



## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ (обзор литературы)

О.В. МАКСИМ, Д.А. ТАРУМОВ, А.С. БОГДАНОВСКАЯ

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
ул. Боткинская, д. 17, г. Санкт-Петербург, 194044, Россия*

**Аннотация.** Пищевое поведение – сложная поведенческая реакция на влияние комплекса внутренних и внешних факторов. Нарушения пищевого поведения взаимосвязаны с поведенческими особенностями, зачастую приводящими к развитию ожирения и ограничивающими возможности эффективной коррекции массы тела. **Цель исследования** – описание и оценка социокультурных, семейных, психологических и психосоциальных факторов в формировании нарушений пищевого поведения, а также возможностей их коррекции. **Материалы и методы исследования.** Систематический обзор отечественной и зарубежной литературы. **Результаты и их обсуждение.** Роль пищевого поведения значительно шире, чем удовлетворение физиологических потребностей индивида. В формировании и поддержании девиантного пищевого поведения, кроме психологических особенностей личности, негативных эмоций и психосоциальной дезадаптации, важное значение имеют особенности взаимоотношений в родительской семье, алекситимия и нарушение восприятия образа тела. В предложенном обзоре отражены ключевые психологические предпосылки формирования девиантного пищевого поведения и возможности коррекции таких нарушений, результаты некоторых сравнительных исследований эффективности использования психотерапевтических методов в лечении расстройств пищевого поведения. Последовательное использование методик когнитивно-поведенческой и медикаментозной терапии, а также межличностной психотерапии позволяют получить стойкий лечебный эффект.

**Ключевые слова:** нарушения пищевого поведения, ожирение, когнитивно-поведенческая терапия.

## PSYCHOLOGICAL FACTORS RESULTING IN FORMATION OF THE EATING DISORDERS AND POSSIBILITIES FOR THEIR CORRECTION (literature review)

O.V. MAKSIM, D.A. TARUMOV, A.S. BOGDANOVSCAYA

*S.M. Kirov Military Medical Academy, 17 Botkinskaya str., Saint Petersburg, 194044, Russia*

**Abstract.** Eating behavior is a complex behavioral response to the set of internal and external factors. Eating disorders are interrelated with behavioral characteristics leading to the development of obesity and preventing effective body weight correction. **Objective.** The purpose of this work is to describe and evaluate sociocultural, family, psychological and psychosocial factors in the formation of eating disorders, as well as the possibilities for their correction. **Materials and methods.** Systematic review of domestic and foreign literature. **Results.** The role of eating behavior is much broader than the satisfaction of the physiological needs of the individual. In the formation and maintenance of deviant eating behavior, in addition to the psychological characteristics of the individual, negative emotions and psychosocial maladjustment, the features of relationships in the parental family, alexithymia and body image disorders are important. This review indicates key psychological resulting in formation of the deviant eating behavior along with possible solutions to this problem. Comparative analysis results of the effectiveness of psychotherapeutic methods in treating eating disorders are also reviewed.

**Key words:** eating disorders, obesity, cognitive behavioral therapy.

**Введение.** Потребность в пище – одна из базовых потребностей организма, однако пищевое поведение – сложная поведенческая реакция в ответ на влияние внутренних и внешних факторов, целью которой является поддержание всех видов гомеостаза – в первую очередь биоэнергетического, обеспечивающего функционирование как организма в целом, так и психических процессов [42]. Специфическое влияние на особенности пищевого поведения оказывают психоэмоциональное состояние, физический комфорт, индивидуальные психоэмоциональные и поведенческие реакции в ответ на чувство голода, индивидуальные вкусовые предпочтения, социальное окружение и т.д. [24]. Нарушения пищевого поведения по типу переедания закономерно приводят к развитию алиментарного ожирения.

Отсутствие универсальных эффективных мероприятий по нормализации массы тела ставит перед исследователями все новые задачи. Борьба с избыточным весом – актуальная мультидисциплинарная проблема, которая особенно важное значение приобрела в период длительного психологического и психосоциального прессинга, связанного с ограничительными мероприятиями в период пандемии *COVID-19* [1, 25].

Крайне актуальным является использование психокоррекционных мероприятий для решения проблем, связанных с перееданием. Обязательным компонентом эффективной стратегии лечения ожирения признана *когнитивно-поведенческая психотерапия* (КПТ), позволяющая повлиять на дезадаптивные пищевые стереотипы, базирующиеся на индивидуальных психологических и личностных характеристиках, взаимосвязанные с социальными и психосоциальными влияниями [12, 15, 38, 52].

**Цель исследования** – описание и оценка социокультурных, семейных, психопатологических и психологических факторов в формировании нарушений пищевого поведения, а также возможностей их психологической коррекции.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы отечественные и зарубежные научные статьи за 1999-2022 г.г. по научным разделам медицинской психологии, клинической психиатрии и психотерапии, эндокринологии.

*Пищевое поведение* (ПП) человека не ограничивается только удовлетворением биологических и физиологических потребностей организма: его роль гораздо шире – она распространяется на сферу психологических и социальных потребностей. Процесс еды непосредственно взаимосвязан с процессами общения и социализации, пищевые привычки и традиции отражают уровень развития культуры, свидетельствуют о религиозной, национальной и территориальной принадлежности, показывают влияние семьи в сфере пищевого поведения [11, 19].

ПП имеет ряд психологических функций: разрядка психоэмоционального напряжения; чувственное наслаждение; общение; самоутверждение; поддержание ритуалов или привычек, традиций и стереотипов; компенсация неудовлетворенных потребностей индивида; поощрение себя вкусной пищей; удовлетворение эстетической потребности [24].

По мнению Менделевича В.Д. (2005), при оценке девиантности ПП обязательно должен учитываться этнокультуральный стереотип отношения к пище окружения человека [23]. Разные культуры по-разному относятся к процессу питания. Наиболее значимую роль приему пищи придает восточная психологическая модель ценностей. Кроме своеобразных представлений о красоте (здоровым и привлекательным считается упитанный человек с хорошим аппетитом), то, как и сколько ест человек, – является критерием оценки гостеприимства хозяина, тем самым формируя предпосылки к «заеданию» стресса (реализуется модель «сначала поешь – потом поговорим»). Западная психологическая модель ценностей не оказывает столько внимания процессу питания, в ней гостеприимство не взаимосвязано с ритуалом приема пищи. Важным считается разумное отношение к пище, актуальны иные стандарты красоты, в частности, стройность и спортивность [32]. Однако западная система ценностей, желая упростить отношение к питанию путем стандартизации самого его механизма в образе фастфуда, возвела этот процесс в культ, что и породило проблему переедания.

Стиль пищевого поведения, по мнению Б. Любан-Плоцца и соавт. (1994), отражает физиологические и когнитивные процессы, характеризует степень удовлетворения аффективных потребностей (таких, как потребность в безопасности, в любви и принятии). Процесс питания может служить своеобразным механизмом компенсации неудовлетворенных в полной мере потребностей в сфере взаимоотношений [13, 16, 24].

Бессознательные механизмы регуляции приема пищи формируются при взаимодействии с окружающими – в первую очередь это касается семьи [12, 19, 72]. С самых ранних этапов развития ребенка родительская семья участвует в формировании взаимосвязи любви и питания. Процесс кормления является важной психологической составляющей развития у ребёнка ощущения защищенности, ведь телесный контакт с матерью при кормлении дает возможность младенцу ощутить себя любимым. Для младенца чувства защищенности, принятия и сытости неразрывны, и способствуют формированию привязанности [19]. К факторам риска нарушений ПП относят нарушение привязанности во взаимоотношениях матери и ребенка [41]. Тревожная привязанность расценивается как предпосылка переедания и избыточной массы тела [71], а нарушение привязанности способствует развитию тревоги и депрессии [7, 24].

В период дальнейшего развития индивида основная роль в формировании ПП переходит к семье как целому [24, 72]. Отношение к пище, пищевые привычки, особенности пищевых предпочтений и ритуалы, связанные с процессом приема пищи в семье, оказывают влияние на формирование гармоничного ПП [3, 12, 19]. Важную роль в его формировании имеет процесс социализации. В подростковом возрасте огромное значение приобретает влияние сверстников и общественного окружения, которые могут выступать связующим звеном между ПП и социализацией [7].

Формирование и поддержание алиментарного ожирения обусловлено неправильными пищевыми привычками, такими, как склонность к употреблению избытка жирной и сладкой пищи, привычка «заедать» стресс, мало двигаться, привычка вести образ жизни полного человека [12, 19, 71].

Пищевые привычки в семье особенно актуальны при формировании эмоциогенного типа нарушения ПП. Если в семье пище делегируется роль главного источника удовольствия, то другие возможности получения удовольствия (эстетические, духовные, интеллектуальные) не развиваются в достаточной мере [7, 61]. Когда любой дискомфорт ребенка (как соматический, так и эмоциональный) воспринимается матерью как проявление голода, и, соответственно, приводит к постоянному кормлению – у ребенка закрепляется патологический стереотип поведения – если плохо, нужно поесть. При этом могут обнаруживаться нарушенные взаимоотношения матери и ребенка: для матери желание накормить становится суррогатной заменой других проявлений любви и заботы, а у ребенка в процессы еды появляется возможность получить внимание матери. Еще З. Фрейд в 1905 г. в своей работе «Три очерка по теории сексуальности» описывает механизмы фиксации на оральной стадии психосексуального развития, формирующие в дальнейшем не только модели пищевого поведения, но и характерологические особенности человека.

Среди факторов, предрасполагающих к развитию расстройств ПП, обращается внимание на широко распространенную среди пациентов с избыточной массой тела алекситимию – комплекс нарушений, характеризующихся снижением способности человека к дифференциации, вербализации и экспрессии собственных чувств и эмоций, распространенность которой среди современной европейской популяции достигает 10% [18]. Это когнитивно-аффективное расстройство играет существенную роль в формировании психосоматических заболеваний. Алекситимия ассоциирована с различными типами расстройств ПП, как при клинически выраженных нервной анорексии и булимии, так и при компульсивном переедании [18]. Большинство исследователей считают алекситимию фактором, предрасполагающим к ожирению и затрудняющим его терапию [3, 18, 70].

Специфические особенности личности (в частности, сниженная стрессоустойчивость, склонность к тревожно-депрессивным реакциям, избыточная эмоциональность) ассоциированы с формированием неадаптивного типа ПП при ожирении [9, 16, 28, 34].

Индивидуальные психологические особенности играют важную роль в формировании нарушений ПП. Известно, что пациентов с ожирением отличает склонность к тревожно-депрессивным реакциям, психическая незрелость, высокая социальная ориентированность [6]. Часто упоминается о выявлении у таких пациентов пассивных форм поведения, несовершенных механизмов психологической защиты, плохо контролируемой эмоциональности [7, 19, 26, 29, 31]. Для них прием пищи становится защитным механизмом, который не требует дополнительного эмоционального или умственного перенапряжения.

Отмечено, что девиантное пищевое поведение у женщин с ожирением зачастую представляет собой ответ на негативные эмоции (грусть, гнев, неэффективность, одиночество), а у тучных мужчин переедание чаще возникает в ответ на позитивные аффективные и социальные воздействия. В рамках гендерных различий при ожирении подтверждено, что для женщин характерна взаимосвязь переедания и низкой самооценки. Для мужчин характерно переедание в ответ на сильные негативные эмоции, направленные вовне, а женщины наиболее склонны к перееданию в ответ на внутреннее отвращение к себе [31]. Некоторые авторы отмечают взаимосвязь переедания, соблюдения диет и чувства одиночества у женщин [48].

Булимическое поведение тесно взаимосвязано с эмоциями, такими как тревога, депрессия и гнев [42]. Булимические установки коррелируют с состоянием гнева и его подавлением – пациенты с ожирением используют переедание как средство контроля гнева, либо замены его на более социально приемлемое эмоциональное состояние – чувство вины. Иногда неспособность выражать гнев формирует устойчивые и неконтролируемые состояния, которые воспринимаются как нежелательные. В попытках выхода из таких эмоциональных состояний индивид выбирает действенный и привычный способ реагирования – коррекция эмоционального дискомфорта посредством приема высококалорийной и высокоуглеводной пищи. Девиантность пищевого поведения формируется как при конфликтности и несдержанности, так и при подавлении агрессивного поведения – отмечено, что высокий уровень аутоагрессии коррелирует с повышением массы тела [26].

За формирование бессознательного, согласно теории Г. Аммона (1995), отвечают ведущие функции личности: агрессия, креативность, сексуальность, нарциссизм, страх, Я-отграничение, идентичность. Они составляют фундамент сознательной личности. Ключевая роль принадлежит функции идентичности – это ядро личности человека, которое находится в состоянии постоянного развития. Невозможность проявления конструктивной агрессии влечет за собой кризис идентичности, когда активность, интересы, целеустремленность, жизненный тонус и жизненные цели индивида редуцируются и утрачиваются. Вследствие этого формируется неуверенность в своих силах, чувство неспособности противостоять неприятностям, развивается тревожность, депрессивность, аутоагрессия – предпосылки для социальной дезадаптации и девиантного пищевого поведения [16].

Другими психологическими предпосылками формирования девиантного пищевого поведения считают такие личностные характеристики, как перфекционизм и нарушение удовлетворенности собственным телом.

Перфекционизм – центральная психологическая характеристика индивидов с нарушениями ПП. Убежденность в том, что совершенствование, как собственное, так и других людей, является наиболее важной целью жизни человека, является фактором риска развития нарушений ПП. Перфекционисты склонны устанавливать для себя нереалистично высокие стандарты, компульсивно стремятся к реализации невозможных целей и определяют самооценку лишь в контексте достижений и продуктивности [19]. Это подтверждает анализ психологического портрета пациентов с ожирением при различных стилях ПП – отмечено, что для эмоциогенного типа существенно повышенный уровень вины и тревоги был связан с социально предписанным перфекционизмом, импульсивностью, экстраверсией; а для ограничительного типа ПП выявлены взаимосвязи с перфекционизмом, ориентированным на себя, доминированием и контролем желаний [19, 29, 31].

В формировании нарушений ПП одной из важных составляющих является нарушение восприятия собственного тела. Представления об образе тела формируются под влиянием социального давления – предлагаемых средствами массовой информации стандартов стройности, несоответствие которым приводит к повышению уровня неудовлетворенности собственным телом. Навязывается определенная модель внешнего вида, которая и становится маркером успешности. Социальные сети поддерживают и закрепляют эту модель, поддерживают обмен опытом по достижению требуемых критериев. Для некоторых индивидов достижение идеала красоты становится необходимой, но практически невыполнимой задачей. Обычно вес, который человек считает для себя идеальным, при нарушениях ПП значимо снижен, что приводит к поведенческим нарушениям, депрессивным реакциям, поддерживающим нездоровые пищевые привычки [32, 63].

Нарушение образа собственного тела повышает риск развития булимии и vomитомании, приводит к деформации ограничительного диетического поведения. Некоторые авторы предлагают рассматривать нарушение удовлетворенности образом собственного тела как этап формирования нарушений ПП, в первую очередь эмоциогенного типа [11, 19]. Диетические ограничения могут провоцировать срывы – так называемые «кутежи» – жесткая диета может провоцировать эпизоды переедания. С одной стороны, любая диета способствует смещению механизмов контроля приема пищи с физиологических на когнитивно-зависимые, повышая уязвимость индивида к перееданию в случаях нарушения этих когнитивных процессов. С другой стороны, неудовлетворенность образом собственного тела сопровождается эмоциональным дискомфортом, повышающим риск переедания в случаях, когда пища для индивида является средством достижения комфорта и купирования негативных переживаний [32].

Термин «образ тела» оказывается тесно связанным с представлениями о границах тела [11]. Правильное восприятие границ собственного тела определяет понимание эффективности механизмов защиты своего «Эго» от внешних «посягательств».

Предполагается, что нарушение восприятия границы собственного тела может быть маркером нарушений ПП по типу переедания. Неверные представления о собственных границах и границах других не позволяют конструктивно оценивать внешние обстоятельства, приводя к нарушению во взаимоотношениях с внешним миром. Переедание, в таком случае, используется в качестве незрелого защитного механизма, направленного на защиту границ собственного Я от внешнего мира [12]. Понять причину пищевой зависимости при компульсивном переедании невозможно без анализа когнитивных установок, определяющих психологические границы личности и особенности взаимодействия с внешним миром [5, 60].

Нарушения ПП сопряжены с большей встречаемостью и выраженностью депрессии и имеют высокую степень коморбидности с другими психическими расстройствами. Отмечаются более низкие показатели качества жизни у больных с нарушениями ПП и ожирением по таким параметрам, как показатели общего и психического здоровья, жизненной активности [2, 9]. По данным исследователей до 56,2% страдающих нарушениями ПП имеют признаки аффективных или тревожных расстройств, либо признаки употребления психоактивных веществ [68]. Среди пациентов с НПП наиболее часто встречаются обсессивно-компульсивные (до 10%), тревожно-фобические (до 15%) расстройства, а распространенность депрессивной симптоматики значительно возрастает (до 70%) при сопутствующих морбидном ожирении и сахарном диабете 2 типа [15]. Психопатологическая симптоматика нарастает тем больше, чем более выражена ожирения [56].

Важным моментом в развитии предпосылок для девиантного ПП является неосознанное отношение к процессу приема пищи [62, 72]. Прием пищи без чувства голода – один из важных моментов, способствующих перееданию, и, как следствие, формированию ожирения [52, 62]. Компульсивное переедание считается одной из основных причин развития алиментарного ожирения [12, 19, 21, 35, 71].

Несомненно, с целью преодоления девиантного ПП необходимо использование психотерапевтических методик, что позволяет купировать болезненные клинические проявления, провести коррекцию индивидуальных психологических характеристик с целью вторичной профилактики психосоматических расстройств [6, 12, 15].

Психологическая коррекция нарушений ПП, несомненно, должна включать не только само поведенческое нарушение, крайне важным для таких пациентов становится принятие себя, достижение удо-

влетворенности образом собственного тела, пересмотр взаимоотношений с внешним миром и установок личностного и социально предписанного перфекционизма, что обеспечит эффективный и устойчивый терапевтический результат [12, 19].

При коррекции расстройств ПП у пациентов с ожирением используют различные психотерапевтические методики, которые можно классифицировать следующим образом: когнитивно-поведенческая терапия (базовая терапия, которая может проводиться как с участием психотерапевта, так и в режиме самотренинга, а также в виде диалектической поведенческой терапии); межличностная психотерапия; психодинамическая (психоаналитически-ориентированная) психотерапия; групповая психотерапия [12, 52].

При выраженной психопатологической симптоматике возникает необходимость в назначении антидепрессантов, наиболее часто используется группа селективных ингибиторов обратного захвата серотонина [12].

При лечении ожирения на фоне нарушений ПП у большинства клиницистов возникает трудности, связанные не столько с достижением регрессии массы тела (по мнению большинства исследователей на фоне интенсивного изменения образа жизни снижение веса наблюдается у половины пациентов с ожирением), сколько с удержанием достигнутого результата.

Оценка сравнительной эффективности различных программ по снижению веса, включавших как традиционные вмешательства, так и поведенческую терапию, продемонстрировала, что после первоначального успешного снижения веса большинство пациентов восстановило прежний вес или увеличило его. Так, стойкого результата терапии, направленной только на коррекцию образа жизни, не достигается – не менее 2/3 среди всех эффективно пролеченных пациентов в ближайшие 4-7 лет вновь набирают вес (зачастую больший, чем до терапии) [53]. Причины такой динамики – не только индукция орексигенных гуморальных влияний в ответ на снижение веса, но и усиление активности системы вознаграждения («еда-награда»), провоцирование гиперфагии, характерной для пациентов с ожирением [12].

Психологическая помощь пациентам с ожирением, а также нарушениями ПП булимического спектра, способствующими ожирению, должна включать методики, позволяющие выявить причины формирования и поддержания девиантных пищевых паттернов, восстановить контакта с собственным телом, предоставить пациенту возможность научиться чувствовать свое тело, осознавать свои истинные потребности, сформировать привычку осознанного питания [6, 15, 19, 29].

Основой лечебных мероприятий служит поведенческая терапия, направленная на постепенное исправление нарушенного пищевого стереотипа – необходимо достичь изменения отношения пациента к пище, не воспринимать ее как единственный доступный механизм влияния на эмоциональный дискомфорт [17, 52].

Наибольшую эффективность в профилактике расстройств ПП показывает обучение методикам стресс-преодолевающего поведения в тренинговой группе, которая в естественных условиях дает представление о путях преодоления эмоциональных затруднений, способствует профессиональной и социальной адаптации [19, 63].

*Международная классификация болезней 11-го пересмотра* (МКБ-11) рассматривает расстройства пищевого паттерна в главе «Психические, поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития» и выделяет следующие состояния: нервную анорексию, *нервную булимию* (НБ), патологическое переедание, патологическое избирательно-ограничительное потребление пищи, извращение аппетита, патологическое пережевывание и срыгивание, другие уточненные расстройства питания и пищевого поведения [24].

С точки зрения клинической психиатрии расстройства ПП нарушают потребление или усвоение пищи, значительно ухудшают физическое здоровье, существенно влияя на психосоциальное функционирование. Практическое руководство по лечению расстройств ПП американской психиатрической ассоциации (2006 г.) является наиболее полным и комплексным руководством для врачей диетологов, психиатров и эндокринологов [40]. Учитывая актуальность проблемы, в дальнейшем практические рекомендации актуализировались [38, 39].

Большинство руководств по коррекции нарушений ПП (как отечественные, так и зарубежные) сосредоточены на облегчении симптомов заболевания, не ориентированы на долгосрочный прогноз, а определение выздоровления не включает психологических аспектов. Так, состояние здоровья значительной части пациентов с расстройством ПП спустя длительный промежуток времени не только возвращалось к исходному уровню, но и ухудшалось [57].

Наиболее значимые результаты лечения расстройств ПП получены при стационарном лечении, даже при условии отсутствия осложняющих факторов (серьезные соматические проблемы, суицидальное поведение, психоз), тяжелых симптомов, ухудшающих функционирование, или недостаточного ответа на амбулаторное лечение. Был проведен сравнительный анализ эффективности терапии 55 больных тяжелой НБ, рандомизированных на две группы – лечившихся в условиях стационара или дневного стационара. По результатам исследования к третьему месяцу терапии в обеих группах достигнуто уменьшение

общей и специфической симптоматики, однако в группе стационарной терапии зафиксировано ухудшение булимических симптомов [73].

В корейском исследовании (Kong, 2005) 43 подростка со смешанными симптомами расстройств ПП, получавшие традиционную терапию, включавшую КПТ, межличностную терапию и/или медикаменты, случайным образом распределили на группу, получавшую терапию в условиях дневного стационара и группу, пролеченную в амбулаторных условиях. Пациенты в группе дневного стационара демонстрировали более оптимальное снижение индекса массы тела, уменьшение количества эпизодов переедания и освобождения от пищи, улучшение показателей по шкале исследования расстройств приема пищи, шкале самооценки Розенберга и шкале депрессии Бека [51].

Несомненно, центральное место в лечении пациентов с расстройствами ПП булимического спектра должна занимать нормализация питания и пищевых привычек. Было продемонстрировано, что здоровый прием пищи и цель терапии по снижению веса могут быть несовместимыми, что требует специализированного подбора диеты [41].

Доказано, что КПТ рекомендуется как наиболее эффективная и изученная среди психосоциальных интервенций у пациентов с расстройством ПП. Показания для назначения межличностной терапии появляются у пациентов, не отвечающих на КПТ. Различные исследования демонстрируют эффективность различных видов КПТ и межличностно-ориентированной терапии как в индивидуальном, так и групповом формате. Активно изучаются психосоциальные программы самопомощи, реализующиеся в дистанционном формате, в том числе с помощью сети Интернет.

В обновленном коокрановском обзоре Hay *et al.* (2019) отражены результаты 48 исследований использования КПТ и различных вариантов межличностной психотерапии при НБ, включавшие результаты лечения 3054 пациентов. В обзоре не получено данных о том, что изолированная психотерапия недостаточно эффективно влияет на динамику массы тела у пациентов с НБ или булимическими расстройствами ПП. Отмечено, что эффективность КПТ не изменяется при изменении экспозиции эмоциональных реакций, что позволило сделать вывод о недостаточном количестве доказательств эффективности изолированной КПТ при НБ и булимических состояниях [49].

В небольшом рандомизированном исследовании 219 пациентов с НБ в группы КПТ и межличностной терапии, причем особое внимание уделялось стадиям формирования пищевых привычек и отношения к своему весу [38]. Межличностная терапия у таких пациентов не включала коррекцию специфических когнитивных или поведенческих аспектов, характерных для КПТ. Отмечено улучшение состояния и купирование симптоматики у пациентов в группе КПТ, в отличие от пациентов группы межличностной терапии.

Несколько исследований были посвящены изучению потенциального значения стратегий усиления мотивации вовлечения в терапию. Их результаты противоречивы. В двухфазном исследовании, пациенты с расстройствами ПП (всего 225 человек) рандомизированы в группу КПТ или мотивационного усиления (фаза 1). В дальнейшем пациентов распределяли в группы индивидуальной или групповой КПТ на 12 недель (фаза 2). В период катамнестического наблюдения (спустя 1 и 2,5 года) у пациентов обеих групп наблюдались значимые улучшения, причем различия между группами были минимальны [50].

Исследование [47] посвящено оценке эффективности мотивационной терапии: у 181 пациента с расстройствами ПП до начала терапии оценили мотивацию к лечению, затем пациентов рандомизировали на группы. В первой группе проводили пять подготовительных психологических сессий и мотивационную терапию, пациентов другой группы включили в очередь ожидания в качестве группы контроля. К 6-й неделе и 3-му месяцу катамнестического наблюдения в обеих группах была отмечена готовность к переменам, появление желания похудеть, уменьшение симптомов депрессии и булимии, но пациенты в группе подготовительной и мотивационной терапии, показали менее амбивалентное отношение к лечению.

Эффективность использования обычной поведенческой коррекции при НБ оценили случайным образом распределив 135 пациентов на группы: одна группа получила 8 сессий КПТ и/или тренинг по релаксации, другая – один из двух типов экспозиционной терапии с профилактикой эмоциональных реакций [57]. Первый тип экспозиционной терапии был сфокусирован на стимулах, предшествовавших эпизоду переедания, второй – на эпизодах освобождения от пищи. К 5-му году катамнестического наблюдения выявлены достоверные различия: эффективность тренинга релаксации оказалась минимальной, а наиболее эффективный контроль над рецидивами заболевания достигнут среди пациентов, прошедших любую форму экспозиционной терапии с профилактикой эмоциональных реакций (43% составляли пациенты, сфокусированные на стимулах, предшествовавших перееданию, и 54% – на эпизодах освобождения от пищи).

Проводились исследования по изучению факторов, влияющих на течение и результаты терапии НБ. Для пациентов с НБ, эффективно пролеченных с помощью курса КПТ, устные напоминания пройти дополнительную терапию, направленную на профилактику рецидивов, не оказали достаточного эффекта, что свидетельствовало о постепенном снижении мотивации к терапии [58].

Проведено сравнение влияния КПТ на течение и исход НБ у 134 пациенток. В исследование были включены 59 пациенток с изолированной симптоматикой НБ, 38 – с НБ и пограничным расстройством личности, а также 39 пациенток которые, наряду с НБ, страдали другим расстройством личности. За три года катамнестического наблюдения между тремя группами не выявлено различий в динамике симптомов НБ и общей психопатологической симптоматики [65].

Представляют интерес исследования, оценивающие эффективность использования телемедицины и сети Интернет как способов проведения психотерапевтического лечения. В рандомизированном контролируемом исследовании, включавшем 128 пациенток с НБ, лечение с помощью КПТ предоставлялось очно или с помощью телемедицины на протяжении 20 недель. Отмечено, что телемедицинские технологии оказались экономически более эффективными [44, 59]. Наиболее интересно, что пациентки оценивали дистанционные терапевтические вмешательства выше, чем сами терапевты, и воспринимали подобный вариант КПТ лучше, чем очную индивидуальную КПТ [44].

В исследовании дистанционных вариантов КПТ с дополнительной поддержкой по электронной почте включили 76 студенток с НБ или другими расстройствами ПП, рандомизировав их по двум группам: в группу терапии или в группу ожидания с последующим лечением через 3 месяца. К 3-му и 6-му месяцу наблюдения у пациенток, сразу получавших КПТ, отмечались значимо лучшие результаты, чем у тех, которые несколько месяцев ждала начала терапии. Это указывает на важность максимально быстрого начала терапии при выявлении проблем [66].

Некоторые исследования посвящены оценке эффективности комбинированной терапии при расстройствах ПП. В исследовании, включавшем 293 пациента, проведен анализ результатов различных методов комбинированной терапии при НБ. В одной группе участники получали 20 сессий КПТ на протяжении 18 недель (при отсутствии достаточного эффекта от КПТ после 6 сессий к лечению добавляли флуоксетин 60 мг/сут.). В другой группе использовали метод последовательного предоставления помощи: начинали с самопомощи под наблюдением психотерапевта, затем, при отсутствии адекватного терапевтического ответа после 6 сессий, назначался флуоксетин и, в случае необходимости, проводилась КПТ. К окончанию курса терапии не было выявлено различий между группами в редукции клинической симптоматики (отсутствие эпизодов переживания или компенсаторного поведения на протяжении 28 дней) или ремиссии заболевания (нет соответствия критериям *DSM-IV*). В период последующего наблюдения через 12 месяцев группа последовательного подключения терапевтических вмешательств значимо превосходила группу КПТ по сохранению эффекта от проведенной терапии, что проявлялось в существенном уменьшении эпизодов переживания и любых видов компенсаторного очистительного поведения (рвота, злоупотребление слабительными, диуретиками и чрезмерная физическая нагрузка) [59].

**Заключение.** Таким образом, формирование и поддержание девиантного пищевого паттерна, ведущего к развитию ожирения, осуществляется посредством ряда психологических и психосоциальных факторов. Это в первую очередь, поведенческая патология, существенную роль в развитии которой играют сильные негативные эмоции в рамках межличностных отношений (разочарование, боль или одиночество), а также неадекватные стратегии эмоционального реагирования и незрелые механизмы психологической защиты. Неоспорима роль семьи в формировании пищевых привычек и предпочтений. Широко обсуждается влияние таких личностных особенностей, как перфекционизм, а также восприятие образа собственного тела и межличностных границ как ведущих механизмов поддержания неадекватного пищевого поведения. Большое значение придается такому нарушению алекситимии, которая не позволяет дифференцировать чувство голода и эмоциональный дискомфорт.

Девиантный пищевой паттерн опасен своими последствиями – нарушения пищевого поведения булимического спектра закономерно приводят к формированию ожирения, психологической и социальной дезадаптации, и, как следствие, поддерживают развитие психосоматической патологии.

Общепризнано, что наиболее эффективным методом воздействия на нарушения пищевого поведения является когнитивно-поведенческая терапия, хотя и ее результаты не всегда стойкие. Для достижения долговременного терапевтического эффекта важно проводить комплексную диагностику психологических особенностей пациента и стратегий регулирования эмоций. Изучаются различные дополнительные механизмы, позволяющие достичь максимальной эффективности такой терапии, широко применяется использование групповые и индивидуальные сессии терапии, применение телемедицинских технологий как способа терапевтического воздействия.

Поддержка психолога, длительная когнитивно-поведенческая психотерапия, при необходимости сочетаемая с психофармакотерапией, считается обязательным компонентом терапии нарушений пищевого поведения.

## Литература

1. Барыльник Ю.Б. Диагностика и терапия расстройств пищевого поведения: мультидисциплинарный подход // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28, № 1. С. 50–57.

2. Белякова Н.А., Лясникова М.Б., Милая Н.О. Пищевое поведение, образ и качество жизни, а также психологический статус больных с алиментарно-конституциональным ожирением // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2014. № 2. С. 20–23.
3. Берковская М.А. Алекситимия и ее связь с расстройствами пищевого поведения и ожирением // Проблемы эндокринологии. 2020. №2. С. 42–48.
4. Берковская М.А. Питание, ограниченное по времени, как новая стратегия терапии ожирения и коморбидных состояний // Проблемы эндокринологии. 2022. Т. 68, №4. С. 78–91.
5. Васильева Е.А., Жедунова Л.Г. Особенности базисных убеждений личности с нарушением пищевого поведения // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 3. С. 223–228.
6. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Фарматека. 2009. №12. С. 91–94.
7. Вознесенская Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журнал неврологии и психиатрии. 2001. № 12. С. 19–24.
8. Гетманчук Е.И. Клинико-патологическая и медико-психологическая характеристика больных с психогенной гиперфагией // Архив психиатрии. 2012. № 3. С. 19–25.
9. Гурвич И.Н., Антонова Н.А. Психологическая детерминация пищевого поведения студенческой молодежи // Вестник СПбГУ. 2012. Вып. 2. С. 42–47.
10. Гуськова Е.С., Гуслистова А.В., Гречаный С.В. Типы пищевого поведения и качество жизни пациентов с избыточным весом // Медицина: теория и практика. 2019. №3. С. 190–198.
11. Дадаева В.А. Типы нарушений пищевого поведения // Профилактическая медицина. 2021. Т. 24, №4. С. 13–119.
12. Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А. Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» // Ожирение и метаболизм. 2021. №1. С. 5–99.
13. Еганян Р.А. Динамика пищевых привычек у женщин с избыточной массой тела и ожирением при диетологическом консультировании и дистанционном контроле // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, №8. С. 67–74.
14. Жедунова Л.Г., Васильева Е.А., Посысов Н.Н. Роль семьи в формировании нарушений пищевого поведения по типу компульсивного переедания // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2019. №3. С. 82–85.
15. Зеленкова-Захарчук Т.А. Расстройства приема пищи у больных с ожирением и сахарным диабетом 2-го типа // Consilium Medicum. 2021. Т. 23, №4. С. 326–331. DOI: 10.26442/20751753.2021.4.200830.
16. Каменецкая Е.В., Ребеко Т.А. Репрезентация телесного Я и защита Эго при нарушении пищевого поведения у женщин // Экспериментальная психология. 2015. № 3. С. 118–128. DOI: 10.17759/exppsy.2015080311.
17. Караваева Т.А., Фомичева М.В. Психогенное переедание: проблемы классификации, диагностики, подходы к психотерапии (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. Т. 56, №2. С. 21–34. DOI: 10.31363/2313-7053-2022-56-2-21-34.
18. Келина М.Ю., Мешкова Т.А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста // Клиническая и специальная психология. 2012. №2. С. 53–65.
19. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб.: НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1994. 245 с.
20. Лифинцева А.А., Новикова Ю.Ю., Караваева Т.А., Фомичева М.В. Психосоциальные факторы компульсивного переедания: метааналитическое исследование // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019. №3. С. 19–27. DOI: 10.31363/2313-7053-2019-3-19-27.
21. Максим О.В., Салухов В.В. От нарушений пищевого поведения к ожирению: вопросы диагностики и нейроэндокринной регуляции // Consilium Medicum. 2022. №4. С. 234–241. DOI: 0.26442/20751753.2022.4.201543.
22. Малкина-Пых И.Г. Перфекционизм и удовлетворенность образом тела в структуре личности пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением // Экология человека. 2010. № 1. С. 21–27.
23. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 426 с.
24. Михайлова А.П., Штрахова А.В. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии: библиографический обзор // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология. 2018. Т. 11, №3. С. 80–95. DOI: 10.14529/psy180310.

25. Пичиков А.А. Принципы оказания помощи девушкам-подросткам с расстройствами пищевого поведения и нарушениями образа тела: уроки пандемии COVID-19 // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021. Т. 55, №4. С. 106–112.
26. Приленская А.В., Приленский В.Ю. Зависимое пищевое поведение: клиника, систематика и пути коррекции (трансперсональный подход) // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2008. №2. С. 102–104.
27. Ротов А.В. Агрессия как форма адаптивной психологической защиты у женщин с избыточной массой тела // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 1999. № 1. С. 81–83.
28. Рукавишников Г.В. Нарушения пищевого поведения, избыточная масса тела и ожирение среди 27700 респондентов, заинтересованных в коррекции массы тела // *Профилактическая медицина*. 2020. Т. 23, №2. С. 59–65.
29. Салмина-Хвостова О.И. Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, реабилитационный аспекты) // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2009. № 5. С. 19–29.
30. Самсонова Г.О., Языкова Т.А., Агасаров Л.Г. Психологические аспекты алиментарного ожирения (обзор литературы) // *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2018. №3. Публикация 3-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-3/3-1.pdf> (дата обращения 11.05.2018). DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16027.
31. Сидоров А.В. Психологические модели переедания и ожирения // *Российский психологический журнал*. 2011. № 3. С. 30–40.
32. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
33. Соловьева А.В. Факторы риска формирования нарушений пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением // *Медицинский альманах*. 2013. №6. С. 178–180.
34. Струева Н.В. Особенности пищевого поведения, эмоционального состояния и показателей метаболизма у больных ожирением с инсомническими расстройствами // *Ожирение и метаболизм*. 2014. № 2. С. 24–29. DOI: 10.14341/OMET2014224-29.
35. Цапьяк Т.А. Взгляд на проблему ожирения через призму расстройства пищевого поведения // *Крымский терапевтический журнал*. 2020. № 4. С. 18–24.
36. Шагина В.Н., Блохина И.И., Серов И.С. Нарушение пищевого поведения как одна из причин развития экзогенного ожирения // *Молодой ученый*. 2019. №30. С. 57–59.
37. Шамрей В.К. Практикум по психотерапии. СПб.: ВМедА, 2018. 184 с.
38. Agras W.S. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2000. Vol. 57, N5. P. 459–466. DOI: 10.1001/archpsyc.57.5.459.
39. Aigner M. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders // *World Journal of Biological Psychiatry*. 2011. Vol. 12, N6. P. 400–443. DOI: 10.3109/15622975.2011.602720.
40. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition // *Am Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 163, 7 Suppl. P. 4–54.
41. Allen M.S., Walter E.E. Personality and body image: A systematic review // *Body Image*. 2016. Vol. 19. P. 79–88. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.08.012.
42. Arnow B.A. Eating disorders – Introduction // *Journal of clinical psychology*. 1999. Vol. 55, N6. P. 669–674.
43. Burton E., Stice E. Evaluation of a healthy-weight treatment program for bulimia nervosa: a preliminary randomized trial // *Behaviour Research and Therapy*. 2006. Vol. 44, N12. P. 1727–1738. DOI: 10.1016/j.brat.2005.12.008.
44. Crow S.J. The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face // *Behaviour Research and Therapy*. 2009. Vol. 47, N6. P. 451–453. DOI: 10.1016/j.brat.2009.02.006.
45. Dingemans A., Danner U., Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review // *Nutrients*. 2017. Vol. 9, N11. P. 1274. DOI: 10.3390/nu9111274.
46. Faber A., Dubé L., Knäuper B. Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population // *Appetite*. 2018. Vol. 123. P. 410–438.
47. Geller J., Brown K.E., Srikameswaran S. The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: a randomized control trial // *Journal of Eating Disorders*. 2011. Vol. 44, N6. P. 497–505. DOI: 10.1002/eat.20847.
48. Glisenti K. The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial // *Journal of Eating Disorders*. 2021. Vol. 9. P. 2.

49. Hay P. General practitioner and mental healthcare use in a community sample of people with diagnostic threshold symptoms of bulimia nervosa, binge-eating disorder, and other eating disorders // *Journal of Eating Disorders*. 2020. Vol. 53, N1. P. 61–68. DOI: 10.1002/eat.23174.
50. Katzman M.A. A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in Phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2 // *Psychosomatic Medicine*. 2010. Vol. 72, N7. P. 656–663. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181ec5373.
51. Kong S. Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial // *Journal of Advanced Nursing*. 2005. Vol. 51, N1. P. 5–14. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03454.x.
52. Kristeller J.L., Wolever Ruth Q. Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation // *Eating Disorders*. 2011. Vol. 19, N1. P. 49–61. DOI: 10.1080/10640266.2011.533605.
53. Laviano A. Changes in eating behavior, taste and food preferences and the effects of gastrointestinal hormones // *Clinical Nutrition Experimental*. 2018. Vol. 20. P. 65–70.
54. Leehr E.J. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-A systematic review // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015. Vol. 49. P. 125–134.
55. Mann T. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer // *American Psychologist*. 2007. Vol. 62, N3. P. 220.
56. Mason T.B., Lewis R.J. Profiles of Binge Eating: The Interaction of Depressive Symptoms, Eating Styles, and Body Mass Index // *Journal of Eating Disorders*. 2014. Vol. 22, N5. P. 450–460.
57. McIntosh V.V. Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa // *Psychological Medicine*. 2011. Vol. 41, N5. P. 1061–1071. DOI: 10.1017/S0033291710001583.
58. Mitchell J.E. A trial of a relapse prevention strategy in women with bulimia nervosa who respond to cognitive-behavior therapy // *Journal of Eating Disorders*. 2004. Vol. 35, N4. P. 549–555. DOI: 10.1002/eat.10265.
59. Mitchell J.E. Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial // *Br Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 198, N5. P. 391–397. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.082172.
60. Palascha A. Internally regulated eating style: a comprehensive theoretical framework // *British Journal of Nutrition*. 2021. Vol. 126. P. 138–150. DOI: 10.1017/S0007114520003840.
61. Palascha A. Self-reported sensitivity to physiological signals of satiation and hunger: Assessment of construct validity // *Personality and Individual Differences*. 2021. Vol. 182. P. 111054.
62. Proffitt Leyva R.P., Hill S.E. Unpredictability, body awareness, and eating in the absence of hunger: A cognitive schemas approach // *Health Psychol*. 2018. Vol. 37, N7. P. 691–699.
63. Razavi A., Adams J., White M. What arguments and from whom are most influential in shaping public health policy: thematic content analysis of responses to a public consultation on the regulation of television food advertising to children in the UK // *BMJ Open*. 2019. Vol. 9, N8. P. e028221.
64. Robertoa C.A. Preferred descriptions for loss of control while eating and weight among patients with binge eating disorder // *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 246. P. 548–553.
65. Rowe S.L. Impact of borderline personality disorder on bulimia nervosa // *Aust NZ Journal of Psychiatry*. 2008. Vol. 42, N12. P. 1021–1029. DOI: 10.1080/00048670802512040.
66. Sánchez-Ortiz V. The Role of Email Guidance in Internet-Based Cognitive-Behavioural Self-Care Treatment for Bulimia Nervosa. European eating disorders review // *Journal of the Eating Disorders Association*. 2011. Vol. 19. P. 342–348. DOI: 10.1002/erv.1074.
67. Sinha R. Role of addiction and stress neurobiology on food intake and obesity // *Biol Psychol*. 2018. Vol. 131. P. 5–13. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2017.05.001.
68. Swanson S.A. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement // *Arch Gen Psychiatry*. 2011. Vol. 68, N7. P. 714–723. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
69. Van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity // *Current diabetes reports*. 2018. Vol. 18, N6. P. 35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x.
70. Westwood H. Alexithymia in eating disorders: systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto alexithymia scale // *Journal of Psychosomatic Research*. 2017. Vol. 99. P. 66–81. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.007
71. Wilkinson L.L. Explaining the relationship between attachment anxiety, eating behaviour and BMI // *Appetite*. 2018. Vol. 127. P. 214–222. DOI: 10.1016/j.appet.2018.04.029.
72. Zarychta K. Why are you eating, mom? Maternal emotional, restrained, and external eating explaining children's eating styles // *Appetite*. 2019. Vol. 141. P. 104335.
73. Zeeck A. Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: a randomized trial // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009. Vol. 78, N3. P. 152–160. DOI: 10.1159/000206869.

## References

1. Baryl'nik YuB. Diagnostika i terapiya rasstroystv pishchevogo povedeniya: mul'tidistsiplinarnyy podkhod [Diagnosis and therapy of eating disorders: a multidisciplinary approach]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2018;28(1):50-7. Russian.
2. Belyakova NA, Lyasnikova MB, Milaya NO. Pishchevoe povedenie, obraz i kachestvo zhizni, a takzhe psikhologicheskoy status bol'nykh s alimentarno-konstitutsional'nym ozhireniem [Eating behavior, lifestyle and quality of life, as well as the psychological status of patients with alimentary-constitutional obesity]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*. 2014;2:20-3. Russian.
3. Berkovskaya MA. Aleksitimiya i ee svyaz' s rasstroystvami pishchevogo povedeniya i ozhireniem [Alexithymia and its association with eating disorders and obesity]. *Problemy endokrinologii*. 2020;2:42-8. Russian.
4. Berkovskaya MA. Pitanie, ogranichennoe po vremeni, kak novaya strategiya terapii ozhireniya i komorbidnykh sostoyaniy [Time-limited nutrition as a new strategy for the treatment of obesity and comorbid conditions]. *Problemy endokrinologii*. 2022;68(4):78-91. Russian.
5. Vasil'eva EA, Zhedunova LG. Osobennosti bazisnykh ubezhdeniy lichnosti s narusheniem pishchevogo povedeniya [Features of the basic beliefs of a person with an eating disorder]. *Yaroslavskiy pedagogicheskiy vestnik*. 2016;3:223-8. Russian.
6. Voznesenskaya TG. Rasstroystva pishchevogo povedeniya pri ozhireniy i ikh korrektsiya [Eating disorders in obesity and their correction]. *Farmateka*. 2009;12:91-4. Russian.
7. Voznesenskaya TG, Vakhmistrov AV. Kliniko-psikhologicheskoy analiz narusheniy pishchevogo povedeniya pri ozhireniy [Clinical and psychological analysis of eating disorders in obesity]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii*. 2001;12:19-24. Russian.
8. Getmanchuk EI. Kliniko-psikhopatologicheskaya i mediko-psikhologicheskaya kharakteristika bol'nykh s psikhogennoy giperfagiey [Clinical-psychopathological and medical-psychological characteristics of patients with psychogenic hyperphagia]. *Arkhiv psikhiatrii*. 2012;3:19-25. Russian.
9. Gurvich IN, Antonova NA. Psikhologicheskaya determinatsiya pishchevogo povedeniya studencheskoy molodezhi [Psychological determination of eating behavior of student youth]. *Vestnik SPbGU*. 2012;2:42-7. Russian.
10. Gus'kova ES, Guslistova AV, Grechanyy SV. Tipy pishchevogo povedeniya i kachestvo zhizni patsientov s izbytochnym vesom [Types of eating behavior and quality of life of overweight patients]. *Meditsina: teoriya i praktika*. 2019;3:190-8. Russian.
11. Dadaeva VA. Tipy narusheniy pishchevogo povedeniya [Types of Eating Disorders]. *Profilakticheskaya meditsina*. 2021;24(4):13-119. Russian.
12. Dedov II, Shestakova MV, Mel'nichenko GA. Mezhdistsiplinarnye klinicheskie rekomendatsii «Lechenie ozhireniya i komorbidnykh zabolevaniy» [Interdisciplinary clinical guidelines "Treatment of obesity and comorbid diseases"]. *Ozhirenie i metabolizm*. 2021;1:5-99. Russian.
13. Eganyan RA. Dinamika pishchevykh privyчек u zhenshchin s izbytochnoy massoy tela i ozhireniem pri dietologicheskoy konsul'tirovaniy i distantsionnoy kontrole [Dynamics of eating habits in overweight and obese women with nutritional counseling and remote monitoring]. *Profilakticheskaya meditsina*. 2022;25(8):67-74. Russian.
14. Zhedunova LG, Vasil'eva EA, Posysoev NN. Rol' sem'i v formirovaniy narusheniy pishchevogo povedeniya po tipu kompul'sivnogo pereedaniya [The role of the family in the formation of eating disorders by the type of compulsive overeating]. *Vestnik Yaroslavskogo gosudarstvennogo universiteta im. P.G. Demidova. Seriya Gumanitarnye nauki*. 2019;3:82-5. Russian.
15. Zelenkova-Zakharchuk TA. Rasstroystva priema pishchi u bol'nykh s ozhireniem i sakharnym diabetom 2-go tipa [Eating disorders in patients with obesity and type 2 diabetes mellitus]. *Consilium Medicum*. 2021;23(4):326-31. DOI: 10.26442/20751753.2021.4.200830. Russian.
16. Kamenetskaya EV, Rebeko TA. Rerezentatsiya telesnogo Ya i zashchita Ego pri narusheniy pishchevogo povedeniya u zhenshchin [Representation of the Corporeal Self and Protection of the Ego in Eating Disorders in Women]. *Ekspierimental'naya psikhologiya*. 2015;3:118-28. DOI: 10.17759/exppsy.2015080311. Russian.
17. Karavaeva TA, Fomicheva MV. Psikhogennoe pereedanie: problemy klassifikatsii, diagnostiki, podkhody k psikhoterapii (obzor literatury) [Psychogenic overeating: problems of classification, diagnosis, approaches to psychotherapy (literature review)]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2022;56(2):21-34. DOI: 10.31363/2313-7053-2022-56-2-21-34. Russian.
18. Kelina MYu, Meshkova TA. Aleksitimiya i ee svyaz' s pishchevymi ustanovkami v neklinicheskoy populyatsii devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta [Alexithymia and its relation to food installations in the non-clinical population of adolescent and adolescent girls]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2012;2:53-65. Russian.

19. Lyuban-Plotstsa B, Pel'dinger V, Kreger F. Psikhosomaticheskiy bol'noy na prieme u vracha [Psychosomatic patient at the doctor's office]. SPb.: NIPI im. V.M. Bekhtereva; 1994. Russian.
20. Lifintseva AA, Novikova YuYu, Karavaeva TA, Fomicheva MV. Psikhosotsial'nye faktory kompulsivnogo pereedaniya: metaanaliticheskoe issledovanie [Psychosocial factors of compulsive overeating: a meta-analytical study]. Obozrenie psikhatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2019;3:19-27. DOI: 10.31363/2313-7053-2019-3-19-27. Russian.
21. Maksim OV, Salukhov VV. Ot narusheniy pishchevogo povedeniya k ozhireniyu: voprosy diagnostiki i neuroendokrinnoy regulyatsii [From eating disorders to obesity: issues of diagnosis and neuroendocrine regulation]. Consilium Medicum. 2022;4:234-41. DOI: 0.26442/20751753.2022.4.201543. Russian.
22. Malkina-Pykh IG. Perfektsionizm i udovletvorennost' obrazom tela v strukture lichnosti patsientov s narusheniyami pishchevogo povedeniya i alimentarnym ozhireniem [Perfectionism and body image satisfaction in the personality structure of patients with eating disorders and nutritional obesity]. Ekologiya cheloveka. 2010;1:21-7. Russian.
23. Mendelevich VD. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya [Clinical and Medical Psychology]. Moscow: MEDpress-inform; 2005. Russian.
24. Mikhaylova AP, Shtakhova AV. Pishchevoe povedenie v norme, v usloviyakh stressa i pri patologii: bibliograficheskiy obzor [Eating behavior is normal, under stress and in pathology: a bibliographic review]. Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Psikhologiya. 2018;11(3):80-95. DOI: 10.14529/psy180310. Russian.
25. Pichikov AA. Printsipy okazaniya pomoshchi devushkam-podrostkam s rasstroystvami pishchevogo povedeniya i narusheniyami obraza tela: uroki pandemii COVID-19 [How to Help Adolescent Girls with Eating and Body Image Disorders: Lessons from the COVID-19 Pandemic]. Obozrenie psikhatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2021;55(4):106-12. Russian.
26. Prilenskaya AV, Prilenskiy VYu. Zavisimoe pishchevoe povedenie: klinika, sistematika i puti korrektsii (transpersonal'nyy podkhod) [Dependent eating behavior: clinic, systematics and correction pathways (transpersonal approach)]. Sibirskiy vestnik psikhatrii i narkologii. 2008;2:102-4. Russian.
27. Rotov AV. Agressiya kak forma adaptivnoy psikhologicheskoy zashchity u zhenshchin s izbytochnoy massoy tela [Aggression as a form of adaptive psychological defense in overweight women]. Sibirskiy vestnik psikhatrii i narkologii. 1999;1:81-3. Russian.
28. Rukavishnikov GV. Narusheniya pishchevogo povedeniya, izbytochnaya massa tela i ozhirenie sredi 27700 respondentov, zainteresovannykh v korrektsii massy tela [Eating disorders, overweight and obesity among 27700 respondents interested in weight correction]. Profilakticheskaya meditsina. 2020;23(2):59-65. Russian.
29. Salmina-Khvostova OI. Rasstroystva pishchevogo povedeniya pri ozhireнии (epidemiologicheskii, kliniko-dinamicheskii, reabilitatsionnyy aspekty) [Eating disorders in obesity (epidemiological, clinical-dynamic, rehabilitation aspects)]. Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii. 2009;5:19-29. Russian.
30. Samsonova GO, Yazykova TA, Agasarov LG. Psikhologicheskie aspekty alimentarnogo ozhireniya (obzor literatury) [Psychological aspects of alimentary obesity (literature review)]. Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2018 [cited 2018 May 11];3 [about 7 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-3/3-1.pdf>. DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16027.
31. Sidorov AV. Psikhologicheskie modeli pereedaniya i ozhireniya [Psychological patterns of overeating and obesity]. Rossiyskiy psikhologicheskii zhurnal. 2011;3:30-40. Russian.
32. Skugarevskiy OA. Narusheniya pishchevogo povedeniya [Eating disorders]. Minsk: BGMU; 2007. Russian.
33. Solov'eva AV. Faktory riska formirovaniya narusheniy pishchevogo povedeniya u lits s izbytochnoy massoy tela i ozhireniem [Risk factors for the formation of eating disorders in overweight and obese persons]. Meditsinskiy al'manakh. 2013;6:178-80. Russian.
34. Strueva NV. Osobennosti pishchevogo povedeniya, emotsional'nogo sostoyaniya i pokazateley metabolizma u bol'nykh ozhireniem s insomnicheskimi rasstroystvami [Features of eating behavior, emotional state and metabolic rates in obese patients with insomnia disorders]. Ozhirenie i metabolizm. 2014;2:24-9. DOI: 10.14341/OMET2014224-29. Russian.
35. Tsapyak TA. Vzglyad na problemu ozhireniya cherez prizmu rasstroystva pishchevogo povedeniya [Looking at obesity through the lens of an eating disorder]. Krymskiy terapevticheskiy zhurnal. 2020;4:18-24. Russian.
36. Shagina VN, Blokhina II, Serov IS. Narushenie pishchevogo povedeniya kak odna iz prichin razvitiya ekzogennogo ozhireniya [Eating disorders as one of the causes of exogenous obesity]. Molodoy uchenyy. 2019;30:57-9. Russian.
37. Shamrey VK. Praktikum po psikhoterapii [Psychotherapy Workshop]. SPb.: VMedA; 2018. Russian.
38. Agras WS. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch. Gen. Psychiatry. 2000;57(5):459-66. DOI: 10.1001/archpsyc.57.5.459.

39. Aigner M. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2011;12(6):400-43. DOI: 10.3109/15622975.2011.602720.
40. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. *Am Journal of Psychiatry*. 2006;163(7):4-54.
41. Allen MS, Walter EE. Personality and body image: A systematic review. *Body Image*. 2016;19:79-88. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.08.012.
42. Arnow BA. Eating disorders – Introduction. *Journal of clinical psychology*. 1999;55(6):669-74.
43. Burton E, Stice E. Evaluation of a healthy-weight treatment program for bulimia nervosa: a preliminary randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(12):1727-38. DOI: 10.1016/j.brat.2005.12.008.
44. Crow SJ. The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(6):451-3. DOI: 10.1016/j.brat.2009.02.006.
45. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*. 2017;9(11):1274. DOI: 10.3390/nu9111274.
46. Faber A, Dubé L, Knäuper B. Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. *Appetite*. 2018;123:410-38.
47. Geller J, Brown KE, Srikameswaran S. The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: a randomized control trial. *Journal of Eating Disorders*. 2011;44(6):497-505. DOI: 10.1002/eat.20847.
48. Glisenti K. The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*. 2021;9:2.
49. Hay P. General practitioner and mental healthcare use in a community sample of people with diagnostic threshold symptoms of bulimia nervosa, binge-eating disorder, and other eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. 2020;53(1):61-8. DOI: 10.1002/eat.23174.
50. Katzman MA. A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in Phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2. *Psychosomatic Medicine*. 2010;72(7):656-63. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181ec5373.
51. Kong S. Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(1):5-14. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03454.x.
52. Kristeller JL, Wolever Ruth Q. Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders*. 2011;19(1):49-61. DOI: 10.1080/10640266.2011.533605.
53. Laviano A. Changes in eating behavior, taste and food preferences and the effects of gastrointestinal hormones. *Clinical Nutrition Experimental*. 2018;20:65-70.
54. Leehr EJ. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015;49:125-34.
55. Mann T. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *American Psychologist*. 2007;62(3):220.
56. Mason TB, Lewis RJ. Profiles of Binge Eating: The Interaction of Depressive Symptoms, Eating Styles, and Body Mass Index. *Journal of Eating Disorders*. 2014;22(5):450-60.
57. McIntosh VV. Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*. 2011;41(5):1061-71. DOI: 10.1017/S0033291710001583.
58. Mitchell JE. A trial of a relapse prevention strategy in women with bulimia nervosa who respond to cognitive-behavior therapy. *Journal of Eating Disorders*. 2004;35(4):549-55. DOI: 10.1002/eat.10265.
59. Mitchell JE. Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial. *Br Journal of Psychiatry*. 2011;198(5):391-7. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.082172.
60. Palascha A. Internally regulated eating style: a comprehensive theoretical framework. *British Journal of Nutrition*. 2021;126:138-50. DOI: 10.1017/S0007114520003840.
61. Palascha A. Self-reported sensitivity to physiological signals of satiation and hunger: Assessment of construct validity. *Personality and Individual Differences*. 2021;182:111054.
62. Proffitt Leyva RP, Hill SE. Unpredictability, body awareness, and eating in the absence of hunger: A cognitive schemas approach. *Health Psychol*. 2018;37(7):691-9.
63. Razavi A, Adams J, White M. What arguments and from whom are most influential in shaping public health policy: thematic content analysis of responses to a public consultation on the regulation of television food advertising to children in the UK. *BMJ Open*. 2019;9(8):e028221.
64. Robertoa CA. Preferred descriptions for loss of control while eating and weight among patients with binge eating disorder. *Psychiatry Research*. 2016;246:548-53.

65. Rowe SL. Impact of borderline personality disorder on bulimia nervosa. *Aust NZ Journal of Psychiatry*. 2008;42(12):1021-9. DOI: 10.1080/00048670802512040.
66. Sánchez-Ortiz V. The Role of Email Guidance in Internet-Based Cognitive-Behavioural Self-Care Treatment for Bulimia Nervosa. *European eating disorders review. Journal of the Eating Disorders Association*. 2011;19:342-48. DOI: 10.1002/erv.1074.
67. Sinha R. Role of addiction and stress neurobiology on food intake and obesity. *Biol Psychol*. 2018;131:5-13. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2017.05.001.
68. Swanson SA. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):714-23. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
69. Van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current diabetes reports*. 2018;18(6):35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x.
70. Westwood H. Alexithymia in eating disorders: systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto alexithymia scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017;99:66-81. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.007
71. Wilkinson LL. Explaining the relationship between attachment anxiety, eating behaviour and BMI. *Appetite*. 2018;127:214-22. DOI: 10.1016/j.appet.2018.04.029.
72. Zarychta K. Why are you eating, mom? Maternal emotional, restrained, and external eating explaining children's eating styles. *Appetite*. 2019;141:104335.
73. Zeeck A. Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: a randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009;78(3):152-60. DOI: 10.1159/000206869.

**Библиографическая ссылка:**

Максим О.В., Тарумов Д.А., Богдановская А.С. Психологические предпосылки формирования нарушений пищевого поведения и возможности их коррекции (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2023. №1. Публикация 3-10. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-1/3-10.pdf> (дата обращения: 15.02.2023). DOI: 10.24412/2075-4094-2023-1-3-10. EDN FAAGFT \*

**Bibliographic reference:**

Maksim OV, Tarumov DA, Bogdanovscaya AS. Bogdanovskaya psikhologicheskie predposylki formirovaniya narusheniy pishchevogo povedeniya i vozmozhnosti ikh korrektsii (obzor literatury) [Psychological factors resulting in formation of the eating disorders and possibilities for their correction (literature review)]. *Journal of New Medical Technologies, e-edition*. 2023 [cited 2023 Feb 15];1 [about 14 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-1/3-10.pdf>. DOI: 10.24412/2075-4094-2023-1-3-10. EDN FAAGFT

\* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-1/e2023-1.pdf>

\*\*идентификатор для научных публикаций EDN (eLIBRARY Document Number) будет активен после загрузки полной версии журнала в eLIBRARY