

Пищевое поведение: нарушения и способы их оценки

Елиашевич С. О.¹, Нуньес Араухо Д. Д.², Драпкина О. М.¹

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. Москва; ²ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет). Москва, Россия

В медицине — и психологии изучение поведенческих реакций человека в ответ на различные стимулы насчитывает >100 лет. Пищевое поведение является особой формой взаимодействия индивидуума с едой, включая комплекс безусловных рефлексов и осознанных решений, который определяет количество и состав съеденной пищи в различных условиях. Авторами был предпринят анализ современных данных в отношении классификации нарушений и расстройств пищевого поведения, а также известных методов диагностической оценки.

Ключевые слова: пищевое поведение, нарушение пищевого поведения, опросник Стункарда, Голландский опросник пищевого поведения.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 04/07-2023

Рецензия получена 19/07-2023

Принята к публикации 26/07-2023



Для цитирования: Елиашевич С. О., Нуньес Араухо Д. Д., Драпкина О. М. Пищевое поведение: нарушения и способы их оценки. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(8):3663. doi:10.15829/1728-8800-2023-3663. EDN EGWALC

Eating behavior: disorders and how to assess them

Eliashevich S. O.¹, Nuñez Araujo D. D.², Drapkina O. M.¹

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow; ²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University. Moscow, Russia

In medicine and psychology, the study of human behavioral responses to various stimuli has more than 100 years. Eating behavior is a special form of interaction between an individual and food, including a complex of unconditioned reflexes and conscious decisions that determines the amount and composition of food eaten under various conditions. The authors undertook an analysis of current data regarding the classification of eating disorders, as well as known methods of diagnostic evaluation.

Keywords: eating behavior, eating disorder, three factor eating questionnaire, Dutch eating behavior questionnaire.

Relationships and Activities: none.

Eliashevich S. O.* ORCID: 0000-0003-0143-0849, Nuñez Araujo D. D. ORCID: 0000-0002-8346-9300, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author:
elsolof@yandex.ru

Received: 04/07-2023

Revision Received: 19/07-2023

Accepted: 26/07-2023

For citation: Eliashevich S. O., Nuñez Araujo D. D., Drapkina O. M. Eating behavior: disorders and how to assess them. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(8):3663. doi:10.15829/1728-8800-2023-3663. EDN EGWALC

МТ — масса тела, НПП — нарушения пищевого поведения, РПП — расстройства пищевого поведения, СД — сахарный диабет, DSM-V — Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders V (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, пятое издание).

Введение

Питание играет важную роль в поддержании гомеостаза и обеспечении нормального функционирования органов и систем организма человека. Еже-

дневно мы принимаем решения: что, когда и в каком количестве употреблять в пищу. В медицине проблема питания имеет первостепенное значение, поскольку напрямую влияет на здоровье индивидуума

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
e-mail: elsolof@yandex.ru

[Елиашевич С. О. — врач-диетолог, руководитель лаборатории изучения и коррекции пищевого поведения, ORCID: 0000-0003-0143-0849, Нуньес Араухо Д. Д. — студент IV курса лечебного факультета Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского, ORCID: 0000-0002-8346-9300, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, руководитель отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Приверженность к запланированному рациональному питанию в долгосрочной перспективе >12 мес. очень низкая.
- Нарушения и расстройства пищевого поведения являются скрытой причиной избыточного накопления жировой массы.
- Без учета фактора измененного пищевого поведения невозможно эффективно управлять массой тела как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях.

Что добавляют результаты исследования?

- Четкое понимание типов нарушений и расстройств пищевого поведения способствуют их своевременному выявлению.
- Современные методы диагностики нарушений и расстройств пищевого поведения позволяют дифференцированно оказывать медико-психологическую помощь в этом направлении, и расширяют терапевтические стратегии ведения пациентов.

Key messages

What is already known about the subject?

- Adherence to long-term rational nutrition >12 months is very low.
- Eating disorders are the hidden cause of excess fat accumulation.
- Without taking into account altered eating behavior, effective management of body weight both at the individual and at the population level is impossible.

What might this study add?

- A clear understanding of eating disorder types contributes to their timely detection.
- Modern diagnostics methods make possible a differentiated provision of medical and psychological assistance, and expand therapeutic strategies for managing such patients.

и общества в целом. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)¹ 71% смертей во всем мире (66% в России) вызваны хроническими неинфекционными заболеваниями (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет (СД) 2 типа, онкологическая патология), в развитии которых одним из главных факторов является алиментарный [1].

Приверженность нерациональному хаотичному питанию провоцирует развитие в организме ряда заболеваний. Высокая квота добавленного сахара, соли, насыщенных жиров и одновременно низкое содержание овощей и фруктов приводят к возникновению нарушений углеводного и липидного обмена, что в долгосрочной перспективе ассоциировано с развитием ожирения, СД 2 типа и других заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта [2].

Известно, что только 5% пациентов в течение 12 мес. могут придерживаться подобранной лечебно-профилактической модели питания. Это связано с тем, что в общей популяции 2/3 лиц, а при наличии ожирения 1/2 лиц подвержены психоэмоциональным факторам риска и используют пищу не для утоления физиологического голода, а в ответ на дистресс [3]. Таким образом, нарушения пищевого поведения (НПП) являются скрытой причиной неэффективности профилактических и лечебных мероприятий в отношении модификации нерационального питания.

Цель настоящего обзора — проанализировать научные данные в отношении классификации нарушений и расстройств пищевого поведения, известных методов оценки.

Методологические подходы

Проведен поиск и анализ литературных обзоров и оригинальных статей из баз данных PubMed и eLibrary, опубликованных с 2017 по 2023гг. Поиск научных данных выполнен 10 июня 2023г с использованием следующих ключевых слов: нарушения пищевого поведения (disordered eating), расстройства пищевого поведения (eating disorders), оценка пищевого поведения (eating behavior assessment). В результате анализа отобрано 15 полнотекстовых публикаций. Также в обзоре представлены первоисточники по вопросам изучения пищевого поведения, датируемые ранее 2000г, т.к. в них имеется ценная информация.

Результаты

Терминологические особенности

Пищевое поведение является особой формой взаимодействия индивидуума с едой, реализуемого через комплекс безусловных рефлексов и осознанных решений, который определяет количество и состав съеденной пищи в различных условиях. В норме главными физиологическими регуляторами пищевого поведения являются чувства голода и жажды, что обеспечивает необходимое поступление макро- и микроэлементов, поддержание гомеостаза и регуляцию массы тела (МТ).

¹ https://www.who.int/docs/default-source/ncds/9789241514620-eng.pdf?sfvrsn=48f7a45c_2.

Для описания патологии пищевого поведения в отечественной научной литературе используют ряд терминов, включая НПП и расстройства пищевого поведения (РПП). Следует отметить, что это вносит некоторый сумбур в клиническую практику, поскольку не имеет отражения в международных согласительных документах и классификациях. Разберем это на примерах. К РПП относят ряд психических заболеваний, таких как нервная булимия, нервная анорексия и компульсивное переедание. Современные критерии диагностики этих состояний зафиксированы в классификации DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders V, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, V издание). Если наблюдаемое у пациента РПП не отвечает всем диагностическим критериям того или иного заболевания, то его классифицируют как атипичное. РПП нуждается в специальном лечении и комплексном ведении врачом-психиатром, психологом и диетологом. "Красными флажками", указывающими на РПП, являются такие признаки компенсаторного поведения, как самовывывание рвоты, прием диуретиков/слабительных и изнуряющие тренировки с целью снижения МТ.

К НПП традиционно относят группу психогенных поведенческих синдромов, которые могут быть результатом как соматических заболеваний, так и следствием влияния на человека социально-экономических и культурных факторов. Во многом эти нарушения не отвечают классическим критериям расстройств, не классифицируются как нозологии и являются, по сути, пограничными формами между нормой и патологией.

По данным 2011г ~9% населения планеты имеют НПП. Они могут возникать у людей в любом возрасте, но именно среди женщин, детей и подростков наблюдается максимальная распространенность. Так, только 23% девушек в возрасте 14-20 лет не имеют никаких пищевых нарушений [4, 5].

НПП могут иметь краткосрочный характер, т.е. проявляться в то время, пока воздействует психоэмоциональный фактор. В условиях хронического стресса НПП сохраняются в течение длительного времени, что приводит к развитию алиментарно-зависимых заболеваний (ожирению, СД 2 типа, сердечно-сосудистым заболеваниям).

Характерной чертой НПП является восприятие пищи в качестве похвалы, утешения в условиях психоэмоционального дискомфорта. Выделяют синдром ночной еды, патологический голод, орторексический, экстернальный, ограничительный и эмоциогенный типы нарушений.

Синдром ночной еды (синдром Стункарда) представляет собой нарушение пищевого поведения во сне, сопровождающееся повторяющимися компульсивными эпизодами приема пищи при ночных

пробуждениях. Такие эпизоды пациенты не способны контролировать. Люди с синдромом Стункарда могут проявлять агрессию и сопротивление при попытке пробуждения. Сам эпизод длится не >10 мин, при этом количество съеденного может составлять 25% от общей суточной энергоемкости рациона. Такие приступы происходят 2 раза/нед. или чаще. Утром после подобного ночного эпизода пациент либо не помнит его, либо помнит отрывочно. Манифестация этого синдрома обычно приходится на возраст от 22 до 39 лет. У мужчин синдром Стункарта встречается крайне редко.

Для выявления синдрома ночной еды используют ряд симптомов:

1. отсутствие аппетита по утрам;
2. пропуск завтрака не <4 раз/нед.;
3. сильная потребность в еде перед засыпанием при наличии последнего приёма пищи (ужина);
4. трудности с засыпанием или пробуждением минимум 4 раза/нед.;
5. убеждение в необходимости использования еды как снотворного;
6. частое подавленное настроение, особенно в вечернее время.

Обнаружение хотя бы 3-х из перечисленных симптомов может свидетельствовать о высоком риске наличия синдрома ночной еды. Среди причин возникновения синдрома Стункарта выделяют: гормональные нарушения (низкое содержание мелатонина, лептина и серотонина), употребление психоактивных веществ (спиртных напитков, наркотиков) и курение [6].

Патологический голод, как тип НПП, встречается очень редко, и связан он с неспособностью человека контролировать аппетит. Некоторые люди при таком нарушении обладают врожденным инстинктивным механизмом, который заставляет их постоянно употреблять пищу. Обычно нарушения проявляются в подростковый период, но могут возникать и в более позднем возрасте. Клиническая картина характеризуется упорной потребностью съесть что-либо, которая возникает в промежутках ясти. Об этом типе нарушения можно говорить в том случае, если человек >5 раз/сут. дополнительно принимает пищу или такие нерегулярные приемы пищи составляют >25% от суточного потребления энергии. Причины патологического чувства голода могут быть обусловлены гиперкортизолемией на фоне хронического стресса, СД 2 типа, лептинорезистентностью.

Кроме того, гиперрексию могут спровоцировать заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся повышенной кислотностью желудочного сока (гастрит, язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) а также паразитарные инвазии. При тиреотоксикозе усиление процессов метаболизма приводит к повышению потребности в энергии и усилению аппетита,

однако при этом отмечается снижение МТ. Таким образом, наличие патологического голода может быть симптомом других заболеваний, и нуждается в комплексной оценке с проведением глубокого поиска причин.

Орторексический тип НПП заключается в чрезмерном желании питаться по правилам, когда подобное поведение доходит до маниакального состояния. Возникает навязчивая идея следить за своим рационом и продуктами питания. Лица, страдающие орторексией, обычно не употребляют в пищу соленое, сладкое, жирное, а также продукты, содержащие крахмал, глютен, алкоголь, дрожжи, кофеин, химические консерванты. Часто при этом типе нарушений популярны различные диеты и сыроедение. Подобное фанатичное увлечение отнимает у человека все время, при этом личные интересы уходят на второй план. Для орторексии характерна дихотомическая классификация продуктов питания. Продукт считается либо "полезным" (поэтому его следует употреблять в больших количествах), либо "вредным" (его нельзя употреблять ни при каких условиях). Если индивид все-таки не сумел воздержаться от употребления "вредного" продукта, он ощущает сильную тревожность, а также, в некоторых случаях, чувство вины, сопровождаемое снижением самооценки, что вынуждает его назначать самому себе "наказания", такие как ужесточение диетических ограничений, голодание или изнуряющие физические нагрузки.

Для предупреждения таких нарушений пациенту стоит отказаться от строгих диет, не исключать отдельные виды продуктов полностью, а по необходимости сокращать их долю в рационе [7].

Экстернальный тип НПП характеризуется повышенной реакцией на внешние раздражители, а не на внутренние гомеостатические стимулы. При этом типе нарушений поводом к приему пищи является вид накрытого стола, вид человека, принимающего пищу, реклама пищевых продуктов. Человек с подобным поведением принимает пищу всегда, когда она ему доступна, независимо от чувства голода.

Ограничительный тип НПП является очень распространенным. Избыточное пищевое самоограничение, бессистемное использование строгих диет, возникающее из-за неудовлетворенности своей внешностью, из-за низкой самооценки или зависимости от мнения окружающих приводят к развитию ограничительного поведения. Данный тип отличается ригидностью, наличием строгих правил, строгим подсчетом калорий, несоответствием строгости диетических требований внешнему виду и самочувствию человека. Часто эпизоды самоограничений сменяются эпизодами переедания.

Развитию нарушений взаимоотношений с пищей способствуют некоторые соматические болезни. Установлено, что человек, страдающий са-

харным диабетом 1 типа, испытывает фрустрацию по отношению к цифрам гликемии и к величине МТ на фоне инсулинотерапии. В условиях гиперконтроля за МТ, молодые пациенты часто преднамеренно пропускают инъекции инсулина. Более того, чередование эпизодов голодания и переедания индуцирует неконтролируемое течение заболевания. Вместе с тем, при необходимости приема варфарина и отсутствии подбора лечебно-профилактического питания пациенты часто испытывают страх перед пищей, содержащей высокие концентрации витамина К (зеленые овощи, травы) [8]. Эти факторы приводят к ситуации, когда периоды ограничений сменяются периодами переедания, что приводит к нестабильному уровню потребления витамина К и риску кровотечений.

Эмоциогенный тип характеризуется "заеданием" проблем. Такие состояния как тревожность, раздражительность, плохое настроение и чувство одиночества могут стать причиной чрезмерного приема пищи у людей с эмоциогенным пищевым поведением. В поиске радости и утешения в пище человек получает избыточную квоту энергии, что часто сопровождается приростом МТ. Такой тип пищевого поведения встречается у 60% пациентов, страдающих ожирением [9].

К симптомам эмоциогенного типа НПП относятся: внезапное возникновение потребности в еде, не связанное со временем и предыдущим приемом пищи, не проходящее при насыщении и ассоциированное со специфическим аппетитом к определенным видам пищи ("утешительная пища"). После такого императивного пищевого эпизода часто возникает чувство вины.

Оценка пищевого поведения

В научной мировой литературе представлен широкий спектр опросников, с разных сторон оценивающих пищевое поведение [10]. В общих чертах можно выделить 3 различных типа анкетирования для оценки изменений в пищевом поведении: опросники, регистрирующие потребление конкретных пищевых продуктов (частота приема пищи и предпочтения в еде); инструменты, которые оценивают мотив приверженности к той или иной модели питания (контроль веса, осознание поддержания здоровья) и шкалы, фокусирующиеся на определении множества различных мотивов реализации того или иного пищевого поведения. Так, в клинических исследованиях при оценке эффективности вмешательств по снижению МТ используют частотные опросники, помогающие определить изменения в потреблении тех или иных пищевых продуктов в течение учетного периода времени (от 24 ч до 1 мес.) [11]. Другие шкалы фокусируются на пищевых предпочтениях (например, пищевое поведение, связанное с потреблением жиров, углеводов, пищевых волокон и др.) [12]. Большинство

из этих диагностических средств весьма трудоемки и направлены на проверку общей модели питания, ее нутритивной ценности.

Помимо анкет, ориентированных на продукты питания, были разработаны вопросники для оценки мотивов, лежащих в основе выбора той или иной пищи. Существует несколько инструментов оценки, исследующих ограничительный тип пищевого поведения. Среди них: "Шкала ограничений" [13], "Опросник по текущему питанию" [14]. Разработаны ряд шкал, оценивающих приверженность человека той или иной системе питания: "Шкала соответствия Средиземноморской модели питания", "Шкала соответствия модели питания DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension — Диетологические подходы к предотвращению гипертензии)". Кроме того, в настоящее время для многих пациентов движущей силой в пищевом поведении становится тема здоровья. Ряд опросников исследует именно этот мотив выбора пищи, а именно "Здоровая и нездоровая шкала пищевого поведения" [15], "Шкала грамотности выбора еды" [16] и "Шкала здорового питания" [17].

Однако пищевое поведение трудно объяснить исключительно одним мотивом. В связи с этим созданы многомерные шкалы оценки пищевого поведения, к которым относятся Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ — Dutch Eating Behavior Questionnaire) [18], характеризующий три различных мотива приема пищи (ограничения, эмоции и внешний мотив, не связанный с голодом) и Трехфакторный опросник питания [19, 20], оценивающий в качестве основных мотивов к пищевому поведению когнитивное ограничение приема пищи, расторможенность и силу голода. Все вышеупомянутые анкеты сосредоточены на общей оценке процесса питания с использованием знаний о повседневных жизненных ситуациях и вкладе их в пищевое поведение.

Другой способ изучения поведения, ассоциированного с приемом пищи, заключается в поиске ответа на вопрос: "Почему люди едят то, что они едят?". Оценить это можно с помощью "Анкеты выбора продуктов питания" [21] или "Исследования мотивации к приему пищи" [22]. Такой подход способствует детальному пониманию мотивационной составляющей процесса питания и помогает выявить до 15 различных причин соответствующего пищевого поведения.

В клинической практике и научно-исследовательских работах широко применяются Трехфакторный опросник Стункарда TFEQ (Three Factor Eating Questionnaire), Голландский опросник пищевого поведения DEBQ, Немецкая шкала пищевого поведения и Миннесотское исследование пищевого поведения.

Трехфакторный опросник по питанию Стункарда TFEQ состоит из 51 вопроса, помогающих оценить три когнитивно-поведенческих фактора

питания: склонность ограничивать потребление пищи для контроля массы и формы тела, эпизоды потери контроля над пищевым поведением (расторможенность) и внутреннее ощущение силы голода и тяги к еде [23]. Результаты ряда клинических исследований показали, что для пациентов с высокой выраженностью первого фактора, характеризующегося ограничительным пищевым поведением, эффективной тактикой ведения могут быть образовательные мероприятия в аспекте определения состава продуктов, их калорийности, понимания механизмов регуляции массы тела и традиционных поведенческих стратегий при стрессовых стимулах. При высоких показателях, характеризующих второй фактор (эмоциогенное пищевое поведение), напротив, наибольшая эффективность наблюдается при когнитивно-поведенческой групповой терапии, которая помогает справиться с тревожностью, депрессией, одиночеством и другими психологическими триггерами. При выраженности третьего фактора — высокой силе голода, предпочтительно подключение современной анорексигенной медикаментозной терапии. Примечательно, что в трети случаев регистрируются комбинированные НПП, требующие комплексного подхода.

Голландский опросник пищевого поведения DEBQ также направлен на обнаружение особенностей пищевого поведения. Он состоит из 33 убеждений, каждое из которых респондент должен оценить в отношении себя как "Никогда", "Редко", "Иногда", "Часто" и "Очень часто". Вопросы с 1 по 10 оценивают ограничительный тип пищевого поведения, с 10 по 23 — эмоциогенный тип, а вопросы с 23 по 33 — экстернальный тип пищевого поведения. Опросник валидирован для взрослого населения и менее информативен в других группах [19, 20].

Немецкая шкала пищевого поведения предназначена для оценки частоты принятия сознательных решений в отношении еды, приверженности здоровому питанию, а также питанию с целью контроля МТ. Опросник состоит из 27 вопросов и двух подшкал: пищевого поведения, ориентированного на здоровье (14 вопросов), и пищевого поведения, контролирующего МТ (13 вопросов). Такой подход оценки пищевого поведения имеет решающее значение для подбора программ управления МТ, в т.ч. диетологических вмешательств [22].

Миннесотское исследование пищевого поведения представляет собой шкалу, состоящую из 30 вопросов, разработанную для детей в возрасте от 10 лет и взрослых. Анкета оценивает когнитивные функции и особенности пищевого поведения. Структура обследования включает в себя 4 аспекта: неудовлетворенность размерами и формой тела, компенсаторное поведение (оценка частоты приема слабительных, мочегонных средств, самовызывания рвоты и компульсивных тренировок для контроля веса),

компульсивное переедание (оценка эпизодов переедания, скрытного приема пищи) и озабоченность МТ. Важно, что лица без клинически значимых РПП, классифицируемых в соответствии с DSM-V, могут испытывать когнитивные и поведенческие симптомы НПП (неудовлетворенность своим телом, озабоченность едой/МТ) и иметь повышенный риск развития РПП в будущем. Миннесотская шкала помогает дать комплексную оценку в отношении нарушенного пищевого поведения [24].

Учитывая отсутствие сформированной единой позиции по диагностике НПП, наличие преимуществ и ограничений в использовании того или иного опросного метода, назрела необходимость создания и валидации унифицированного подхода с суммацией современных данных.

Заключение

С пищей ассоциировано развитие целого ряда алиментарно-зависимых заболеваний. Простые

рекомендации в отношении изменения рациона питания часто неэффективны, поскольку человек может иметь скрытые НПП и даже РПП.

На сегодняшний день не существует утвержденного инструмента для всеобъемлющей диагностики особенностей пищевого поведения. Более того, ни один из описанных нами опросников не исследовался в плане определения чувствительности и специфичности.

Пищевое поведение как сложная поведенческая реакция нуждается в глубоком изучении и понимании. Разгадка белых пятен в данной области будет способствовать разработке новых методов лечения, а также оценке эффективности и безопасности вмешательств, нацеленных на изменение питания и коррекцию кардиометаболических рисков.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

- Samorodskaya IV, Larina VN, Boytsov SA. The contribution of four groups of non-communicable diseases to the mortality rate of the population of the regions of the Russian Federation in 2015. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2018;21;1. (In Russ.) Самородская И. В., Ларина В. Н., Бойцов С. А. Вклад четырех групп неинфекционных заболеваний в смертность населения регионов Российской Федерации в 2015г. *Профилактическая медицина*. 2018;21;1. doi:10.17116/profmed201821132-38.
- Muromtseva GA, Kontsevaya AV, Konstantinov VV, et al. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in the Russian population in 2012-2013. Results of the ESSE-RF study. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014;13(6):4-11. (In Russ.) Муромцева Г. А., Концевая А. В., Константинов В. В., и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(6):4-11. doi:10.15829/1728-8800-2014-6-4-11.
- Drapkina OM, Shishkova VN, Kotova MB. Psychoemotional risk factors for non-communicable diseases in outpatient practice. *Guidelines for internists. Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(10):3438. (In Russ.) Драпкина О. М., Шишкова В. Н., Котова М. Б. Психоземotionalные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике. Методические рекомендации для терапевтов. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(10):3438. doi:10.15829/1728-8800-2022-3438.
- Telegina AI, Liferov RA, Fisun AY, et al. Prevalence of risk factors in people with arterial hypertension exposed to occupational stress. *Clinical Medicine*. 2017;95(6):535-44. (In Russ.) Телегина А. И., Лиферов Р. А., Фисун А. Я. и др. Распространенность факторов риска у людей с артериальной гипертензией, подверженных профессиональной стрессовой нагрузке. *Клиническая медицина*. 2017;95(6):535-544. doi:10.18821/0023-2149-2017-95-6-535-544.
- Goldshmid AE, Balakshina NA, Amosova MV, et al. The combination of type 1 diabetes and eating disorder during pregnancy. *Diabetes mellitus*. 2022;25(6):570-5. (In Russ.) Гольдшмид А. Е.,
- Балакшина Н. А., Амосова М. В. и др. Клинический случай сочетания сахарного диабета 1 типа и расстройства пищевого поведения во время беременности. *Сахарный диабет*. 2022;25(6):570-5. doi:10.14341/DM12818.
- Strueva NV, Poluektov MG, Saveleva LV, et al. Features of eating behavior, emotional state and metabolic parameters in obese patients with insomnia. *Obesity and metabolism*. 2014;2:24-9. (In Russ.) Струева Н. В., Полуэктов М. Г., Савельева Л. В. и др. Особенности пищевого поведения, эмоционального состояния и показателей метаболизма у больных ожирением с инсомническими расстройствами. *Ожирение и метаболизм*. 2014;2:24-9. doi:10.14341/OMET2014224-29.
- Fateeva MS. Orthorexia Nervosa: the history of the term, diagnostic criteria and place among known eating disorders. *Science and Education a New Dimension*. 2021;64-71. (In Russ) Фатеева М. С. Orthorexia Nervosa: история возникновения термина, диагностические критерии и место среди известных расстройств пищевого поведения. *Science and Education a New Dimension*. 2021;64-71. doi:10.31174/SEND-PP2021-245IX96-13.
- Yurenev GL, Mironova EM, Sirota NA, et al. Features of psychoemotional status and eating disorders in patients with gastroesophageal reflux disease and obesity. *Consilium Medicum*. 2021;23(5):412-6. (In Russ.) Юренев Г. Л., Миронова Е. М., Сирота Н. А. и др. Особенности психоземotionalного статуса и расстройства пищевого поведения у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и ожирением. *Consilium Medicum*. 2021;21(5):412-6. doi:10.26442/20751753.2021.5.200932.
- Kvitkova LV, Smakotina SA, Sotnikova YuM, et al. From the individual characteristics of eating behavior and chronotype to the formation of abdominal obesity. *Endocrinology: News, Opinions, Training*. 2019;3(28):22-9. (In Russ.) Квиткова Л. В., Смакотина С. А., Сотникова Ю. М. и др. От индивидуальных особенностей пищевого поведения и хронотипа к формированию абдоминального ожирения. *Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение*. 2019;3(28):22-9. doi:10.24411/2304-9529-2019-13002.
- Mikhailova AP, Ivanova DA, Strakhova AV. Questions of qualification and psychological diagnostics of eating behavior in

- the norm and with its violations. Psychology. Psychophysiology. 2019;12(1):97-117. (In Russ.) Михайлова А. П., Иванова Д. А., Штрахова А. В. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях. Психология. Психофизиология. 2019;12(1):97-117. doi:10.14529/psy190110.
11. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National Guidelines 2022. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О. М., Концевая А. В., Калинина А. М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
12. Pook M, Tuschen-Caffier B, Stich N. Evaluation des Fragebogens zum Figurbewusstsein (FFB, Deutsche Version des body shape questionnaire). Verhaltenstherapie. 2022;12(2):116-24. doi:10.1159/000064375.
13. Herman CP. Restrained eating. Psychiatr Clin N Am. 1978;1(3):593-607. doi:10.1016/S0193-953X(18)31041-4.
14. Lowe MR. The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model. Psychol Bull. 1993;114(1):100-21. doi:10.1037/0033-2909.114.1.100.
15. Guertin C, Pelletier L, Pope P. The validation of the healthy and unhealthy eating behavior scale (huebs): Examining the interplay between stages of change and motivation and their association with healthy and unhealthy eating behaviors and physical health. Appetite. 2020;144:104487. doi:10.1016/j.appet.2019.104487.
16. Poelman MP, Dijkstra SC, Sponselee H, et al. Towards the measurement of food literacy with respect to healthy eating: The development and validation of the self-perceived food literacy scale among an adult sample in The Netherlands. Int J Behav Nutr Phys Act. 2018;15(1):54. doi:1186/s12966-018-0687-z.
17. König LM, Sproesser G, Schupp HT, et al. Describing the process of adopting nutrition and fitness apps: Behavior stage model approach. JMIR MHealth UHealth, 2018;6(3):55. doi:10.2196/mhealth.8261.
18. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. International J Eat Disord. 1986;5(2):295-315.
19. Budkevich RO, Budkevich EV, Kolomeichuk SN, et al. Eating Behavior, Sleep Self-Assessment, and Personality Emotional Features in Extreme Chronotype Students. SS Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2021;121(4-2):19-23. (In Russ.) Будкевич Р. О., Будкевич Е. В., Коломейчук С. Н. и др. Пищевое поведение, самооценка сна и особенности эмоциональной сферы личности у студентов крайних хронотипов. Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. 2021;121(4-2):19-23. doi:10.17116/jnevro202112104219.
20. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. J Psychosom Res. 1985;29(1):71-83. doi:10.1016/0022-3999(85)90010-8.
21. Steptoe A, Pollard TM, Wardle J. Development of a measure of the motives underlying the selection of food: The food choice questionnaire. Appetite. 1995;25(3):267-84. doi:10.1006/appe.1995.0061.
22. Wurst R, Brame J, Ramsenthaler C, et al. A questionnaire to assess eating behavior: structure, validity and responsiveness of a new German eating behavior scale (sev). Appetite. 2022;168:105668. doi:10.1016/j.appet.2021.105668.
23. Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, et al. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. Int J Obes. 2000;24(12):1715-25. doi:10.1038/sj.ijo.0801442.
24. Tyuvina NA, Verbitskaya MS, Stolyarova AE. Atypical depression: criteria for identifications, systematics, approaches to therapy. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2020;12(2):98-103. (In Russ.) Тювина Н. А., Вербицкая М. С., Столярова А. Е. Атипичная депрессия: критерии выделения, систематика, подходы к терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020;12(2):98-103. doi:10.14412/2074-2711-2020-2-98-103