

# ГИПЕРФАГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В РАМКАХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПИЯ

О.А. Гладышев\*

Научный Центр Психического Здоровья РАМН. 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

**Цель.** Изучить клинические особенности гиперфагических реакций, их значение для патологии влечений в рамках расстройств пищевого поведения, и возможности терапии данных состояний эсциталопрамом.

**Материал и методы.** Изучено психического состояния 39 женщин (возраст 19-50 лет) с психогенным перееданием, страдающих ожирением (индекс массы тела от 30 до 53 кг/м<sup>2</sup>). Больные находились на стационарном лечении в клинике Института питания РАМН. При синдромологической квалификации были использованы диагностические критерии МКБ-10, а также опросник по нарушениям пищевого поведения (EDI), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и шкала Феррери для тревоги (FARD). Также изучено общее впечатление пациента о проводимом лечении с использованием 4-х бальной шкалы (отличный, хороший, удовлетворительный, негативный результат).

**Результаты.** Выявлены клинические особенности гиперфагических реакций. Применение эсциталопрама позволило завершить курс лечения с отличными и хорошими результатами у 80% пациентов. Отмечалась 50% редукция суммы баллов по шкале HADS для тревоги у 74% больных, депрессии – у 63%, а по шкале Феррери – у 68% больных. Эсциталопрам способствовал более интенсивной потере массы тела: 11% от исходного веса у основной группы, 8% – в контрольной. Нежелательные явления имели место лишь у 7 (36%) пациентов, носили кратковременный характер и не требовали прекращения приема препарата.

**Заключение.** В доманифестных расстройствах у пациентов в анамнезе нередко обнаруживались существенные различия. Эсциталопрам у этих больных показал эффективность как в отношении психических, так и соматических проявлений тревоги, уменьшая зависимость от еды как фактора, смягчающего аффект и напряжение, тем самым позволяя добиться лучшего результата в снижении массы тела.

**Ключевые слова:** гиперфагическая реакция, психогенное переедание, расстройства пищевого поведения, тревога, эсциталопрам, терапевтическая эффективность.

**Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2014;10(2):190-194**

## Hyperphagia reactions within eating disorders. Clinical features and therapy

O.A. Gladyshev\*

Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences. Kashirskoye shosse, 34, Moscow, 115522

**Aim.** To evaluate clinical features of hyperphagia reactions, their significance in attraction abnormalities within eating disorders and treatment options for these conditions with escitalopram.

**Material and methods.** Mental state of 39 women (age 19-50 years) with psychogenic overeating and obesity (body mass index of 30 to 53 kg/m<sup>2</sup>) was studied. Patients were admitted to the Institute of Nutrition of the Russian Academy of Medical Sciences. Diagnostic criteria for International Classification of Diseases, 10th edition, as well as Eating Disorder Inventory (EDI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Ferreri Anxiety Rating Diagram (FARD) were used for syndrome qualifications. Patient Global Impression of Change was also studied using a 4-point scale of results (excellent, good, fair, and negative).

**Results.** Clinical features of hyperphagic reactions were found. Escitalopram treatment course was completed with excellent and good results in 80% of patients. 50%-reduction in HADS score for anxiety was found in 74% of patients, for depression – in 63%, and for Ferreri scale – in 68% of patients. Escitalopram promoted more intensive body weight loss: 11% vs 8% of baseline weight in active and control groups, respectively. Adverse events occurred only in 7 (36%) patients; they were transient and did not require therapy discontinuation.

**Conclusion:** Significant differences of premanifest disorders were often observed in patients history. Escitalopram in these patients showed efficacy in improvement of both mental and somatic symptoms of anxiety. It decreased dependence on food as a factor mitigating affect and stress, thus provided better results in body weight reduction.

**Key words:** hyperphagia reaction, psychogenic overeating, eating disorders, anxiety, escitalopram, therapeutic efficacy.

**Ration Pharmacother Cardiol 2014;10(2):190-194**

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): o.gladyshev@gmail.com

От редакции. Ведение пациентов с ожирением (особенно андроида типа), одним из самостоятельных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений, представляет собой сложную задачу. Долгосрочное применение диетотерапии, традиционно применяемых лекарственных препаратов (орлистат, сибутрамин) и бариатрической хирургии не всегда себя оправдывает. К тому же применение перечисленных методов лечения ограничивают их потенциальные отсроченные побочные эффекты или осложнения. Выявление роли серотонина, как основного медиатора в структурах головного мозга, отвечающих за формирование пищевого поведения (расстройство которого и приводит к ожирению), позволило углубить наши знания о механизмах ожирения. Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина возможно открывает новые перспективы лечения пациентов с ожирением. В представленном материале, являющемся пилотным исследованием, автор демонстрирует возможности коррекции пищевого поведения у пациентов с ожирением.

Одной из актуальных проблем современного мира является ожирение. На фоне избытка вывесок заведений, отчаянно конкурирующих друг с другом и продающих еду и ритуалы потребления еды, кажется совершенно утратившей актуальность догадка мыслителей-

гуманистов, например, Андрея Платонова о том, что у человека, прежде всего, должно быть дело. У человека, лишённого дела, «по телу жир пойдёт, и ум станет глупым». Еда, как это ни парадоксально, из способа удовлетворения биологических потребностей организма превратилась в развлечение, следствием которого являются реальные серьёзные нарушения физического и психического здоровья. Развлекаться по-

Сведения об авторе:

Гладышев Олег Александрович – к.м.н., с.н.с. НЦПЗ РАМН

треблением пищи и ритуалом ее принятия стало общепринятым. Питание большинства взрослого населения не соответствует принципам здорового образа жизни, что приводит к росту избыточной массы тела и ожирению. Так, за последние 30 лет число лиц, страдающих ожирением, возросло более чем в 2 раза [1]. По данным ВОЗ в 2008 г. среди лиц от 20 лет и старше 35% имели избыточную массу тела [индекс массы тела (ИМТ)  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>], а 11% – ожирение (ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) [1]. При этом данные состояния являются не просто безобидным увеличением веса, они приводят к смерти более чем 2,8 млн взрослых людей в мире ежегодно, являясь пятым по значимости фактором риска смертности [1]. Помимо этого избыточный вес и ожирение являются причиной 44% случаев диабета, 23% случаев ишемической болезни сердца и 7-41% случаев некоторых видов рака [1].

К 2015 г., по прогнозам ВОЗ, избыточную массу тела будут иметь около 2,3 млрд взрослого населения, а более 700 млн будут страдать ожирением [2]. Динамика распространенности ожирения не зависит от пола и возраста, расовых/этнических и социально-экономических факторов, хотя величина распространенности может существенно различаться в данных популяциях [3]. Рост распространенности ожирения вносит свой вклад в рост кардиоваскулярного риска популяции в целом [4].

Лечение таких пациентов является довольно сложной задачей. Долгосрочная эффективность диетотерапии [5], фармакотерапии [6] и бариатрической хирургии [7] при ожирении являются недостаточными, а роль последних еще предстоит уточнить, поскольку до настоящего момента нет данных об их потенциальных долгосрочных побочных эффектах [6, 7].

Одно из направлений лечения пациентов с ожирением – психокоррекционные мероприятия. Обусловлено это тем, что личностные процессы хронически и стандартно перекормленного человека страдают не в меньшей степени, чем его организм. Исследования и клинический опыт свидетельствуют о значительной частоте психоневрологических расстройств у пациентов, страдающих болезнями обмена, в частности – ожирением [8]. Наблюдается стремительный рост количества случаев расстройства питания: за последние два десятилетия их число, по крайней мере, удвоилось. Несколько лет назад Международная конференция по нарушениям питания, состоявшаяся в Сиднее, пришла к выводу, что более 10% населения Земли страдает этими расстройствами, и намного больше людей питаются не рационально, что существенно влияет на состояние их здоровья.

Расстройства пищевого поведения, наиболее часто встречающиеся у больных с избыточной массой тела – это гиперфагическая реакция на стресс и нервная булимия [9, 10]. Как следует уже из определения, расстройства питания связаны с приемом пищи, то есть с

количеством и видом еды, «потерей контроля», избытком съеданной пищи и попытками как можно скорее избавиться от съеденного. Даже самые консервативные специалисты относят расстройства питания к тем заболеваниям, которые доставляют немало переживаний.

Медикаментозная терапия является наиболее распространенным и доступным методом лечения психосоматических расстройств, связанных с расстройствами питания. Особенно это касается хронических соматизированных синдромов, тревожно-астенических состояний и транзиторных расстройств адаптации [11]. Одним из перспективных в указанном отношении является эсциталопрам, в частности, была продемонстрирована высокая противотревожная активность эсциталопрама, и отмечен ряд присущих ему важных преимуществ. Среди них – отсутствие привыкания при длительной терапии, благоприятный профиль нежелательных явлений, незначительность негативного влияния на когнитивные функции и поведение [12].

Целью работы является изучение клинических особенностей гиперфагических реакций, определение их значения для патологии влечений в рамках расстройств пищевого поведения, и возможности терапии данных состояний эсциталопрамом.

## Материал и методы

Сообщение основано на изучении психического состояния 39 пациентов (все женщины) в возрасте от 19 до 50 лет с психогенным перееданием, страдающих ожирением (ИМТ от 30 до 53 кг/м<sup>2</sup>). Основным методом открытого неконтролируемого нерандомизированного исследования является клиничко-психопатологический. Больные находились на стационарном лечении в клинике Института Питания РАМН. При синдромологической квалификации были использованы диагностические критерии МКБ-10, а также опросник по нарушениям пищевого поведения (EDI), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и шкала Феррери для тревоги (FARD) [13, 14].

Критериями исключения служили высокий суицидальный риск, наличие ряда психических расстройств (наркомания, алкоголизм), тяжелых декомпенсирующих соматических заболеваний (тиреотоксикоз, инсулинозависимый сахарный диабет, печеночная и/или почечная недостаточность).

Части пациентов (n=19) назначен эсциталопрам (Ципралекс), оставшиеся пациенты составили контроль (n=20). Разделение осуществлялось на добровольной основе.

Длительность исследования составила 28 дней. Состояние пациентов оценивалось трижды: при поступлении, на 14 день нахождения в стационаре и на 28 день (амбулаторно). Больные, не выполнявшие график посещений, исключались из исследования.

Эсциталопрам назначался тучным пациентам с гиперфагическими реакциями в дозе 10 мг 1 р/д, утром в сочетании с традиционными формами лечения (диета, лечебная физкультура, физиопроцедуры).

Также проводилась оценка общего впечатления пациентов о лечении с использованием 4-х бальной шкалы (отличный, хороший, удовлетворительный, негативный результат).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.0. Цифровые результаты описывались в виде  $M \pm m$ . Статистический анализ проводился с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Значимыми считали результат статистических исследований при вероятности ошибки  $p < 0,05$ .

## Результаты

Средний возраст пациентов составил  $32,2 \pm 4,6$  лет, средний ИМТ  $44,6 \pm 0,64$  кг/м<sup>2</sup>, длительность заболевания от 2 до 15 лет, булимическая симптоматика выявлена в 11 (28%) случаях. На момент исследования у пациентов трудно было определить начало возникновения гиперфагических реакций. Любое эмоциональное напряжение, любая стрессовая ситуация, независимо от ее глубины и тяжести, вызывало влечение к пище. Сама ситуация оттеснялась на второй план, прослеживалось стремление уйти от конфликта. На первое место выступали красочные представления о вкусной еде, о том, что съедят, как доставят себе удовольствие. Еда использовалась как средство для снятия напряжения. Даже соматическое неблагополучие (подъем АД, головная боль и т.д.) вызывали «желание заесть это». Длительность данных состояний у пациентов составляла от 2 до 15 лет. У всех имелась обеспокоенность повышенной массой тела, а у 11 человек в анамнезе выявлялись приступы нервной булимии.

Особенности личностного склада у исследуемых также существенно различались. Наиболее заметными у больных были психастенические признаки, заключавшиеся в проявлениях тревожной рефлексии с длительным «пережевыванием» перенесенных или предстоящих неприятностей. Пациенты были склонны беспокоиться по поводу всего нового и, соответственно, ограждать себя от него. Эти неуверенные в себе лица чрезмерно полагались на мнения и оценки других людей и перекладывали на них бремя принятия важных для себя решений. По МКБ-10 личность пациентов оценивалась чаще всего как тревожная или зависимая. Особенностью тревожных переживаний здесь выступали не только отражение в них ситуационных стрессовых факторов, но и обеспокоенность по поводу состоявшейся или возможной прибавки в весе, а также вероятного рецидива булимического приступа. Пациенты нередко были сосредоточены на анализе прежних нарушений диеты,

склонны к самоупрекам в связи с этим, считая себя «безвольными обжорами» и пессимистически оценивая свои способности добиться постоянного успеха в преодолении переедания. Тревожные переживания были особенно характерны для вечерних часов, тогда как по утрам могли отмечаться состояния разбитости, вялости и полного отсутствия аппетита.

В доманифестных расстройствах у пациентов в анамнезе нередко обнаруживались существенные различия. У пациентов в анамнезе нередко обнаруживались депрессивные или субдепрессивные эпизоды преимущественно психогенной природы, клиническая симптоматика которых обычно соответствовала картине тревожных депрессий. Длительность этих состояний обычно колебалась в пределах нескольких недель и даже месяцев. Диагностика их по МКБ-10 позволяла устанавливать как эпизоды рекуррентной депрессии, дистимии, так и реакции на стресс и расстройства адаптации. На фоне предшествующих субдепрессивных эпизодов у этих больных могли отмечаться аноректические и фобические симптомы. В детском возрасте для этих пациентов достаточно характерными были невротические страхи (например, темноты, высоты), нередко сохранявшиеся в рудиментарной форме на протяжении всех последующих лет. В дошкольном возрасте могли иметь место патологические привычки, в частности, сосание пальцев.

На момент начала терапии у больных обнаруживались легкие, но отчетливо выраженные симптомы тревоги с беспокойством и ожиданием неприятностей, расстройствами сна, вегетативной неустойчивостью. Нередко отмечалась непостоянная подавленность, легкая апатия, снижение способности переживать положительные эмоции. Четко прослеживалась взаимосвязь состояния с неблагоприятными изменениями ситуации, соответствующей «ключевым» переживаниям. В некоторых случаях имели место личностные расстройства эмоционально-неустойчивого, гистрионного и зависимого типа.

По конечному результату положительный терапевтический эффект отмечен у всех 19 больных, принимавших эсциталопрам. Все пациенты завершили исследование. Изучение клинической динамики в процессе лечения эсциталопрамом свидетельствует о том, что существенные изменения в состоянии пациентов происходили уже в течение первых 2-х нед. Это выражалось в уменьшении тревоги, снижении выраженности психовегетативных расстройств, улучшении сна, уменьшении депрессивной симптоматики, лучшей переносимости низкокалорийной диеты.

Данные представленные в табл. 1 говорят о существенной редукции исходной симптоматики при назначении эсциталопрама. Согласно результатам оценки общего впечатления 80% пациентов оценили 4-х нед курс терапии на «отлично» и «хорошо». Имеет место

Таблица 1. Оценка эффективности терапии эсциталопрамом на протяжении 4-х недель (n=19)

Параметр		n (%)
Общее клиническое впечатление пациента	Отлично	9 (48)
	Хорошо	6 (32)
	Удовлетворительно	4 (20)
	Неудовлетворительно	0
50%-ная редукция суммы баллов	HADS (тревога)	14 (74)
	HADS (депрессия)	12 (63)
	Шкала тревоги Феррери	13 (68)

Таблица 2. Нежелательные явления в ходе терапии эсциталопрамом

Нежелательные явления	Всего	
	14-й день	28-й день
Головная боль, n (%)	3 (16)	1 (5)
Слабость, вялость, n (%)	4 (21)	1 (5)
Нарушение сна, n (%)	2 (10)	0
Нарушение концентрации, n (%)	2 (10)	0

значительное послабление симптоматики по всем использованным шкалам. Более чем у половины больных отмечалась 50%-ная редукция суммы баллов по шкале HADS для тревоги (74%), депрессии (63%) и по шкале Феррери (68%). В ходе терапии существенно снижалась выраженность соматических проявлений тревоги, улучшались показатели отношения пациентов к окружающему миру и к себе, наблюдались отчетливые позитивные сдвиги в когнитивных процессах. В тоже время назначение эсциталопрама тучным пациентам с гиперфагическими реакциями приводило не только к улучшению их психоэмоционального статуса, но и способствовало более интенсивной потере массы тела (11% от исходной массы тела – в основной группе, 8% – в контрольной). Катамнестическое наблюдение (в течение 3 мес) позволило констатировать дальнейшее снижение массы тела на 12% в среднем у больных, продолжающих принимать препарат, и на 4% – у пациентов контрольной группы.

Заключительный этап работы был связан с анализом нежелательных явлений, возникающих в ходе лечения эсциталопрамом. Данная симптоматика была обнаружена у 7 пациентов (36%). В табл. 2 приведены побочные эффекты, которые были зарегистрированы в ходе исследования.

Следует учитывать, что у одного и того же больного могло наблюдаться более одного нежелательного явления. С наибольшим постоянством отмечалась головная боль, слабость, головокружение, которые обычно редуцировались в первые 10-14 дней терапии. Остальные нежелательные явления – сухость во рту, тахикардия, тремор возникали в единичных случаях и длились кратковременно. Ни одному больному лечение не отменяли.

## Обсуждение

В прежних наших исследованиях, проводимых на базе клиники Института Питания РАМН, было обследовано 350 больных ожирением, проходивших стационарное лечение – 65 мужчин, 285 женщин в возрасте от 20 до 65 лет. Средние значения индекса Кетле  $41,6 \pm 4,3$  кг/м<sup>2</sup>. Выявлено, что у 62% лиц, склонных к перееданию, обнаруживается целый ряд психопатологических состояний, это в 2,5 раза чаще, чем в популяции в целом. Среди этих состояний: аффективные нарушения – 65%, личностные расстройства – 25%, психовегетативные дисфункции – 5%, гиперфагические реакции на стресс – 50%, нервная булимия – 20% [9].

В данном исследовании мы сделали акцент на расстройстве, наиболее часто встречающемся среди пациентов, страдающих избыточной массой тела. Это – расстройство пищевого поведения, квалифицируемое как гиперфагическая реакция. По МКБ-10 – это «переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями» или «реактивная тучность». Данные расстройства пищевого поведения проявляются в склонности прибегать к приему пищи для снятия эмоционального дискомфорта, напряжения, волнения и т.п. Привычка «заедать неприятности», как преподносят ее сами пациенты, или реакция «стресс – холодильник», как говорят психиатры. В прежних наших исследованиях был выявлен высокий уровень тревоги, свойственный больным с гиперфагией [9, 15, 16].

Эти данные демонстрируют важность участия в комплексной терапии ожирения врачей-психиатров и психотерапевтов, поскольку часть данного контингента больных в принципе не способна соблюдать редуцированные рационы. Это обусловлено психопатологическим состоянием и требует лекарственных воздействий. Лечение ожирения, основу которого составляет низкокалорийная диета, проводимое без учета психического состояния этой категории больных, может спровоцировать развитие или усугубление психопатологических состояний. Курс диетотерапии у них должен проводиться только после или на фоне психо-коррекционных мероприятий. Медикаментозная терапия является наиболее распространенным и доступным методом лечения психосоматических расстройств, свя-

занных с тревогой. Особенно это касается хронических соматизированных синдромов, тревожно-астенических состояний и транзиторных расстройств адаптации [11]. Одним из перспективных в указанном отношении является эсциталопрам, в частности, была продемонстрирована высокая противотревожная активность эсциталопрама и отмечен ряд присущих ему важных преимуществ. Среди них – отсутствие привыкания при длительной терапии, благоприятный профиль нежелательных явлений, незначительность негативного влияния на когнитивные функции и поведение [12].

Проведенное исследование на основании психопатологических и клинических данных позволило обозначить различные варианты психогенного переживания, имеющих свои особенности. С учетом этих различий возможно прогнозировать дальнейшее развитие болезни и выработать терапевтические рекомендации. Применение препарата эсциталопрама при гиперфагических реакциях показало его высокую эффективность, быстроту наступления терапевтического действия и сохранение его высокого уровня в ходе дальнейшей терапии.

Важность выделения особенностей гиперфагических реакций обусловлена тем, что по данным наших предшествующих исследований они (гиперфагические реакции) нередко предшествуют становлению собственно булимического расстройства [9]. Нарастает влечение к приему пищи, все более утрачивается контроль над количеством съеденного, а попытки воздержаться от еды все чаще остаются безрезультатными. Вслед за этим нарастает чувство вины и страх ожирения. Пациенты начинают «наказывать» себя «голодными днями», физическими нагрузками за «недостаток воли», искусственно вызываемой рвотой или слабительными и мочегонными препаратами, стремясь снизить вес, что

позволяет говорить о формировании булимического синдрома.

## Заключение

Выполненное исследование позволяет говорить о клинических особенностях психогенного переживания. Эти данные следует воспринимать в какой-то мере как те, которые прогнозируют дальнейшее развитие болезни (гиперфагическая реакция как этап нервной булимии) и позволяют разработать терапевтические рекомендации с учетом клинических особенностей гиперфагических реакций. Применение эсциталопрама при данном состоянии показало свою эффективность как в отношении психических, так и соматических проявлений тревоги, а также в отношении депрессивных расстройств, возникающих на ее фоне. Вместе с тем, снижая уровень тревоги, препарат уменьшает зависимость от еды как фактора, смягчающего аффект и напряжение, тем самым позволяя добиться лучшего результата в снижении массы тела. Полученные результаты важны для выработки тактики терапии тучных больных с гиперфагическими реакциями, поскольку часть из них в принципе не способна соблюдать редуцированные рационы, что обусловлено психопатологическим состоянием. Применение препаратов данной группы, наряду с коррекцией питания, физическими методами и хирургическими мероприятиями, должно стать компонентом комплексной терапии пациентов с ожирением, направленной на снижение рисков, повышение качества и продолжительности жизни.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

## Литература

1. Obesity and overweight. WHO Fact sheet N°311. Updated March 2013. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Accessed by: 15.04.2014
2. World Gastroenterology Organisation global guideline: obesity. Milwaukee (WI): World Gastroenterology Organisation (WGO); 2011
3. Wong RJ, Chou C, Ahmed A. Long Term Trends and Racial/Ethnic Disparities in the Prevalence of Obesity. *J Community Health*. 2014 Apr 9. [Epub ahead of print]
4. Saydah S, Bullard KM, Cheng Y Trends in cardiovascular disease risk factors by obesity level in adults in the United States, NHANES 1999-2010. *Obesity (Silver Spring)*. 2014 Apr 15. doi: 10.1002/oby.20761. [Epub ahead of print]
5. Ayyad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obes Rev*. 2000 Oct;1(2):113-9.
6. Glazer G. Long-term pharmacotherapy of obesity 2000: a review of efficacy and safety. *Arch Intern Med*. 2001 Aug 13-27;161(15):1814-24.
7. Pascual JM, Rodilla E. Indications of efficacy of bariatric surgery in the management of morbid obesity. *Rev Clin Esp*. 2006 Sep;206(8):385-7.
8. Mazo VK, Bogdanov AR, Gladyshev OA et al. Development of approaches to assess the impact of diet therapy on emotional state and adaptive capacity of patients with diseases of the cardiovascular system and obesity. *Questions Dietetics* 2012; 2 (2): 10-13. Russian (Мазо В.К., Богданов А.Р., Гладышев О.А. и др. Разработка подходов по оценке влияния диетотерапии на психоэмоциональное состояние и адаптационные возможности больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и ожирением. *Вопросы диетологии* 2012; 2(2): 10-13).
9. Tsirkin SJ, Babin AG, Gladyshev OA. Bulimia nervosa: criteria and typology. *Social and Clinical Psychiatry* 2000, 10 (1): 68-72. Russian (Циркин С.Ю., Бабин А.Г., Гладышев О.А. Нервная булимия: критерии и типология. *Социальная и Клиническая Психиатрия* 2000;10(1): 68-72).
10. Gladyshev OA, Isakov VA, Shahovskaya AK. Diet therapy of patients with anorexia nervosa and eating disorders in a hospital. *Matters of Nutrition* 2011; 80 (1):39-45. Russian (Гладышев О.А., Исаков В.А., Шаховская А.К. Диетотерапия больных, страдающих нервной анорексией и нарушением пищевого поведения, в условиях стационара. *Вопросы Питания* 2011; 80(1):39-45).
11. Belyanchikova MA, Gladyshev OA, Bobrov AE. Atarax and other outpatient treatment of anxious disorders. *Journal of Neuropathology and Psychiatry* im.S.S.Korsakova 1998; (2) :31-3. Russian (Белянчикова М.А., Гладышев О.А., Бобров А.Е. и др. Атаракс в амбулаторном лечении тревожных расстройств. *Журнал Невропатологии и Психиатрии им.С.С.Корсакова* 1998;(2):31-3).
12. Abramova LI, Arsenyev TB, Panova NL, Shvedova AK. Cipralax (escitalopram): therapeutic efficacy in post-schizophrenic (postpsychotic) depression. *Psychiatry* 2010; (2) :1-10. Russian (Абрамова Л.И., Арсеньева Т.Б., Панова Н.Л., Шведова А.К. Ципралекс (эсциталопрам): терапевтическая эффективность при постшизофренических (постпсихотических) депрессиях. *Психиатрия* 2010; (2):1-10).
13. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
14. Ferreri M., Von Frenczell R., Mirabel V. et al. Une nouvelle echelle d evolution quantitative et qualitative de l'anxiety, le F. A. R. D. *Encephale* 1988;14(5): 385-93.
15. Zaletova T., Shcherbakova M., Gladyshev O. To determine the level of anxiety symptoms in patients with obesity. 5-th International Congress on Prediabetes and the Metabolic Syndrome scheduled to take place in Vienna, Austria, April 18-20, 2013.
16. Starostina EG Obesity as a psychosomatic illness. *Obesity and Metabolism* 2005; (5): 18-23. Russian (Старостина Е.Г. Ожирение как психосоматическое заболевание. *Ожирение и Метаболизм* 2005; (5): 18-23).

Поступила: 31.03.2014

Принята в печать: 09.04.2014