

Классификация расстройств приема пищи: обзор доказательных данных и предложения для МКБ-11

Rudolf Uher^{1,2}, Michael Rutter¹

¹Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, UK;

²Department of Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada

Перевод: Алфимов П.В. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Существующая классификация расстройств приема пищи не справляется со своими задачами. Она игнорирует непрерывный характер болезненных проявлений, которые начинаются в детстве и продолжаются в подростковом и зрелом возрасте. При использовании существующей классификации часто приходится прибегать к смене диагноза, чтобы «подогнать» его под естественное течение заболевания. Классификация оторвана от клинической практики, из-за чего исследователи вынуждены вносить в диагнозы несистематические изменения. Классификация расстройств приема пищи в МКБ-11 требует значительной модификации. Авторами проведен обзор возрастных и кросс-культуральных различий в течении и клинических проявлениях расстройств приема пищи. Выдвинуты следующие предположения: а) расстройства приема пищи нужно сгруппировать и выделить категории, которые были бы применимы к разным возрастным группам; б) диагностические рамки нервной анорексии нужно расширить следующим образом: удалить критерий аменореи, включить в весовой критерий любую значимую потерю веса, расширить когнитивный критерий, чтобы допустить оценку возрастных симптомов и симптомов со значимым культуральным подтекстом; в) показатель тяжести «опасно низкая масса тела» должен применяться к тяжелым случаям нервной анорексии с неблагоприятным прогнозом; г) нервная булимия должна включать субъективное компульсивное переедание; д) компульсивное переедание нужно выделить как отдельную категорию, которая бы определялась наличием объективных или субъективных приступов переедания и отсутствием регулярного компенсаторного поведения; е) расстройство избирательного питания (рестриктивное расстройство приема пищи) должно относиться к избирательному питанию у детей и взрослых в отсутствии психопатологических симптомов, связанных с фигурой или массой тела; ж) должен применяться универсальный временной критерий, равный четырем неделям.

Ключевые слова: расстройства приема пищи, расстройства приема пищи в младенческом и детском возрасте, классификация, диагностическая стабильность, кросс-культуральная психиатрия, возрастная психопатология.

(*World Psychiatry* 2012;11:80-92)

Классификация расстройств приема пищи (РПП) в МКБ-10 и DSM-IV является неудовлетворительной. Можно выделить четыре основных недостатка этих диагностических систем. Во-первых, у большинства пациентов психопатологические симптомы, связанные с приемом пищи, не подходят под критерии отдельных расстройств и классифицируются как «другое расстройство» или «РПП без дополнительного уточнения». Во-вторых, у многих пациентов с расстройством приема пищи, со временем приходится менять диагноз, вместо того, чтобы использовать один диагноз, отражающий симптоматику в разном возрасте. В-третьих, во многих клинических исследованиях авторы вынуждены использовать модифицированные диагностические критерии, которые лучше отражают клиническую действительность. В-четвертых, несмотря на то, что сведения о расстройствах питания в детском возрасте обычно упоминаются в анамнезе подростков и взрослых с РПП, связь между детскими РПП и РПП у подростков и взрослых мало исследована. В настоящее время многие исследователи пытаются уточнить роль возрастных и культуральных факторов в развитии расстройств приема пищи.

Неудивительно, что Всемирная организация здравоохранения и Американская психиатрическая ассоциация собираются внести значительные изменения в будущие версии своих классификаций. В литературе можно найти ряд предложений по изменениям. Настоящий обзор представляет собой попытку сравнительного анализа доказательных данных, связанных с классификацией расстройств приема пищи, и модификаций будущей версии МКБ.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ

Международная классификация болезней (МКБ) была разработана для облегчения работы медицинских специалистов в различных клинических условиях по всему миру. Диагностические категории МКБ долж-

ны быть применимы в клинике, должны основываться в большей степени на результатах крупных клинических и эпидемиологических исследований, чем на данных фундаментальных и этиологических исследований [1]. Особого внимания требуют кросс-культуральная валидность диагностических критериев и потребности клиницистов из стран с низким доходом [1].

Предложено несколько концептуальных направлений в разработке МКБ-11 [2]. Во-первых, с учетом растущего объема данных о преемственности между расстройствами детского, подросткового и взрослого периодов жизни, предложено убрать группирование расстройств по преимущественному началу в детском и подростковом возрасте. Вместо этого нужно сгруппировать расстройства по психопатологическим симптомам и разработать концепцию возрастного континуума, который допускает начало одних и тех же расстройств в детском, подростковом и взрослом периодах.

Во-вторых, МКБ-10 и DSM-IV содержат чрезмерно большое количество «слишком конкретизированных» диагнозов, что ведет к искусственному завышению показателей коморбидности и частому использованию неинформативных категорий «РПП без дополнительного уточнения» (БДУ) и «другое расстройство» [2]. Требуется обосновать (с позиции доказательной медицины) не только добавление новых или изменение существующих категорий, но и сохранение старых. Пересмотр границ некоторых расстройств может улучшить диагностику большинства клинически значимых форм (будет предотвращено чрезмерно частое использование неинформативной категории «БДУ»).

В МКБ используется «прототипический подход» — характеристики той или иной диагностической категории представлены в «повествовательном» (описательном) формате, наиболее удобном для практикующих врачей [3,4]. В МКБ для модуляции диагностических порогов редко используются критерии продолжительности, частоты и точного количества эпизодов заболева-

ния. Критерии продолжительности зачастую недостоверны и сложны в запоминании. Предложен универсальный временной критерий, равный четырем неделям, он не будет использоваться для диагностики состояний, требующих срочного вмешательства (например, делирия, мании, кататонии), а также быстро манифестирующих непродолжительных расстройств (например, «интермиттирующего эксплозивного расстройства»).

В-четвертых, в основную часть новой классификации предлагается включить категории, которые оказались полезными в клинической практике, но еще не были валидизированы по некоторым критериям (эти категории нужно отметить как «требующие дополнительного изучения»).

В-пятых, для отражения многофакторного характера большинства психических расстройств, в МКБ-11 предлагается убрать разделение между органическими и функциональными расстройствами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Весомым аргументом против модификации МКБ является то, что из-за введения новых диагностических критериев результаты исследований, проведенных в прошлом, станут недостоверными. Авторы провели тщательный анализ существующих доказательных данных и их роли в классификации РПП. Проведен обзор недавних клинических исследований по лечению РПП, опубликованных в шести ведущих психиатрических изданиях (*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry*, *Archives of General Psychiatry*, *British Journal of Psychiatry* and *Psychological Medicine*) с января 2000 г. по май 2011 г.

Обзор было включено 18 клинических исследований (см. таблицу 1). Семь исследований были посвящены терапии нервной анорексии. В трех из них (2000 – 2003 гг.) использовались «строгие» критерии DSM-IV или МКБ-10. В четырех недавних исследованиях (2005 – 2010 гг.) использовались расширенные критерии, т. е. была исключена аменорея и (или) смягчен весовой критерий. Одиннадцать исследований были посвящены терапии нервной булимии и связанных заболеваний. В трех из них (2000 – 2003 гг.) использовались «строгие» критерии DSM-IV или DSM-III-R. В восьми исследованиях (2001 – 2009 гг.) использовались расширенные критерии, т. е. в дополнение к нервной булимии включались РПП БДУ по булимическому типу или все РПП без дефицита массы тела.

Стремление исследователей к расширению критериев включения отражает недостаток существующих диагностических систем и желание исследователей приблизиться к клинической действительности. За последние семь лет в перечисленных журналах не было опубликовано ни одного исследования, в котором бы использовались точные критерии DSM-IV или МКБ-10. В результате потеряна унификация критериев включения, т. е. нивелирована основная задача классификации – одинаковая диагностика одних и тех же групп пациентов в разных клинических условиях и исследованиях. По нашему мнению, изменение классификации не сделает существующие доказательные данные недостоверными, т. к. в современных исследованиях и так используются расширенные критерии.

ПРОБЛЕМА В КОНТЕКСТЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ

Важной проблемой является связь между нарушением питания в младенческом и детском возрасте и РПП у взрослых. У взрослых пациентов с РПП в детском или младенческом анамнезе нередко выявляется какое-либо нарушение приема пищи при кормлении или избирательное расстройство приема пищи [23]. К сожалению,

эта закономерность недостаточно изучена. Некоторые авторы предполагают, что существует континуум РПП, который можно проследить с младенческого возраста до периода взрослой жизни [24–26]. Например, в крупном проспективном исследовании показано, что проблемы с кормлением в младенческом возрасте и склонность к недоеданию в детском возрасте являются предикторами нервной анорексии у взрослых (отношение рисков составило, соответственно, 2,6 и 2,7) [26]. В ретроспективном исследовании сиблингов показано, что в детском анамнезе женщин с нервной булимией чаще выявляются эпизоды переедания и быстрого приема пищи, по сравнению с их здоровыми сестрами [25]. К сожалению, в настоящее время существует нехватка данных о длительном наблюдении детей с РПП. Клиническая действительность показывает проблематичность разделения РПП у взрослых и РПП в младенческом и детском возрасте. С одной стороны, все чаще и чаще симптомы «взрослых» РПП встречаются у юных пациентов [27]. С другой стороны, у многих взрослых встречается характерная «детская» симптоматика, например недостаток массы тела, ограничивающее и селективное питание с отсутствием психопатологических симптомов, связанных с фигурой, которые характеризуют РПП и могут быть лучше описаны критериями РПП [28–31].

Схожесть между детскими и взрослыми психопатологическими симптомами РПП не учитывается из-за того, что существующие критерии формальны и не чувствительны к возрасту заболевания [28, 32–34]. Это ограничение очевидно, если проанализировать требования к когнитивному самоотчету в отношении веса, фигуры и образа тела. Считается, что дети и подростки не способны сформулировать соответствующие жалобы из-за недостаточно развитого абстрактного мышления [28, 32–34]. Предлагается использовать для диагностики поведенческие эквиваленты симптомов, оценка которых выполнялась бы клиницистами или родителями, школьным учителем и другими взрослыми лицами [32, 35, 36]. Примеры проблемного поведения, которое можно рассматривать в контексте патогенеза РПП: ребенок часто измеряет вес и оценивает фигуру, выражает беспокойство своим телом вербально или в рисунках. В случае нервной анорексии продромальными детскими симптомами могут являться ограничивающее пищевое поведение, эпизоды переедания и рвоты («очищения»). У детей и молодых подростков чаще возникают ограничивающее поведение, а у пациентов более позднего возраста чаще возникает переедание с очищающим поведением [32, 35, 37].

Среди исследователей существует следующий консенсус: требуется разработка единой классификации, охватывающей все возрастные группы и чувствительной к специфическим детским и подростковым симптомам. Такая классификация будет более точно отражать течение расстройств и континуум РПП в детском, подростковом и взрослом возрасте.

КУЛЬТУРАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

Прием пищи играет важную культурную роль во многих сообществах. Приемлемые пищевые привычки различаются в разных религиозных и этнических группах, поэтому некоторые авторы относят РПП к «культурально-обусловленным синдромам» [39]. Важно отметить, что большинство опубликованных исследований было проведено на северо-американской и европейской популяциях. В последнее десятилетие появилось много данных о РПП из стран с развивающейся экономикой и стран, претерпевающих социокультурные изменения [39–41]. Накопленные данные показывают, что существующая классификация не обладает достаточной «культуральной чувствительностью» [42].

Нервную анорексию можно встретить в любой культуре, однако, чаще всего она встречается в сообще-

Таблица 1. Диагностические критерии в недавних клинических исследованиях расстройств приема пищи

Автор	Год	Лечение	Метод сравнения	N	Возрастная группа	Целевая популяция	Диагностические критерии включения
Нервная анорексия и связанные заболевания							
Lock et al (5)	2010	Семейная терапия	Индивидуальная терапия	121	Подростки	Нервная анорексия	Критерии DSM-IV с исключением аменореи
Loeb et al (6)	2007	Семейная терапия	----	20	Подростки	Нервная анорексия	Нервная анорексия или подпороговая нервная анорексия
Lock et al (7)	2005	Семейная терапия (короткая версия)	Семейная терапия (длинная версия)	86	Подростки	Нервная анорексия	Смягченный весовой критерий и исключение аменореи
McIntosh et al (8)	2005	КБТ/интерперсональная терапия	Стандартные клинические методы	56	Взрослые	Нервная анорексия	Строгий или мягкий весовой критерий
Pike et al (9)	2003	КБТ	Диетологическое консультирование	33	Взрослые	Нервная анорексия	DSM-IV
Dare et al (10)	2001	Психоанализ, когнитивный анализ и семейная терапия	Стандартное клиническое лечение	84	Взрослые	Нервная анорексия	DSM-IV
Eisler et al (11)	2000	Терапия нескольких семей	Семейная терапия	40	Подростки	Нервная анорексия	DSM-IV или МКБ-10
Нервная булимия и связанные заболевания							
Fairburn et al (12)	2009	КБТ	Ожидание	----	Взрослые	Расстройство приема пищи	Любое расстройство приема пищи с ИМТ>17,5
Schmidt et al (13)	2008	Компьютеризированная КБТ	Ожидание	96	Взрослые	Нервная булимия	Нервная булимия или РПП БДУ по булимическому типу
Schmidt et al (14)	2007	Семейная терапия	КБТ	85	Подростки	Нервная булимия	Нервная булимия или расстройство приема пищи БДУ по типу булимии
Le Grange et al (15)	2007	Семейная терапия	Терапия поддержкой	----	Подростки	Нервная булимия	Нервная булимия или «частичная» нервная булимия
Banasiak et al (16)	2005	Самопомощь под руководством врача	Ожидание	109	Взрослые	Нервная булимия	Полноценный синдром или подпороговое расстройство
Walsh et al (17)	2004	Флуоксетин	Самопомощь	91	Взрослые	Нервная булимия	Субъективные приступы переедания, частота 1 раз в неделю
Carter et al (18)	2003	КБТ-самопомощь	Ожидание	85	Взрослые	Нервная булимия	DSM-IV
Palmer et al (19)	2002	КБТ-самопомощь	Ожидание	121	Взрослые	Булимические расстройства	Нервная булимия, «частичная» нервная булимия или компульсивное переедание
Hsu et al (20)	2001	Когнитивная терапия	Диетологическое консультирование	100	Взрослые	Нервная булимия	DSM-III-R
Safer et al (21)	2001	Диалектическая бихевиоральная терапия	Ожидание	31	Взрослые	Нервная булимия	Один эпизод переедания и «очищения» в неделю
Agras et al (22)	2000	КБТ	Интерперсональная терапия	220	Взрослые	Нервная булимия	DSM-III-R

КБТ – когнитивно-бихевиоральная терапия, ИМТ – индекс массы тела, РПП – расстройство приема пищи, РПП БДУ – расстройство приема пищи без дополнительного уточнения

ствах, которые разделяют западные ценности и образ жизни и живут в достатке [40, 41, 43]. Например, на карибском острове Кюрасао все зарегистрированные случаи анорексии возникали у девушек со смешанным происхождением, которые провели часть жизни в США или Нидерландах. У коренных чернокожих девушек, которые никогда не бывали за границей, не зарегистрировано ни одного случая анорексии [40, 44]. Нервная анорексия относительно редко встречается среди чернокожих женщин в Африке, США и на Карибских островах [45–47]. В Чехии заболеваемость нервной анорексией резко возросла после падения «железного занавеса» – в это время общество подверглось влиянию западных ценностей и СМИ [41].

Кроме распространенности культурный контекст также влияет на клинические проявления нервной анорексии. Например, в Юго-Восточной Азии большинство пациенток с нервной анорексией объясняют ограничение приема пищи дискомфортными ощущениями в животе [28, 48]. Тем не менее, в незападных сообществах встречаются типичные симптомокомплексы нервной анорексии со страхом набрать вес, искажением образа тела и т. д. [28, 48–50]. Встречаемость типичной нервной анорексии в Юго-Восточной Азии ниже, чем в Западных странах, однако, выше, чем в Африке [50]. Показано, что при наличии у пациентов нетипичных способов рационализации своих симптомов в дальнейшей чаще развивается интенсивный

страх набора веса [51]. Чем больше влияние Западных ценностей в сообществе, тем больше вероятность возникновения у пациентов страха набрать вес [52]. Считается, что обе формы анорексии (со страхом набрать вес и без такого) являются контекстуально-зависимыми вариантами одного заболевания. Таким образом, страх набрать вес рекомендуется исключить из критериев нервной анорексии (диагноз будет устанавливаться на основе поведения, направленного на снижение веса и других психопатологических симптомов РПП).

Нервная булимия тесно связана с западными культурными стереотипами [38]. Существует мнение, что распространенность этого расстройства тем выше, чем больше влияние западных ценностей в обществе [38, 41, 43]. Типичная нервная булимия встречается в развивающихся странах, однако, ее распространенность там намного ниже, чем в странах Северной Америки и Западной Европы [43, 49, 50, 53]. Заболеваемость нервной булимией в отдельной стране или диаспоре коррелирует со степенью принятия западных ценностей и влиянием западных СМИ [41, 43, 52, 54]. Анализ симптомов нервной булимии и ее отграничение от условной нормы нужно проводить с учетом культурного контекста. Например, традиционное праздничное переизбытие с последующим употреблением природных слабительных средств среди аборигенов Тихоокеанских островов не считается патологией. С другой стороны, употребление этих же растительных слабительных в сочетании с другими психопатологическими симптомами вне культурально объяснимых событий указывает на наличие РПП [39, 55]. Мотивы поддержания стройной фигуры также могут зависеть от социоэкономического контекста. В странах с развивающейся экономикой стройная фигура может восприниматься как карьерное преимущество – нечто, что помогает найти хорошо оплачиваемую работу и подниматься по карьерной лестнице [42, 56, 57]. Пока неясно, влияют ли подобные культуральные особенности на долгосрочный прогноз заболевания и эффективность терапии. В США пациенты с нервной булимией, принадлежащие к этническим меньшинствам, реагируют на те же методы психологической терапии, что и американцы европеоидной расы [58].

Компульсивное переедание (binge eating disorder) сравнительно равномерно распространено в различных странах и этнических группах, однако существуют его культурально-обусловленные клинические варианты. Чернокожие женщины с компульсивным перееданием в среднем имеют больший вес и в меньшей степени переживают о фигуре, весе и питании. У таких женщин в анамнезе реже встречается нервная булимия, однако, у них так же часто, как и в европеоидной популяции, возникают депрессивные симптомы и нетрудоспособность [59]. В целом, во всех этнических группах наблюдается взаимосвязь между компульсивным перееданием, ожирением, неудовлетворенностью собственным весом и формой тела и общими психопатологическими симптомами [60, 61]. Растущее число чернокожих женщин с компульсивным перееданием должно насторожить клиницистов и направить их внимание на этнические группы, которые не имеют европейских корней [59].

ВРЕМЕННАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ И ТРАНСФОРМАЦИЯ ДИАГНОЗА

В лонгитудинальных катамнестических исследованиях нервной анорексии и булимии показано, что со временем у значительного числа пациентов диагноз меняется на другое РПП [62–67]. Трансформация синдрома обычно происходит в первые годы заболевания и имеет определенную последовательность. Обычно ограничительная (рестриктивная) нервная анорексия трансформируется в компульсивное переедание с очи-

щающим поведением, а затем в нервную булимию [68–72]. Обратная трансформация встречается относительно редко. Приблизительно у 1/3 пациентов с исходным диагнозом нервной анорексии в течение 5 – 10 лет диагноз меняется на нервную булимию. Лишь у 10–15 % пациентов с исходным диагнозом нервной булимии развивается нервная анорексия [68, 70, 72]. У значительного числа пациентов с исходным диагнозом нервной булимии в последующем регистрируется диагноз компульсивного переедания или расстройства приема пищи без дополнительного уточнения (РПП БДУ) [65, 68]. Трансформация того или иного расстройства в РПП БДУ может считаться благоприятным промежуточным состоянием на пути к выздоровлению [68, 73, 74].

Трансформация диагноза может происходить в рамках континуума заболевания, которое началось в детстве и продолжилось в подростковом и взрослом возрасте. Дети и подростки с ограничительным пищевым поведением и гиперактивностью часто отрицают, что причиной их поведения является страх набрать вес, однако затем этот страх у них появляется и им устанавливается диагноз РПП (28, 33, 35).

Важно отметить, что «обратная» трансформация диагноза не является чем-то необычным. Например, у половины пациентов с текущим диагнозом нервной булимии и нервной анорексией в анамнезе в течение нескольких лет может произойти «рецидив» анорексии [70]. При длительно текущих РПП трансформация диагноза является правилом, а не исключением. У большинства пациентов за несколько лет диагноз может поменяться несколько раз [68, 70, 72]. Коморбидные депрессия и злоупотребление алкоголем связаны с большей нестабильностью диагноза РПП [68]. Частая смена диагноза наводит на мысль о том, что мы имеем дело с одним заболеванием.

«Последовательная» коморбидность различных РПП, вероятно, является артефактом классификационной системы, в которой используется несколько узко-специфических категорий с перекрывающимися психопатологическими симптомами. В МКБ-10 и DSM-IV различные РПП являются взаимоисключающими, поэтому их нельзя диагностировать одновременно. Однако последовательная установка этих диагнозов не запрещена. Ни МКБ-10, ни DSM-IV не учитывают динамику этих расстройств. Очевидно, что сложившееся положение дел неудовлетворительно. С одной стороны, создается слишком сложный паттерн «последовательной» коморбидности, с другой стороны опускается важная прогностическая информация. Например, у пациентов с текущим диагнозом нервной булимии присутствие в анамнезе нервной анорексии ухудшает прогноз и увеличивает шансы на обратную трансформацию диагноза [75]. Некоторые авторы предлагают относить нервную булимию к подтипу нервной анорексии [75].

Для радикального решения проблемы последовательной коморбидности может потребоваться установка ограничений на частую смену диагнозов (например, диагноз НА должен сохраняться в течение одного года после нормализации веса) или внесение в классификацию категории «смешанного расстройства приема пищи», которое бы описывало случаи с последовательной сменой нервной анорексии на нервную булимию и наоборот.

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Расстройства приема пищи младенческого/детского возраста и подросткового/взрослого возраста классифицируются в разных разделах МКБ-10 и DSM-IV. Расстройства приема пищи младенческого и детского возраста включают отказ от приема пищи, селективный (избирательный) прием пищи, регургитацию пищи с последующим повторным жеванием и без него, а также

употребление несъедобных веществ (парорексия). Проблема этой рубрики заключается в том, что она включает одно гетерогенное расстройство с четкими границами и два редко встречающихся специфических расстройства, которые выявляются как у взрослых, так и у детей [76, 77].

Некоторыми авторами предложены альтернативные классификации РПП. В них гетерогенная категория РПП разделяется на четыре – шесть специфических расстройств [78–80], в ней особое внимание уделяется особенностям вскармливания, а также рассматривается роль ухаживающего лица (родителя) в контексте РПП младенческого и детского возраста [80, 81]. В этих альтернативных классификациях выявляется ряд серьезных недоработок: во-первых, многие клинические случаи остаются за рамками строго очерченных специфических категорий; во-вторых, отдельные расстройства со сложным многофакторным генезом относятся в группы с единой этиологией. В результате ни одна из предложенных альтернативных классификаций не получила широкого распространения. Несколько проще дело обстоит с парорексией и регургитацией, т. к. это довольно «узкие», хорошо различимые синдромы. Тем не менее, и тот и другой синдром нередко встречается у взрослых, а также в контексте других психических (аутизм, врожденной слабоумие и др.) и соматических состояний (дефицит железа, беременность и др.). Наиболее правильной представляется следующая точка зрения: парорексия и регургитация должны диагностироваться на основе поведения, независимо от возраста пациента [76].

РЕСТРИКТИВНОЕ (ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ) РАССТРОЙСТВО ПРИЕМА ПИЩИ

Рестриктивное (ограничительное) расстройство приема пищи (РППП) предложено в качестве замены неспецифических категорий РПП в младенческом и детском возрасте, а также включает случаи ограничения приема пищи у подростков и взрослых с мотивацией, отличной от страха ожирения и увеличения веса [76].

Симптоматика РППП частично перекрывается с симптоматикой нервной анорексии (ограничение приема пищи и снижение массы тела), однако, при этих расстройствах различаются психопатологические симптомы и мотивация пациентов. При РППП пациенты часто избегают продуктов особого цвета или текстуры, ограничивают свой рацион «безопасными» продуктами и др. Кроме того, при РППП обычно не наблюдается значительных нарушений образа тела.

В диагностике этого расстройства очень важно определение нормы. Как правило, РППП можно диагностировать, если ограничительное поведение приводит к задержке развития у детей, слабости, анемии и других соматическим последствиям в любой возрастной группе, а также к нарушению развития плода у беременных женщин. Диетические предпочтения, получившие широкое распространение в отдельных популяциях (например, вегетарианство, голодание по религиозным мотивам и др.) не могут служить основной для диагностики РППП.

Предлагаемая для МКБ категория РППП согласуется с общим принципом объединения «детских» и «взрослых» расстройств. Кроме того, с помощью этой категории можно описать ряд случаев, которые раньше классифицировались как РПП БДУ. Авторы рекомендуют внести РППП в МКБ-11 в качестве временной категории, требующей дальнейшего изучения. В частности, требуется дополнительное изучение границ между РППП и НА, включая культурально обусловленные варианты НА без страха набрать вес, а также границ между РППП и специфическими фобиями. Внесение в классификацию категории РППП должно повысить интерес исследователей к возрастному континууму РППП.

ПАРОРЕКСИЯ

Парорексия – это повторяющееся употребление в пищу несъедобных веществ (земли, мела, металла, пластмассы, волос, фекалий и др.). В МКБ-10 и DSM-IV парорексия включена в группу расстройств с началом преимущественно в детском и подростковом возрасте. Этот синдром, возникший у взрослого пациента, кодируется в других разделах (например, как РПП БДУ). Целесообразно убрать возрастные ограничения для диагностики этого расстройства, так как нередко оно обнаруживается у взрослых лиц [76]. Диагноз устанавливается в тяжелых случаях, когда употребление несъедобных веществ приводит к серьезным последствиям (например, к отравлению тяжелыми металлами или паразитарной инфекции). При диагностике нужно учесть религиозные и культурные особенности (к примеру, в Нигерии существует традиция поедания глины), а также возможную вторичность по отношению к другим психическим расстройствам (психоз, обсессивно-компульсивное расстройство и др.). Поедание несъедобных веществ часто встречается во время беременности – в этом случае диагноз нужно устанавливать только, если женщина употребляет несъедобное в необычно больших количествах или если это приводит к проблемам со здоровьем.

РАССТРОЙСТВО РЕГУРГИТАЦИИ

При этом расстройстве происходит срыгивание проглоченной пищи из желудка в ротовую полость с последующим ее выплевыванием или повторным пережевыванием. В МКБ-10 и DSM-IV этот синдром был включен под названием «расстройство руминации». Авторы предлагают переименовать этот диагноз в «расстройство регургитации», чтобы избежать путаницы с понятием «руминация» (rumination), которое описывает повторяющиеся идеаторные феномены («мысленная жвачка»). Расстройство регургитации ранее классифицировалось в разделе расстройств с характерным началом в детском возрасте, однако, часто оно возникает и в подростковом периоде. Таким образом, авторы предлагают убрать возрастные ограничения для диагностики этого расстройства.

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ БЕЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО УТОЧНЕНИЯ (РПП БДУ)

Концепция расстройств приема пищи развивалась вокруг категорий нервной анорексии (НА) и нервной булимии. Тем не менее, при реальном применении строгих критериев DSM-IV, большинству пациентов устанавливается диагноз РПП БДУ. Число пациентов с диагнозом РПП БДУ среди всей популяции РПП одинаково во всех возрастных группах и составляет приблизительно 60 % [82–84].

В МКБ-10 РПП БДУ включает атипичную НА, атипичную нервную булимию, «другое РПП» и «расстройство приема пищи, неуточненное». Это тоже не решает проблему – диагнозы атипичной анорексии и атипичной булимии почти не встречаются и являются недоверенными. Приблизительно у 40 % пациентов в соответствии с критериями МКБ устанавливается остаточный диагноз «другое» или «неуточненное расстройство» [82]. Правомерность концепции «атипичной нервной анорексии» вызывает сомнения. В МКБ-10 атипичная НА определяется как состояние, напоминающее НА, но не выполняющее все диагностические критерии (т. е. отсутствует аменорея, не достигнут требуемый порог дефицита массы тела и др.). В литературе термин «атипичная нервная анорексия» используется в более узком контексте для описания РПП со значительным дефицитом массы тела, но с отсутствием переживаний, касающихся фигуры и веса [85, 86]. В этом контексте МКБ-10 представляется настолько же неудовлетворительной, что и DSM-IV.

Причина заключается в том, что существующие критерии специфических РПП (в частности, нервной анорексии и нервной булимии) являются слишком узкими и ригидными. Дефиниции РПП выбиваются из общей тенденции диагностики психических расстройств (обязательное выполнение всех критериев в классификации встречается реже, чем широкий список симптомов с указанием минимального числа выполненных критериев). Например, для диагностики депрессивного эпизода требуется наличие пяти из девяти симптомов, а для диагностики нервной анорексии требуется выполнение четырех критериев из четырех возможных (недостаток массы тела, страх набрать вес, нарушение образа тела и аменорея). Ригидность этого требования приводит к тому, что случаи, в которых не выполняется один из четырех критериев, относятся к РПП БДУ. Значительная часть всех случаев РПП БДУ состоит из таких подпороговых синдромов. РПП БДУ обычно включает: НА без аменореи, НА без страха набрать вес, НА, не выполняющую весовой критерий, нервную булимию с необъективными приступами переедания (т. е. эпизоды употребления небольших количеств пищи), булимию без переедания («очищающее» расстройство – purging disorder), булимию без очищающего поведения (компульсивное переедание), булимию с эпизодами переедания и компенсаторного поведения, возникающими менее двух раз в неделю в течение трех месяцев [29, 84]. Например, в специализированной клинике расстройств приема пищи подпороговые случаи НА и булимии составляют 83 % случаев РПП БДУ [84].

Широкое использование диагноза РПП БДУ нежелательно по нескольким причинам. Во-первых, РПП БДУ – это очень гетерогенная группа с точки зрения симптоматики, прогноза, соматических последствий и клинического исхода [37, 84]. Во-вторых, большинство случаев РПП БДУ является этапом какого-либо специфического РПП (например, пациент соответствовал строгим критериям специфического расстройства в прошлом или будет соответствовать им в будущем) [29, 73]. В-третьих, остаточный характер этой категории неявным образом предполагает ее относительно низкую тяжесть. Это противоречит объективным данным о высокой тяжести РПП БДУ, деформации личности и неблагоприятном прогнозе, включающем высокий риск летального исхода (87, 88). Наконец, для РПП БДУ не существует каких-либо рекомендаций по лечению и реабилитации. Был предложен «трансдиагностический» подход к терапии, якобы применимый к большинству РПП [12]. К сожалению, опубликованные данные не охватывают РПП с дефицитом массы тела и лучше всего применимы к расширенной категории нервной булимии. Схожий метод применялся в недавних клинических исследованиях нервной булимии, которые включали случаи РПП БДУ по булимическому типу [13–15].

Авторы пришли к выводу, что дальнейшее использование категории РПП БДУ бессмысленно и контрпродуктивно. Выдвинут ряд предложений, которые, в теории, могут снизить частоту использования РПП БДУ. В большинстве из них предлагается расширить диагностические критерии нервной анорексии и булимии так, чтобы эти категории «захватили» большую часть случаев РПП БДУ. Вот самые многообещающие из них: исключение критерия аменореи, смягчение весового критерия, смягчение требований к наличию страха набрать вес. Предлагаемое расширение критериев нервной булимии включает снижение требований к частоте приступов переедания и компенсаторного поведения, а также удаление критерия «объективности» переедания (под объективностью понимается необычно большое количество употребленной пищи). Предварительные исследования на подростках и взрослых показывают, что исключение критерия объективности переедания в наибольшей степени снижает

частоту использования категории РПП БДУ [29, 84]. В зависимости от степени расширения критериев новая классификация может помочь умеренно снизить частоту РПП БДУ [68, 89] или полностью избавиться нас от этой категории [90].

Некоторые авторы предлагают ввести в классификацию дополнительные специфические категории. Наиболее целесообразным и научно обоснованным является введение категории компульсивного переедания (binge eating disorder) [91, 92]. Среди других предлагаемых категорий можно выделить «очищающее» расстройство (purging disorder) [93] и синдром ночного переедания (night eating syndrome) [94]. Также предлагается ввести категорию смешанного расстройства приема пищи, в котором сочетаются признаки нервной булимии и нервной анорексии [95]. Наконец, предлагается отменить строгое выполнение всех критериев и ввести список определяющих симптомов. Для диагностики расстройства в этом случае потребуются выполнение лишь нескольких критериев из такого списка [96].

Каждое из приведенных предложений в отношении РПП БДУ представляется логичным и целесообразным, однако, достаточно сложно оценить их совокупный эффект на качество классификационной системы. Кроме того, внедрение некоторых предложений целиком представляет значительные сложности. Например, альтернативная классификация Hebebrand и Bulik [96] концептуально является самым радикальным изменением существующей системы. Эта классификация, по существу, оставляет только нервную анорексию и предлагает исключить все симптоматические критерии. Кроме того, в нее внесены такие неспецифические симптомы как раздражительность и сниженное настроение, что приводит к сложности дифференциальной диагностики с расстройствами из других разделов. Более сбалансированным представляется подход, похожий на предложение Walsh и Sysko [97]. Добавление в классификацию категории компульсивного переедания и общее расширение диагностических критериев согласуется с современными тенденциями в клинических исследованиях и поможет избавиться от неинформативной категории РПП БДУ [90].

Пока не ясно, потребуется ли наличие в классификации «очищающего» расстройства и синдрома ночного переедания после того, как будут расширены критерии нервной анорексии, нервной булимии и компульсивного переедания. Доступные литературные данные показывают, что у многих пациентов с «очищающим» расстройством возникают субъективные приступы переедания. Таким образом, если опустить критерий «необычно большого количества пищи» во время приступа переедания, то большинство этих пациентов можно классифицировать как пациентов с нервной булимией, которая не отличается от «очищающего» расстройства с точки зрения прогноза нетрудоспособности и эффективности терапии [12, 98]. Большинство случаев синдрома ночного переедания можно отнести к категории «компульсивного переедания». Также существует проблема частой смены ведущего синдрома и наличие у одного пациента критериев различных РПП. Авторы солидарны с предложением Fairburn [95] и поддерживают использование категории смешанного РПП. Мы предлагаем использовать эту категорию для относительно тяжелых случаев, в которых одновременно или последовательно наблюдаются признаки нервной анорексии и нервной булимии. Возможно, формулировка должна звучать как «сочетанное расстройство», а не «смешанное».

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

Нервная анорексия – это прототип всех РПП, впервые описанный в 19 веке [99, 100]. В МКБ-10 и DSM-IV диагноз НА требует выполнения четырех обязатель-

ных критериев. Три критерия совпадают в обеих диагностических системах: низкая масса тела (ИМТ < 17,5 или вес ниже 85 % нормального веса, ожидаемого для человека данного пола, возраста и роста), нарушение образа тела и аменорея. Четвертый критерий различается: в МКБ-10 требуется, чтобы снижение массы тела было вызвано самим пациентом путем диетических ограничений и (или) очищающего поведения; в DSM-IV требуется присутствие интенсивного страха набора веса или ожирения. В DSM-IV нервная анорексия разделяется на рестриктивный подтип и подтип с компульсивным перееданием и очищающим поведением.

Обе классификации подвергались масштабной критике. Во-первых, обязательное выполнение всех четырех критериев исключает значительное число типичных синдромальных вариантов НА. Больше всего критикуют критерий аменореи, порог массы тела и критерий страха набрать вес. Во-вторых, данные критерии нечувствительны к культурным особенностям; страх набрать вес довольно редко встречается в западных сообществах. В-третьих, в существующих критериях отсутствует гиперактивность – симптом, который часто встречается при НА. Лучше всего о недостатках существующей классификации говорит то, что в современных клинических исследованиях используются расширенные критерии (исключается критерий аменореи, смягчается весовой порог и др., см. таблицу 1). Сначала мы постараемся обосновать сохранение или исключение существующих критериев, а затем перейдем непосредственно к предложениям для новой классификации.

Аменорея (отсутствие трех менструаций подряд) часто встречается при НА и непосредственно связано с дефицитом массы тела и избыточными физическими упражнениями. Аменорея может являться неблагоприятным прогностическим признаком будущего бесплодия и снижения плотности костей. Однако ряд обстоятельств не позволяют использовать аменорею в качестве достоверного диагностического критерия. Во-первых, этот критерий неприменим к девочкам, у которых еще не начались менструации, к женщинам в пост-менопаузе, к женщинам, принимающим гормональную терапию, а также к мужчинам. В МКБ-10 предложен мужской эквивалент женских гормональных нарушений – «потеря интереса к сексу и импотенция». Этот критерий оценивается достаточно редко и его роль в синдроме НА не очевидна. Во-вторых: у определенной части пациенток (5–25 % в клинической популяции) нет нарушений месячного цикла, однако, в остальном они полностью выполняют критерии НА и требуют врачебного вмешательства; таким пациентам обычно устанавливается диагноз РПП БДУ. В третьих, своевременная диагностика и лечение затруднительны, если приходится ожидать трех отсутствующих менструаций подряд. Общепринятым является мнение, что аменорею нужно исключить из обязательных критериев НА. Тем не менее, этот симптом по-прежнему важен – он является индикатором тяжести состояния и помогает отграничить НА от условно нормальной конституциональной худобы [101].

Критерий низкой массы тела является определяющим при НА, однако, его точное определение остается дискуссионным. Нередко встречаются пациентки, которые в целом подходят под типичное синдромальное определение НА, но не выполняют весовой критерий (например, имеют ИМТ > 17,5). Такие случаи классифицируются как РПП БДУ. В зависимости от телосложения, верхний порог дефицита массы тела может оказаться слишком низким или слишком высоким. Таким образом, весовой критерий предлагается смягчить или оставить на усмотрение клинициста (www.dsm5.org). Такой подход может снизить частоту РПП БДУ, однако, он также может привести к потере объективности. Тяжелый дефицит массы тела является мощным предиктором плохого прогноза и летального

исхода [102–105]. Как правило, он является достаточным основанием для стационарного лечения. Авторы предлагают следующее: снизить весовой порог до критерия ВОЗ (ИМТ < 18,5), оставить возможность клинического суждения, выявлять в анамнезе тяжелый дефицит массы тела (ИМТ < 14,0), который является показателем тяжести заболевания и плохого прогноза. Низкая масса тела должна считаться симптомом НА только в том случае, если она не вызвана сопутствующей соматической патологией или недоступностью пищи.

В DSM-IV одним из обязательных критериев НА является болезненный страх набрать вес. В МКБ-10 страх ожирения включен в критерий нарушения образа тела. Этот критерий является наиболее дискуссионным. Присутствие страха набрать вес является проблемным с возрастной и культуральной точек зрения. Страх набрать вес редко встречается у детей – для его развития требуется способность к абстрактному мышлению, которое, как правило, возникает только в подростковом возрасте [32]. Женщины, живущие в западных сообществах, редко сообщают о страхе набрать вес, если их спросить о причине голодания [48, 106]. Даже в западных странах некоторые пациенты не сообщают о страхе набрать вес, что приводит к отнесению таких случаев к РПП БДУ [106–108]. Обнаружено, что страх ожирения часто возникает у пациентов в период восстановления массы тела в ходе терапии, даже если они ранее не высказывали ничего подобного [51]. Зависимость этого диагностического критерия от возраста, культурной среды и стадии заболевания ставит под сомнение его достоверность. Тем не менее, считается, что страх набрать вес является одним из ключевых психопатологических симптомов НА [109]. Авторы предлагают расширить этот критерий: включить в него озабоченность фигурой и массой тела, озабоченность вопросами, связанными с питанием, а также повторяющееся поведение, направленное на уменьшение поступления в организм питательных веществ или на увеличение энергозатрат.

Нарушение образа тела – важный аспект НА, отраженный как в МКБ-10, так и в DSM-IV. Это понятие включает искаженное восприятие тела в целом и его отдельных частей, а также непонимание серьезности дефицита веса. Нарушение образа тела часто возникает раньше других симптомов. Сохранение этого симптома в ходе терапии является неблагоприятным прогностическим признаком. Для DSM-5 предложено лишь незначительное перефразирование этого критерия. Авторы согласны с тем, что этот критерий в целом нужно оставить без изменений. Случаи ограничительного пищевого поведения без психопатологических нарушений, связанных с образом тела, можно классифицировать как РППП.

Гиперактивность является отличительной чертой многих случаев НА и признаком, отличающим НА от других причин похудения. Гиперактивность не входит в критерии DSM-IV и МКБ-10. Ранее рекомендовалось включить гиперактивность в поведенческие признаки НА [96]. Гиперактивность присутствует не во всех типичных случаях НА, а также может возникать на разных возрастных этапах заболевания. Рекомендуется включить гиперактивность как дополнительный критерий, который может помочь в дифференцировке НА и вариантов нормы с пограничной массой тела.

В DSM-IV нервная анорексия разделена на рестриктивный подтип и подтип с компульсивным перееданием и очищающим поведением. Такое разделение представляется недостоверным, в виду того, что оно не имеет прогностического значения и оба подтипа часто являются последовательными стадиями одного заболевания [69]. У детей и подростков чаще встречается рестриктивная симптоматика, а приступы переедания с последующим «очищением» чаще наблюдаются у

взрослых [69, 110]. В ряде исследований показано, что очищающее поведение является неблагоприятным прогностическим признаком [69, 105, 110]. При НА с перееданием и очищающим поведением часто происходит смена диагноза на нервную булимию [68, 70]. Во избежание диагностической путаницы авторы рекомендуют относить случаи НА с перееданием и очищающим поведением к категории смешанного РПП. В предложенную категорию «смешанного расстройства приема пищи» будут включаться случаи НА с перееданием и очищающим поведением, а также случаи с последовательной сменой клинически выраженной булимической и аноректической симптоматики.

КОМПУЛЬСИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ

Компульсивное переедание (КП) – это расстройство, которое характеризуется повторяющимися приступами переедания (обжорства) без компенсаторного поведения. Оно впервые было описано в 1959 г., однако, лишь в последние два десятилетия оно стало предметом клинических исследований. КП не было включено в МКБ-10, но было приведено в DSM-IV в качестве временного диагноза, требующего дополнительного обоснования. В настоящее время КП признано достоверной диагностической категорией [91, 92].

2/3 пациентов с КП страдают ожирением. КП часто сочетается с другими психическими расстройствами, в первую очередь депрессивными и тревожными, и значительно отличается от этих расстройств по своим психопатологическим проявлениям [128, 129]. Иногда сложно отделить КП от нервной булимии (НБ). Считается, что обе эти категории могут являться разными стадиями одного заболевания [65, 68]. Пациенты с КП в среднем старше пациентов с нервной булимией. Приблизительно у 2/3 пациентов с КП в прошлом имело место неблагоприятное компенсаторное поведение, что указывает на наличие в анамнезе нервной булимии [130]. Психопатологические симптомы, связанные с весом и фигурой, не являются обязательными для диагностики КП, однако, они часто входят в его симптомокомплекс [131, 132].

Как и в случае нервной булимии, диагностические критерии КП являются предметом дискуссии среди исследователей. В DSM-IV приступ переедания определяется следующим образом: прием пищи в количестве, превышающим нормальное количество в схожей ситуации, с ощущением потери контроля над приемом пищи (т. е. с невозможностью остановиться и ограничить себя в еде). Потеря контроля является определяющим симптомом [133]. При КП объем потребляемой пищи обычно достаточно велик, однако, это не может служить определяющим критерием. В ряде случаев при

КП пациент потребляет объективно умеренное или небольшое количество пищи, однако, у него сохраняется схожая психопатологическая симптоматика и субъективная убежденность в том, что пища потребляется в огромных количествах [133]. Кроме того, при КП также встречается симптом приема пищи в одиночестве, чувство стыда и отвращения пациента к самому себе. В соответствии с DSM-IV, КП должно сопровождаться дистрессом – достоверность этого критерия признается многими авторами [134].

Продолжительность эпизодов переедания широко варьирует. В большинстве случаев эпизод переедания длится менее двух часов, однако встречаются и продолжительные эпизоды длительностью до одного дня. Для установки диагноза по DSM-IV требуется наличие двух эпизодов переедания каждую неделю на протяжении минимум шести месяцев. Эти критерии частоты и продолжительности представляются неадекватными и необоснованными. Из-за того, что при КП происходит быстрый набор веса, 6-месячное ожидание, необходимое для установки диагноза, представляется авторам непродуктивным. Показано, что если критерий частоты ограничить до одного эпизода в неделю, это не сильно повлияет на распространенность КП в популяции [135].

Сложился следующий консенсус в отношении КП: этот диагноз является валидным (хорошо воспроизводимым) и полезным в клинической практике. Диагноз КП планируется включить в МКБ-11. Предлагается расширить диагностические критерии КП: нужно включать эпизоды употребления даже небольшого количества пищи при наличии дистресса, потери контроля над приемом пищи и необычного, отличающегося от общепринятых норм характера употребления пищи [97, 116]. Не получено данных, которые бы противоречили универсальному критерию продолжительности (4 недели). Таким образом, по мнению авторов, диагноз КП правомерен, если приступы переедания происходят регулярно в течение последних четырех недель. В менее тяжелых случаях для установки диагноза может потребоваться более продолжительный период наблюдения.

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ, СВЯЗАННЫЕ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С УСТАНОВЛЕННЫМИ ПРИЧИНАМИ

В дополнение к расстройствам, описанным выше, в МКБ-11 нужно включить указания на расстройства, которые классифицируются в других разделах, но в манифестном периоде проявляются симптоматикой РПП. Ярким примером такого расстройства является синдром Прадера-Уилли, который возникает при удалении участка 15-й хромосомы и классифицируется в

Таблица 2. Рекомендации по классификации расстройств приема пищи в МКБ-11

1.	Объединить расстройства приема пищи в одну группу с диагностическими категориями для всех возрастов.
2.	Расширить категорию нервной анорексии следующим образом: опустить критерий аменореи; расширить весовой критерий (включать даже случаи с незначительным дефицитом массы тела); расширить когнитивный критерий, т. е. включать когнитивные симптомы с возрастными и культуральными особенностями, а также «поведенческие эквиваленты» боязни набрать вес, повышенного внимания к фигуре, весу, и приему пищи.
3.	Ввести универсальный критерий тяжести – «с опасно низкой массой тела». Этот критерий поможет выделить наиболее тяжелые случаи нервной анорексии с неблагоприятным прогнозом.
4.	Расширить категорию нервной булимии, включив туда случаи субъективного переедания.
5.	Ввести категорию «компульсивного переедания», для которой характерно наличие субъективных или объективных приступов переедания в отсутствие регулярного компенсаторного поведения.
6.	Ввести категорию «смешанного расстройства приема пищи» для классификации случаев с одновременным или последовательным выполнением критериев и нервной булимии, и нервной анорексии.
7.	Ввести категорию «рестриктивного расстройства приема пищи» (РППП) для классификации случаев с ограничением приема пищи без сопутствующего изменения массы тела и психопатологических симптомов, связанных с фигурой.
8.	Ввести универсальный критерий минимальной продолжительности расстройства, равный 4 неделям.

разделе XVII МКБ-10. Этот синдром часто включает повышение аппетита, переедание, собирательство еды, поглощение несъедобных веществ, а также нарушение интеллекта.

ВЫВОДЫ

Авторами проведен анализ научной литературы, имеющей отношение к классификации расстройств приема пищи. Особое внимание уделялось клинической применимости диагнозов, эффективности лечения, прогнозу, возрастным и культуральным аспектам диагностики. На основе собранных доказательных данных составлены рекомендации, которые согласуются с основными направлениями разработки МКБ-11. Основные рекомендации представлены в таблице 2. Авторы надеются, что предложенные изменения повысят клиническую применимость классификации РПП и снизят частоту использования неинформативной категории РПП БДУ. Предложенные изменения могут оказаться полезными в исследовательской деятельности, в частности в исследованиях возрастного континума расстройств приема пищи и терапевтических исследованиях.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ АВТОРОВ

Данная статья написана в рамках деятельности рабочей группы по разработке классификации психических расстройств и расстройств поведения у детей и подростков международной группы экспертов по пересмотру МКБ-10. М. Rutter является председателем рабочей группы, а R. Uher является ее консультантом. Рукопись отражает мнение авторов, и они берут на себя полную ответственность за ее содержание. Авторы выражают признательность U. Schmidt, I. Campbell и B.T. Walsh за комментарии к предварительной версии рукописи.

Литература:

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
2. Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52:647-60.
3. Reed M, Mendonca CJ, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
4. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
5. Lock J, Le GD, Agras WS et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:1025-32.
6. Loeb KL, Walsh BT, Lock J et al. Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:792-800.
7. Lock J, Agras WS, Bryson S et al. A comparison of short- and longterm family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:632-9.
8. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005;162:741-7.
9. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K et al. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003;160:2046-9.
10. Dare C, Eisler I, Russell G et al. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.
11. Eisler I, Dare C, Hodes M et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:727-36.
12. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry* 2009;166:311-9.
13. Schmidt U, Andiappan M, Grover M et al. Randomised controlled trial of CD-ROM-based cognitive-behavioural self-care for bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 2008;193:493-500.
14. Schmidt U, Lee S, Beecham J et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164:591-8.
15. Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ et al. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1049-56.
16. Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay P. Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2005;35:1283-94.
17. Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D et al. Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *Am J Psychiatry* 2004;161:556-61.
18. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord* 2011;44:647-54.
19. Palmer RL, Birchall H, McGrain L et al. Self-help for bulimic disorders: a randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. *Br J Psychiatry* 2002;181: 230-5.
20. Hsu LK, Rand W, Sullivan S et al. Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychol Med* 2001;31:871-9.
21. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther* 2010;41:106-20.
22. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG et al. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:459-66.
23. Binswanger L. The case of Ellen West. In: May R, Angel E, Ellenberger H (eds). *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958:237-364.
24. Kotler LA, Cohen P, Davies M et al. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1434-40.
25. Micali N, Holliday J, Karwautz A et al. Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters. *Psychother Psychosom* 2007;76:234-41.
26. Nicholls DE, Viner RM. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:791-9.
27. Nicholls DE. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry* 2011;198:295-301.
28. Becker AE, Eddy KT, Perloe A. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *Int J Eat Disord* 2009;42:611-9.
29. Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K et al. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2007;45:1705-15.
30. Lee S, Ho TP, Hsu LK. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 1993;23:999-1017.
31. Vandereycken W. Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eat Disord* 2011;19:145-55.
32. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D et al. Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S117-22.
33. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:79-89.

34. Loeb KL, Le Grange D, Hildebrandt T et al. Eating disorders in youth: diagnostic variability and predictive validity. *Int J Eat Disord* 2011;44:692-702.
35. Knoll S, Bulik CM, Hebebrand J. Do the currently proposed DSM- 5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescents? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20:95-101.
36. Nicholls D, Arcelus J. Making eating disorders classification work in ICD-11. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:247-50.
37. Peebles R, Hardy KK, Wilson JL et al. Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics* 2010; 125:e1193-201.
38. Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull* 2003;129:747-69.
39. Becker AE, Burwell RA, Navara K et al. Binge eating and binge eating disorder in a small-scale, indigenous society: the view from Fiji. *Int J Eat Disord* 2003;34:423-31.
40. Hoek HW, van Harten PN, Hermans KM et al. The incidence of anorexia nervosa on Curacao. *Am J Psychiatry* 2005;162:748-52.
41. Pavlova B, Uher R, Dragomirecka E et al. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981-2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:541-50.
42. Becker AE. Culture and eating disorders classification. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S111-6.
43. Eddy KT, Hennessey M, Thompson-Brenner H. Eating pathology in East African women: the role of media exposure and globalization. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:196-202.
44. Katzman MA, Hermans KM, Van HD et al. Not your "typical island woman": anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curacao. *Cult Med Psychiatry* 2004;28:463-92.
45. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19: 389-94.
46. Njenga FG, Kangethe RN. Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr Med J* 2004;81:188-93.
47. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Kraemer HC et al. Eating disorders in white and black women. *Am J Psychiatry* 2003;160:1326-31.
48. Lee S, Lee AM, Ngai E et al. Rationales for food refusal in Chinese patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;29:224-9.
49. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Burke DT et al. Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non- Omani adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41: 1124-30.
50. Tsai G. Eating disorders in the Far East. *Eat Weight Disord* 2000;5: 183-97.
51. Soomro GM, Crisp AH, Lynch D et al. Anorexia nervosa in 'non-white' populations. *Br J Psychiatry* 1995;167:385-9.
52. Lee S, Ng KL, Kwok K et al. The changing profile of eating disorders at a tertiary psychiatric clinic in Hong Kong (1987-2007). *Int J Eat Disord* 2010;43:307-14.
53. Bhugra D, Mastrogianni A, Maharajh H et al. Prevalence of bulimic behaviours and eating attitudes in schoolgirls from Trinidad and Barbados. *Transcult Psychiatry* 2003; 40: 409-28.
54. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE et al. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 509-14.
55. Thomas JJ, Crosby RD, Wonderlich SA et al. A latent profile analysis of the typology of bulimic symptoms in an indigenous Pacific population: evidence of cross-cultural variation in phenomenology. *Psychol Med* 2011;41:195-206.
56. Anderson-Fye EP. A "coca-cola" shape: cultural change, body image, and eating disorders in San Andres, Belize. *Cult Med Psychiatry* 2004;28:561-95.
57. Pavlova B, Uher R, Papezova H. It would not have happened to me at home: qualitative exploration of sojourns abroad and eating disorders in young Czech women. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16:207-14.
58. Chui W, Safer DL, Bryson SW et al. A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa. *Eat Behav* 2007;8:485-91.
59. Pike KM, Dohm FA, Striegel-Moore RH et al. A comparison of black and white women with binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1455-60.
60. Fitzgibbon ML, Spring B, Avellone ME et al. Correlates of binge eating in Hispanic, black, and white women. *Int J Eat Disord* 1998; 24:43-52.
61. Franko DL, Becker AE, Thomas JJ et al. Cross-ethnic differences in eating disorder symptoms and related distress. *Int J Eat Disord* 2007;40:156-64.
62. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J et al. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:704-7.
63. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P et al. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995; 25:143-56.
64. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:87- 100.
65. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 577-86.
66. Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S et al. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa – course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:603-12.
67. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997;22:339-60.
68. Castellini G, Lo SC, Mannucci E et al. Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosom Med* 2011;73:270-9.
69. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ et al. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* 2002;31:191-201.
70. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL et al. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry* 2008;165:245-50.
71. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL et al. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry* 2005;162:732-40.
72. Milos G, Spindler A, Schnyder U et al. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 2005;187:573-8.
73. Agras WS, Crow S, Mitchell JE et al. A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *Int J Eat Disord* 2009;42:565-70.
74. Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE et al. Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *J Clin Psychiatry* 2007;68:738-46.
75. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL et al. Should bulimia nervosa be subtyped by history of anorexia nervosa? A longitudinal validation. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S67-71.
76. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE et al. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010;43:98-111.
77. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:17-30.
78. Crist W, Napier-Phillips A. Mealtime behaviors of young children: a comparison of normative and clinical data. *J Dev Behav Pediatr* 2001;22:279-86.
79. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR et al. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27:143-7.
80. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11:163-83.
81. Davies WH, Satter E, Berlin KS et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 2006;20:409-17.
82. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000;28:317-24.

83. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 2005;43:691-701.
84. Eddy KT, Celio DA, Hoste RR et al. Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:156-64.
85. Strober M, Freeman R, Morrell W. Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *Int J Eat Disord* 1999;25:135-42.
86. Dalle GR, Calugi S, Marchesini G. Underweight eating disorder without over-evaluation of shape and weight: atypical anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2008;41:705-12.
87. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1342-46.
88. Schmidt U, Lee S, Perkins S et al. Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? *Int J Eat Disord* 2008;41:498-504.
89. Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J et al. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord* 2011;44:553-60.
90. Sysko R, Walsh BT. Does the broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED) scheme reduce the frequency of eating disorder not otherwise specified? *Int J Eat Disord* 2010;44:625-9.
91. Striegel-Moore RH, Franko DL. Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:305-24.
92. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE et al. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42: 687-705.
93. Keel PK, Haedt A, Edler C. Purging disorder: an ominous variant of bulimia nervosa? *Int J Eat Disord* 2005;38:191-9.
94. Striegel-Moore RH, Franko DL, May A et al. Should night eating syndrome be included in the DSM? *Int J Eat Disord* 2006;39: 544-9.
95. Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2011;198:8-10.
96. Hebebrand J, Bulik CM. Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *Int J Eat Disord* 2011;44:665-78.
97. Walsh BT, Sysko R. Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): an alternative system for classification. *Int J Eat Disord* 2009;42:754-64.
98. Keel PK. Purging disorder: subthreshold variant or full-threshold eating disorder? *Int J Eat Disord* 2007; 40 (Suppl): S89-S94.
99. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London* 1874; 7: 22-8.
100. Lasague C. On hysterical anorexia. *Medical Times and Gazette* 1873;2:265-266.
101. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2009;42:581-9.
102. Button EJ, Chadalavada B, Palmer RL. Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *Int J Eat Disord* 2010;43:387-92.
103. Hebebrand J, Himmelmann GW, Herzog W et al. Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral. *Am J Psychiatry* 1997;154:566-9.
104. Rosling AM, Sparen P, Norring C et al. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *Int J Eat Disord* 2011;44:304-10.
105. Salbach-Andrae H, Schneider N, Seifert K et al. Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18: 701-4.
106. Becker AE, Thomas JJ, Pike KM. Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V? *Int J Eat Disord* 2009;42:620-35.
107. Ramacciotti CE, Dell'Osso L, Paoli RA et al. Characteristics of eating disorder patients without a drive for thinness. *Int J Eat Disord* 2002;32:206-12.
108. Abbate-Daga G, Piero A, Gramaglia C et al. An attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for thinness. *Psychiatry Res* 2007;149:215-21.
109. Habermas T. In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *Int J Eat Disord* 1996; 19:317-34.
110. Peat C, Mitchell JE, Hoek HW et al. Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009;42:590-4.
111. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-48.
112. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB et al. Predictive validity of bulimia nervosa as a diagnostic category. *Am J Psychiatry* 2000;157:136-8.
113. Thomas JJ, Delinsky SS, St. Germain SA et al. How do eating disorder specialist clinicians apply DSM-IV diagnostic criteria in routine clinical practice? Implications for enhancing clinical utility in DSM-5. *Psychiatry Res* 2010;178:511-7.
114. Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S et al. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD000562.
115. Rossiter EM, Agras WS. An empirical test of the DSM-III-R definition of binge. *Int J Eat Disord* 1990;9:513-8.
116. Wolfe BE, Baker CW, Smith AT et al. Validity and utility of the current definition of binge eating. *Int J Eat Disord* 2009;42:674-86.
117. Fairburn CG. The definition of bulimia nervosa: guidelines for clinicians and research workers. *Ann Behav Med* 1987;9:3-7.
118. Keel PK, Mayer SA, Harnden-Fischer JH. Importance of size in defining binge eating episodes in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;29:294-301.
119. Mond JM, Latner JD, Hay PH et al. Objective and subjective bulimic episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: another nail in the coffin of a problematic distinction. *Behav Res Ther* 2010;48:661-9.
120. Niego SH, Pratt EM, Agras WS. Subjective or objective binge: is the distinction valid? *Int J Eat Disord* 1997;22:291-8.
121. Pratt EM, Niego SH, Agras WS. Does the size of a binge matter? *Int J Eat Disord* 1998;24:307-12.
122. Latner JD, Hildebrandt T, Rosewall JK et al. Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behav Res Ther* 2007;45:2203-11.
123. Jenkins PE, Conley CS, Rienecke HR et al. Perception of control during episodes of eating: relationships with quality of life and eating psychopathology. *Int J Eat Disord* 2012;45:115-9.
124. Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Elliott C et al. Salience of loss of control for pediatric binge episodes: does size really matter? *Int J Eat Disord* 2010;43:707-16.
125. Wilson GT, Sysko R. Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: diagnostic considerations. *Int J Eat Disord* 2009;42:603-10.
126. Rockert W, Kaplan AS, Olmsted MP. Eating disorder not otherwise specified: the view from a tertiary care treatment center. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S99-103.
127. Van Hoeken D, Veling W, Sinke S et al. The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009;42:595-602.
128. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:228-34.
129. Hilbert A, Pike KM, Wilfley DE et al. Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: a latent structure analysis. *Behav Res Ther* 2011;49:202-11.
130. Mond JM, Peterson CB, Hay PJ. Prior use of extreme weight-control behaviors in a community sample of women with binge eating disorder or subthreshold binge eating disorder: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2010;43:440-6.
131. Ahrberg M, Trojca D, Nasrawi N et al. Body image disturbance in binge eating disorder: a review. *Eur Eat Disord Rev* (in press).
132. Goldschmidt AB, Hilbert A, Manwaring JL et al. The significance of overevaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2010;48:187-93.
133. Telch CF, Pratt EM, Niego SH. Obese women with binge eating disorder define the term binge. *Int J Eat Disord* 1998;24:313-7.
134. Grilo CM, White MA. A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79:509-14.
135. Hudson JL, Coit CE, Lalonde JK et al. By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *Int J Eat Disord* 2012;45:139-41.