

## НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

В статье изложен современный подход к клинико-биологической оценке проблемы нарушений пищевого поведения. Основные клинические характеристики и соматические осложнения при этих состояниях приведены в соответствии с диагностическими подтипами нервной анорексии и булимии. Описаны подходы к терапии нарушений пищевого поведения.

**Ключевые слова:** нарушения пищевого поведения, анорексия, булимия, клинические признаки, осложнения, терапевтические подходы.

In the article recent evaluation of clinico-biological approach to the problem of eating disorders is under discussion. Essential clinical features as well as complications of eating disorders are noted in accordance to their diagnostic subtypes. Different treatment modalities of this disorders are described. Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, clinical features, complications, treatment modalities.

Человеку свойственно стремиться к совершенству. На этом пути важно различать промежуточные цели, осознавать ту плату, которую человек готов понести ради достижения своих замыслов. Помимо обыденных трудностей, которые человеку приходится преодолевать, его могут ожидать неожиданные «ловушки», обусловленные, например, «современным» дрейфом общественного сознания и не сулящие, на первый взгляд, ничего опасного. Примером такого подкупающего идеала может быть ратование за достижение идеальной формы и массы тела. Популярные в стране «женские журналы» предлагают большое количество информации, преследующей цель снизить вес (разнообразные диеты, низкокалорийные продукты питания, средства для похудения типа «суперсжигатель жира» и проч.). Существуют свидетельства того, что журналы, наиболее читаемые женщинами в возрасте 18–24 лет, имеют в 10 раз больше «диетического содержания», чем издания, ориентированные на мужчин. Следствием такого рода «информационной обработки» является экспериментирование с диетами, что может начинаться уже с 8–10-летнего возраста. Примерно у 20% девочек-подростков, по результатам оценок стандартизированных тестов, определяются те или иные нарушения пищевых предпочтений, что в конечном счете может послужить причиной возникновения расстройств пищевого поведения [4]. Обращает на себя внимание тот факт, что измененное отношение к пищевым продуктам основывается не на реальном весе тела, а на субъективных ощущениях избыточности веса, поддерживается бытующими в семьях воззрениями в отношении полноты (в частности, мнением матери). Это позволяет говорить об изменении образа восприятия собственного тела как одном из факторов, подталкивающих подростков к анорексигенной диете. Примерно каждая третья женщина в разные периоды своей жизни использует «экстремальные» методы контроля веса, что может быть весьма определенным предвестником более серьезных пищевых расстройств [8]. Когда искушение «выглядеть моделью», «идеалом для подражания» во внешности приходится на «благоприятную почву» в виде комплекса специфических психологических, биологических, семейных, средовых, генетических

и социальных факторов, то это может существенно вмешаться в обыденную жизнь серьезными последствиями.

Биологические процессы здорового человека позволяют ему адекватно функционировать в среде, соблюдая гомеостатическое равновесие. При этом динамическое балансирование процессов анаболизма/катаболизма, ассимиляции/диссимиляции происходит в системе «организм – среда». В здоровом организме сопряженная активность компонентов этой системы позволяет рассматривать их, в свою очередь, как «условно открытые подсистемы». Эта «условность» определяется абсолютной необходимостью наличия в работоспособной системе достаточно отчетливых границ у ее составных компонентов, «пропускная способность» которых определяется соответствующими актуальными потребностями. Эту динамику взаимодействия можно проследить на всех уровнях иерархии живого: от биологической мембраны до организменного уровня, и с определенной долей допущений экстраполировать на характеристики социально-психологических взаимоотношений. Нарушения такого рода контактного взаимодействия часто имеют достаточно серьезные последствия. Наглядным примером этому, на наш взгляд, могут служить нарушения пищевого поведения как один из примеров аутодеструктивного поведения.

Клиническая психиатрическая практика считает целесообразным рассматривать нарушения пищевого поведения как широкий спектр проявлений в рамках континуума между нервной анорексией (НА) и нервной булимией (НБ). Как дополнительную категорию рассматривают расстройства по типу переедания (binge-eating disorders). В целом, нарушения пищевого поведения характеризуются выраженной озабоченностью массой и формами собственного тела, сопровождающейся чрезмерными попытками их контроля. Поведенческий паттерн при нервной анорексии характеризуется сознательным отказом от пищи, чаще с целью коррекции внешности в связи с убежденностью в чрезмерной полноте. В свою очередь булимические проявления определяются повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролирования веса тела, что приводит больного к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи. Анализ гетерогенности нарушений пищевого поведения позволяет формально выделять внутри основных диагностических категорий дополнительные категории. Так, «внутри» нервной анорексии на основании наличия/отсутствия булимических симптомов выделяют подтипы:

- с ограничениями в режиме питания (restricting type), когда в структуре текущего эпизода нервной анорексии не наблюдается эпизодов переедания или, так называемого, «компенсаторного поведения» по типу самовызывания рвоты, приема слабительных средств, диуретиков, использования клизм;
- с эпизодами переедания или компенсаторного поведения (binge-eating/purging type): эпизоды переедания и компенсаторного поведения, либо только компенсаторное поведение без предшествующего переедания. Нервная булимия подразделяется на основании характеристики «компенсаторного поведения» на:
  - НБ с компенсаторным (очистительным) поведением (purging type), когда в текущем эпизоде нервной булимии пациент регулярно индуцирует рвоту или использует слабительные, диуретики, клизмы;
  - НБ без очистительного поведения (nonpurging type), когда в текущем эпизоде НБ пациент использует иные неадекватные паттерны компенсаторного поведения

(например, изнуряющие физические нагрузки, пост и пр.), но не индуцирует регулярно рвоту, не использует слабительные, диуретики и клизмы. Изолированную подгруппу расстройств, обозначенную как расстройства по типу обжорства (binge-eating disorders), характеризуют (в отличие, в частности, от НБ):

- поведенческие проявления: при наличии булимических эпизодов практически отсутствует «компенсаторное поведение»;
- соматические особенности (ожирение – достаточно часто, но не обязательно);
- психологические признаки (неудовлетворенность образом собственного тела, сниженная самооценка, депрессия);
- распространенность преимущественно в зрелом возрасте и достаточно часто у мужчин (в одной трети случаев).

Эпидемиология и прогноз нарушений пищевого поведения. Данные о распространенности расстройств пищевого поведения разнятся как с учетом анализируемых выборок (по возрасту, полу, культуральным различиям, роду занятий), так и используемых методов оценки. Подлинную распространенность расстройства определить трудно также в связи с тем, что пациенты склонны часто скрывать свои симптомы. На протяжении жизни риск развития у женщины синдрома нервной анорексии составляет около 3%. Распространенность нервной анорексии у женщин на протяжении жизни в целом составляет 0,5–3,7% (с учетом субклинических форм) [9], а нервной булимии – 1,1–4,2% [3]. Расстройства пищевого поведения существенно чаще встречаются у женщин (в сопоставлении с мужчинами как 6:1 – 10:1), что во многом опосредуется большей частотой раннего использования диет и сопутствующими психиатрическими проблемами (последние повышают риск развития пищевых расстройств в 7 раз) [5]. Наиболее высокие показатели заболеваемости характерны для возрастной группы 13–20 лет, гораздо реже начало НА приходится на препубертатный период и зрелый возраст. Данные о распространенности расстройств пищевого поведения (в т.ч. нервной анорексии) в странах СНГ крайне скудны и существенно не отличаются от общемировых тенденций.

Современные эпидемиологические данные свидетельствуют, что вероятность полного выздоровления при нарушениях пищевого поведения относительно невелика [6]. У значительного количества пациентов сохраняются на протяжении длительного времени неадекватные представления о форме собственного тела, нарушения питания, сопутствующие психиатрические проблемы, такие как дистимия, социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, зависимость от психоактивных веществ. Особого внимания заслуживают результаты исследований, отмечающие отсутствие полного восстановления структурно-функциональных взаимоотношений в головном мозге больных нервной анорексией (объем серого и белого вещества, регионарный мозговой кровоток, функциональная асимметрия головного мозга) по мере ликвидации дефицита массы тела. Катамнестические 21-летние исследования больных НА свидетельствуют о том, что 50,6% пациентов достигают критериев полного выздоровления, у 10,4% анорексия продолжает оставаться актуальной, а 15,6% пациентов умирает от причин, связанных с этим заболеванием [10]. Шестилетний катамнез больных нервной булимией позволил оценить результаты интенсивного комплексного лечения как «хорошие» в 60%, «удовлетворительные» – 29%, «плохие» – 10%, а смертельные исходы были отмечены в 1% случаев [2].

Недавние исследования свидетельствуют, что среди всех психических расстройств максимальная смертность пациентов от естественных и неестественных причин наблюдается при расстройствах пищевого поведения и зависимости от психоактивных веществ. В целом смертность при нервной анорексии (преимущественно от остановки сердца и суицидов) возрастает с продолжительностью катамнестического наблюдения и достигает 20% при длительности наблюдения более 20 лет [7].

Исследования суицидального поведения больных нервной анорексией показывают, что риск завершённого суицида остается высоким на протяжении по меньшей мере 8 лет с момента диагностики расстройства. Суицидальному поведению обычно сопутствуют большие потери массы тела, повторяющиеся госпитализации по причине расстройств пищевого поведения, старший возраст, большая продолжительность расстройства, частое сопутствующее использование медикаментов и алкоголя, черты обсессивности. Среди амбулаторных пациентов, наблюдаемых по причине нервной анорексии, 13% сообщали как минимум об одной суицидальной попытке, 29% делились реально существующими суицидальными мыслями, а у 26% парасуицидентов такого рода попытки предпринимались повторно [1].

Выявление у пациентов нарушений пищевого поведения требует проведения стандартного набора обследований (табл. 1)

Таблица 1

**Лабораторные исследования для пациентов ,  
страдающих нарушениями пищевого поведения**

<b>Контингент пациентов</b>	<b>Исследования</b>
Все пациенты с нарушениями пищевого поведения	Основные анализы: биохимические исследования крови (уровень электролитов в сыворотке крови, азот мочевины, уровень креатинина, функция щитовидной железы); формула крови, общий анализ мочи
Истощенные и соматически тяжелые пациенты Пациенты с пониженной массой тела на протяжении более 6 месяцев	Дополнительные анализы: биохимические исследования крови (уровень кальция, магния, фосфора, печеночные ферменты); ЭКГ Оценка выраженности остеопении и остеопороза; уровень эстрадиола, тестостерона (у мужчин)
По дополнительным показаниям	Уровень сывороточной амилазы (возможный индикатор персистирующей или повторяющейся рвоты); уровни лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов (при персистирующей аменорее при нормальном весе); МРТ и КТ головного мозга (для оценки степени корреляции увеличения желудочков мозга в соответствии с уровнем истощения); анализ стула (на наличие крови)

Динамика нарушений пищевого поведения может приводить к тяжелым соматическим осложнениям, представляющим часто угрожающие жизни состояния (таблица 2 и 3) и требующим экстренной медицинской помощи.

Система	Симптомы	Клинические признаки	Результаты лабораторных тестов
Весь организм	Слабость, усталость	Недостаточное питание	Пониженная масса тела/индекс массы тела
Центральная нервная система	Апатия, плохая способность к концентрации	Когнитивные нарушения; подавленное настроение, раздражительность	КТ: увеличение желудочков мозга; МРТ: уменьшение серого и белого вещества
Сердечно-сосудистая система	Сердцебиение, слабость, головокружение, одышка, боль в груди, похолодание конечностей	Нерегулярный, слабый, медленный пульс, существенные ортостатические изменения кровяного давления, периферическая вазоконстрикция с акроцианозом	ЭКГ: брадикардия, аритмии, удлинение интервала Q-T (опасный признак)
Костная система	Боли в костях при нагрузках	Очаговая болезненность, малый рост/остановка роста скелета	Рентгенологическое исследование или сканирование: трещины в костной ткани; оценка плотности костной ткани при остеопении или остеопорозе
Мышечная система	Слабость, мышечные боли	Мышечное переутомление	Нарушения в ферментах мышечной ткани при тяжелом недоедании
Репродуктивная система	Остановка психосексуального развития, снижение либидо	Прекращение менструаций или первичная аменорея, остановка сексуального развития или регрессия вторичных половых признаков, проблемы фертильности, высокая частота осложнений во время беременности и неонатального периода	Гипоэстрогения, препубертатные паттерны секреции ФСГ и ЛГ; УЗИ тазовых органов: недостаточное развитие фолликулов
Эндокринная система, метаболизм	Слабость, пониженная толерантность к холоду, повышенный диурез, рвота	Гипотермия	Повышенные уровни кортизола, реверсивного T <sub>3</sub> ; дегидратация, электролитные нарушения; гипофосфатемия (особенно при кормлении); гипогликемия (реже), белковая недостаточность, нарушение кислотно-основного равновесия
Кровь	Слабость, пониженная толерантность к холоду	Кровопоттки/нарушения свертываемости крови	Анемия, нейтропения с относительным лимфоцитозом, тромбоцитопения, замедленная СОЭ, реже – нарушения факторов свертывания

Пищеварительная система	Рвота, боли в животе, газообразование, запоры	Растяжение брюшной стенки пищей, нарушения аускультативных феноменов	Замедленное опорожнение желудка, возможны нарушения функции печени
Мочеполовая система		Отеки	Повышенный уровень азота мочевины, низкая скорость клубочковой фильтрации, гиповолемическая нефропатия
Кожа	Изменения волос	Пушковый волос (лануго)	

Система организма	Симптомы	Клинические признаки	Результаты лабораторных тестов
Метаболизм	Слабость, раздражительность	Слабый тургор кожи	Дегидратация (плотность, осмолярность мочи); сывороточные электролиты: гипокальциемия, гипохлоремический алкалоз (у лиц, практикующих рвоту), гипомagneмия и гипофосфатемия (у лиц, использующих слабительные).
Желудочно-кишечная	Боли в животе и ощущение дискомфорта у лиц, вызывающих рвоту, периодическая непроизвольная рвота; запоры, нарушения моторики кишечника и газообразование у лиц, использующих слабительные	Периодически рвота с прожилками крови; у лиц, вызывающих рвоту – гастриты, эзофагиты, гастрозофагеальные эрозии, нарушения подвижности пищевода, могут чаще быть обнаружены панкреатиты, у лиц, постоянно использующих слабительные – нарушения подвижности толстого кишечника, его меланоз	
Репродуктивная	Проблемы бесплодия	Скудные менструации, нерегулярный менструальный цикл	Возможна гипостроения
Орофарингеальная	Разрушение зубов, боли в плотке, безболезненное припухание щек и шеи	Карие с эрозиями зубной эмали, особенно лингвальной поверхности резцов; зрительная плотки; увеличение слюнных желез	Рентгенологическое подтверждение эрозий зубной эмали; повышение сывороточной амилазы, связанной с доброкачественной гиперплазией околушной слюнной железы
Сердечно-сосудистая и мышечная (у лиц, принимающих рвотные средства)	Слабость, сердцебиение	Сердечные нарушения, мышечная слабость	Кардиомиопатия и периферическая миопатия

лиц, принимающих рвотные средства)

Следует обратить внимание на тот факт, что пациенты, страдающие нервной анорексией и нуждающиеся в специализированной медицинской помощи, в том числе с участием врачей-психиатров, длительное время остаются без какого-либо медицинского наблюдения вообще, либо в лучшем случае наблюдаются у врачей смежных специальностей (терапевтов, гинекологов, эндокринологов и пр.).

В поле зрения психиатра такого рода больные попадают, как правило, в очень тяжелом состоянии, с выраженными соматоэндокринными расстройствами. Такого рода положению вещей сопутствует сохраняющееся на сегодняшний день у части населения часто предвзятое отношение к психиатрической помощи в целом, воспитанное в «лучших традициях» антипсихиатрии. С другой стороны, проведенные исследования констатируют, как правило, дисгармоничную структуру взаимоотношений в семьях больных с нарушениями пищевого поведения. Например, в семьях больных нервной анорексией имеет место практически полное неучастие или

формальное участие отцов в жизни дочерей, тогда как матери демонстрируют неадекватное отношение в виде гиперопеки, моральной поддержки и одобрения аноректического поведения, либо «отвержение» проблем больного. Такое положение вещей также затрудняет возможность своевременного контакта с психиатрической службой. «Заложниками» ситуации же становятся сами больные.

Лечение нарушений пищевого поведения. Определяющими параметрами, характеризующими вид и объем необходимой помощи, являются вес пациента, состояние сердечно-сосудистой системы и метаболических процессов. Пациенты должны быть госпитализированы в психиатрический стационар до появления признаков соматической нестабильности. Решение о госпитализации должно основываться на анализе психиатрических, поведенческих и общемедицинских параметров. Они включают в себя быстрое или продолжающееся уменьшение объема принимаемой пищи и снижение массы тела вопреки вмешательствам амбулаторной помощи, наличие сопутствующих факторов, затрудняющих возможность приема пищи пациентом (например, интеркуррентные вирусные инфекции), дополнительные сведения, касающиеся нестабильности веса в анамнезе, коморбидные психические расстройства, нуждающиеся в госпитализации.

Лечение нервной анорексии преследует следующие цели: 1) восстановление адекватного веса тела, при котором нормализуется менструальный цикл у женщин, сексуальные проявления и гормональные уровни у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей и подростков; 2) терапию соматических осложнений; 3) повышение мотивации пациентов по взаимодействию в процессах восстановления здоровых паттернов пищевого поведения и участию в лечении; 4) обеспечение пациентов информацией, касающейся здорового питания и паттернов питания; 5) коррекцию базовых мыслей, установок и чувств, касающихся расстройств пищевого поведения; 6) лечение сопутствующих психических расстройств, включающих эмоциональные расстройства, самооценку и поведение; 7) необходимость заручиться поддержкой семьи и обеспечить подходящее семейное консультирование и терапию; 8) предотвращение рецидивов.

На сегодняшний день отсутствует единое мнение в отношении форм адекватной медицинской помощи при НА. По мнению отечественных исследователей и клиницистов (В.В. Ковалев, 1995), лечение больных анорексией рекомендуется в условиях психиатрического стационара, если потеря массы тела ко времени обследования достигает не меньше 10–15% от исходной. В то же время, согласно рекомендациям Американской психиатрической ассоциации (2000) лечение таких больных можно проводить амбулаторно при наличии развитой специализированной ступенчатой помощи (амбулаторная помощь, центры дневного пребывания, стационарная служба) и возможности обеспечить преемственность услуг.

В целом необходимо основываться на том, что пациенты, имеющие массу тела менее чем 85% от индивидуальной массы, адекватной здоровому образу жизни, имеют существенные трудности в восстановлении массы тела при отсутствии высокоструктурированных программ помощи. При потере же массы тела около 75% от индивидуальной массы, адекватной здоровому образу жизни, целесообразно круглосуточное стационарное лечение. Госпитализация и терапевтические вмешательства по экстренным показаниям связаны с существенно большим риском, могут быть менее эффективны, а прогноз может быть более затруднительным, по сравнению со свое-временной медицинской помощью. Показаниями для неотложной



госпитализации являются: существенная ортостатическая гипотензия с увеличением частоты пульса более чем на 20 ударов или падением кровяного давления более чем на 20 мм рт. ст. за 1 минуту после принятия вертикального положения, брадикардия до 40 ударов в минуту, тахикардия более 110 ударов в минуту, неспособность поддерживать температуру тела.

Восстановление массы тела. В стационаре могут использоваться различные подходы к восстановлению массы тела. По-видимому, целесообразно исходить из следующих пунктов: постельный режим, наблюдение во время приема пищи и по меньшей мере в течение получаса после него, контролируемая диета, избегание чрезмерной прибавки массы тела. Необходимо адекватно ставить цель прибавки массы тела на 1–1,5 кг/нед. Калорийность рациона должна сначала составлять около 30–40 ккал/кг в день (в среднем 1000–1600 ккал/день) и прогрессивно повышаться (на этапе набора веса – до 70–100 ккал/кг в день; на этапе поддержания веса, а также для адекватного роста и развития организма детей и подростков – 40–60 ккал/кг в день). Целесообразно назначение витаминов и минеральных добавок (в частности, фосфора с целью предотвращения сывороточной гипофосфатемии).

Необходим мониторинг соматического состояния пациента. Он должен включать оценку жизненно важных функций организма и водный обмен, мониторинг электролитов (калий, натрий, хлорид, бикарбонат, кальций, фосфор, магний), оценку степени выраженности отеков и темпа набора массы тела (быстрое увеличение массы тела может быть связано прежде всего с водной перегрузкой), состояние сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечные симптомы (в частности, запоры и вздутие). Уровень физической активности должен быть адаптирован к объему потребляемой пищи и уровню энергетических затрат пациента.

Восстановление массы тела включает в себя также оказание помощи пациентам в адекватном отношении к набору веса и изменению представлений о форме собственного тела, предоставление образовательной информации в отношении риска имеющегося расстройства пищевого поведения, обеспечение квалифицированной поддержкой пациентов и их семей.

Психотерапия. Очень важно во время первого же собеседования установить с больной отношения, основанные на доверии. На сегодняшний день отсутствуют единая точка зрения на предпочтительный вид психотерапевтического вмешательства у больных НА. В то же время психотерапия как единственный вид терапевтического вмешательства недостаточен при лечении значительно истощенных пациентов с НА. Начиная с этапа набора веса, рациональная психотерапия может быть весьма полезной. Индивидуальная психотерапия обычно занимает как минимум год (до 5–6 лет), обеспечивая поддержку в проработке сопутствующих анорексии психопатологических проявлений. Семейная психотерапия может быть адекватной для работы как с симптомами НА, так и в разрешении проблем семейных взаимоотношений, которые могут способствовать персистенции расстройств пищевого поведения.

Фармакотерапия. Одним из хорошо апробированных методов терапии является терапия малыми дозами инсулина. Она эффективна в борьбе с отказами от пищи и для повышения аппетита. При упорных отказах от пищи целесообразно кормление через зонд (предпочтительнее парентерального питания по психологическим механизмам). Психотропные препараты не являются основополагающими и абсолютно необходимыми в начальном периоде терапии НА. Необходимость антидепрессивной



терапии целесообразно оценить вслед за нормализацией веса, когда поблекнут психологические проявления, связанные с недостатком питания. Эти препараты целесообразно назначать для профилактики возобновления расстройства у пациентов с нормализованной массой тела и для лечения наблюдающихся при НА депрессивных и обсессивно-компульсивных проявлений. Неплохо себя зарекомендовали в этом отношении препараты группы ингибиторов обратного захвата серотонина. В терапии НА могут использоваться другие психотропные препараты с целью редукции сопутствующей НА психопатологической симптоматики. Среди них – малые дозы нейрелептиков при выраженных навязчивостях, тревоге.

Лечение нервной булимии. Восстановление массы тела при лечении НБ не находится в фокусе терапии, как это было при нервной анорексии. Тем не менее, целесообразно проводить консультирование пациентов в отношении адекватного питания по многим соображениям. В частности, с целью уменьшения выраженности поведения, способствующего формированию расстройств пищевого поведения, недопустимости ограничения и целесообразности расширения рациона питания, коррекции дефицита питательных веществ, поощрения адекватной, но не избыточной физической активности пациента.

Оправдана психотерапевтическая коррекция состояния с целью воздействия на психологические механизмы, способствующие развитию и поддерживающие НБ. Целесообразны индивидуальные и групповые формы работы, семейная терапия, группы поддержки (12-шаговая программа). Среди разнообразия психотерапевтических техник особое признание в терапии НБ получила когнитивно-поведенческая терапия. В процессе проведения ставится задача сделать самого больного ответственным за контроль над своим питанием. Это осуществляется за счет выявления внешних стимулов или эмоциональных изменений, предшествующих обычно тяге к перееданию, с целью чтобы в дальнейшем исключить эти факторы или избегать их.

Фармакотерапевтическая коррекция состояний при НБ (и прежде всего применение антидепрессантов) показана для снижения частоты таких форм нарушенного пищевого поведения как эпизоды переедания и рвота. В двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях доказана эффективность трициклических антидепрессантов (имипрамин, дезипрамин, амитриптилин), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин), некоторых ингибиторов МАО (фенелзин, изокарбоксазид, бромаромин), ряда других антидепрессантов (миансерин, бупропион, тразодон). В целом, фармакотерапия при нервной булимии должна использоваться для воздействия на расстройства, сопутствующие нарушенному пищевому поведению, – депрессию, тревогу, навязчивость, определенные импульсивные проявления.

### **Литература**

1. Favaro A., Santonastaso P Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1997. – Vol. 95 (6). – P. 508–514.
2. Fichter M.M., Quadflieg N. Six-year course of bulimia nervosa // *Int J Eat Dis.* – 1997. – Vol. 22. – P. 361–384.
3. Garfinkel P.E., Lin E., Goering P., Spegg C., Goldbloom D.S., Kennedy S., Kaplan A.S., Woodside D.B. Bulimia nervosa in a Canadian sample: prevalence and comparison of subgroups // *Am J Psychiatry.* – 1995. – Vol. 152. – P. 1052–1058.
4. Maloney M.J., McGuire J., Daniels S.R., Specker B. Dieting behaviour and eating

attitudes in children // *Pediatrics*. – 1989. – Vol. 84. – P. 482–489.

5. Patton G.C., Selzer R., Coffey C., Carlin J.B., Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years // *BMJ*. – 1999. – Vol. 318. – P. 765–768.

6. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision). American Psychiatric Association // *Am J Psychiatry*. – 2000. – Vol. 157 (1), Supplement. – 39 p.

7. Theander S. Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations compared with those of a Swedish long term study // *J Psychiatr Res*. – 1985. – Vol. 19. – P. 493–508.

8. Wade T., Heath A.C., Abraham S. Et al. Assessing the prevalence of eating disorders in an Australian twin population // *Aust N Z J Psychiatry*. – 1996. – Vol. 30 (6). – P. 845–851.

9. Walters E.E., Kendler K.S. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample // *Am J Psychiatr*. – 1995. – Vol. 152. – P. 64–71.

10. Zipfel S., Lowe B., Reas D.L., Defer H.S., Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study // *Lancet*. – 2000. – Vol. 355. – P. 721–722.