

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

EATING DISORDERS: BASIC CONCEPTS, HISTORY AND CURRENT CONCEPTS

**D. Silaeva
E. Gutkevich**

Summary: Eating disorders include abnormal eating-related behavior accompanied by expressed concern about one's own weight and figure. The most common types of eating disorders are considered to be anorexia nervosa, bulimia nervosa and pathological overeating. In this paper, we consider the basic concepts, history and modern representations of eating disorders.

Keywords: eating disorder, eating behavior, anorexia nervosa, bulimia nervosa, overeating, eating disorders.

Силаева Дарья Викторовна

Аспирант, Национальный исследовательский Томский государственный университет
silaevadv@gmail.com

Гуткевич Елена Владимировна

Доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, Национальный исследовательский Томский государственный университет;
Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук;
Научно-исследовательский институт психического здоровья
gutkevich.elena@rambler.ru

Аннотация: Расстройства пищевого поведения включают аномальное поведение, связанное с приемом пищи, и сопровождающееся выраженной обеспокоенностью собственным весом и фигурой. Наиболее распространенными видами расстройств пищевого поведения считаются нервная анорексия, нервная булимия и патологическое переедание. В данной работе мы рассматриваем, основные понятия, историю и современные представления о расстройствах пищевого поведения.

Ключевые слова: расстройство пищевого поведения, пищевое поведение, нервная анорексия, нервная булимия, патологическое переедание, нарушения пищевого поведения.

Пищевое поведение считается естественным поведением человека, направленным на удовлетворение естественных, биологических потребностей. Нарушенное отношение к еде, весу и форме тела играет ключевую роль в возникновении и поддержании расстройств пищевого поведения.

Под расстройствами питания и пищевого поведения по Международной классификации болезней 11 пересмотра принято понимать аномальное поведение, связанное с приемом пищи и питанием, которое не объясняется другим расстройством здоровья и не соответствует особенностям развития. Расстройства пищевого поведения включают аномальное поведение, связанное с приемом пищи, и озабоченностью едой, что сопровождается выраженной обеспокоенностью собственным весом и фигурой. Расстройства питания включают нарушения поведения, связанные с поеданием несъедобных веществ или умышленное срыгивание съеденного, а также ограничения потребления пищи, при отсутствии усиленного внимания к своему весу или фигуре [14]. Далее в нашей работе рассматривается динамика понятий наиболее распространенных видов расстройств пищевого поведения, таких как нервная анорексия, нервная булимия и патологическое переедание.

Нервная анорексия является психическим расстройством и характеризуется значительно низкой массой тела, которое не связано с отсутствием пищи или иными состояниями здоровья. Одним из наиболее характерных и инвалидизирующих признаков нервной анорексии служит чрезмерное ограничение в еде, включающее ограничительное питание, очищающее поведение (например: злоупотребление слабительными, самоиндуцированная рвота), поведение, направленное на увеличение расхода энергии (например: при чрезмерной физической нагрузке), и приводящее к значительной потере веса [5, 14].

Ограничительное поведение в питании характерное для нервной анорексии, встречается при упоминании различных религиозных практик. Ограничение употребления определенных видов продуктов питания, времени употребления пищи, а также способов приготовления и употребления еды, данные формы поведения давно практикуются людьми. Так, приему пищи или отказу от неё может придаваться сакральный смысл. Однако в качестве альтернативного восприятия отмечается, что эти прошлые «случаи» не могут рассматриваться как примеры нервной анорексией, как это понимается сегодня, так как данные случаи голодания и воздержания от пищи

связаны с культурой и не могут быть отделены от их социокультурного контекста [12].

Самые ранние медицинские описания анорексии обычно относят к 1689 году и приписываются английскому врачу R. Morton, который опубликовал труд под названием «Phthiologia, seu Exercitationes de Phthisi», который расценивается как первое медицинское описание нервной анорексии. Это состояние он назвал «нервным истощением организма». R. Morton описал опыт двух медицинских наблюдений синдрома, в которых отмечалось чрезмерное голодание и потеря аппетита, при отсутствии признаков какого-либо известного заболевания. Данное состояние истощения организма, он предполагал вызывается грустью и тревожной щепетильностью [12].

С обращением к Британской медицинской ассоциации в Оксфорде в 1868 году выступил W. Gull, упомянувший об особой форме болезни, которую он назвал истерической апепсией, но впоследствии изменил его на истерическую анорексию. В исследовании W. Gull показано, что данное состояние возникает в основном у молодых женщин и характеризуется крайним истощением, а также что причину этого состояния определить невозможно, но случаи в основном возникают у молодых женщин в возрасте от шестнадцати до двадцати трех лет. Затем W. Gull в 1873 году изменил название данного состояния на нервную анорексию, подчеркивая, что у страдающих нервной анорексией произошел переход от стремления к духовному совершенству к стремлению к телесному совершенству [6, 12].

Следует отметить влияние психоанализа на то, как воспринимали расстройства пищевого поведения. Так, данные расстройства проявляются в использовании бессознательной стратегии борьбы за свой «вес» в семейной системе в ее «негативной символике»: чем меньше реальный вес у девушки, тем серьезнее близкие обеспокоены и тем лучше прислушиваются к пациентке. Что ведёт к ощущению большей значимости в семье. Нервная анорексия, в психодинамическом понимании воспринимается также как попытка защиты от взросления в целом на основе чувства бессилия перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых [13].

В 1914 году M. Simmonds была опубликована работа, в которой отмечалась гипофизарная недостаточность у потерявших вес испытуемых. Внимание акцентировалось не только на психологический аспект проблемы, но и предлагалось изучить его физиологические факторы. Важно обозначить, что Берман в 1930 году указал на вторичность физиологических симптомов и обратимость их при психотерапевтическом вмешательстве [8].

Первые формализованные диагностические крите-

рии нервной анорексии были предложены C.F. Russel в 1970 году. И с 70-х годов XX века утвердилось включение психологического и физиологического компонента в понимание расстройств пищевого поведения [8].

Фобию веса как ведущую психопатологию при нервной анорексии в своих работах рассматривал A. Crisp в 1967-1980 годах. В том числе, из-за различных страхов и внутриличностных конфликтов, связанных с процессом взросления, с формированием массы тела взрослого человека. При этом нервная анорексия определялась как возможность ухода от процесса взросления [10].

В работе H. Bruch 1973 года подчеркивается, что неестественная реакция эмоционального питания является приобретенной как возможный результат родительских практик, подрывающих психологическое и эмоциональное развитие ребенка. Когда реакция опекуна постоянно неуместна, будь то пренебрежение, чрезмерная защита или даже манипулятивность или враждебность, результатом может быть то, что у ребенка развивается плохая interoцептивная чувствительность (плохое осознание чувства голода и сытости). Когда еда используется для умиротворения ребёнка в каждом случае, он «будет неспособен различать различные потребности, чувствуя себя беспомощным в контроле своих биологических побуждений и эмоциональных импульсов» [9].

В опубликованном в 1952 году в DSM-I, появилось понятие нервной анорексии, которое стало одним из примеров диагностики психофизиологической желудочно-кишечной реакции, «в которых эмоциональные факторы играют причинную роль». Нервная анорексия в DSM-II была переопределена как пример диагноза нарушения питания. В DSM-III, опубликованное в 1980 году, включена категория – расстройства пищевого поведения, с описанием конкретных симптомов нервной анорексии, аналогичные тем, которые используются в текущем издании [8].

Нервная анорексия в современной науке – это расстройство, характеризующееся преднамеренной потерей массы тела, вызванной и поддерживаемой пациентом. Она связана с самоограничением на количество и качество принимаемой пищи. Расстройство ассоциируется со специфической, психопатологической по своей природе боязнью ожирения [13].

Булимическое поведение впервые было отмечено в 1903 г. доктором P. Janet. Другие врачи также сообщали, что у пациентов проявлялись различные признаки передания, очищения организма и злоупотребления слабительными средствами для поддержания низкого веса то, что известно теперь, как симптомы булимии. В то время расстройства пищевого поведения часто рассматривались как эндокринные расстройства [15].

Доктор J. Russell (1979) был первым, кто официально определил нервную булимию и первоначально идентифицировал это расстройство как вариант нервной анорексии. Он отметил это в связи с наблюдением самоиндуцированной рвоты и других способов избавления от калорий у пациентов с диагнозом нервной анорексии. Так, Russell пришел к выводу, что описанное им состояние не следует рассматривать как отличное от нервной анорексии, но что оно может быть результатом или следствием анорексии до развития симптомов нервной булимии. В своем исследовании он сообщил, что у пациентов были периоды, возникновения позывов к перееданию, которые характеризовались как «сильные и непреодолимые». Сразу после периодов переедания проявлялось поведение, направленное на предотвращение увеличения веса. Наиболее распространенным поведением была самоиндуцированная рвота, также отмечалось использование слабительных, голодание в течение определенного периода времени, занятия чрезмерными физическими упражнениями или использование мочегонных средств с целью предотвращения увеличения веса. Некоторые пациенты с нервной анорексией вызывали у себя рвоту или совершали другие действия, направленные на предотвращение увеличения веса, но это поведение не следовало за эпизодом переедания [8].

В описаниях эпизодов переедания Russell подчеркивает, что его пациенты заявляли, что они чувствовали тип голода, который был скорее для удовлетворения эмоционального чувства или чувства пустоты, и не был связан с потребностью в еде.

Вслед за описанием нервной булимии Russell в 1979 году было опубликовано издание DSM-III, в котором булимия диагностировалась как расстройство пищевого поведения с диагностическими симптомами, отличными от нервной анорексии. Хотя DSM-I включало термин «булимия», он был включен только в приложение, озаглавленное «Дополнительные термины», и не был указан как что-то, что можно диагностировать как психическое расстройство.

Многие исследователи булимии считают, что причиной данного заболевания является дефицит уверенности в себе у больного. С целью проверки этой гипотезы проведено исследование больных, страдающих булимией, с помощью различных методов – ролевых игр, самооценок и др. Mizes J. Scott получил результаты, подтверждающие, что дефицит уверенности в себе у больных булимией связан с когнитивными, а не поведенческими нарушениями [8].

В работе V.R. Pendleton была выдвинута гипотеза, что когнитивными нарушениями, такими как недостаточный самоконтроль и недостаток чувствительности к сигналам насыщения можно частично объяснить булимию.

Дальнейшие исследования подтвердили, что пациентки с булимическими расстройствами обладают худшим самоконтролем и меньшей чувствительностью к сигналам насыщения, однако, лишь в том случае, если нарушается способность к концентрации внимания [8].

В современных исследованиях нервная булимия включает частые эпизоды переедания, почти всегда сопровождающиеся очищением (с помощью искусственно вызванной рвоты или приема слабительных) и сильным чувством вины или стыда. Очищение желудочно-кишечного тракта – способ для постоянного контроля свой вес. Чрезмерная озабоченность собственным телом оказывает непосредственное влияние на восприятие людьми самих себя. Люди с нервной булимией имеют хаотичные привычки в еде. У всех есть объективные переедания, но эти переедания возникают на фоне экстремальных попыток ограничить прием пищи. Действительно, прием пищи вне переедания очень похож на прием пищи у людей с нервной анорексией. Некоторые практически ничего не едят, кроме перекусов, а большинство других строго придерживаются диеты. Многие вызывают у себя рвоту после каждого переедания, чтобы избавиться от съеденной пищи. С этой целью также используют слабительные, мочегонные средства и таблетки для похудения, а также интенсивные физические упражнения [1, 4, 17].

Однажды установившись, нервная булимия имеет тенденцию к самовоспроизводству. Она имеет небольшую тенденцию к спонтанной ремиссии, хотя его тяжесть может усиливаться и ослабевать. К тому времени, когда люди обращаются за помощью, если они действительно обращаются, большинство питается таким образом уже от 5 до 10 лет или даже дольше [11].

Патологическое переедание, как следует из самого термина, является основным признаком патологического переедания. Этот диагноз поставлен недавно, хотя его происхождение восходит к концу 1950-х годов, когда Альберт Станкард из Университета Пенсильвании заметил, что у некоторых людей с ожирением возникают проблемы с перееданием [4].

Это наблюдение в значительной степени игнорировалось до середины-конца 1980-х годов, когда начали накапливаться данные о том, что около четверти тех, кто обращается за лечением от ожирения, сообщают о переедании, но лишь немногие соответствуют критериям нервной булимии. Примерно в то же время исследования распространенности нервной булимии показали, что у большинства тех, кто переедает, нервной булимией нет. В совокупности эти результаты привели к предложению о признании нового расстройства пищевого поведения, характеризующегося повторяющимся перееданием при отсутствии экстремальных методов контроля веса. Это расстройство теперь называется патологиче-

ским перееданием. До этого таких людей несколько уничижительно называли «патологическими едоками» [4].

Эта проблема обычно начинается в позднем подростковом возрасте с периода строгой диеты, который в конечном итоге перемежается повторяющимися эпизодами переедания. Примерно в четверти случаев диета настолько экстремальна, что у человека сначала развивается нервная анорексия, а затем прогрессирует нервная булимия.

Люди с патологическим перееданием имеют повторяющиеся объективные переедания, но они не используют экстремальные меры контроля веса, используемые людьми с нервной булимией. Вместо этого их еда обычно характеризуется общей тенденцией к перееданию, на которую накладывается патологическое переедание. Оно также имеет тенденцию иметь фазовое течение, в котором есть периоды, когда человек склонен к перееданию с вкраплениями других, когда он или она контролирует прием пищи. Эти фазы могут быть довольно длительными, длящимися месяцы или даже годы [4].

Современное понимание выделяет три элемента применительно к патологическому перееданию: привычное переедание; переедание для снятия негативного эмоционального состояния; и переедание, несмотря на неприятные последствия. Эти элементы возникают через механизмы, включающие формирование патологических привычек в результате возникновения негативного эмоционального состояния и дисфункции поведенческого контроля [7].

В настоящее время в исследованиях расстройств пи-

щцевого поведения отмечается, что для людей с нервной анорексией важным становится поддержание низкой массы тела, которую они воспринимают как нормальную. У таких людей обычно существует негативное восприятие своего тела, страх перед ожирением и набором веса, переоценка низкой массы тела, а также нарушения в межличностных отношениях. Часто люди, страдающие от нервной анорексии, испытывают отвращение как к себе самим, так и к еде из-за страха и тревоги перед социальным осуждением из-за возможного набора веса. При нервной булимии и патологическом переедании человек употребляет большое количество пищи и возникает ощущение потери контроля. Люди, страдающие от нервной булимии и патологическим перееданием, также часто испытывают недовольство своей фигурой и весом, опасения перед набором веса и социальным осуждением, а также чувство стыда от невозможности контролировать своё поведение. Хотя периоды переедания и компенсации могут на мгновение облегчить эмоциональное состояние, они быстро приводят к самоуничтожению, чувству вины и депрессии. Данные негативные переживания при расстройствах пищевого поведения дополнительно снижают самооценку, усиливая беспокойство относительно веса и фигуры, а также могут приводить к депрессивным симптомам [1, 2, 16].

Многие расстройства пищевого поведения не соответствуют диагностическим критериям нервной анорексии, нервной булимии или патологического переедания. Эти расстройства пищевого поведения получили множество названий, наиболее распространёнными из которых являются «расстройство пищевого поведения, не уточненное», «ED-NOS» или «атипичное расстройство пищевого поведения».

ЛИТЕРАТУРА

1. Barakat S. et al. Supported online cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa: a study protocol of a randomised controlled trial / *J Eat Disord.* 2021 Oct 14;9:126. doi: 10.1186/s40337-021-00482-w.
2. Bektas S. et al. Disgust and Self-Disgust in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Nutrients.* – 2022. – Т. 14. – №. 9. – С. 1728.
3. Brown ML, Levinson CA. Core eating disorder fears: Prevalence and differences in eating disorder fears across eating disorder diagnoses. *Int J Eat Disord.* 2022 Jul;55(7):956-965. doi: 10.1002/eat.23728.
4. Fairburn C.G. Overcoming binge eating: The proven program to learn why you binge and how you can stop. – Guilford Press, 2013. – P. 259
5. Health-related quality of life assessment in eating disorders: adjustment and validation of a specific scale with the inclusion of an interpersonal domain / P. Meneguzzo, P. Todisco, S. Calonaci [et al.] // *Eating and Weight Disorders.* – 2021. – Vol. 26, No. 7. – P. 2251-2262.
6. Moncrieff-Boyd J. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), Sir William Gull, 1873 // *Advances in Eating Disorders.* – 2016. – Т. 4. – №. 1. – С. 112-117.
7. Pathological Overeating: Emerging Evidence for a Compulsivity Construct / C.F. Moore, V. Sabino, P. Cottone, G.F. Koob // *Neuropsychopharmacology.* – 2017. – Vol. 42, No. 7. – P. 1375-1389.
8. Selby C.L. B. The psychology of eating disorders. – Springer Publishing Company, 2018, P.190
9. Van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity // *Current Diabetes Reports.* – 2018. – Vol. 18, No. 6. – P. 1-8.
10. Абдуллаева А.С. Психологическая характеристика нервной анорексии // *Научный аспект.* – 2023. – Т. 4, № 2. – С. 439-442.
11. Аграс В.С., Элл Р.Ф. Победить расстройство пищевого поведения. Когнитивно-поведенческая терапия при нервной булимии и психогенном переедании, пошаговое пособие по самопомощи / пер. с англ. М.Д. Насими. Киев: Диалектика, 2021. 128 с.
12. Кривова Е.С. История становления понятия «нарушение пищевого поведения» // *История российской психологии в лицах: Дайджест-ISSN 2415-7953 (РИНЦ).* – 2017. – №. 6. – С. 125-130.

13. Малкина-Пых И.Г. Виктимология: психология поведения жертвы: комплексный анализ феномена жертвы, подходы к индивидуальному консультированию, упражнения и техники / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Издательство «Эксмо», 2010. – 864 с.
14. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. – М.: «КДУ», «Университетская книга» – 2021. – 432с.
15. Николаева Н.О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) // Клиническая и специальная психология. – 2012. – № 1. – С. 51-63.
16. Психосоциальные факторы компульсивного переедания: мета-аналитическое исследование / А.А. Лифинцева, Ю.Ю. Новикова, Т.А. Караваева, М.В. Фомичева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2019. – № 3. – С. 19-27.
17. Тактика врача-психиатра: практическое руководство / Е.А. Блохина, А.В. Васильева, М.В. Ветрова [и др.]. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2022. – 232 с.

© Силаева Дарья Викторовна (silaeadv@gmail.com), Гуткевич Елена Владимировна (gutkevich.elena@rambler.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»