фактор, без которого расстройства пищевого поведения невозможны. Иными словами, этиология нервной анорексии такая же, как и большинства психических болезней — шизофрении, эпилепсии, обсессивно-компульсивных расстройств. Проведенный генетический анализ больных нервной анорексией и их родственников позволяет предположить наследственную предрасположенность к этому заболеванию [49]. Исследование трех групп детей (1-я группа — с нарушениями пищевого поведения, 2-я — с другими психическими расстройствами, 3-я группа — здоровые) и их матерей выявило статистически достоверную связь между нарушениями пищевого поведения у матерей и их детей [74]. По

информации М. Keren, R. Feldman, S. Tyano [48], врачи общинной детской психиатрической клиники (США) чаще всего встречаются с нарушениями пищевого поведения и сна у детей в возрасте до трех лет. У многих детей с такой патологией родители страдают психическими расстройствами, что искажает взаимодействие мать — ребенок при кормлении.

Попытки понять механизм реализации наследственной предрасположенности прежде всего связаны с изучением обмена медиаторов в центральной нервной системе. Однако генетический анализ не выявил различий в полиморфизме генов, ответственных за транспорт серотонина, у больных нервной анорексией и у здоровых лиц [65].

Лептин, как известно, регулирует массу тела (через активацию аппетита), энергетический обмен. Изучены изменения концентрации лептина в крови у женщин, страдающих нервной булимией, и у здоровых [56]. Оказалось, что различия в концентрации

лептина в остром периоде болезни в двух группах статистически достоверны. Таким образом, можно предполагать, что генетически обусловленные нарушения сигнальной функции лептина в энергетическом обмене обуславливают клинику нарушений пищевого поведения.

Сторонникам биологической (наследственной) этиологии нарушений пищевого поведения активно противостоят авторы, отстаивающие психогенез этой патологии. Чаще всего в качестве причины нарушений пищевого поведения называют нереализованную (или направленную на себя) враждебность [29, 40, 42, 61].

Психоаналитическая трактовка нарушений пищевого поведения связывает их с инцестом между братом и сестрой или между отцом и дочерью [62]. Ранее высказывалось мнение о том, что в основе некоторых нарушений пищевого поведения лежат неосознаваемые проблемы, например, страх гетеросексуальных контактов [33].

Некоторые российские исследователи также придерживаются психологической концепции возникновения нервной анорексии. Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева [8] указывают на два различных механизма формирования нарушений пищевого поведения, приводящих к патологическому дефициту веса. В первом случае речь идет о лицах, прошедших курс (или повторные курсы) лечебного голодания. Позитивный опыт, полученный под руководством специалистов, они пытаются повторить самостоятельно и утрачивают контроль над ситуацией. Во втором случае девушки, ориентируясь на внушенный средствами массовой информации идеал красоты, начинают сбрасывать вес, соревнуясь между собой. Результата добиваются лица, которые привыкли во всех видах деятельности быть лучшими, первыми (перфекционизм). На каком-то этапе контроль над весом и самочувствием теряется и формируется клиническая картина нервной анорексии. В то же время В.Д. Менделевич [15] считает, что психогенез отклоняющихся форм пищевого поведения почти не изучается психиатрами.

Есть исследования, в которых причиной нарушений пищевого поведения называются психологические особенности пациенток. Например, В. Tuschen-Caffier, С. Voge [69] сравнивали в эксперименте три группы женщин, сопоставимых по возрасту и массе тела: 27 пациенток с нервной булимией, 27 здоровых и 27 женщин, ограничивающих себя в еде (без при-

знаков нервной анорексии). Оказалось, что стресс, вызванный интеллектуальным напряжением и желанием показать в аудитории наилучшие результаты (решение арифметических задач), сопровождается у больных нервной булимией ощущением голода и желанием основательно подкрепиться. В двух других группах этого не наблюдалось. При использовании MMPI-2 для оценки личностных качеств женщин с нарушениями пищевого поведения выявлены высокие значения показателей по шкалам депрессии, истерии и психастении [35].

Семейная гипотеза возникновения нервной анорексии подразумевает неосознанную передачу некой информации от старшего поколения к младшему [45]. Эта информация включает в себя сведения о перенесенных родителями (в первую очередь, матерью) страданиях, потерях, несправедливости. Результатом передачи такого «скрытого» послания является нарушение пищевого поведения, требующее семейной психотерапии. При обследовании 20 пациенток стационара с диагнозом нервной анорексии и их матерей выявлен высокий уровень ощущения беззащитности и привязанности по типу подчиняемости. Обсуждается возможность передачи от поколения к поколению по наследству такого поведения путем неосознанного обучения и воспроизведения поведенческих паттернов [71]. С. Grilo, R. Masheb [41] сообщают, что исследование 145 амбулаторных пациентов с приступами переедания (BED) выявило следующее: 36% из них подвергались физическому насилию в семье, 30% — сексуальному, 69% сообщили об эмоциональной холодности, отчужденности между родственниками, что давно описано в отношении больных шизофренией.

При таком несовпадении взглядов исследователей на происхождение нарушений пищевого поведения совершенно естественными выглядят разногласия в отношении их места в классификации психических расстройств.

Место нарушений пищевого поведения в психиатрической классификации

Традиционным для советской психиатрии был нозологический подход к диагностической идентификации тех или иных нарушений инстинктивного поведения [22]. Поэтому в качестве компонентов клинической картины психозов, психопатий и неврозов были

описаны нарушения инстинкта самосохранения, пищевого, полового и т.д. Г.Е. Сухарева [24] считала, что «при шизофрении подросткового возраста особенно характерна измененная жизнь инстинктов».

Развитием этой точки зрения является работа Б.Д. Карвасарского и В.Ф. Простомолотова [6], в которой авторы рассматривают нервную анорексию как этап или составную часть клинической картины «общего невроза».

В.Д. Менделевич [14] настаивает на выделении нового диагностического кластера — «расстройств зависимого поведения», куда должны быть включены все расстройства рубрики F1, а также нарушения пищевого поведения, зависимое расстройство личности, расстройства привычек и влечений (F63), расстройства половой идентификации (F64). Общим для этих расстройств является, по мнению автора, «состояние измененного сознания» при выполнении тех или иных действий. Разные варианты нарушений пищевого поведения Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева [8] также относят к аддиктивным расстройствам наряду с алкоголизмом. Аргументом в поддержку такой точки зрения может быть публикация во французской периодике [36], где описаны 15 человек (3 мужчин и 12 женщин в возрасте от 18 до 49 лет), которые сами сообщили о своем пристрастии к шоколаду. С детства они употребляют в день примерно 50 г какао с шоколадом и, если лишены возможности сделать это, испытывают психологический дискомфорт, а 7 из них демонстрировали легкие признаки абстиненции. Авторами предложен новый термин — «шокоголики».

Однако в последнее время чаще всего нарушения пищевого поведения психиатры квалифицируют как психосоматические, соматоформные или соматизированные расстройства. Размытость, нечеткость теоретических представлений по этим вопросам затрудняют дискуссию. С.Г. Сукиасян, Н.Г. Манасян, С.С. Чшмаритян [23] пишут: «Отличие соматоформных расстройств от соматизированных заключается в том, что первый термин характеризует состояние, а второй — процесс. Патоморфоз психических заболеваний приводит к появлению мягких, стертых, соматизированных форм психической патологии». Соматизированные психические нарушения рассматриваются как «наднозологическая категория», а возникновение их при разных психических расстройствах доказывает универсальный характер этой пато-

логии, которая, по мнению авторов, является одним из современных механизмов адаптации. Как считает Л.В. Ромасенко [20], соматизация психических расстройств определяет перспективу психиатрии XXI в.

Великолепные по форме и содержанию публикации А.Ю. Березанцева [2—5] позволяют систематизировать информацию. Он наряду с другими авторами [1] уверен, что неврозы и психосоматические расстройства есть отдельные сущности. В то же время высказывается и другая точка зрения. Так, изуче-

ние нарушений пищевого поведения позволило В.В. Марилову и М.В. Коркиной [13] сформулировать предположение о том, что психогенная депрессия формирует психосоматическое расстройство (например, нервную анорексию), а оно, в свою очередь, патологическое (психосоматическое) расстройство личности.

Согласно МКБ-10, нарушения пищевого поведения являются составной частью клинической картины при соматоформных расстройствах (F45), депрессивных (F3), тревожных и тревожно-фобических (F40—41), диссоциативных (F44) и неврастении (F48.0). Кроме того, нарушения пищевого поведения возможны при синдроме деперсонализации-дереализации (F48.1), расстройствах схемы тела и дисморфофобии, причем последние две категории не имеют статуса диагностических рубрик в МКБ-10.

Выделение в психиатрических классификациях отдельных диагностических рубрик для нарушений пищевого поведения (F50.0—F50.5) является, по меньшей мере, спорным решением.

Можно уверенно сказать, что дискуссия по вопросу о самостоятельном диагностическом статусе нарушений пищевого поведения не завершена до сих пор, несмотря на публикацию в 80-х гг. прошлого столетия монографических работ, которые, по мнению авторов, должны были «закрыть проблему». Это изданные в Лондоне и Нью-Йорке книги А. Crisp [34] и A. Stun-card, E. Stellar [64], а также монография М.В. Коркиной, М.А. Цивилько, В.В. Марилова [7]. Символично название работы А. Crisp: «Нервная анорексия: позвольте мне быть», что отражает позицию автора в дискуссии о диагностическом статусе этой патологии. В монографии выше названных отечественных авторов изложен амбивалентный взгляд на проблему: с одной стороны, описан синдром нервной анорексии

при шизофрении и пограничных психических расстройствах, а с другой — нервная анорексия как самостоятельная болезнь. Нельзя не заметить, что статья тех же авторов, опубликованная в «Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» в 1975 г., однозначно трактовала нервную анорексию как синдром в клинике шизофрении.

В 2001 г. в «Журнале им. С.С. Корсакова» напечатана статья М.А. Цивилько и соавт. [27]. Интересно то, что публикация называется «Случай тяжелой нервной анорексии у мужчины», а в тексте приводится клинический диагноз описанного пациента: «шизофрения, непрерывнотекущая, среднепрогредиентная; синдром нервной анорексии и булимии с выраженным патологическим пищевым поведением».

Описания отдельных клинических случаев нервной анорексии в «непсихиатрической» медицинской периодике удивляют схожестью с поведением душевнобольных и полным равнодушием авторов публикаций к психическому статусу пациентов. Например, описан итальянский юноша 16 лет, страдающий в течение двух лет нервной анорексией с присоединившейся нервной булимией. Индекс массы тела равен 13,8 (рост — 174 см, вес — 41,8 кг), терапия неэффективна, отмечается гастрэктазия, стеноз пилорического отдела желудка, о психическом состоянии пациента не говорится ни слова [38]. Не менее драматичная картина представлена в статье J. Morgan, J. Lacey [57], где рассказано о женщине, медике по специальности, которая в течение 8 лет на фоне нервной анорексии постоянно применяла кровопускание и холодные ванны для контроля за весом своего тела. Любой психиатр, читая эти публикации, прежде всего заинтересуется расстройствами мышления и восприятия своего тела, без которых невозможны такие нарушения инстинктивной деятельности.

Представляется, что адекватная трактовка нарушений пищевого поведения возможна только с использованием данных социальной психиатрии.

Нарушения пищевого поведения с позиций социальной психиатрии

Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева [8], обобщая литературный материал, пишут, что нарушения пищевого поведения (в первую очередь, нервная анорексия) характерны для стран с высоким уровнем жизни. Действительно, даже зарубежные авторы, настаивающие

на выделении нарушений пищевого поведения как отдельной диагностической сущности, вынуждены признать, что, например, нервная анорексия крайне редко встречается у индейцев Аляски [72] или среди китайских подростков [44]. Отечественные авторы отмечают, что у российских и американских девушек выявлены статистически достоверные различия по данным теста EAT-40 [26]. Данный факт объясняется социокультурными традициями и особенностями отношения к еде в разных странах. Поэтому S. Swierc, D. Routh считают, что понимание сути нервной анорексии возможно только при сопоставлении интернациональных данных [66].

Более того, в рамках одной культуры имеются существенные различия в распространенности указанной патологии. A. Holland, R. Murray [43] более 20 лет назад зафиксировали, что у молодых девушек среднего и высшего класса английского общества нервная анорексия встречается в 3 раза чаще, чем у представительниц низших социальных слоев. Они объясняли это тем, что девушки из более высоких социальных страт разделяют и поддерживают господствующую в обществе идеологию «успеха», непременным атрибутом которой является спортивное, стройное тело.

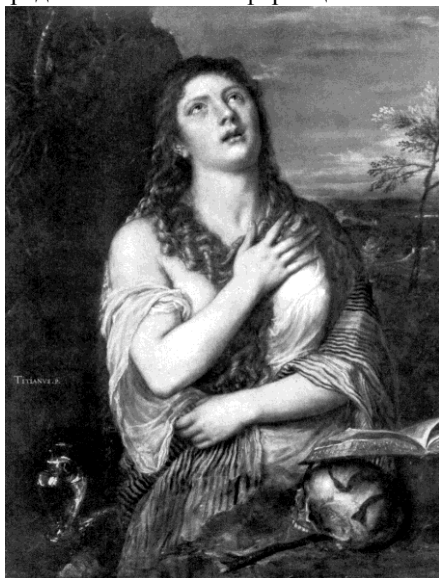
В западной культуре самооценка формы и веса тела по отношению к пропагандируемым стандартам является основой формирования аутоидентификации и самоуважения [46, 55]. При обследовании молодых женщин с нарушениями пищевого поведения и просто ограничивающих себя в питании оказалось, что в обеих группах выражено сверхценное отношение к форме тела и соответствия его «идеалу». Иными словами, миф «глянцевого журнала» делает как здорового, так и больного человека заложником искажающих действительность представлений о том, что несоответствие пропагандируемым жестким стандартам телесности исключает социальную успешность и признание [19]. Найдена прямая корреляция манифестации нарушений пищевого поведения с чтением женских журналов и отказом от приема пищи [53].

Как известно, художественные произведения имеют эстетическую и нормативную функции, т.е. не только демонстрируют прекрасное, но и формируют представления о том, что такое прекрасное. Поэтому весьма интересно сопоставить эстетический идеал, отраженный в

работах художников XVI, XIX, XX вв., и то, что пропагандируют женские журналы в XXI в.

Специалисты по социальной психиатрии утверждают, что средства массовой информации и Интернет мо-

гут стать причиной так называемого «индуцированного патологического поведения», например суицидального [67].



Кающаяся Мария Магдалина. В. Тициан (XVI в.)



Дама с мопсом. Шоплен (XIX в.)



Портрет молодухи. А.Е. Архипов (XX в.)

Классическим примером этого может быть случай в Ирландии, где после показа по телевидению сериала о вампирах резко возросла представленность этой тематики в клинической картине у больных шизофренией [47]. Авторы утверждают, что психопатология при ши-



Модель из женского журнала (XXI в.)

зофрении отражает «как в зеркале» общество и распространенные в нем представления, растиражированные средствами массовой информации. На основе такого подхода разработаны и внедрены в практику программы профилактики нарушений пищевого поведения у детей

и подростков. Их учат критично воспринимать информацию об эстетических телесных стандартах в СМИ, адекватно оценивать свое телосложение, правильно питаться. Эффективность этих программ пока остается неясной [59].

Культуральная психиатрия осуществляет сравнительный анализ психических расстройств в обществах с разными культурами [17, 30]. В связи с этим интересной представляется следующая информация: при обследовании 158 иммигрантов, которые переехали на постоянное место жительства из южной Италии (Сардиния) во Францию (Париж), нарушения пищевого поведения отмечены только у детей иммигрантов, т.е. у тех, кто вырос не в итальянской, а во французской культуре [31].

Зарубежные авторы считают: «Было бы чрезмерным упрощением рассматривать нарушения пищевого поведения только с медицинских позиций», поэтому необходимо изучать биологические, психологические, социальные и антропологические аспекты проблемы [37, 51, 58].

В отечественной литературе давно обсуждаются психиатрические аспекты социально-культурных феноменов [16, 18, 25] и, наоборот, влияние культуры на симптоматику психических расстройств. Первое направление может быть представлено работой Н.Н. Топоркова о святом Франциске Ассизском и лекциями, которые доцент А.Л. Мендельсон читал в Ленинградском ГИДУВе в 20-е гг. прошлого века. По его мнению, люди, предрасположенные к нервно-психическим заболеваниям («истерические, дегенераты и психопаты в широком смысле слова»), проявляют склонность к молитвенному экстазу и крайностям аскетизма (воздержанию в приеме пищи) и могут стать лидерами общественных движений.

Второе направление сформировалось позднее, и в качестве примера можно указать на работу М.В. Кузьминовой [9]. Она пишет: «Еще в 40-е годы прошлого столетия ученые обратили внимание на то, что в генезе изменений психики принимают участие не только биологические, но социальные факторы. Так, в последнее время (с конца 80-х гг. XX в.) в связи с известными социально-экономическими событиями произошел патоморфоз личностных изменений при эпилепсии. Значительно уменьшилось число больных с такими чертами, как исполнительность, аккуратность, обязательность, пунктуальность. Чаше встре-

чаются лживость, небрежность, кверулянтство, жестокость и агрессия».

Давно известны культурально обусловленные психопатологические синдромы — коро, дхат, синдром кувад [10—12]. Они встречаются только у представителей определенных этносов культур: например, синдром коро — панический страх втягивания половых органов в брюшную полость — встречается только у мужчин Юго-Восточной Азии. В упоминавшейся уже работе А.Ю. Березанцева [5] приведены такие сведения: если в XIX в. тело и проявления его жизнедеятельности было не принято обсуждать публично, то в XX в. все переменялось. Вследствие снятия запретов и обсуждения различных параметров телесности, сексуальности в средствах массовой информации данная тематика получила иное преломление в психопатологических симптомах. Патоморфоз истерии обусловлен социальным контекстом: меньшая репрессивность общества в отношении сексуальной тематики, снятие многих табу в этой области изменило форму расстройств. Отмечается адаптация конверсионных расстройств к господствующей культурной парадигме. Если истерические припадки, слепота, глухота стали встречаться много реже, то благодаря сформированным СМИ канонам телесной красоты, жесткому прессингу массовой культуры, как минимум, не одобряющей даже намек на избыточный вес, возникла проблема нервной анорексии.

Косвенным доказательством необоснованности выделения диагностической рубрики «нервная анорексия» является то, что для терапии этого расстройства используются те формы и методы психиатрической помощи, которые давно и успешно применяются при других психических болезнях. Подавляющее большинство психологов и врачей считают главным фактором в лечении нарушений пищевого поведения фармакотерапию, а именно — применение антидепрессантов [63]. Однако сторонники биологической терапии вынуждены признать ее недостаточную эффективность, особенно в остром периоде нервной анорексии [28, 50]. Использование в качестве лечебного средства инсулина [39], как и принудительное кормление, не является новостью в психиатрической клинике [60].

Ситуация в семьях больных нервной анорексией [52, 68] вполне сопоставима с той, что наблюдается в семьях больных шизофренией [22], а семейная тера-

пия при нарушениях пищевого поведения удивительно похожа на таковую при шизофрении. В частности, для родственников больных нервной анорексией проводятся занятия (пять сессий по одному разу в месяц), чтобы снизить выраженность эмоций и улучшить взаимоотношения внутри семьи пациента [70].

Таким образом, аналитический обзор литературных данных позволяет концептуально трактовать высокую распространенность нарушений пищевого поведения в экономически развитых странах как культурально обусловленную симптоматику давно известных психических расстройств: шизофрении, аффективной патологии, расстройств личности и т.д. Выделение в МКБ-10 отдельных диагностических рубрик для их идентификации как расстройств равноправных, например, с шизофренией или неврозами представляется необоснованным.

Литература

1. Атаманов А.А., Буйков В.А. Особенности тревожных синдромов при психосоматических заболеваниях: о правомочности понятия «психосоматическая тревога» // Соц. и клин. психиатрия. 2000. № 4. С. 16—20.
2. Березанцев А.Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства (аналитический обзор литературы, часть 1) // Рос. мед. журн. 2001. № 3. С. 61—68.
3. Березанцев А.Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства (аналитический обзор литературы, часть 2) // Рос. мед. журн. 2001. № 4. С. 51—63.
4. Березанцев А.Ю. Теоретические и клинические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) // Рос. мед. журн., 2001. № 5. С. 4—9.
5. Березанцев А.Ю. Теоретические и клинические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение I) // Рос. мед. журн., 2001. № 6. С. 4—7.
6. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, 1988. 241 с.
7. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилев В.В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986. 289 с.
8. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилев В.В. Особенности синдрома нервной анорексии при шизофрении // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. № 12. С. 1870—1874.
9. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 460 с.
10. Кузьминова М.В. Изменения личности при эпилепсии (обзор литературы) // Рос. психиатр. журн. 2000. № 3. С. 60—65.
11. Марилев В.В. Катамнез больных с синдромом кувад // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004. № 4. С. 58—59.
12. Марилев В.В. Культуральные аспекты современной психиатрии // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. № 6. С. 64—47.
13. Марилев В.В. Культуральный синдром дхат // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. № 6. С. 42—44.
14. Марилев В.В., Коркина М.В. Психогенные тошноты и рвоты (особенности развития и формирования) // Соц. и клин. психиатрия. 2003. № 4. С. 5—9.
15. Менделевич В.Д. Неадаптивные поведенческие паттерны в детском и подростковом возрасте: расстройства или девиации? // Соц. и клин. психиатрия. 2002. № 2. С. 50—53.
16. Мендельсон А.Л. Нервно-психическая гигиена и профилактика // Рос. психиатр. журн. 1999. № 1. С. 49—58.
17. Положий Б.С. Культуральная психиатрия: взгляд на проблему // Рос. психиатр. журн. 1997. № 3. С. 5—10.
18. Пятницкий Н.Ю. Герменевтические проблемы критериев психической патологии в социальных движениях // Рос. психиатр. журн. 2001. № 2. С. 20—23.
19. Райзман Е.М., Семин И.Р., Мучник М.М. Субъективный телесный опыт и терапия при соматоформных расстройствах // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. № 9. С. 28—33.
20. Ромасенко Л.В. Междисциплинарные проблемы диагностики и терапии психосоматических расстройств // Рос. психиатр. журн. 1999. № 2. С. 54—57.
21. Руководство по психиатрии // Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. 315 с.
22. Семин И.Р. Азарков А.П. Психически больной в обществе. Томск: Красное знамя, 1997. 237 с.
23. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чимаритян С.С. Соматизированные психические нарушения // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. № 2. С. 57—61.
24. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. В 2 т. М.: Медгиз, 1955.
25. Топорков Н.Н. Религиозные движения и душевное расстройство. Казань, 1912. 30 с.
26. Цивилько М.А., Аишурова Г.Ш., Брюхин А.Е. и др. Динамика отношения к еде у больных нервной анорексией по данным использования теста ЕАТ-40 // Соц. и клин. психиатрия. 2004. № 1. С. 39—43.
27. Цивилько М.А., Коркина М.В., Скворцова В.И. и др. Случай тяжелой нервной анорексии у мужчины // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. № 2. С. 46—49.
28. Becker A. Outpatient management of eating disorders in adults // Curr. Womens Health Rep. 2003. № 3 (3). P. 221—229.
29. Caine T., Foulds G. Manual of the hostility and direction of hostility questionnaire. London, 1967. 416 p.
30. Campbell R. Psychiatric dictionary. N. Y., 1989. 411 p.
31. Carta M., Kovess V., Hardoy M. et al. Psychiatric disorders in Sardinian immigrants to Paris: a comparison with Parisians and Sardinians resident in Sardinia // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2002. № 3. P. 112—117.
32. Casswall T., Backstrom B., Drapinski M. et al. Help to children and adolescents with malnutrition or eating disorders. Percutaneous endoscopic gastrostomy with button: simple, safe and cost-effective // Lakartidningen. 2000. V. 97. № 7. P. 688—691.
33. Cleghorn R., Brown W. Psychogenesis of emesis // Canad. Psychiat. Ass. J. 1964. V. 4. P. 289—302.
34. Crisp A. Anorexia nervosa: let me be. London, 1980. 200 p.
35. Cumella E., Wall A., Kerr-Almeida N. MMPI-2 in the inpa-

- tient assessment of women with eating disorders // J. Pers. Assess. 2000. № 3. P. 387—403.
36. Dallard I., Cathebras P., Sauron C., Massoubre C. Is cocoa a psychotropic drug? Psychopathologic study of a population of subjects self-identified as chocolate addicts // *Encephale*. 2001. № 2. P. 181—186.
37. Danzl C., Kemmler G., Gottwald E. et al. Quality of life of patients with eating disorders. A catamnestic study // *Psychiatr. Prax.* 2001. № 1. P. 18—23.
38. De Caprio C., Pasanisi F., Contaldo F. Gastrointestinal complications in a patient with eating disorders // *Eat. Weight Disord.* 2000. № 4. P. 228—230.
39. Figlewicz D. Adiposity signals and food reward: expanding the CNS roles of insulin and leptin // *Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol.* 2003. № 4. P. 882—892.
40. Foulds G. Personality and personal illness. London, 1965. 382 p.
41. Grilo C., Masheb R. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology // *Obes. Res.* 2001. № 5. P. 320—325.
42. Hill O. Functional vomiting // *British J. Hosp. Med.* 1972. V. 7. P. 755—758.
43. Holland A., Murray R. Anorexia nervosa: A study of 34 pairs of twins and one set of triplets // *Brit. J. Psychiat.*, 1984. № 4. P. 414—419.
44. Huon G.F., Mingyi Q., Oliver K. et al. A large-scale survey of eating disorder symptomatology among female adolescents in the People's Republic of China // *Int. J. Eat. Disord.*, 2002. № 2. P. 192—205.
45. Jozefik B. Family model and mental anorexia. Part II. Inter-generational pattern of relationships // *Psychiatr. Pol.* 1999. № 6. P. 877—886.
46. Kajita M., Takahashi T., Hayashi K. et al. Self-esteem and mental health characteristics especially among lean students surveyed by University Personality Inventory // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2002. № 2. P. 123—129.
47. Kelly B., Abood L., Shanley D. Vampirism and schizophrenia // *Irish Psychol. Med.* 1999. № 3. P. 114—115.
48. Keren M., Feldman R., Tyano S. Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2001. № 1. P. 27—35.
49. Koronyo-Hamaoui M., Danziger Y., Frisch A. et al. Association between anorexia nervosa and the hKCa3 gene: a family-based and case control study // *Mol. Psychiatry.* 2002. № 1. P. 82—85.
50. Kotler L., Walsh B. Eating disorders in children and adolescents: pharmacological therapies // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2000. № 9 (Suppl. 1). P. 108—116.
51. Kreipe R., Birndorf S. Eating disorders in adolescents and young adults // *Med. Clin. North Am.* 2000. V. 84. № 4. P. 1027—1049.
52. Latzer Y., Ben-Ari A., Galimidi N. Anorexia nervosa and the family: effects on younger sisters to anorexia nervosa patients // *Int. J. Adolesc. Med. Health.* 2002. № 4. P. 275—281.
53. Martinez-Gonzalez M., Gual P., Lahortiga F. et al. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort // *Pediatrics.* 2003. № 2. P. 315—320.
54. Mauksch L., Tucker S., Katon W. et al. Mental illness, functional impairment, and patient preferences for collaborative care in an uninsured, primary care population // *J. Fam. Pract.* 2001. № 1. P. 41—47.
55. McFarlane T., McCabe R., Jarry J. et al. Weight-related and shape-related self-evaluation in eating-disordered and non-eating-disordered women // *Int. J. Eat. Disord.* 2001. № 3. P. 328—335.
56. Monteleone P., Bortolotti F., Fabrazzo M. et al. Plasma leptin response to acute fasting and refeeding in untreated women with bulimia nervosa // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2000. V. 85. № 7. P. 2499—2503.
57. Morgan J., Lacey J. Blood-letting in anorexia nervosa: a case study // *Int. J. Eat. Disord.* 2000. № 4. P. 483—485.
58. Neumarker K., Bartsch A. Perspectives of eating disorders from the Charite Hospital in Berlin // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2003. № 12. P. 14—19.
59. Pratt B., Woolfenden S. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002. № 2. CD002891.
60. Ramsay R., Ward A., Treasure J., Russell G. Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality // *Br. J. Psychiatry.* 1999. № 8. P. 147—153.
61. Rosenthal R., Webb V., Wruble L. Diagnosis and management of persistent psychogenic vomiting // *Psychosomatics.* 1980. V. 21. P. 722—725.
62. Rudd J., Herzberger S. Brother-sister incest — father-daughter incest: a comparison of characteristics and consequences // *Child Abuse Negl.* 1999. V. 23. № 9. P. 915—928.
63. Ruggiero G., Mauri M., Omboni A. et al. Nutritional management of anorexic patients with and without fluoxetine: 1-year follow-up // *Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry.* 2003. № 3 (27). P. 425—430.
64. Stuncard A., Stellar E. Eating and its disorders. N. Y., 1984. 194 p.
65. Sundaramurthy D., Pieri L., Gape H. et al. Analysis of the serotonin transporter gene linked polymorphism (5-HTTLPR) in anorexia nervosa // *Am. J. Med. Genet.* 2000. V. 96. № 1. P. 53—55.
66. Swierc S., Routh D. Introduction to the special issue on international clinical psychology // *J. Clin. Psychol.* 2003. № 6 (59). P. 631—634.
67. Thompson S. The Internet and its potential influence on suicide // *Psychiat. Bull.* 1999. № 8. P. 449—451.
68. Treasure J., Murphy T., Szukler G. et al. The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2001. № 36. P. 343—347.
69. Tuschen-Caffier B., Vogele C. Psychological and physiological reactivity to stress: an experimental study on bulimic patients, restrained eaters and controls // *Psychother. Psychosom.* 1999. № 68 (6). P. 333—340.
70. Uehara T., Kawashima Y., Goto M. et al. Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study // *Compr. Psychiatry.* 2001. № 2. P. 132—138.
71. Ward A., Ramsay R., Turnbull S. et al. Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective // *Br. J. Med. Psychol.* 2001. № 4. P. 497—505.
72. Westermeyer J. Alcoholism and co-morbid psychiatric disorders among American Indians // *Am. Indian Alsk. Native*

- Ment. Health Res. 2001. № 2. P. 27—51.
73. *Wetterberg L.* Mental disease a heritage. New genetic knowledge can reveal "public diseases" such as autism, dyslexia, alcoholism, anorexia, schizophrenia // *Lakartidningen*, 2000. № 6. P. 558—562, 565—567.
74. *Whelan E., Cooper P.* The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study // *Psychol. Med.* 2000. V. 30. № 1. P. 69—77.

Поступила в редакцию 25.08.2006 г.