

Доклиническая феноменология в системе оценки девиаций в пищевом поведении

О.А. Скугаревский

Белорусский государственный медицинский университет, доцент

В качестве объекта изучения нами были выбраны феномены пищевого поведения и сопутствующие им проявления, например, удовлетворенность/неудовлетворенность образом собственного тела в популяции девушек и молодых женщин Республики Беларусь. Есть основания ожидать, что указанные феномены имеют отчетливую психологическую и клиническую сопряженность. Образ собственного тела человека (ОСТ) характеризует «внутреннее» представление человека о собственной внешности, связанное с самовосприятием и предпочтениями. В свою очередь, ОСТ включает мысли, убеждения, верования и поведенческие реакции человека, связанные с изменением внешности. Образ собственного тела является одним из компонентов качества жизни, определяя опосредованное внешностью качество психологического функционирования (форма и размеры собственного тела, внешняя привлекательность и неудовлетворенность собственной внешностью, косметические дефекты и пр.). Показано, что нарушениям образа тела часто сопутствуют затруднения в социальных отношениях со сверстниками. Субъективное восприятие собственной внешности имеет прямое отношение к целому ряду медицинских и связанных со здоровьем контекстов: нарушения пищевого поведения, дисморфофобическое расстройство, социальная фобия, расстройства настроения. Проявления феномена образа собственного тела несомненно целесообразно учитывать применительно к косметической и реконструктивной хирургии, стоматологии и дерматологии, эндокринологии и неврологии, акушерству и гинекологии и другим аспектам медицинской практики.

Успехи нейронаук и эпидемиологических исследований на сегодняшний день дают основания рассматривать психопатологические расстройства и нарушения поведения с позиции доклинической феноменологии. Причем, в ряде случаев, развернутые болезненные проявления, удовлетворяющие по своей тяжести критериям диагноза психических и поведенческих расстройств и наблюдающиеся у пациентов, имеют в популяции здоровых лиц своеобразные «прообразы». Последние, так называемые проявления доклинической феноменологии, по качественным и/или количественным признакам хотя и отличаются от диагностически валидного феномена, но могут представлять собой факторы риска в развитии расстройства и, соответственно, служить перспективным объектом для изучения.

В этом отношении любопытным, на наш взгляд, может быть рассмотрение психосоматических и поведенческих расстройств в качестве своеобразной модели, где за «ширмой» соматических симптомов, как правило, скрывается психосоматический конфликт в широком смысле. В этой ситуации врач стоит перед дилеммой — лечить симптом (раздражительность, эмоциональную неустойчивость, головную боль, проявления синдрома отмены и пр.), либо оценить его в контексте более широкой картины. При этом пользу могут оказать ретроспективные оценки проявлений, предшествовавших развитию расстройства (доклинические проявления). Указанные рассуждения касаются ситуаций, когда факт

постановки диагноза налицо. В обратном случае, когда исследователь имеет дело со здоровыми на момент обследования людьми, несомненную ценность имеют проспективные исследования. Наблюдаемые у здоровых людей феномены с позиции доклинической феноменологии могут быть полезными как для планирования профилактических мероприятий, так и для динамического наблюдения за их изменчивостью для оценки их патогенетической значимости.

Пищевое поведение человека (как и любое иное) не может быть представлено лишь поперечным срезом. Целесообразно говорить о спектре поведения, крайние полюсы которого определяются нервной анорексией и перееданием. С позиции классификационных критериев ключевым признаком нервной анорексии (НА) является непреклонное стремление к похуданию с полным недоучетом связанных с этим потенциальных или актуальных негативных последствий для здоровья. Критерии для диагностики НА включают:

- соматические симптомы: низкий вес, аменорея;
- аффективные симптомы: страх полноты;
- когнитивные симптомы: расстройство образа собственного тела.

Следует отметить, что в DSM-IV (в отличие от МКБ-10) поведенческие симптомы (определяющие экстремальные методы контроля веса) несущественны для диагноза НА, но значимы при диагностике НБ и расстройства по типу переедания (binge eating disorder, BED). При нарушениях пищевого поведения *расстройство образа тела* представляет собой своеобразный многокомпонентный феномен, включающий:

- перцептивные искажения (например, утверждения о явной избыточности веса на фоне объективного истощения);
- неудовлетворенность образом собственного тела (например, ощущение полноты);
- сверхценный характер переживаний о теле (например, вес является наиболее значимой детерминантой самооценки);
- страх полноты.

В контексте классификации НА в оценке нарушений образа собственного тела акцент смещен от искаженного восприятия собственного тела и неудовлетворенности его образом на сверхценный характер переживаний в отношении формы и веса тела. В практической деятельности существенные диагностические затруднения зачастую обусловлены присутствием симптоматики, характерной как для НА, так и для нервной булимии (НБ). В этом отношении следует отметить большую адаптивность и гибкость DSM-IV (в отличие от МКБ-10), рассматривающей два подтипа НА, основываясь на поведенческих симптомах. В зависимости от наличия/отсутствия повторяющихся эпизодов переедания (обжорства) пациенты НА классифицируются как относящиеся к ограничительному подтипу или подтипу с перееданием или очистительным поведением. Наиболее значимым следствием этого нововведения является то, что диагноз НА теперь «вытесняет» диагноз НБ. Подразделение НА на подгруппы с учетом наличия эпизодов переедания (обжорства) основывается на исследованиях, выявивших существенные различия в уровнях импульсивности. При этом использование психоактивных веществ, суицидальные попытки, самодеструктивное поведение, лабильность аффекта и склонность к воровству были в большей мере характерны для индивидов, клиническая картина НА которых включала переедание (обжорство) [3, 4]. В

то же время результаты лонгитудинального анализа динамики симптоматики НА позволили предположить, что ограничительный подтип НА является лишь фазой развития нервной анорексии [5, 6].

В качестве противоположного полюса ограничительным тенденциям пищевого поведения уместно говорить о так называемом переедании («binge eating» (BE), кутеж, обжорство). На сегодняшний день само определение этого термина не является полностью завершенным. Современная концепция переедания, основанная на эмпирическом подходе, рассматривает этот феномен в контексте двух факторов: (1) употребление объективно большого количества пищи (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот промежуток времени при подобных обстоятельствах); (2) ощущение того, что прием пищи находится вне волевого контроля (т.е. ощущение неспособности остановить прием пищи или контролировать, какая пища или в каком количестве употребляется). Наиболее полно эпизоды переедания обобщаются в классификации, представленной в таблице 1.

Формально классификационный подход к термину «binge eating» определяет объективный булимический эпизод. В то же время субъективный булимический эпизод подобен объективному за исключением критерия количества употребленной пищи.

Таблица 1

Классификация эпизодов переедания

		Количество еды	
		«Большое» (см.определение выше)	«Небольшое», но оцениваемое субъектом как избыточное
Конт роль	«Утрата контроля»	Объективный булимический эпизод	Субъективный булимический эпизод
	Нет «утраты контроля»	Объективное переедание	Субъективное переедание

Феномен переедания представляет собой ключевое проявление клинически очерченных проявлений нервной булимии и широко изучаемого сегодня расстройства по типу обжорства — Binge Eating Disorder (BED).

Для суждения о наличии BED должны удовлетворяться следующие критерии:

- A. **Повторяющиеся эпизоды переедания (BE)**, характеризующиеся (1) употреблением большого количества пищи за определенный (например, двухчасовой) промежуток времени и (2) чувство утраты контроля;
- B. Наличие (как минимум 3 из 5) сопряженных **поведенческих симптомов** (высокая скорость еды, переедание при отсутствии чувства голода, прекращение еды лишь при появлении дискомфортных ощущений, еда в одиночку, чувство неудовлетворенности собой, подавленности или вины после эпизода переедания);
- C. Выраженный дистресс в связи с эпизодом обжорства;
- D. **Частые** (минимальное количество — два раза в неделю) и **повторяющиеся** (на протяжении 6 месяцев и более) эпизоды переедания, ассоциированные с выраженным

дистрессом.

Е. Во время эпизодов переедания не наблюдается регулярное дезадаптивное компенсаторное поведение (напр., очистительные ритуалы, пост, изнуряющие физические нагрузки) и эти эпизоды не наблюдаются исключительно в структуре нервной анорексии и булимии.

Целью настоящего исследования было изучить возрастную динамику влияния психосоциальных факторов на формирование образа собственного тела и девиации пищевого поведения у девушек-подростков и молодых женщин в белорусской популяции на примере города Минска. Реализация цели производилась в поперечном исследовании. Группу обследованных составили учащиеся школ, техникумов, колледжей, училищ и ВУЗов г.Минска девушки-подростки и молодые женщины в возрасте 13-24 года (средний возраст $18,05 \pm 0,099$, $\sigma=2,87$; $n=846$). Группа обследованных была сформирована таким образом, чтобы отражать пропорцию различных возрастных групп в белорусской популяции в целом. Обследованные были разделены по следующим возрастным категориям: 13-15 лет – группа «1» ($n=194$); 16-18 лет – группа «2» ($n=225$); 19-21 год – группа «3» ($n=331$); 22-24 года – группа «4» ($n=96$). Формирование однополой выборки определялось ожиданиями, обусловленными клинической практикой, согласно которым, подавляющая пропорция клинически выраженных случаев нарушений пищевого поведения состоит из пациенток-женщин. Обследованным были предложены для заполнения (анонимно и при получении согласия на участие в исследовании) формы, включающие социальные сведения, а также предварительно адаптированный на белорусской популяции Опросник пищевых предпочтений (ОПП-26, Eating Attitudes Test-26, EAT-26) [1], Опросник психосоциальных факторов (Psychosocial Risk Factors Questionnaire, PRFQ). ОПП-26, являясь скрининговым психометрическим инструментом, позволяет оценить вероятность наличия отклонений от нормативного пищевого поведения, а также охарактеризовать особенности пищевого поведения на основании четырех выделенных факторов: «нарушения пищевого поведения», «самоконтроль пищевого поведения», «озабоченность образом тела» и «социальное давление в отношении пищевого поведения». Опросник PRFQ был создан для оценки субъективного восприятия привлекательности собственной внешности, озабоченности собственной внешностью и социального давления в отношении похудения. Он содержит четыре субшкалы: «беспокойство о внешности» (БВ), «влияние средств массовой информации в отношении похудения» (СМИ), «социальное давление в отношении похудения» (СД), «восприятие физического облика» (ВФО). Опросник PRFQ состоит из 18 вопросов, на которые респонденту предлагается ответить по шкале Лайкерта (оценки от «1» — полностью не согласен до «7» — полностью согласен). Полученные данные были обработаны с помощью пакета программ Statistica 6.0.

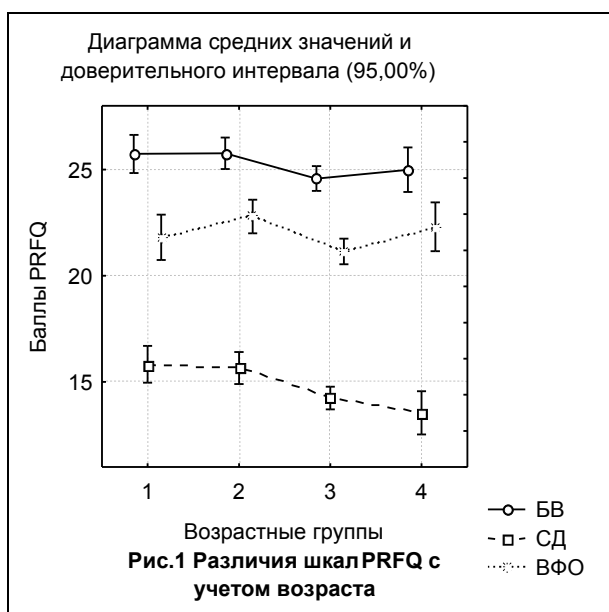
Результаты исследования. Для оценки различий между выбранными возрастными группами по степени влияния анализируемых психосоциальных факторов и особенностей пищевого поведения нами был проведен однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Его статистически значимые результаты приведены в таблице 2.

Таблица 2

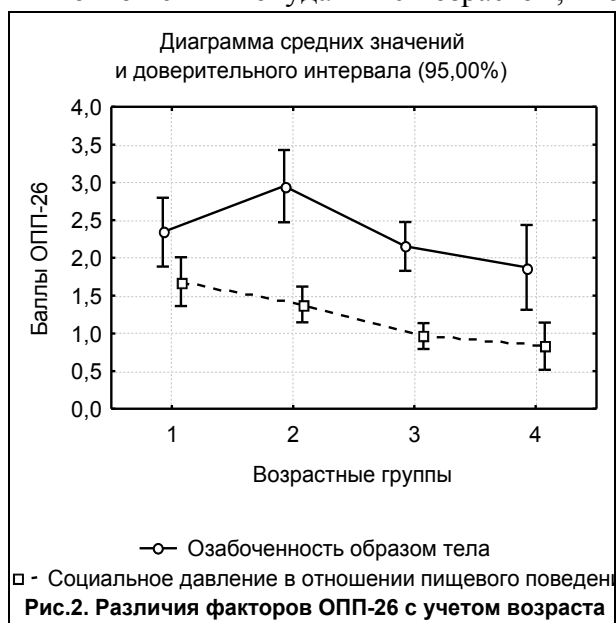
Результаты дисперсионного анализа значимых различий влияния психосоциальных факторов и девиаций пищевого поведения в различных возрастных группах

	13-15 лет (M, σ)	16-18 лет (M, σ)	19-21 год (M, σ)	22-24 года (M, σ)	F, p
Беспокойство о внешности	25,73 (6,20)	25,76 (5,57)	24,58 (5,34)	24,99 (5,16)	2,72 (p<0,05)
Социальное давление в отношении похудения	15,83 (6,02)	15,66 (5,72)	14,25 (4,92)	13,55 (5,0)	6,89 (p<0,001)
Восприятие физического облика	21,81 (7,19)	22,79 (5,91)	21,14 (5,56)	22,31 (5,57)	3,44 (p<0,02)
Озабоченность образом тела	2,34 (3,22)	2,95 (3,64)	2,15 (2,97)	1,88 (2,77)	3,73 (p<0,02)
Социальное давление в отношении пищевого поведения	1,69 (2,27)	1,38 (1,80)	0,97 (1,57)	0,83 (1,53)	8,45 (p<0,0001)

Указанные различия по возрастным группам изображены на рис. 1 и рис.2. Обращает внимание (рис.1) сочетанный характер беспокойства о внешности наряду с субъективно



значимым восприятием собственной внешности у девушек в возрасте 13-18 лет, что согласуется с клиническими данными о манифестации искаженного восприятия собственной внешности в этом возрасте. С другой стороны, в изученной нами выборке отмечается снижение степени социального давления в отношении похудения с возрастом, что



может быть следствием увеличения личностной зрелости субъектов и пересмотром их системы личностных ценностей. В то же время следует отметить нестабильный характер субъективного восприятия физического облика девушек в изученных нами различных возрастных периодах, что может рассматриваться в качестве «преципитирующего» фактора в отношении формирования психологических проблем, опосредуемых внешностью.

Анализ значимых различий в дисперсии факторов, отражающих особенности пищевого поведения (ОПП-26) в изученных возрастных когортах (рис.2), позволяет констатировать сопряженный характер изменений в паттернах пищевого поведения, с одной стороны, и системы социальных влияний в отношении похудения, с другой. Это подтверждается достоверно значимой ($p < 0,05$) (хотя и слабой) степенью корреляционной связи (r от 0,1 до 0,25). Невысокая степень связи может быть следствием большой дисперсии признаков поведенческих различий в здоровой популяции. Фактор «озабоченности образом тела», оцененный на основании ОПП-26 (в отличие от «беспокойства о внешности» по PRFQ) позволяет обсуждать его с позиции преclinical феноменологии. При изучении развернутых клинических проявлений нарушений пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия) содержательная сторона фактора озабоченности образом тела тяготеет к диагностически значимым дезадаптивным поведенческим проявлениям обсессивно-компульсивного спектра. В свою очередь сходный характер возрастной динамики социального давления в отношении пищевого поведения (ОПП-26) и похудения (PRFQ) требует корректной интерпретации. Так, фактор «социального давления в отношении пищевого поведения» в случае клинически выраженных нарушений пищевого поведения определяет известную подозрительность пациентов и обуславливает противостояние в отношении «заботливых» попыток «накормить непослушную».

На следующем этапе исследования нами была сформирована однородная выборка социально адаптированной студенческой молодежи. Следует подчеркнуть, что выборка была создана с учетом предположения о высокой информированности студентов-медиков в отношении факторов, предопределяющих здоровье. Для оценки **распространенности феноменологических проявлений** (эмоциональные, когнитивные и поведенческие особенности), связанных со стереотипами пищевого поведения, нами было обследовано 359 студенток 2-5 курсов Белорусского государственного медицинского университета (средний возраст $20,36 \pm 0,099$ лет). Обследование включало оценку антропометрических показателей с вычислением индекса массы тела ($BMI = \text{вес (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$) и результатов индивидуального анонимного анкетирования. Анкеты содержали вопросы, включающие самооценку веса (варианты оценки: «недостаточный», «нормальный», «избыточный»); оценку степени неудовлетворенности собственным весом (показатель вычислялся как разность между реальным и субъективно оцениваемым в качестве идеального весом); скрининговый опросник пищевых предпочтений (ОПП-26); вопросы, оценивающие выраженность булимических тенденций (представляют собой реверсированные пункты классификации DSM-IV). Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием статистического пакета Statistica 6.0 (оценка достоверности различий по критерию Стьюдента, анализ таблиц сопряженности с определением критерия Хи-квадрат для оценки значимости зависимостей между группирующими переменными, статистика гамма, корреляционные матрицы).

На основании антропометрических исследований с вычислением индекса массы тела у респондентов, проводимом параллельно, имела место как переоценка своей «полноты» ($p < 0,0001$), так и недооценка ($p < 0,0001$) реально пониженной массы тела, что, по видимому, может определять отклоняющиеся стереотипы пищевого поведения (например, опосредовать поведение, направленное на снижение веса). При проведении кросстабуляции ранжиро-

ванных субъективных оценок собственного веса и желания похудеть, выяснилось, что практически все респонденты (99,03 %), оценившие свой вес как избыточный, и более чем одна треть (38,33 %) из считающих свой вес «нормальным» изъявляют желание похудеть. В целом по всей выборке положительный ответ на вопрос: «Желаете ли Вы похудеть?» дали более половины обследованных (54,26 %).

Результаты анализа сопряженных отношений ВМІ, самооценки веса, скрининговой оценки стереотипов пищевого поведения (ОПП-26) представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты анализа сопряженных отношений ВМІ, самооценки веса и особенностей пищевого поведения (ОПП-26)

	Хи-квадрат Пирсона	Статистика гамма
ВМІ * ОПП-26	6,01; $p < 0,049$	0,59
Самооценка веса * ОПП-26	22,34; $p = 0,00001$	-0,81

Произведенный анализ свидетельствует в пользу того, что субъективный характер оценки собственного веса имеет более тесную связь с особенностями пищевого поведения, чем объективная оценка ростовесовых показателей (статистика гамма). При этом целесообразно учитывать, что обследованный контингент состоял из студентов-медиков, обладающих, в частности, гигиеническими знаниями, что делает оценку еще более контрастной. Следует отметить, что значимость субъективной оценки веса собственного тела (по сравнению с объективной) отражает особенности познавательных (когнитивных) стратегий, связанных с нарушением образа собственного тела.

При использовании в качестве дискриминирующей оценки порогового балла по шкале ОПП-26 (суммарный балл по ОПП-26 < 20 — подгруппа 1, а ≥ 20 — подгруппа 2) различия в степени неудовлетворенности собственным весом выявляются достаточно отчетливо и статистически достоверны (статистика Колмогорова-Смирнова, $p < 0,001$) (рис. 3).

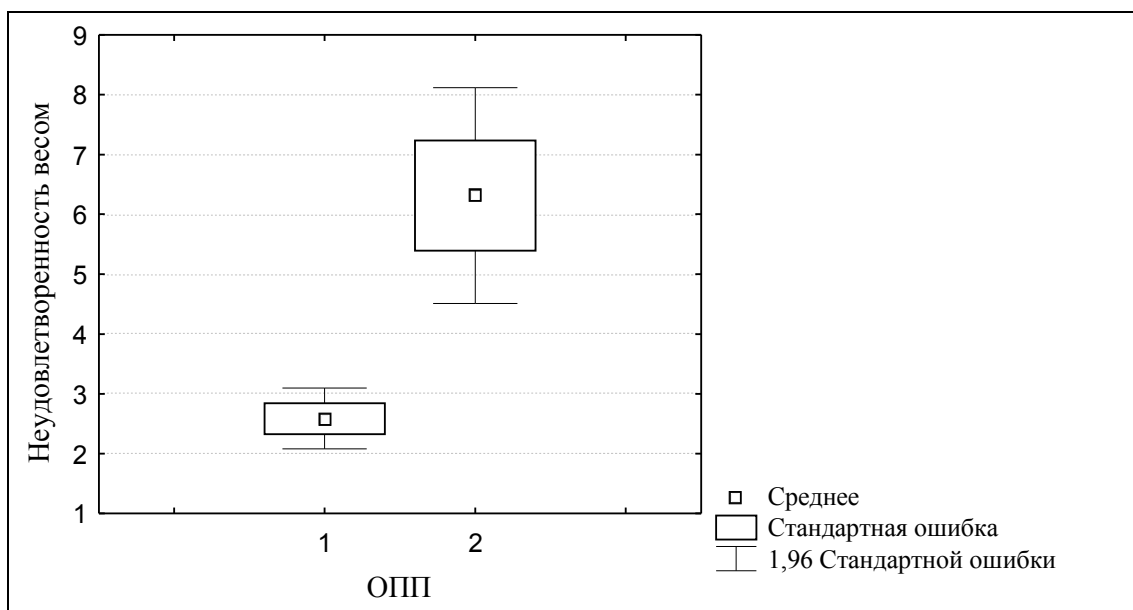


Рис.3. Различия в уровне удовлетворенности собственным весом с учетом особенностей пищевого поведения (ОПП-26)

На основании скринингового Опросника пищевых предпочтений нам удалось оценить распространенность феноменов пищевого поведения, которые в клинической практике тяготеют к психопатологическим проявлениям наущений пищевого поведения. В приведенную ниже оценку включены проявления, когда респонденты дали положительный ответ на пункты опросника с учетом значимой частоты «всегда», «обычно» или «часто» (таблица 4).

Таблица 4

Распространенность суждений, опосредующих стереотипы пищевого поведения

Феноменология	Частота
Я проявляю самоконтроль в отношении еды	42,06%
Я думаю о сгорании калорий при выполнении физических упражнений	34,27%
Я испытываю ужас при мысли об избыточном весе	31,48%
Я знаю о количестве калорий в пище, которую я ем	28,96%
Я озадачена мыслями о жировых отложениях на моем теле	25,06%
Чувствую, что другие хотели бы, чтобы я ела больше	21,73%
Меня преследуют мысли о похудании	21,17%
Я разрезаю свою еду на мелкие кусочки	20,61%
Я избегаю еду, содержащую сахар	14,76%
Прием пищи у меня занимает больше времени, чем у других	14,48%
Я особенно избегаю пищу с большим содержанием углеводов	13,09%
Другие люди думают о том, что я слишком худая	12,82%
Я считаю, что испытываю озабоченность по поводу еды	12,81%
Я употребляю диетические продукты	11,98%
Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней	8,64%
Я предпочитаю, чтобы мой желудок был пуст	7,80%
У меня есть ощущение того, что другие заставляют меня принимать пищу	6,97%
Я испытываю ощущение, что еда контролирует мою жизнь	5,84%
Я использую диеты	3,35%
Я испытываю чрезмерную вину после еды	3,07%
Я избегаю приема пищи, когда голодна	2,51%
Я испытываю побуждение к рвоте после еды	1,11%

Из таблицы 4 видно, что в когорте обследованных студенток отчетливо представлены ограничительные тенденции в пищевом поведении. При этом они имеют отношение как к аффективным и когнитивным, так и к поведенческим стереотипам. В структуре клинически значимых нарушений пищевого поведения им соответствуют феномены разного рода озабоченностей и ритуалов. Оценка последних в клинических исследованиях позволяет оценить выраженность «здоровых» (в частности, отказ от экстремальных методов контроля веса тела) и «болезненных» тенденций в пищевом поведении. На этом основывается, например, структурированное клиническое интервью по оценке нарушений пищевого поведения Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale. Под озабоченностью (preoccupations, obsessions) понимают любые повторяющиеся у пациента идеи, мысли, представления или импульсы в отношении еды, приема пищи, веса, внешнего вида или связанные с физическими упражнениями. Мысли, которые проявляются как «озабоченность», обычно не воспринимаются субъективно как бессмысленные или эго-дистоничные. В то же время

ритуалы в структуре нарушений пищевого поведения (rituals, компульсии) представляют собой любое поведение, круг действий, связанных с едой, приемом пищи, взвешиванием, внешним видом или упражнениями, имеющее неодолимый характер. Дискутируется вопрос о том, что феноменология нарушений пищевого поведения подобна проявлениям обсессивно-компульсивного расстройства в контексте пищевого поведения. [8]

Суммарная оценка по опроснику выше 20 баллов свидетельствует о вероятности наличия девиаций в пищевом поведении вплоть до развития клинически выраженных расстройств (в частности, нервная анорексия). У обследованной когорты критерия «20 баллов» достигли 4,64 % респондентов.

Для оценки противоположных тенденций в пищевом поведении у этой же группы обследованных — переедания — мы использовали реверсированные пункты классификационных критериев. Указанным выше критериям BED удовлетворяло 3,25% респондентов. Таким образом, рассматривая целостный феномен binge eating (кутежа, обжорства) в соответствии с приведенной классификацией (таблица 1), противоположный ограничительным тенденциям полюс континуума пищевого поведения у обследованной когорты был представлен *булимическими проявлениями (3,25%) и собственно перееданием (3,95%)*.

Полученные результаты согласуются с данными других исследователей, согласно которым процент людей в популяции, стремящихся к снижению веса составляет от 30 до 70%. Принимая во внимание, что значимая часть этой когорты определенно имеет нормальный вес, целесообразно обращать внимание на психологические характеристики и поведенческие проявления, направленные на снижение веса тела, особенно в том случае, когда эти явления приобретают отчетливо болезненный характер. [2, 7]

Выводы.

1. Доклиническая феноменология нарушений пищевого поведения должна учитывать когнитивные, аффективные и поведенческие паттерны, своеобразное сочетание которых, при определенных условиях, может реализовываться в диагностически очерченных категориях.
2. Степень и характер влияния психосоциальных факторов в процессе возрастной динамики образа собственного тела и пищевых предпочтений неоднородны. Критическим периодом в отношении подверженности влиянию психосоциальных факторов в плане формирования девиаций в пищевом поведении для девушек и молодых женщин белорусской популяции с возможными клинически значимыми медицинскими последствиями следует считать период от 13 до 18 лет.
3. В системе оценки собственного веса (как одной из характеристик образа собственного веса) у студенток медицинского ВУЗа имеет место достоверная ($p < 0,0001$) значимость субъективного искажения восприятия собственного веса.
4. Стереотипы пищевого поведения (ОПП-26) имеют тесные сопряженные отношения с субъективной оценкой собственного веса (χ^2 Пирсона = 22,34, $p = 0,00001$; статистика $\gamma = -0,81$).
5. Стереотипы пищевых предпочтений (ОПП-26) являются отчетливым дискриминирующим фактором ($p < 0,001$) в отношении степени неудовлетворенности собственным

весом в обследованной когорте респондентов.

6. Континуальная оценка спектра пищевого поведения позволяет говорить о распространенности ограничительных тенденций в структуре аффективных, когнитивных и поведенческих стереотипов его реализации, а также булимических проявлений (3,25%) и собственно феномена переедания (3,95%).
7. Система профилактических и коррекционных мероприятий болезненных стереотипов пищевого поведения должна учитывать его мотивационные особенности, реализующиеся в континууме от ограничительных тенденций и неполного синдрома нервной анорексии до булимических феноменов и переедания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.- 2003.- №3.- С.41-44.
2. Afifi-Soweid R.A., Najem Kteily M.B., Shediach-Rizksllah M.C. Preoccupation with weight and disordered eating behaviors of entering students at a University in Lebanon // International Journal of Eating Disorders.- 2002.- Vol. 32.- P. 52-57.
3. Casper R.C., Hedeker D., McClough J.F. Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.- 1992.- Vol. 31.- P. 830-840.
4. DaCosta M., Halmi K.A. Classification of anorexia nervosa: Question of subtypes // International Journal of Eating Disorders.- 1992.- Vol. 11.- P. 305-314.
5. Eddy K.T., Keel P.K., Dorer D.J., Delinsky S.S., Franko D.L., Herzog D.B. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes // International Journal of Eating Disorders.- 2002.- Vol. 31.- P. 191-201.
6. Herzog D.B., Hopkins J.D., Burns C.D. A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women // International Journal of Eating Disorders.- 1993.- Vol. 14.- P. 261-267.
7. Nichter M., Ridenbaugh C., Nichter M., Vuckovic N., Aickin M. Dieting and "watching" behaviors among adolescent females: Report of a multimethod survey // Journal of Adolescent health.- 1995.- Vol. 17.- P. 153-162.
8. Sunday S.R., Halmi K.A., Einhorn A. The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology // International Journal of Eating Disorders.- 1995.- Vol. 18.- P. 237-245.