УДК 613.24(616-07+616-08)+616.89-008-053..8+616.393

ПИЩЕВОЕ РАССТРОЙСТВО У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ

© *Елизавета Алексеевна Горошкова*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

Контактная информация: Елизавета Алексеевна Горошкова — клинический ординатор кафедры факультетской терапии им. профессора В.А. Вальдмана. E-mail: goroshkovaelizaveta@yandex.ru

Поступила: 02.04.2021 ***Одобрена: 11.05.2021*** ***Принята к печати: 21.06.2021***

РЕЗЮМЕ. В настоящее время актуальной проблемой, требующей пристального внимания, является расстройство пищевого поведения у взрослых людей, поскольку в развитых и развивающихся странах с каждым годом растет число пациентов, страдающих пищевыми нарушениями. Оно связано с ущербом на психологическом, физическом, межличностном и социальном уровнях, а также со значительными прямыми и косвенными издержками. Расстройства питания являются психическими отклонениями, которые в первую очередь ухудшают физическое здоровье и нарушают психосоциальное функционирование. Нарушение адекватного восприятия собственной массы тела и своего питания играют главную роль в появлении и поддержке расстройств пищевого поведения. В течение нескольких десятилетий отмечается тенденция к увеличению расстройств пищевого поведения, причем чаще эти заболевания распространены среди мужчин, пожилых людей и людей с метаболическим синдромом. В настоящее время недостаточно изучена как патофизиология, так и лечение расстройств пищевого поведения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: расстройство пищевого поведения; нервная анорексия; нервная булимия.

EATING DISORDER IN ADULTS

© *Elizaveta A. Goroshkova*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

Contact information: Elizaveta A. Goroshkova — clinical resident of the Department of Faculty Therapy named after Professor V.A. Waldman. E-mail: goroshkovaelizaveta@yandex.ru

Received: 02.04.2021 ***Revised: 11.05.2021*** ***Accepted: 21.06.2021***

SUMMARY. Currently, an urgent problem that requires close attention is an eating disorder in adults, since the number of patients suffering from eating disorders is increasing every year in developed and developing countries. It involves damage at the psychological, physical, interpersonal, and social levels, as well as significant direct and indirect costs. Eating disorders are mental disorders that primarily impair physical health and disrupt psychosocial functioning. Violations of the adequate perception of one's own body weight and one's own diet play a major role in the appearance and support of eating disorders. For several decades, there has been a trend towards an increase in eating disorders, and these diseases are more common among men, the elderly and people with metabolic syndrome. Currently, both the pathophysiology and treatment of eating disorders are poorly understood.

KEY WORDS: eating disorder; anorexia nervosa; bulimia nervosa.

ВВЕДЕНИЕ

В современном мире неуклонно увеличивается число людей с нарушениями пищевого поведения. Нервная анорексия и булимия относятся к психическим заболеваниям, природа которых остается малоизученной, а, следовательно, эти заболевания плохо поддаются терапии. Ускоренный темп жизни, урбанизация, стрессовые ситуации, социальные и экономические условия жизни, личностный фактор — все эти обстоятельства могут явиться пусковым механизмом в развитии расстройства пищевого поведения (РПП). Часто люди, пребывающие в состоянии стресса, не могут к нему приспособиться из-за имеющихся психологических особенностей, низких адаптивных возможностей, не могут решить возникшие проблемы, уходят от реальности, фокусируются на том, что вызывает у них приятные ощущения, не требующие приложения душевных усилий, — так формируется зависимое поведение, в том числе и пищевое расстройство.

ЦЕЛЬ

Целью обзора является изучение психологических особенностей взрослого человека при нарушении у него пищевого поведения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Использована международная база научных данных за последние 10 лет: Elibrary, PubMed, Uptodate. Проведен поиск литературы с помощью ключевых слов: нервная анорексия, нервная булимия, расстройство пищевого поведения, нервная булимия, расстройства пищевого поведения. Найдено 9944 источника научной информации, использовано в работе — 24.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Понятие пищевого поведения определяется ценностным отношением человека к пище и ее приему, стереотипом питания в обычных условиях и в ситуации стресса, ориентацией на образ собственного тела и деятельностью по его формированию [5]. Расстройство пищевого поведения — это класс психогенно обусловленных поведенческих синдромов, которые связаны с нарушениями в приеме пищи [*МКБ-10: F50. Расстройства приема пищи*].

Данные о распространенности расстройств пищевого поведения разнятся в зависимости от выбранных методик оценки и особенностей формирования анализируемых выборок: возраст, пол, культуральные различия, род занятий и пр. Во всем мире распространенность расстройств пищевого поведения увеличилась на 25%, но только 20% заболевших людей обращаются за медицинской помощью к специалистам [20]. Распространенность нервной анорексии у женщин составляет 0,5–3,7% [24], а нервной булимии — 1,1–4,2% [4]. Распространенность булимии в разных странах колеблется от 0,9 до 1,5%, однако реальная заболеваемость неизвестна из-за редкой обращаемости больных за медицинской помощью. Современные эпидемиологические данные [16] свидетельствуют, что вероятность полного выздоровления при нарушениях пищевого поведения незначительна, на протяжении длительного времени у большого числа пациентов сохраняются такие проблемы, как неадекватные представления о форме собственного тела, нарушения питания, сопутствующие психические изменения, например, социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, зависимость от психоактивных веществ. Известны результаты исследований [18], регистрирующие отсутствие полного восстановления структурно-функциональных взаимоотношений в головном мозге у больных с нервной анорексией по мере ликвидации дефицита массы тела. Исследования, проведенные на протяжении 21 года у больных с нервной анорексией, свидетельствуют о том, что 50,6% пациентов достигают полного выздоровления, у 10,4% анорексия продолжает оставаться актуальной, а 15,6% пациентов умирает от причин, связанных с этим заболеванием. По данным польской медицинской статистики [8], смертность при нервной анорексии достигает 18% и основными причинами смерти являются самоубийства, а также патология желудочно-кишечного тракта, возникшая из-за самостоятельного, но необоснованного использования слабительных и мочегонных средств. В Австралии смертность у больных с нервной анорексией за последние годы уменьшилась до 6% благодаря новому (бригадному) подходу к терапии таких пациентов

В 2018 году проведено исследование [9], в котором было обследовано 50 пациентов (24 мужчины и 26 женщин) с метаболическим синдромом, проходивших лечение в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», госпитале

«МСЧ МВД России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области». Анкетирование осуществлялось при помощи валидизированных опросников, оценивающих пищевое поведение, — DEBQ, EAT-26, наличие тревожности — HADS и психологический аспект качества жизни — SF-36. Статистическая обработка данных была проведена при помощи программы StatSoft Statistica. Наличие абдоминального ожирения и гипертонической болезни было диагностировано у 100% больных. Нарушение толерантности к глюкозе было обнаружено у 16 (32%) обследованных больных, 23 пациента (46%) имели диагностированный сахарный диабет в анамнезе. Дислипидемия встречалась у половины обследованных, в частности, повышение уровня липопротеидов низкой плотности имело место у 7 (14%) пациентов, триглицеридов — у 14 (28%), снижение липопротеидов высокой плотности было выявлено у 10 (20%) больных. По результатам проведенного анкетирования с использованием опросника EAT-26 было выявлено, что только 2% пациентов имеют выраженные нарушения пищевого поведения. Данные, полученные при оценке результатов анкетирования DEBQ, свидетельствовали, что нарушение пищевого поведения имело место у 74% опрошенных, из них ограничительный тип выявлен у 14% пациентов, эмоциогенный тип — у 4%, экстернальный тип — у 6% респондентов, смешанный тип нарушения пищевого поведения определялся у 50% больных. Полученные данные анкетирования позволяют сделать вывод, что у пациентов с метаболическим синдромом преобладает смешанный тип пищевого поведения, второе место занимает ограничительный тип. Другими учеными было проведено обследование 100 пациентов, средний возраст которых составил 51,66±13,19 лет [14]. Диагностика метаболического синдрома проводилась на основании критериев, сформулированных экспертами Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) и Международной диабетической федерации (IDF) в 2009 году. Больные были анкетированы по валидизированным опросникам Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ, 1986 г.), Eating Attitudes Test (EAT-26, 1982 г.), выявлены типологии нарушений пищевого поведения. Уровни мелатонина, серотонина и лептина определялись при помощи иммуноферментного анализа (ИФА). На основании полученных результатов выявлены статистически достоверные различия показателей липидного и углеводного обмена в группе людей с ожирением 1-й степени при отсутствии тяжелой инсулинорезистентности и пациентами с более выраженными метаболическими нарушениями, больными с морбидным ожирением и сахарным диабетом 2-го типа ($p<0,05$). Установлено снижение значимости исследуемых гормонов в регуляции пищевого поведения у больных с продолжительным течением метаболического синдрома.

К расстройствам приема пищи относят нервную анорексию, нервную булимию, психогенное переедание, а также ряд других расстройств. Нарушения пищевого поведения относятся к психическим расстройствам [*МКБ-10: F50. Расстройства приема пищи]*. Расстройства пищевого поведения могут возникать у людей любого возраста, пола и национальной принадлежности. Во взрослой популяции людей преобладают расстройства алкогольного спектра с меньшими гендерными различиями, чем в подростковой популяции, и более высоким риском — у этнических меньшинств и людей с ожирением [19]. В возрасте от 18 до 25 лет у молодых людей нервная анорексия начинается раньше, чем нервная булимия или расстройство пищевого поведения [21]. Нарушение пищевого поведения у людей пожилого возраста связано с социальными факторами, пищевыми предпочтениями, применением диеты, степенью неудовлетворенности собственным весом, артериальным давлением и психологическими показателями [3, 12]. Пищевое поведение определяется ценностным отношением человека к пище, ее приему, выработанным стереотипом питания в обычных условиях и в ситуации стресса, восприятием образа собственного тела и деятельностью по его формированию [5, 15].

Пищевое поведение человека может быть адекватным или девиантным и зависит от оценки человеком степени важности самого процесса приема пищи в системе ценностной иерархии индивида, от количественных и качественных показателей питания, от эстетического восприятия окружающего мира и пр. На выработку стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса, влияют этнокультуральные факторы, ценность питания и связь его с жизненными целями человека, учет роли пищевого поведения окружающих для становления ряда личностных характеристик человека. В настоящее время выделяют три основных типа нарушения пищевого поведения:

1) экстернальное;

2) эмоциогенное;
3) ограничительное.

Экстернальное пищевое поведение проявляется повышенной реакцией больного на внешние стимулы, такие как реклама пищевых продуктов, вид еды или наблюдение за жующим человеком. Человек с экстернальным типом пищевого поведения принимает пищу всегда, когда он ее видит, когда она ему доступна и не обращает внимание на внутренние, гомеостатические стимулы к приему пищи. Основой повышенного реагирования на внешние стимулы к приему пищи у таких людей является не только повышенный аппетит, но и медленно формирующееся неполноценное чувство насыщения.

При эмоциогенном типе пищевого поведения (синонимы — гиперфагическая реакция на стресс, эмоциональное переедание или «пищевое пьянство») стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт, когда человек ест не потому, что голоден, а потому, что неспокоен, тревожен, раздражен, подавлен, обижен и т.д. Значимую роль в становлении эмоциогенного типа пищевого поведения играют особенности личности больного: высокая социальная ориентированность больного, хороший интеллект, склонность к тревожно-депрессивным реакциям, психическая незрелость, пониженная стрессоустойчивость, высокая стрессодоступность [7]. Стрессодоступность — это личностные качества, препятствующие преодолению эмоциональных нагрузок, которые характерны для людей пассивных, зависимых, высокотревожных или склонных к депрессивным, ипохондрическим реакциям личностей, дистимиков и гипотимиков. Стрессодоступность повышается при недостатке сна, физической или психической истощенности, после перенесенной болезни и т.д. [2]. Стрессоустойчивость характерна для физически здоровых, эмоционально стабильных личностей с активной жизненной позицией, с низкой тревожностью и адекватной самооценкой.

Ограничительный тип пищевого поведения формируется после заболеваний, когда применялась лечебная диета, после ограничительных жестких диет для снижения массы тела, на фоне заниженной самооценки, самокритики, отсутствия любви к себе и собственному телу. Для указанного типа пищевого поведения характерна сформированная или формирующаяся анорексия и булимия либо отказ от еды ради снижения массы тела, очень строгая коррекция питания без учета потребностей организма с использованием монодиет, частых разгрузочных дней, с длительным интервальным голоданием, невозможность остановиться при приеме пищи, даже когда лишний вес быстро увеличивается — такая проблема связана с нарушением механизма насыщения. Указанные личностные особенности человека приводят к формированию социально приемлемого способа защиты от стресса, но который прост, доступен, легко осуществим, не требует умственного или эмоционального дополнительного напряжения [13].

Отличительными клиническими признаками расстройства пищевого поведения являются общая слабость, утомляемость, чувствительность к погодным изменениям, редукция роста волос на лице у мужчин, нарушение половой функции, снижение либидо, потеря массы тела [23], осиплость голоса, которая может быть симптомом расстройства пищевого поведения, в том числе и латентного, когда поражаются голосовые связки из-за гастроинтестинального рефлюкса у пациентов, которые регулярно вызывают у себя рвоту. Другими клиническими проявлениями расстройства пищевого поведения являются хроническая сухость во рту, глоссит, паротит и артроз височно-нижнечелюстного сустава [22].

Клиническими формами нарушенного пищевого поведения являются нервная анорексия и нервная булимия, для которых симптоматична озабоченность контролированием массы собственного тела, искажение образа своего тела, изменение ценности питания [1, 5]. Нервная анорексия характеризуется преднамеренным снижением массы тела, которое вызывается и поддерживается самим индивидом. Отказ от пищи связан с недовольством своей внешностью — избыточной, по мнению самого человека, собственной массой тела. В основе нервной анорексии находится искаженное восприятие себя и ложная интерпретация перемены мнения окружающих, основанная на предполагаемом самим пациентом патологическом изменении его внешности — такое состояние называется дисморфофобия. Нервная булимия характеризуется повторяющимися эпизодами переедания, т.е. употребления больших количеств пищи с потерей контроля за ее приемом, последующим компенсаторным поведением для предотвращения увеличения массы тела. Наиболее распространенным компенсаторным поведе-

нием является самоиндуцированная рвота, неправильное употребление лекарственных средств, голодание или экстремально интенсивные физические нагрузки. Подобное поведение обусловлено негативной самооценкой, связанной с массой и формой тела или внешним видом. Компенсаторное поведение включает жесткие (немедицинские) диеты, самовызывание рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные физические нагрузки [10].

Для объективизации и последующего динамического наблюдения за состоянием пациентов выполняются лабораторные и инструментальные методы исследования всех больных с нарушенным пищевым поведением. Частота обследования определяется тяжестью соматического состояния пациентов и наличием соматических осложнений. При первичном осмотре и в процессе лечения измеряются рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ); определяется наличие кахексии, ортостатических реакций, акроцианоза, отеков; фиксируется увеличение и болезненность слюнных желез; выпадение волос; ломкость ногтей; желтушное окрашивание кожных покровов; царапины на тыльной стороне кистей (признак Рассела); болезненность живота и др. Проводится клинический анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка. Осуществляется биохимический анализ крови с определением электролитов сыворотки крови (калий, натрий, хлор), уровня глюкозы, количества общего белка в сыворотке крови и белковых фракций, активность АлАТ, АсАТ и гормонов щитовидной железы, значения билирубина, мочевины, креатинина. У истощенных и соматически тяжелых пациентов с нервной анорексией дополнительно исследуются электролиты сыворотки крови (кальций, магний, фосфаты, бикарбонат), креатининфосфокиназа, миоглобин, липидный профиль; определяются параметры кислотно-щелочного состояния; проводится ЭКГ. У пациентов с пониженной массой тела на протяжении более 6 месяцев, имеющих нервную анорексию, определяется степень остеопении и остеопороза, а также сывороточные уровни эстрадиола у женщин и тестостерона — у мужчин [11].

Основными диагностическими критериями нервной анорексии являются: снижение на 15% и сохранение на сниженном уровне массы тела, достижение индекса массы тела 17,5 баллов; искажение образа собственного тела и страх перед ожирением; намеренное избегание пищи, способной вызвать увеличение массы тела [6]. Эпизоды переедания могут наблюдаться с разной частотой, но для постановки диагноза необходимо отметить минимум два обострения в неделю в течение трех месяцев. Выделяют несколько диагностических критериев нервной булимии: постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к приему пищи даже в условиях ощущения сытости; попытки противодействовать эффекту ожирения от съедаемой пищи многократным вызыванием рвоты; злоупотребление слабительными средствами; альтернативные периоды голодания; использование препаратов, подавляющих аппетит; навязчивый страх ожирения [4].

При лечении расстройств пищевого поведения применяется комплексный подход: сочетание психотерапевтических методов с назначением психотропных препаратов и симптоматической терапии. Известен способ лечения тревожных расстройств ингибиторами селективного захвата серотонина (СИОЗС), которые могут быть назначены как вариант монотерапии, так и в составе комбинированного лечения [17]. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина гораздо эффективнее помогают бороться с перееданием и булимией по сравнению с таблетированным плацебо. Трициклические антидепрессанты также показали свою эффективность при лечении этих заболеваний, но из-за высокой токсичности являются препаратами резерва. В настоящее время известно, что у большинства пациентов с расстройством пищевого поведения после отмены антидепрессантов возникают рецидивы заболевания, поэтому используется комплексный подход, включающий несколько видов психотерапии и двух- и трехэтапное лекарственное сопровождение. При нервной анорексии используется лекарственный препарат Оланзапин, который способствует набору массы тела, снижает проблему навязчивых идей, связанную с приемом пищи и очищением ЖКТ [17]. Оптимальным для восстановления нарушенного состава микрофлоры и достижения эффекта по снижению тревожности является применение препарата Бак-Сет Форте в течение двух недель [13]. Для лечения используется стандартная терапевтическая доза препарата по 1 капсуле 210 мг 2 раза в день во время приема пищи. Длительность лечения составляет 2 недели. Применение заявляемого способа эффективно лечит дисбиоз кишечника, уменьшает

степень выраженности тревожного состояния пациентов, что позволяет опосредованно воздействовать на пищевое поведение и способствовать уменьшению массы тела у пациентов с метаболическим синдромом. Заявляемый способ является простым, безопасным, эффективным и не требует врачебного контроля за состоянием пациента, лабораторными показателями и функционированием жизненно важных функций.

Прогноз для пациентов с расстройством пищевого поведения определяется сохранностью критических способностей человека и степенью его мотивации. Прогноз может быть благоприятным, если нет других психических расстройств, но имеется мотивация к выздоровлению. Прогноз неблагоприятный при запущенных стадиях болезни, когда развиваются нарушения в работе внутренних органов. Иногда наблюдается летальный исход. Профилактические мероприятия включают приверженность к правильному пищевому поведению, здоровому образу жизни, которые формируются с раннего детства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Любое зависимое поведение характеризуется наличием порочного круга: чем агрессивнее действует стрессовый фактор, тем более выражена зависимость. У таких людей внешний мир ассоциируется с агрессией, и с течением времени личность, поведение зависимого человека изменяются в худшую сторону. Нарушение адекватного восприятия человеком своей массы тела, стереотипа питания играют определяющую роль в появлении и поддержке расстройств пищевого поведения. В настоящее время расстройства пищевого поведения недостаточно изучены, поэтому отмечается и недостаточная эффективность лечения таких пациентов. Регистрируется относительно высокая их смертность и не всегда эффективные профилактические мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А., Исурина Г.Л., Казаковцев Б.А. и др. Психотерапия: учебник для студентов медицинский вузов. СПб.: Питер; 2000.
2. Дикая Л.Г. Деятельность и функциональное состояние: активационный компонент деятельности. Психологические проблемы профессиональной деятельности. М.: 1991; 93–111.
3. Захарченко В.М., Успенский Ю.П., Фрейдинова Д.А., Медведева Т.В. Пищевое поведение людей в пожилом возрасте. Успехи геронтологии. 2008; 21(1): 37–40.
4. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога. М.; 2002.
5. Менделевич В.Д. Пищевые зависимости, аддикции — нервная анорексия, нервная булимия. Руководство по аддиктологии. СПб.; 2007.
6. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. СПб.; 2005.
7. Пустовит Е.В., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А. Пищевые предпочтения и нарушения пищевого поведения у больных с метаболическим синдромом. Дневник казанской медицинской школы. 2017; 4(18): 119–22.
8. Ромацкий В.В., Сёмин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения. Аналитический обзор литературы. Бюллетень сибирской медицины. 2006: 61–9.
9. Соусова Я.В., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А. Нарушение пищевого поведения у пациентов с метаболическим синдромом. Медицина: теория и практика. 2018; 3(1): 91–2.
10. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения. Минск; 2007.
11. Скугаревский О.А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения. Минск; 2005: 15–34.
12. Успенский Ю.П., Горбачева И.А., Барышникова Н.В. и др. Оценка уровня тревоги и депрессии у больных с диспепсией по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Университетский терапевтический вестник. 2019; 1(1): 30–7.
13. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Соусова Я.В., Гулунов З.Х. Способ лечения тревожных расстройств у пациентов с нарушениями пищевого поведения. Патент на изобретение RU 2712639 C1, 30.01.2020. Заявка № 2019115903 от 23.05.2019.
14. Успенский Ю.П., Соусова Я.В., Фоминых Ю.А. Оценка роли гормонов в формировании пищевого поведения у пациентов с метаболическим синдромом. Дневник казанской медицинской школы. 2019; 2(24): 8–14.
15. Юрьев В.К., Жирков П.Г. Распространенность некоторых факторов риска образа жизни, негативно влияющих на здоровье старшеклассников. Педиатр. 2018; 9(2): 49–54. DOI: 10.17816/PED9249-54.
16. A practical guide to the treatment of patients with eating disorders (Revised). American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. 2000; 157(1): 39.
17. Birmingham C.L., Gritzner S. How does zinc supplementation benefit anorexia nervosa? Eat Weight Disord. 2006; 11(4): 109–11.
18. Bulik S., Hebebrand J., Kiski-Raikkonen A., Klamp K., Reichborn T., Mazzeo S.E., Wade T.D. Genetic epidemiology, Endophenotypes, and classification of eating

disorders. International Journal of Eating Disorders. 2007; 40: 52–60.
19. Camilla Lindvall Dahlgren, Kristin Stedal. A systematic review of the prevalence of eating disorders in the Scandinavian countries: 1994–2016. Nordic Psychol. 2018; 70: 209–27.
20. Carr Opin Psychiatry. Smink fr van Hoesen D Hohhoo. Epidemiology, course and outcome of eating disorders 2013; 26: 543–8.
21. Litmanen J., Frojd S., Marttunen M., Isomaa R., Kaltiala-Heino R. Nordic Journal of Psychiatry. 2017; 71(1): 61–6.
22. Romanos G.E., Javed F., Romanos E.B., Williams R.C. Oro-facial manifestations in patients with eating disorders. Appetite. 2012; 59(2): 499–504.
23. Treasure J., Claudino A.M., Zucker N. Eating disorders. Lancet. 2010; 375(9714): 583–93.
24. Walters E.E., Kendler K.S. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population sample of female twins. Psychiatry AM J.: 1995; 152: 64–71.

REFERENSCES

1. Ababkov V.A., Isurina G.L., Kazakovcev B.A. i dr. Psihoterapiya: uchebnik dlya studentov medicinskij vuzov [Psychotherapy: a textbook for students of medical universities]. Sankt-Peterburg: Piter Publ.; 2000. (in Russian)
2. Dikaya L.G. Deyatel'nost' i funktsional'noye sostoyaniye: aktivatsionnyy komponent deyatel'nosti. [Activity and functional state: the activation component of the activity]. Psikhologicheskiye problemy professional'noy deyatel'nosti. Moskva: 1991; 93–111. (in Russian)
3. Zakharchenko V.M., Uspenskiy Yu.P., Freydinova D.A., Medvedeva T.V. Pishchevoye povedeniye lyudey v pozhilom vozraste. [Eating behavior of people in old age]. Uspekhi gerontologii. 2008; 21(1): 37–40. (in Russian)
4. Malkina-Pykh I.G. Terapiya pishchevogo povedeniya. [Eating Behavior Therapy]. Spravochnik prakticheskogo psikhologa. Moscow; 2002. (in Russian)
5. Mendelevich V.D. Pishchevyye zavisimosti, addiktsii — nervnaya anoreksiya, nervnaya bulimiya. [Food addictions, addictions – anorexia nervosa, bulimia nervosa]. Rukovodstvo po addiktologii. Sankt-Peterburg; 2007. (in Russian)
6. Mendelevich V.D. Psikhologiya deviantnogo povedeniya. [Psychology of deviant behavior]. Uchebnoye posobiye. Sankt-Peterburg; 2005. (in Russian)
7. Pustovit Ye.V., Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A. Pishchevyye predpochteniya i narusheniya pishchevogo povedeniya u bol'nykh s metabolicheskim sindromom. [Eating preferences and eating disorders in patients with metabolic syndrome]. Dnevnik kazanskoy meditsinskoy shkoly. 2017; 4(18): 119–22. (in Russian)
8. Romatskiy V.V., Somin I.R. Fenomenologiya i klassifikatsiya narusheniy pishchevogo povedeniya. [Phenomenology and classification of eating disorders]. Analiticheskiy obzor literatury. Byulleten' sibirskoy meditsiny. 2006: 61–9. (in Russian)
9. Sousova Ya.V., Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A. Narusheniye pishchevogo povedeniya u patsiyentov s metabolicheskim sindromom. [Eating disorders in patients with metabolic syndrome]. Meditsina: teoriya i praktika. 2018; 3(1): 91–2. (in Russian)
10. Skugarevsky O.A. Violations of food behavior. Minsk; 2007. (in Russian)
11. Skugarevskiy O. A. Narusheniya pishchevogo povedeniya. [Eating disorders]. Minsk; 2007. (in Russian)
12. Uspenskiy Yu.P., Gorbacheva I.A., Baryshnikova N.V. i dr. Otsenka urovnya trevogi i depressii u bol'nykh s dispepsiyey po dannym gospital'noy shkaly trevogi i depressii. [Assessment of the level of anxiety and depression in patients with dyspepsia according to the hospital scale of anxiety and depression]. Universitetskiy terapevticheskiy vestnik. 2019; 1(1): 30–7. (in Russian)
13. Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Sousova Ya.V., Gulunov Z.Kh. Sposob lecheniya trevozhnykh rasstroystv u patsiyentov s narusheniyami pishchevogo povedeniya. [A method of treating anxiety disorders in patients with eating disorders]. Patent na izobreteniye RU 2712639 C1, 30.01.2020. Zayavka № 2019115903 ot 23.05.2019. (in Russian)
14. Uspenskiy Yu.P., Sousova Ya.V., Fominykh Yu.A. Otsenka roli gormonov v formirovanii pishchevogo povedeniya u patsiyentov s metabolicheskim sindromom. [Assessment of the role of hormones in the formation of eating behavior in patients with metabolic syndrome]. Dnevnik kazanskoy meditsinskoy shkoly. 2019; 2(24): 8–14. (in Russian)
15. Yur'yev V.K., Zhirkov P.G. Rasprostranennost' nekotorykh faktorov riska obraza zhizni, negativno vliyayushchikh na zdorov'ye starsheklassnikov. [The prevalence of some lifestyle risk factors that negatively affect the health of high school students]. Pediatr. 2018; 9(2): 49–54. DOI: 10.17816/PED9249-54 (in Russian)
16. A practical guide to the treatment of patients with eating disorders (Revised). American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. 2000; 157(1): 39.
17. Birmingham C.L., Gritzner S. How does zinc supplementation benefit anorexia nervosa? Eat Weight Disord. 2006; 11(4): 109–11.
18. Bulik S., Hebebrand J., Kiski-Raikkonen A., Klamp K., Reichborn T., Mazzeo S.E., Wade T.D. Genetic epidemiology, Endophenotypes, and classification of eating disorders. International Journal of Eating Disorders. 2007; 40: 52–60.
19. Camilla Lindvall Dahlgren, Kristin Stedal. A systematic review of the prevalence of eating disorders in

the Scandinavian countries: 1994–2016. Nordic Psychol. 2018; 70: 209–27.
20. Carr Opin Psychiatry. Smink fr van Hoesen D Hohhoo. Epidemiology, course and outcome of eating disorders 2013; 26: 543–8.
21. Litmanen J., Frojd S., Marttunen M., Isomaa R., Kaltiala-Heino R. Nordic Journal of Psychiatry. 2017; 71(1): 61–6.
22. Romanos G.E., Javed F., Romanos E.B., Williams R.C. Oro-facial manifestations in patients with eating disorders. Appetite. 2012; 59(2): 499–504.
23. Treasure J., Claudino A.M., Zucker N. Eating disorders. Lancet. 2010; 375(9714): 583–93.
24. Walters E.E., Kendler K.S. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population sample of female twins. Psychiatry AM J.: 1995; 152: 64–71.