

Психогенное переедание: проблемы классификации, диагностики, подходы к Психотерапии (обзор литературы)

Научный обзор

Караваева Т.А.^{1,2,3,4}, Фомичева М.В.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

⁴Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В статье анализируются подходы к пониманию, верификации и терапии психогенного переедания, поднимается проблема диагностических критериев этой нозологии, сходств и различий с диагностической рубрикой «binge-eating disorder» (DSM-V), которые затрудняют работу исследователей. Рассматривается необходимость дальнейшего дифференцирования разных видов расстройств переедания. Отмечается роль психогенного переедания как патогенетического фактора, запускающего процесс набора лишнего веса. Подробно описываются биологические (гендерная и наследственная предрасположенность), психологические (индивидуально-психологические особенности личности, адаптационно-компенсаторные ресурсы) и социокультурные (стиль семейного воспитания, общественные представления об эталонном образе тела, особенности коммуникативного поведения и др.) группы факторов, участвующие в формировании психогенного переедания. В процессе теоретического анализа подчеркивается роль психологических триггеров заболевания, связанных с эмоционально-волевой сферой, спецификой реакций на стрессовые воздействия, психологическими защитами и восприятием образа своего тела. Поднимается проблема острого дефицита адаптированного и стандартизированного психодиагностического инструментария, направленного на изучение психогенного переедания, что затрудняет постановку точного диагноза и выбор методов его лечения. В статье также рассматриваются такие терапевтические подходы к лечению описываемой нозологии, как психоанализ, позитивная психотерапия, гештальт-терапия, транзактный анализ, телесно-ориентированная терапия. Особое внимание в работе уделяется когнитивно-поведенческому подходу, показавшему высокую эффективность при работе с пациентами, страдающими расстройствами пищевого поведения. Отмечается перспективность разработки алгоритмов диагностики и терапии психогенного переедания, целесообразность выделения индивидуальных мишеней психотерапевтических интервенций для создания персонализированных комплексных программ, повышающих эффективность терапии в отношении непосредственных и отдаленных результатов.

Ключевые слова: психогенное переедание, расстройство пищевого поведения, ожирение, психологическая диагностика переедания, психотерапия психогенного переедания.

Информация об авторах:

Фомичева Мария Валерьевна — e-mail: mashafom91@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3136-4168>

Караваева Татьяна Артуровна — e-mail: tania_kar@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Как цитировать: 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; 56:2:21-34. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-21-34>

Конфликт интересов: Караваева Т.А. является членом редакционной коллегии

Psychogenic overeating: problems of classification, diagnosis, approaches to psychotherapy (literature review)

Scientific review

Karavaeva T.A.^{1,2,3,4}, Fomicheva M.V.¹

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Автор, ответственный за переписку: Фомичева Мария Валерьевна — e-mail: mashafom91@mail.ru

Corresponding author: Maria V. Fomicheva — e-mail: mashafom91@mail.ru

²Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russia³St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia⁴N.N. Petrov Research Institute of Oncology, St. Petersburg, Russia

Summary. In the article, we analyze the diagnosis of psychogenic overeating (ICD-10), consider the problem of its diagnostic criteria, similarities and differences with the diagnosis of binge-eating disorder (DSM-V), which complicate the work of researchers. We are looking at the need to differentiate the different types of binge eating disorder. The role of psychogenic overeating is noted as a pathogenetic factor that triggers the process of gaining excess weight. We describe in detail the biological (gender and hereditary predisposition), psychological (individual psychological personality traits, adaptive and compensatory resources) and sociocultural (style of family education, social ideas about the reference body image, features of communicative behavior, etc.) groups of factors involved in the formation of psychogenic overeating. The article emphasizes the role of psychological triggers of the disease associated with the emotional-volitional sphere, the specificity of reactions to stressful influences, psychological defenses and perception of the image of one's body. The article also raises the problem of the lack of adapted and standardized psychodiagnostic tools aimed at studying psychogenic overeating, which complicates the formulation of an accurate diagnosis and the choice of methods of its treatment. The article also discusses such therapeutic approaches to the treatment of the described nosology, such as psychoanalysis, positive psychotherapy, gestalt therapy, transactional analysis, body-oriented therapy. Particular attention is paid to the cognitive-behavioral approach, which has shown high efficiency when working with patients with eating disorders. It is noted, that it is promising to develop algorithms for diagnostics and therapy of the described nosology, the feasibility of identifying individual targets of psychotherapeutic interventions to create personalized complex programs that increase the effectiveness of therapy in relation to immediate and long-term results.

Keywords: psychogenic overeating, eating disorders, obesity, psychological diagnostics of overeating, psychogenic overeating psychotherapy.

Information about the authors:

Maria V. Fomicheva — e-mail: mashafom91@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3136-4168>

Tatiana A. Karavaeva — e-mail: tania_kar@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

To cite this article: Karavaeva TA, Fomicheva MV. Psychogenic overeating: problems of classification, diagnosis, approaches to psychotherapy (literature review). V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2022; 56:2:21-34. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-21-34>. (In Russ.)

Conflict of interest: Tatiana A. Karavaeva is a member of the editorial board

Проблема ожирения, согласно статистическим данным, является эпидемией XXI века. На сегодняшний день данное заболевание диагностировано у 1,7 миллиарда человек. В России не менее 30% трудоспособного населения имеют избыточный вес и не менее 25% страдают ожирением [81]. Этот диагноз стремительно «молодеет»: доля детей и подростков с повышенной массой тела растет год от года. Одним из патогенетических факторов, запускающих процесс набора лишнего веса, является психогенное переедание, которое, в свою очередь, провоцируется переживанием стресса. Это актуализирует проблему поиска новых высокоэффективных способов терапии нарушений пищевого поведения, разработку комплексных персонализированных программ, построенных с учетом психологических особенностей людей, склонных к конкретному виду переедания.

Понятие психогенного переедания и его диагностические критерии

Несмотря на то, что проблема такого расстройства пищевого поведения, как психогенное переедание, была выдвинута в международное научное поле еще в 1989 году в МКБ-10, в настоящее время ее исследование затруднено размытостью диа-

гностических критериев и различиями в терминологических понятиях. В зависимости от теоретических представлений и классификации болезней, на которую опираются ученые (МКБ или DSM), психогенное переедание нередко ошибочно отождествляется с диагнозом «компульсивное», или «приступообразное» переедание, в зарубежной аналогии — «binge-eating disorder» (BED). Однако, подобное сближение и объединение представляется неоправданным, поскольку причины и патогенетические механизмы переедания при этих нарушениях, как и клиническая картина, а вследствие этого и терапевтические стратегии, имеют свою специфику. Психогенное переедание является преимущественно гиперфагической реакцией на стресс, сам процесс принятия пищи может не иметь приступообразный характер, быть растянут во времени и не отличаться по скорости от обычного потребления еды, но при этом может иметь место избирательность в отношении выбора продукта. В основе компульсивного переедания лежит импульсивность и склонность к компульсивному реагированию, эпизод ограничен по времени и происходит с более высокой скоростью, чем обычный прием пищи, избирательность в выборе продуктов в большинстве случаев отсутствует. В свою очередь, «binge-eating disorder», включенный в DSM-V, можно условно обозна-

читать как некий обобщенный диагноз, построенный на критериях компульсивного переедания с учетом ряда признаков психогенного переедания. Такое объединение вносит определенную путаницу, возникает ряд вопросов и противоречий: поскольку пусковые факторы, психологические и биологические механизмы развития, клинические проявления, характер течения, индивидуально-психологические личностные особенности пациентов и мишени психотерапевтических интервенций этих типов расстройств переедания различны, то требуются разные подходы к лечению, разработка персонализированных мишенецентрированных стратегий терапии.

Важное значение имеет концептуальное понимание рассматриваемых типов нарушений пищевого поведения, которое может быть основано на подробном анализе сходств и различий между психогенным перееданием и компульсивным перееданием, BED.

В МКБ 10 психогенное переедание диагностируется и шифруется как F50.4 «Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами». В качестве критериев данного заболевания выделяются два параметра:

- дистресс как пусковой механизм для процесса переедания;
- «реактивная тучность» как следствие данного процесса [20].

Таким образом, психогенное переедание, согласно МКБ-10, представляет собой переедание вследствие стрессовых событий, приводящее к появлению лишнего веса (гиперфагическая реакция на стресс, ведущая к ожирению). Указанные критерии обозначили существование проблемы психогенного переедания как медицинского диагноза, однако, оказались недостаточными для его точного классифицирования и отражения сути. Развернутая симптоматика расстройства переедания позднее была представлена в DSM-IV (1994 год), которое в этом руководстве носит название «binge-eating disorder» (диагноз 307.50), и переводится в различных исследованиях как «компульсивное переедание», «приступообразное переедание» и в ряде источников собственно «психогенное переедание». Диагноз «BED» в DSM-IV строится на следующих диагностических критериях:

А. Приступы расстройства переедания носят рецидивирующий характер. Каждый эпизод переедания включает в себя два аспекта:

- за короткий промежуток времени съедается объем пищи, значительно превышающий объем съедаемого большинством людей за аналогичное время при аналогичных обстоятельствах;
- потеря ощущения контроля над процессом пищевого потребления (ощущение невозможности прекратить есть или контролировать количество съеденного).

В. Эпизод расстройства переедания характеризуется по крайней мере тремя (или более) пунктами из приведенных ниже:

- принятие пищи происходит с большей скоростью, чем обычно;
- употребление пищи не прекращается, пока не возникает чувство дискомфорта в желудке от количества съеденного;
- употребление большого объема пищи происходит без чувства голода;
- принятие пищи происходит в одиночестве и сопровождается чувством стыда за свое пищевое поведение;
- после эпизода переедания возникает чувство отвращения к себе или стыда.

С. Эпизоды расстройства переедания вызывают у пациента дистресс.

Д. Эпизоды BED происходят в среднем два раза в неделю на протяжении, по крайней мере, шести месяцев (один раз в неделю на протяжении трех месяцев — в DSM-V).

Е. Расстройство переедания не сопровождается регулярной компенсаторной деятельностью (чрезмерные физические упражнения, диета, рвота, прием слабительного и др.), и не сводится исключительно к проявлению нервных анорексии и булимии [26; 28; 40].

Сопоставление классификаций обнаруживает отсутствие ключевых критериев «психогенного переедания» из МКБ-10 в описании «binge eating disorder» в DSM-IV. Однако, этот факт не говорит о четком разделении данных диагнозов. Отсутствие развернутых диагностических особенностей психогенного переедания в МКБ-10 ведет к тому, что его нередко относят к классу «других расстройств». В свою очередь, отсутствие «психогенного переедания» как одного из видов расстройств пищевого поведения в DSM-IV также способствовало его классификации как BED или как неуточненного расстройства пищевого поведения. На данные несоответствия как один из факторов необходимости сближения МКБ и DSM в их 11-ой и V-ой версии указывают в своих работах R. Uher, M. Rutter [76], M.B. First, H.A. Pincus [45], G. Andrews, T. Slade, L. Peters [28].

Проблема дифференцировки диагнозов была частично решена в DSM-V (2013 год), где диагностические критерии «binge-eating disorder» (диагноз 307.51) были уточнены, а диагностические параметры расширены, что сблизило диагнозы F50.4 и 307.51. Так, в качестве диагностических особенностей BED в DSM-V упоминается наличие предшествующего негативного аффекта (дистресса), что является одним из основных критериев психогенного переедания в МКБ-10. При этом в DSM-V уточняется, что BED может быть вызвано не только межличностными и внутриличностными стрессорами, но и диетической сдержанностью, а также скукой. Другими словами, в качестве ведущего пускового механизма переедания в DSM-V выделяется дистресс, однако, он является не единственным.

При описании диагностических особенностей в DSM-V упоминается и взаимосвязь «binge-eating disorder» с избыточным весом. Однако, избыточный вес/ожирение не выделяется в качестве кри-

терия диагностики, а отмечается в качестве часто встречающегося сопутствующего фактора, при этом, согласно DSM-V, взаимосвязь расстройства переедания и веса наиболее сильна у людей, обращающихся за лечением. На сегодняшний день причинно-следственная основа этой взаимосвязи является объектом острых научных дискуссий.

Так, M.M. Fichter, N. Quadflieg, B. Brandl [44], G. Hasler с соавт. [48], E. Stice, K. Presnell, D. Spangler [70], M. Tanofsky-Kraff с соавт. [73] в своих исследованиях отмечают, что рецидивирующие эпизоды переедания приводят к проблеме избыточного веса и ожирения. В свою очередь, наличие угнетенного эмоционального состояния из-за своего самочувствия и недовольства образом своего тела при ожирении, как и усталость от следования диете [63], также могут провоцировать приступы переедания. Вопрос о том, что является первичным пусковым механизмом — ожирение или расстройство переедания, — таким образом, остается открытым. Высока вероятность того, что формируется замкнутый круг пищевой зависимости, где эпизоды переедания ведут к появлению лишнего веса и ожирения, а ожирение провоцирует переедание. Тем не менее, ряд авторов отмечают, что инициирующей первопричиной все же является расстройство переедания, и именно оно запускает этот круг [3].

В научной среде также существует мнение, что ожирение и расстройство переедания взаимосвязаны не причинно-следственными соотношениями, а общими источниками возникновения в виде генетической предрасположенности [43; 50]. Данное утверждение частично опровергает работа С.М. Bulik с соавт. [35], которые, исследуя близнецов, в том числе с помощью методов генетического анализа, пришли к выводу, что, несмотря на наличие генетической этиологии и у ожирения, и у расстройства переедания, она у этих двух заболеваний различна.

M.J. Devlin, J.A. Goldfein и I. Dobrow [39] в своей публикации выдвигают предположение, что расстройство переедания является поведенческим подтипом или эпифеноменом ожирения. Однако, исследования больных с диагнозом «приступообразное переедание», страдающих и не страдающих ожирением, обнаружили либо отсутствие различий в их симптоматике [41], либо ее минимальную выраженность [31; 36; 65]. Приведенные факты указывают на самостоятельный статус диагноза «BED» и невозможность вывести его исключительно из проблемы ожирения.

В целом, как отмечается в литературе, у большинства людей, страдающих ожирением, не выявлено «binge-eating disorder»; последнее возникает у людей и с нормальным, и с избыточным весом, и с ожирением. Тем не менее, по данным J. Alexander и коллег [26], среди людей с избыточным весом и ожирением «binge-eating disorder» встречается в два раза чаще, чем среди людей с нормальным весом. При психогенном переедании фактор ожирения является ключевым диагностическим критерием.

Таким образом, ключевые диагностические критерии диагноза «психогенное переедание» в МКБ-10 (F50.4) — ожирение и гиперфагическая реакция на дистресс — встречаются и в критериях диагноза «компульсивное переедание» в DSM-V (307.51), однако, они носят необязательный характер. В свою очередь, субъективное ощущение потери контроля, которое, по мнению C.F. Telch и соавторов [74], выступает основным критерием компульсивного переедания, свойственно и лицам с психогенным перееданием.

Отечественный ученый К.Э. Емелин [10] указывает в качестве ключевых различий психогенного и компульсивного переедания приступообразный характер последнего и более высокую скорость приема пищи в процессе этого приступа. При психогенном переедании скорость приема пищи чаще не меняется, а сам процесс поглощения еды может быть достаточно растянут и проявляться, например, в небольших постоянных перекусах с высоким калоражем [8]. Таким образом, отсутствует клинический эпизод — приступ переедания, имеющий очерченные временные рамки. И здесь обнаруживается противоречие с DSM-V, где указывается, что постоянный перекус небольшими порциями в течение дня не считается перееданием.

Возвращаясь к вопросам диагностики приступов переедания при BED (307.51), стоит подчеркнуть, что, хоть критерии приступообразности и особенностей потребления пищи и являются ключевыми при классифицировании данного расстройства, процесс их выявления и объективной оценки в практической деятельности сопряжен с рядом проблем. Если у пациентов с нервной булимией эпизод переедания сопровождается последующим компенсаторным поведением (рвота, чрезмерные физические упражнения и др.), то у пациентов с диагнозом «binge-eating disorder» таких ярких маркеров приступа нет, в результате чего, как отмечают Е.М. Rossiter и соавторами [68], больные зачастую с трудом вспоминают случаи приема большого объема еды. Кроме того, эпизод переедания должен сопровождаться поглощением объективно большого количества пищи, однако, единой позиции относительно того, что считать «объективно большим объемом», и кто оценивает меру этого соответствия, до сих пор нет. Наличие культуральных, возрастных, религиозных и гендерных различий в употреблении пищи еще больше размывает этот критерий и затрудняет четкое классифицирование расстройства.

Особый интерес в этом разрезе представляют исследования Z. Cooper, C.G. Fairburn [37], M.D. Marcus и соавторов [62], S.Z. Yanovski, N.G. Sebring [84], в которых у части пациентов с диагнозом BED диагностировались не четко очерченные эпизоды переедания, а неструктурированное, растянутое во времени обжорство, длившееся в течение всего дня или какой-то его части. Поскольку данные авторы проводили исследования в рамках классификации DSM-IV, они отнесли изучаемые расстройства к «binge-eating disorder»,

или компульсивному перееданию, в то время как в данном случае вероятно был бы более правомерен диагноз «психогенное переедание».

В целом, относительно критериев диагноза «психогенное переедание» (F50.4 в МКБ-10) на сегодняшний день можно сделать три вывода:

- симптомокомплекс в нозологической категории F50.4 в МКБ-10 недостаточно развернут и существенно пересекается с BED в DSM-V (307.51). Отсутствие в DSM-V диагноза «психогенное переедание», а в МКБ-10 — «компульсивного переедания», позволяет ученым при анализе научных исследований и клинической оценки пациентов соединять данные, попадающие под оба диагноза, что и приводит к терминологической и содержательной путанице;
- в психологических и медицинских исследованиях на сегодняшний день нет единой позиции относительно разделений диагнозов «психогенное переедание» и «компульсивное переедание», или «binge-eating disorder»: их обозначают и как синонимы одного пищевого расстройства, и как разные диагнозы, отличающиеся фактом наличия/отсутствия приступообразности эпизода переедания;
- в проект разработанной МКБ-11 диагноз «психогенное переедание» не включен, но введена новая диагностическая нозологическая рубрика: «компульсивное переедание». Это способствует сближению международных классификаций, по всей видимости, указывая на то, что в перспективе эти расстройства пищевого поведения соединятся под симптомокомплексом, соответствующим «binge-eating disorder». Однако, накопленный эмпирический опыт позволяет утверждать, что по специфике поведения, личностным чертам и патогенезу расстройство переедания вариативно, соответственно, остро стоит вопрос выделения отдельных видов «binge-eating disorder»: приступообразных и с относительно растянутым в течение времени эпизодом. В этом случае в рамки диагноза «компульсивное переедание» будет включаться клинический вариант расстройства пищевого поведения, возникающего как реакция на стресс, предполагающий, что пациент в течение дня может употреблять небольшое количество пищи с высоким калоражем, без предварительного процесса планирования и с избирательным подходом к выбору продуктов, — то расстройство переедания, которое в настоящее время классифицируется как «психогенное переедание» (F50.4 в МКБ-10).

Этиопатогенез психогенного переедания и проблемы его психологической диагностики

Психогенное переедание как разновидность нарушений пищевого поведения обладает мульти-

факторным генезом, обусловленным биопсихосоциальной природой человеческой жизнедеятельности. Единый этиопатогенетический комплекс данного расстройства определяется тремя взаимосвязанными группами факторов:

- биологической (гендерная и наследственная предрасположенность);
- психологической (индивидуально-психологические особенности личности, адаптационно-компенсаторные ресурсы);
- социокультурной (стиль семейного воспитания, общественные представления об эталонном образе тела, особенности коммуникативного поведения и др.) [49;69;75].

Анализируя вклад этих групп факторов в развитие расстройства переедания, А.О.Кибитов, Г.Э. Мазо [13], а также М. Balestri с соавторами [30] отмечают, что ведущую роль играет генетическая предрасположенность, выступая фундаментом для формирования темперамента, развития личностных особенностей, которые в значительной мере контролируются наследственностью. Совокупность биологических и психологических факторов, в свою очередь, опосредуют специфику процесса социализации и успешность адаптации человека к окружающей его культурной среде, что также является для авторов аргументом в пользу генетической доминанты в этиопатогенезе психогенного переедания.

Данная точка зрения подтверждается исследованиями, основанными на методах клинической и молекулярной генетики, дизайна семейных исследований с анализом семейной отягощенности. В отношении общего класса нарушений пищевого поведения уровень наследуемости составляет 50-70% по данным близнецового метода [49;75] и 59-82% по данным метода изучения приемных детей [55]; для диагноза BED наследуемость составляет 49-57% [35; 51]. Согласно заключениям S.G. Helder, D.A. Collier [49], а также K.Javaras [51], уровень генетического контроля в отношении нарушений пищевого поведения очень высок, в то время как средовое влияние, напротив, довольно слабое.

Стоит указать, что уровень генетического риска хоть и высок, он все же не является абсолютным и актуализируется только при взаимодействии всех трех групп факторов — биологических, психологических, социальных. При наличии высокого генетического риска требуется минимальное воздействие психосоциальных триггеров, чтобы расстройство сформировалось. Низкий генетический риск, напротив, требует серьезное участие других доминант — высокой негативной аффектации, наличие черт тревожного спектра личности и др. [56; 67].

К биологическим факторам риска формирования расстройства переедания относят также женский пол пациентов (уровень риска — более 90%).

Психологическая группа предикторов развития психогенного переедания является достаточно широкой, причем значимые связи наблюдаются с различными особенностями эмоциональной сферы. Так, ряд авторов в своих исследова-

ниях подчеркивает связь психогенного переедания с алекситимией — затруднениями в распознавании и выражении своих эмоций и ощущений [17; 21; 22; 29; 54; 80]. Как отмечает R.M. Bagby [29], пациенты с психогенным перееданием испытывают проблемы в различении переживаний тревоги и ощущения голода. Собственные эмоции ощущаются такими людьми как телесный дискомфорт, способом избавления от которого, в частности, выступает еда [52]. При этом эмоция, по мнению А.В. Сидорова [22], определяет специфику выбираемого продукта, размер порции и продолжительность эпизода переедания.

В проведенном исследовании J. Svaldi с соавторами [72] установили у женщин тесную корреляцию психогенного переедания с высоким уровнем тревоги и колебаниями настроения. При этом наиболее выраженное снижение настроения отмечено ими непосредственно перед приемом пищи. Сопутствуют психогенному перееданию и острые переживания тоски, депрессия, причем чем более сильно выражены эти эмоциональные проявления, тем в более тяжелой форме протекает и расстройство переедания [42]. Полученные в исследовании данные соответствуют и установленным в DSM-V коморбидным признакам «binge-eating disorder»: наиболее частыми сопутствующими расстройствами при BED являются тревожные, депрессивные и биполярные расстройства.

Помимо тоски и тревоги, эмоциями-провокаторами психогенного переедания выступают аффекты, возникающие в процессе межличностных отношений: гнев, чувство вины, беспомощности, ревности, раздражения. Также факторами эмоционально-волевой сферы для эпизодов переедания являются импульсивность и вспыльчивость. В своем мета-анализе А.А. Лифинцева с соавторами [17] отмечают, что импульсивность препятствует анализу причин побуждений к приему пищи: человек ищет способ моментального удовлетворения потребности, не успев распознать природу своего голода (физиологическую или психологическую).

Еще одним личностным фактором расстройств переедания, в том числе психогенного, является специфика реакции человека на стресс. Как отмечает T.Brockmeyer [34], работая в рамках классификации DSM-IV, люди с «binge-eating disorder» острее реагируют на ежедневные стрессовые события, обладают низкой толерантностью к неприятностям, при этом переживаемые эмоции для них невыносимы, и еда служит способом совладания со стрессом. Основными стратегиями преодоления стресса выступают подавление своих эмоций и когнитивная руминация. И в том, и в другом случае эмоции не находят выхода наружу, накапливаются и образуют аффективный «ком», который разряжается перееданием. На устойчивую взаимосвязь когнитивной руминации и BED указывают в своей работе и S.B. Wang, J.A. Lydecker, C.M.Grilo [78].

Психогенное переедание связывают также с психологическим защитным механизмом заме-

щения: лишний вес, возникающий как следствие переедания, может восприниматься пациентами как основная причина их проблем и неудач, в то время как на самом деле за ожирением кроется страх/нежелание разрешать трудности и противоречия в своей жизни [66].

На стыке психологических и социальных факторов психогенного переедания находится нарушение адекватного восприятия образа своего тела. С одной стороны, эталон внешней привлекательности формируется в социуме и транслируется как общественная норма, однако, специфика трансформации отношения к собственному телу на основе этого эталона зависит уже от индивидуально-психологических особенностей личности. Критичное восприятие своего веса может способствовать приверженности строгим диетам, зачастую не учитывающим физиологические возможности организма, его потребности в жирах, белках и углеводах. Подобные ограничения в еде ведут к быстрой утомляемости и сниженному настроению, раздражительности, что в итоге приводит либо к срыву диеты, либо к компенсаторному возмещению всех видов «запретной» пищи после окончания диеты. Следующий за срывом набор массы тела приводит к ощущению чувства вины и усилению негативного отношения к своему телу, что, как правило, становится мотивационным фактором для более жестких ограничений в питании, формируя замкнутый круг аффективных нарушений и ожирения [18].

С восприятием образа внешности связано и явление самообъективации, которое состоит в оценке себя как объекта использования, который должен обладать необходимыми характеристиками и привлекательными параметрами фигуры. При самообъективации человек уверен, что его личность оценивают через его внешние параметры, и они имеют первостепенное значение. Поскольку лишний вес не соответствует общественному эталону тела и социально порицается, человек, стремясь к стройности, постоянно придерживается диет, которые нередко заканчиваются упомянутыми выше срывами, перееданием, чувством вины и новой диетой [18].

Таким образом, психологическими факторами переедания являются особенности, так или иначе связанные с эмоциональной сферой (негативные аффекты, низкая толерантность к стрессу, алекситимия, тревожное и депрессивное расстройство), спецификой совладания со стрессом, психологическими защитами, особенностями эмоционально-волевой сферы (импульсивность) и образом своего тела.

Говоря о социальных факторах риска формирования психогенного переедания, ученые, прежде всего, исследуют стили семейного воспитания пациентов: согласно Т.Г.Вознесенской, дисгармоничные отношения с родителями выявлены более, чем у 90% таких людей. Пациенты с психогенным перееданием в детстве нередко испытывают дефицит внимания и эмоциональной близости со стороны значимых взрослых, в результате чего

у них формируется устойчивый паттерн восприятия пищи как источника удовольствия, способа вознаграждать себя и выразить к себе любовь [5].

В мета-анализе А.А. Лифинцевой, Ю.Ю. Новиковой, Т.А. Караваевой, М.В.Фомичевой выявлен вклад в нарушение пищевого поведения родительских установок относительно вреда определенных видов пищи, реакция родителей на недоедание порций, привычка ругаться в процессе принятия пищи [17].

Несогласованность родительского воспитания в детстве, выраженная в эмоциональной сдержанности со стороны отца и в гиперопеке матери с высоким перфекционизмом, по данным R.E. Kreire, S.M. Mou, приводит к ощущению несоответствия родительским ожиданиям у девочек, поскольку строгий контроль и высокий уровень ожиданий в таких семьях соединяются с отсутствием устойчивого глубокого контакта с родителями. Страх совершить ошибку и не оправдать возложенных надежд способствует формированию у девочек тревоги. Обрести опору и восстановить ощущение собственного контроля над своей жизнью им помогает контроль над своим телом, весом, жесткие диеты, между которыми проходят приступы переедания [57].

У ряда пациентов, страдающих психогенным перееданием, наблюдаются проблемы с сепарацией от родительской семьи. Они растут послушными детьми, стремящимися добиться одобрения окружающих, которое они воспринимают как единственное условие получения любви. Причем это стремление является не эпизодическим, а устойчивым проявлением их поведения, отношений, установок. По мнению R.E. Kreire и S.M. Mou, желание получить одобрение и признание со стороны значимых других ведет к постоянному отказу от собственных эмоций, их подавлению, что в итоге может служить основой развития алекситимии, также тесно связанной с психогенным перееданием [57].

С точки зрения М. Вудман, эпизоды переедания являются слабо осознаваемой формой протеста против той дисциплины, которой пациенты вынуждены придерживаться, повинаясь установленным родителями эталонам в ущерб собственной идентичности. Автор считает, что, только приняв свое тело и признав свои эмоции, человек сможет справиться со стремлением к перееданию [6].

Анализ биопсихосоциальной модели возникновения психогенного переедания демонстрирует, что его формирование определяется наследственностью, комплексом эмоционально-волевых особенностей и расстройств эмоциональной сферы, реакциями на стресс и навыками совладающего поведения, отношением к своему телу и стилем воспитания в родительской семье, при котором необходимо постоянно добиваться признания и любви, отказываясь от собственной идентичности.

Ряд авторов, изучавших патогенез психогенного переедания, рассматривает его развитие по

алгоритму аддикции, так же, как зависимость от психоактивных веществ (ПАВ). Как отмечают Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева [15], пищевая аддикция возникает тогда, когда еда становится аддиктивным инструментом ухода от субъективной реальности. В рамках этого подхода пищевую аддикцию относят к промежуточному виду аддикции, находящемуся на стыке ее химических и нехимических разновидностей, поскольку, с одной стороны, пища обладает химическим составом, а с другой — обеспечивает жизнедеятельность организма, что не свойственно психоактивным веществам. При этом из всего класса расстройств пищевого поведения именно компульсивное и психогенное переедание, согласно А.Ю. Егорову [9], относится к пищевой аддикции, в то время как булимия и нервная анорексия таковыми не являются в силу различий в этиопатогенезе.

Потребление вкусной еды высвобождает дофамин и эндогенные опиоидные пептиды в головном мозге (аналогично — при приеме наркотиков и алкоголя), что снижает уровень стресса для организма и способствует усилению стремления «заесть» неприятные эмоции [33; 58]. D. Cota и соавторы [38] подчеркивают, что именно эти нейрoхимические элементы являются ответственными за получение удовольствия от пищи и за гомеостатические стимулы пищевого поведения.

A. Goodman [46] и G.J. Wang с соавторами [79] уточняют, что дофамин и эндогенные опиоиды со временем адаптируются к потребляемому количеству пищи и начинают вырабатываться в меньших количествах. Чтобы поддержать их выработку на прежнем уровне, человеку приходится есть больше, переходя от обычного потребления пищи к перееданию; по такой же схеме развивается и переход от разовых употреблений ПАВ к устойчивой химической аддикции.

О нейрoхимической общности химической и пищевой зависимости говорят и исследования, проведенные на животных. M. Lutter и N.J. Nestler [61] установили, что синдром отмены после высокожирной диеты у крыс сопровождается такими же нейрoхимическими изменениями, как и при отмене психоактивных веществ.

Разработчики нейрoхимических аспектов пищевой аддикции отмечают перспективность приема блокаторов опиатных рецепторов при лечении переедания, поскольку эти блокаторы способны уменьшать аппетит и снижать гедонистическое восприятие вкуса и запаха пищи [38;64].

Кроме нейрoхимического патогенеза, сходного у пищевой аддикции с механизмами развития зависимости от ПАВ, у этих заболеваний существуют также общие нейрoанатомические механизмы. Сигналы, связанные с употреблением вкусной пищи и ПАВ, вызывают схожую экспрессию генов и нейрональную пластичность в мезолимбическом корковом пути, который отвечает за процесс получения удовольствия, а также в участках мозга, связанных с процессами обучения и запоминания [64; 53]. Также в исследовании М.Г. Чухровой и В.П. Леутина [24] у пищевых и химиче-

ских аддиктов обнаружена тенденция к формирования застойного очага возбуждения в правом полушарии, при котором доминантным становится влечение к еде или ПАВ, в то время как другие влечения угнетаются. В совокупности с левополушарным дефицитом это приводит к снижению способности строить вероятностные прогнозы, сосредоточенности к определенным переживаниям, субъективизму.

По мнению сторонников аддиктивного подхода к психогенному и компульсивному перееданию, факт аддиктивной природы этих заболеваний подтверждается также аддиктивными свойствами пищи. Так, содержание в еде карбонгидрата способствует выработке серотонина в мозге, что ведет к повышению настроения и восприятию пищи как положительного подкрепления. При сниженном уровне эндорфинов переедание также стимулирует их выработку, что закрепляет за едой статус вознаграждающего стимула [82; 83].

В целом, подход к психогенному перееданию как к пищевой аддикции на сегодняшний день обладает высоким научным потенциалом, однако, требует более глубокого анализа с учетом различий этиопатогенеза компульсивного и психогенного переедания.

Одна из концепций патогенеза психогенного переедания представлена в работе Е.И. Гетманчук [7], в которых выделены 4 стадии развития этого расстройства, представляющие собой «замкнутый круг» данного нарушения пищевого поведения:

первичные тревожно-депрессивные расстройства, возникшие как результат сильных стрессовых факторов;

- осуществление «маскировки» расстройства с помощью эпизодов переедания;
- появление чувства вины и вторичных симптомов расстройств, связанных с переживанием относительно появившегося лишнего веса как следствия переедания;
- усиление беспокойства по поводу избыточного потребления пищи и утратой компенсирующей способности гиперфагии.

На сегодняшний день психодиагностический инструментарий для оценки психогенного переедания в нашей стране достаточно малочисленный. Отечественные ученые ориентированы на адаптацию зарубежных качественных методик исследования, что является очень трудоемким процессом и занимает много времени. Фактически, исследовательский инструментарий для изучения психогенного переедания ограничен тремя методиками, изучающими или выраженность нарушений, или диагностирующими отдельные симптомы в картине болезни. Одной из таких методик является Голландский опросник пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ), разработанный Т. Van Strien с соавторами, с помощью которого можно выделить три типа пищевого поведения [77]:

- эмоциогенное (переедание как ответ на фрустрацию и различные стрессовые факторы);

- экстернальное (склонность реагировать не на чувство голода, а на внешние пищевые стимулы — вид, запах продукта);
- ограничительное (переедание как следствие жестких пищевых ограничений и последующих срывов).

Психогенное переедание в данной классификации описано эмоциогенным типом пищевого поведения. Стоит отметить, что DEBQ — широко распространенная в мировой научной практике методика, адаптированная во многих странах мира. В нашей стране она была переведена на русский язык Т.Г. Вознесенской с выделением нормативов по шкалам, однако, процедуру адаптации и рестандартизации до сих пор не прошла [2].

Еще одной психодиагностической методикой, с помощью которой можно установить отдельные когнитивные и поведенческие симптомы психогенного переедания, связанные с потерей контроля над процессом и отсутствием физиологического чувства голода, выступает в нашей стране трехфакторный опросник питания А. Стункарда «The three factors eating questionnaire» — TFEQ [71]. Он направлен на оценку следующих симптомов расстройства переедания:

- ограничение (склонность к соблюдению диеты для контроля над весом);
- растормаживание (потеря контроля над процессом приема пищи);
- восприимчивость к голоду (способность распознавать интенсивность тяги к пище).

Данный опросник переведен на русский язык, но данных о его психометрической адаптации нет [цит. по 19].

Третий диагностический опросник, который может быть использован для изучения симптомов психогенного переедания — это скрининговая методика EAT-26 D.M. Garner в адаптации О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи (в русскоязычном варианте — «Опросник пищевых предпочтений — 26») [23]. Она позволяет охарактеризовать особенности пищевого поведения на основании четырех факторов: «нарушения пищевого поведения», «самоконтроль пищевого поведения», «озабоченность образом тела» и «социальное давление в отношении пищевого поведения». «Опросник пищевых предпочтений — 26» прошел процедуру психометрической адаптации в Республике Беларусь.

Анализ состояния разработанности диагностического инструментария для оценки психогенного переедания указывает на острый дефицит валидных и надежных методик. От инструментария зависит точная постановка диагноза, а значит, и выбор наиболее эффективного способа коррекции данного расстройства пищевого поведения.

Методы психотерапии психогенного переедания

Устранение у пациентов формальных симптомов психогенного переедания предполагает сочетание работы специалистов по трем направлениям:

- психотерапия;
- пищевая реабилитация (восстановление адекватного приема пищи);
- фармакотерапия (антипсихотики, антидепрессанты, корректоры настроения, средства от ожирения, опиоидные антагонисты и др.) [25].

Поскольку патогенез психогенного переедания имеет не столько физиологическую, сколько преимущественно психологическую основу, коррекция состава, частоты и объема принимаемой пищи не оказывает воздействия на патогенетические причины возникновения нарушений. Пациенты частично добиваются снижения веса, но сохраняющиеся паттерны пищевого поведения и их индивидуально-психологические и личностные основы создают предпосылки для рецидивирования расстройства переедания. Современный подход к терапии психогенного переедания осуществляется полипрофессиональной бригадой, является комплексным, мишенецентрированным, включает психокоррекционные и психотерапевтические интервенции, интегрирует взаимодействие медицинского психолога, психотерапевта и других участников лечебного процесса. Подходы к психотерапии психогенного переедания описаны в рамках различных направлений и методов.

Психодинамическое лечение нарушенного пищевого поведения основано на теории, согласно которой источником психогенного переедания выступает фиксация ребенка на оральной стадии развития. В процессе взросления данная фиксация в бессознательной форме выражается в повышенной тяге к еде, за которой скрывается желание всеобщей любви, а также желание «обладать» [4].

В позитивной психотерапии одной из важных задач является выявление вторичной психологической выгоды от переедания, определение жизненных обстоятельств и ситуаций, с которыми пациент пытается справиться благодаря имеющейся симптоматике. В рамках данного направления активно используются притчи, истории, психотерапевтические метафоры.

В гештальт-терапии акцент делается на создании вокруг пациента определенного психологического поля, в котором он сможет удовлетворить свои потребности. Однако прежде, чем удовлетворить свои потребности, пациент должен научиться их распознавать [16]. Личность рассматривается как совокупность разных субличностей (заболевание — одна из них), отношения между которыми необходимо гармонизировать в процессе работы. Один из часто используемых методов — психодрама, создающая возможность пациенту «говорить» от лица своего заболевания, вести диалоги с разными частями своего сознания (которые хотят и не хотят продолжать переедание).

Терапевтическая работа в транзактном анализе основывается на усилении фигуры внутреннего взрослого, который становится регулятором конфликта двух других внутренних фигур — родителя и ребенка. Считается, что в основе психогенного переедания лежит столкновение именно этих со-

стояний. Усиление фигуры внутреннего взрослого помогает не только гармонизировать отношения детского и родительского «Я», но и повышает осознанность относительно пищевого поведения, запускает осмысление причин и последствий своих действий, в результате чего человек приходит к готовности принять на себя ответственность за свою жизнь.

Е.В. Каменецкая, Т.А. Ребеко отмечают характерное для пациентов, страдающих психогенным перееданием, нарушение целостности телесного образа [12]. Границы тела у них размыты и ослаблены, они в большей степени ощущают свою уязвимость и беспомощность при взаимодействии с окружающим миром, имеют низкую толерантность к психотравмирующим воздействиям, крайне тяжело переносят стрессы, которые, как известно, и запускают механизм психогенного переедания. Телесно-ориентированная терапия направлена на ослабление мышечного напряжения, создание условий на отреагирование заблокированных эмоций.

Наиболее распространено в современной практике когнитивно-поведенческое направление, имеющее значительную доказательную базу. Процесс когнитивно-поведенческой терапии включает в себя работу с двумя блоками: когнитивным и поведенческим.

Когнитивный блок предполагает работу с иррациональными установками пациентов — устойчивыми когнитивно-эмоциональными связями, сформированными в социальных отношениях, не соответствующими реальности и приводящими к дезадаптации личности. Иррациональные установки зачастую строятся на долженствовании и определяют отношение человека к себе или окружающей действительности. Выявляются эти установки путем анализа вербальных высказываний пациента, различных слов-маркеров при описании им своей центральной проблемы. Задача терапевта при работе с этим блоком — помочь пациенту осознать свои иррациональные стереотипы мышления, критически оценить их и выявить источники когнитивных искажений. Итогом работы этого этапа становится когнитивное переструктурирование, замена иррациональных установок пациента рациональным анализом, в результате чего изменяется и его эмоциональное реагирование на различные триггеры [32].

Поведенческие техники строятся на негативном подкреплении переедания и позитивном подкреплении конструктивных паттернов потребления пищи. Программа поведенческой терапии включает в себя ведение пищевого дневника, контроль стимулов, предшествующих акту еды; замедление процесса еды, усиление сопутствующей активности, обучение распознаванию собственных эмоций и чувств. В процессе когнитивно-поведенческой терапии пациенты с психогенным перееданием осваивают целый ряд приемов саморегуляции, которые впоследствии помогают им применять адаптивные стратегии в совладании со стрессовыми воздействиями [1; 11].

Эффективность когнитивно-поведенческого подхода при работе с нарушениями пищевого поведения подтверждается целым рядом современных исследований [1;10; 59;60].

Помимо перечисленных выше подходов предлагаются некоторые авторские методики для коррекции и лечения психогенного переедания, однако большинство из них не имеет доказательной базы, корректных методов оценки содержания, эффективности и безопасности, поэтому внедрение их в практическую сферу и применение в здравоохранении существенно затруднено.

Заключение

Психогенное переедание на сегодняшний день является дискуссионной, недостаточно изученной нозологией. Постановку диагноза затрудняет малоинформативное описание его критериев в МКБ-10 и схожесть с другим диагнозом, представленным в DSM-V: «binge-eating disorder», или приступообразным перееданием. Актуальна проблема дифференциации этих заболеваний в качестве отдельных подвидов расстройств пищевого поведения.

Поскольку этиопатогенетический комплекс психогенного переедания включает в себя совокупность генетических, психологических и социальных факторов, открытым остается вопрос о

ведущих пусковых механизмах, а, следовательно, и наиболее эффективных методах его коррекции. В научных кругах ведется дискуссия о возможности рассматривать психогенное переедание как особый вид пищевой аддикции, с соответствующей развитию зависимости мозговой активностью.

Требует дальнейшей разработки, адаптации и стандартизации и психодиагностический инструментарий для оценки психогенного переедания, который на данный момент ограничивается переведенными на русский язык зарубежными методиками. Точность постановки диагноза в совокупности с четко обозначенными для каждого вида переедания этиопатогенетическими особенностями позволит выстраивать эффективные методы коррекции заболевания. Лечение психогенного переедания осуществляется в рамках ведущих психотерапевтических подходов, однако, в них, как правило, нет специализированных программ, которые могут быть реализованы в рамках персонализированного подхода, опирающегося на выделение индивидуальных мишеней психотерапевтического воздействия. Разработка алгоритмов диагностики и лечения психогенного переедания является актуальной научно-практической задачей, требующей взаимодействия широкого круга специалистов.

Литература / References

1. Аграс В.С., Эпл Р.Ф. Победить расстройство пищевого поведения. Когнитивно-поведенческая терапия при нервной булимии и психогенном переедании. М.: Диалектика-Вильямс. 2021. Agras V.S., Epl R.F. Pobedit rasstroistvo pischevogo povedeniya. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pri nervnoi bulimii i psihogenom pereedanii. M.: Dialektika-Vilyams. 2021. (In Russ.).
2. Батури Н.А., Мельникова Н.Н. Технология разработки психодиагностических методик: монография. Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ. 2012. Baturin N.A., Melnikova N.N. Tehnologiya razrabotki psihodiagnosticheskikh metodik: monografiya. Chelyabinsk: Izdatelskii centr YUUrGU. 2012. (In Russ.).
3. Бобровский А.В., Мазо Г.Э., Колотильщикова Е.А., Чехлатый Е.И. Является ли приступообразное переедание самостоятельным заболеванием? Социальная и клиническая психиатрия. 2015;25(3):84-92. Bobrovskii AV, Mazo GE, Kolotilshchikova EA, Chelhatyi EI. Is binge eating a separate disorder? Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya. 2015;25(3):84-92. (In Russ.).
4. Вассерман Л.И., Святенко Л.В., Трифонова Е.А. Избыточный вес тела как психосоматическая проблема в контексте психодинамической концепции личности. Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2009;3(2):186-95. Vasserman LI, Svyatenko LV, Trifonova EA. Overweight as a psychosomatic problem in the context of the psychodynamic concept of personality. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Sotsiologiya. 2009;3(2):186-95. (In Russ.).
5. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция. Ожирение и метаболизм. 2004;2. Voznesenskaya TG. Obesity eating disorders and their correction. Ozhirenie i metabolism. 2004;2. (In Russ.).
6. Вудман М. Сова была раньше дочкой пекаря. Ожирение, нервная анорексия и подавленная женственность. М. 2009. Vudman M. Sova byla ranshe dochkoi pekarya. Ozhirenie, nervnaya anoreksiya i podavlenneya zhenstvennost. M. 2009. (In Russ.).
7. Гетманчук Е.И. Клинико-психопатологическая и медико-психологическая характеристика больных с психогенной гиперфагией. Архив психиатрии. 2012;3(70):19-25. Getmanchuk EI. Clinical-psychopathological and medical-psychological characteristics of patients with psychogenic hyperphagia. Arhiv psichiatrii. 2012;3(70):19-25. (In Russ.).
8. Гладышев О.А. Гиперфагические реакции в рамках расстройств пищевого поведения. Клинические особенности и терапия. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014;10(5):190-194. Gladyshev O.A. Giperfagicheskie reaktsii v ramkakh rasstroystv pischevogo povedeniya. Klinicheskiye osobennosti i terapiya. Ratsionalnaya farmakoterapiya v kardiologii. 2014;10(5):190-194.

- Gladyshev OA. Hyperphagic reactions within eating disorders. Clinical features and therapy. *Ratsionalnaya farmakoterapiya v kardiologii*. 2014;10(5):190-194. (In Russ.).
9. Егоров А.Ю. Пищевые аддикции. Журнал неврологии и психиатрии. 2010;5(2):88-92. Egorov AYU. Food addictions. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. 2010;5(2):88-92. (In Russ.).
10. Емелин К.Э. Расстройства пищевого поведения, приводящие к избыточному весу и ожирению: классификация и дифференциальная диагностика. Русский медицинский журнал. 2015;23(29):12-15. Emelin KE. Eating disorders leading to overweight and obesity: classifications and differential diagnostics. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2015;23(29):12-15. (In Russ.).
11. Еричев А.Н., Бобровский А.В., Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия избыточной массы тела: учебное пособие. СПб: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова. 2011. Erichev A.N., Bobrovskii A.V., Fedorov A.P. Kognitivno-povedencheskaya psyhoterapiya izbytochnoi massy tela: uchebnoe posobie. SPb.: Izd-vo SZGMU im. I.I. Mechnikova. 2011. (In Russ.).
12. Каменецкая Е.В., Ребеко Т.А. Телесный образ Я у лиц с нарушением пищевого поведения. Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2014;4:58-64. Kamenetskaya EV, Rebeke TA. The body image of the self in persons with eating disorders. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova*. 2014;4:58-64. (In Russ.).
13. Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Генетические исследования нарушений пищевого поведения: выход из замкнутого круга нозологической систематики. Социальная и клиническая психиатрия. 2016;26(4):63-70. Kibitov AO, Mazo GE. Genetic investigation of eating disorders: breaking the vicious circle of nosological system. *Socialnaya i klinicheskaya psikiatriya*. 2016;26(4):63-70. (In Russ.).
14. Ковалев С.В. Исцеление с помощью НЛП. — М.: КСП+. 2001. 576 с. Kovalev S.V. Istselenie s pomoschyu NLP. — M. KSP+. 2001. 576 s. (In Russ.).
15. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М: Академический Проект. 2000. Korolenko TS.P., Dmitrieva N.V. Sotsiodinamicheskaya psikiatriya. M.: Akademicheskii Proekt. 2000. (In Russ.).
16. Лебедева Н.М. Путешествие в Гештальт: теория и практика. СПб.: Речь. 2005. Lebedeva N.M., Ivanova E.A. Puteshestvie v Geshtalt: teoriya i praktika. SPb.: Rech. 2005. (In Russ.).
17. Лифинцева А.А., Новикова Ю.Ю., Каравалева Т.А., Фомичева М.В. Психосоциальные факторы компульсивного переедания: мета-аналитическое исследование. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2019;3:19-27. doi: 10.31363/2313-7053-2019-3-19-27. Lifintseva AA, Novikova UU, Karavaeva TA, Fomicheva MV. Psychosocial factors of binge-eating: a meta-analytical study. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2019;3:19-27. doi: 10.31363/2313-7053-2019-3-19-27. (In Russ.).
18. Малкина-Пых И.Г. Перфекционизм и удовлетворенность образом тела в структуре личности пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением. Экология человека. 2010;1:25-32. Malkina-Pykh IG. Perfectionism and body-image dissatisfaction as personal traits of patients with disordered eating and obesity. *Ekologiya cheloveka*. 2010;1:25-32. (In Russ.).
19. Михайлова А.П., Иванова Д.А., Штрахова А.В. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях. Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2019;12(1):97-117. Mihailova AP, Ivanova DA, Shtrahova AV. Issues of qualification and psychological assessment of eating behavior under normal and disordered conditions. *Vestnik JuUrGU. Seriya «Psihologiya»*. 2019;12(1):97-117. (In Russ.).
20. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) «Психические расстройства и расстройства поведения», адапт. для РФ. М.: Минздрав России, 1998. International Classification of Diseases (10th revision) «Mental and behavioral disorders», adapt. for the Russian Federation. M.: Ministry of Health of Russia. 1998. (In Russ.).
21. Самсонова Г.О., Языкова Т.А., Агасаров Л.Г. Психологические аспекты алиментарного ожирения. Вестник новых медицинских технологий. 2018;3:133-39. Samsonova GO, Yazykova TA, Agasarov LG. Psychological aspects of alimentary obesity (literature review). *Vestnik novyh meditsinskih tehnologii*. 2018;3:133-39. (In Russ.).
22. Сидоров А.В. Психологические модели переедания и ожирения. Российский психологический журнал. 2011;8(3):30-40. Sidorov AV. Psychological models of overeating and obesity. *Rossiiskii psihologicheskii zhurnal*. 2011;8(3):30-40. (In Russ.).
23. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ. 2007. Skugarevskii O.A. Narusheniya pischevogo povedeniya: monografiya. Minsk: BGMU. 2007. (In Russ.).
24. Чухрова М.Г., Леутин В.П. Некоторые общие нейрофизиологические механизмы алкогольного и пищевого аддиктивного поведения. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007;4:15-19. Chuhrova MG, Leutin VP. Some common neurophysiological mechanisms of alcohol and eating

- addictive behavior. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii*. 2007;4:15-19. (In Russ.).
25. Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2011;12(6):400-43. doi: 10.3109/15622975.2011.602720. PMID: 21961502.
26. Alexander J, Goldschmidt A.B., Le Grange D. *A Clinician's Guide to Binge Eating Disorder*. London, New York: Routledge. 2013.
27. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc. 2000.
28. Andrews G, Slade T, Peters L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *Br J Psychiatry*. 1999;174:3-5. doi: 10.1192/bjp.174.1.3.
29. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale—I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994;38(1):23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1.
30. Balestri M, Calati R, Serretti A, De Ronchi D. Genetic modulation of personality traits. *Int Clin Psychopharmacol*. 2014;29(1):1-15. doi: 10.1097/YIC.0b013e328364590b.
31. Barry DT, Grilo CM, Masheb RM. Comparison of patients with bulimia nervosa, obese patients with binge eating disorder, and nonobese patients with binge eating disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(9):589-94. doi: 10.1097/01.nmd.0000087185.95446.65.
32. Beck A.T. *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*.—New York: Harper Collins. 1999;19(1):120-122.
33. Bello NT, Hajnal A. Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacol Biochem Behav*. 2010;97(1):25-33. doi: 10.1016/j.pbb.2010.04.016.
34. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudolfsky G, Herzog W. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55:565-71.
35. Bulik C, Sullivan P, Kendler K. Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *Int J Eat Disord*. 2003;33(3):293-8. doi: 10.1002/eat.10140.
36. Carrard I, Van der Linden M, Golay A. Comparison of Obese and Nonobese Individuals with Binge Eating Disorder: Delicate Boundary between Binge Eating Disorder and Non-Purging Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2012;20(5):350-4. doi: 10.1002/erv.2174.
37. Cooper Z, Fairburn CG. Refining the definition of binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa. *Int J of Eating Disorders*. 2003;34 Suppl:S89-95. doi: 10.1002/eat.10208.
38. Cota D, Tschop MH, Horvath TL, Levine AS. Cannabinoids, opioids and eating behavior: the molecular face of hedonism? *Brain Res Brain Res Rev*. 2006;51(1):85-107.
39. Devlin MJ, Goldfein JA, Dobrow I. What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *Int J of Eating Disorders*. 2003;34 Suppl:S2-18. doi: 10.1002/eat.10201.
40. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
41. Didie ER, Fitzgibbon M. Binge eating and psychological distress: is the degree of obesity a factor? *Eat. Behav*. 2005;6(1):35-41. doi: 10.1016/j.eatbeh.2004.08.007.
42. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*. 2017;9(11):1274. doi: 10.3390/nu9111274.
43. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA et al. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(7):659-65. doi: 10.1001/archpsyc.57.7.659.
44. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J of Eating Disorders*. 2008;41(7):577-86. doi: 10.1002/eat.20539.
45. First MB, Pincus HA. Classification in psychiatry: ICD-10 vs. DSM-IV. A response. *The British Journal of Psychiatry*. 1999;175(3):205-9. doi: 10.1192/bjp.175.3.205.
46. Goodman A. Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochem Pharmacol*. 2008;75(1):266-322. doi: 10.1016/j.bcp.2007.07.030.
47. Gorwood P. Eating disorders, serotonin transporter polymorphisms and potential treatment response. *Am. J. Pharmacogenomics*. 2004;4(1):9-17. doi: 10.2165/00129785-200404010-00002.
48. Hasler G, Pine DS, Gamma A et al. The associations between psychopathology and being overweight: a 20-year prospective study. *Psychol Med*. 2004;34(6):1047-57. doi: 10.1017/s0033291703001697.
49. Helder SG, Collier DA. The genetics of eating disorders. *Curr Top Behav Neurosci*. 2011;6:157-75. doi: 10.1007/7854_2010_79.
50. Hudson JI, Lalonde JK, Berry JM. Binge-Eating Disorder as a Distinct Familial Phenotype in Obese Individuals. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):313-9. doi: 10.1001/archpsyc.63.3.313.
51. Javaras K, Laird N, Reichborn-Kjennerud T, Bulik C, Pope H, Hudson J. Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control

- family study and a twin study. *Int J Eat Disord.* 2008;41(2):174-9.
doi: 10.1002/eat.20484.
52. Kaplan HL, Kaplan HS. The psychosomatic concept of obesity. *J Nerv Ment Dis.* 1957;125(2):181-201.
doi: 10.1097/00005053-195704000-00004.
53. Kelley AE, Schiltz CA, Landry CF. Neural systems recruited by drug- and food-related cues: Studies of gene activation in corticolimbic regions. *Physiol Behav.* 2005;86(1-2):11-4.
doi: 10.1016/j.physbeh.2005.06.018.
54. Kittel R, Brauhardt A, Hilbert A. Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2015;48(6):535-54.
doi: 10.1002/eat.22419.
55. Klump K, Suisman J, Burt S, McGue M, Iacono W. Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *J Abnorm Psychol.* 2009;118(4):797-805.
doi: 10.1037/a0017204.
56. Koren R, Munn-Chernoff M, Duncan A et al. Is the relationship between binge eating episodes and personality attributable to genetic factors? *Twin Res Hum Genet.* 2014;17(2):65-71.
doi: 10.1017/thg.2013.92.
57. Kreipe RE, Mou SM. Eating disorders in adolescents and young adults. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000;27(1):101-24.
doi: 10.1016/s0889-8545(00)80009-1.
58. Krueger RF, South SC. Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med.* 2009;39(12):2061-70.
doi: 10.1017/S0033291709990328.
59. Lawrence NS, O'Sullivan J, Parslow D, Javaid M, Adams RC, Chambers CD. Training response inhibition to food is associated with weight loss and reduced energy intake. *Appetite.* 2015; 95:17-28.
60. Leehr E.J., Krohmer K., Schag K., Dresler T., Zipfel S., Giel K.E. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity — A systematic review. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2015;49:125-134.
61. Lutter M, Nestler EJ. Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *Journal of Nutrition.* 2009;139:629-632.
62. Marcus MD, Smith DE, Santelli R, Kaye W. Characterization of eating disordered behavior in obese binge eaters. *Int J of Eating Disorders.* 1992;12:249-55.
doi:10.1002/1098-108X(199211)12:3<249::AID-EAT2260120304>3.0.CO;2-W
63. Mitchell J.E., Devlin M.J., de Zwaan M. et al. *Binge-Eating Disorder: Clinical Foundations and Treatment.* N.Y.: Guilford Press. 2007. 214 p.
64. Pelchat ML. Food, craving, obsession, compulsion and addiction. *Physiol Behav.* 2002;76(3):347-352.
65. Picot AK, Lilenfeld LR. The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *Int J of Eating Disorders.* 2003;34(1):98-107.
doi: 10.1002/eat.10173.
66. Polivy J, Herman CP. Distress and eating: Why do dieters overeat? // *Int J Eat Disord.* 1999;26(2):153-64.
doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199909)26:2<153::aid-eat4>3.0.co;2-r.
67. Racine S, Keel P, Burt S et al. Exploring the relationship between negative urgency and dysregulated eating: Etiologic associations and the role of negative affect. *J Abnorm Psychol.* 2013;122(2):433-44.
doi: 10.1037/a0031250.
68. Rossiter EM, Agras WS, Telch CF, Bruce B. The eating patterns of non-purging bulimic subjects. *Int J of Eating Disorders.* 1992;11(2):111-20.
doi: 10.1002/1098-108X(199203)11:2<111::AID-EAT2260110203>3.0.CO;2-J
69. Steiger H, Bruce KR. Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders. *Can J Psychiatry.* 2007;52(4):220-7.
doi: 10.1177/070674370705200403.
70. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychol.* 2002 Mar;21(2):131-8.
71. Stunkard AJ. Obesity. In Hales RE, Francis AI (eds): *American Psychiatric Association Annual Review—Vol. 4.* Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc. 1985;42:419-37.
72. Svaldi J, Tuschen-Caffier B, Trentowska M, Caffier D, Naumann E. Differential caloric intake in overweight females with and without binge eating: Effects of a laboratory-based emotion-regulation training. *Behav Res Ther.* 2014;56:39-46.
doi: 10.1016/j.brat.2014.02.008.
73. Tanofsky-Kraff M, Cohen ML, Yanovski SZ et al. A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics.* 2006;117(4):1203-9.
doi: 10.1542/peds.2005-1329.
74. Telch CF, Pratt EM, Niego SH. Obese women with binge eating disorder define the term binge. *Int J Eat Disord.* 1998;24(3):313-7.
doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199811)24:3<313::aid-eat9>3.0.co;2-p.
75. Trace S, Baker J, Penas-Lledó E, Bulik C. The genetics of eating disorders. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:589-620.
doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185546.
76. Uher R., Rutter M. Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. *Int Rev Psychiatry.* 2012;24(6):514-29.
doi: 10.3109/09540261.2012.719862.
77. Van Strien T et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *Int J Eating Disord.* 1986;2:188-204.
doi: 10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T
78. Wang SB, Lydecker JA, Grilo CM. Rumination in patients with binge-eating disorder and obesity:

- associations with eating-disorder psychopathology and weight-bias internalization. *Eur Eat Disord Rev.* 2017;25(2):98-103. doi: 10.1002/erv.2499.
79. Wang GJ, Volkow ND, Fowler JS. The role of dopamine in motivation for food in humans: implications for obesity. *Expert Opinion on Therapeutic Targets.* 2002;6:601-9. doi: 10.1517/14728222.6.5.601.
 80. Wheeler K, Broad RD. Alexithymia and overeating. *Perspect Psychiat Care.* 1994;30(1):7-10. doi: 10.1111/j.1744-6163.1994.tb00220.x.
 81. WHO. Health in the European Union: trends and analysis [Digital Source]. 2009. Access on-line: http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20100201_1.
 82. Wurtman RJ, Hefti F, Melamed E. Precursor control of neurotransmitter synthesis. *Pharmacol Rev.* 1981;32:315-335.
 83. Wurtman RJ, Wurtman JJ. The use of carbohydrate-rich snacks to modify mood state: A factor in the production of obesity. In: *The biology of feast and famine: Relevance to eating disorders.* San Diego: Academic Press. 1992;151-156.
 84. Yanovski SZ, Sebring NG. Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *Int J of Eating Disorders.* 1994;15(2):135-50. doi: 10.1002/1098-108x(199403)15:2<135::aid-eat2260150205>3.0.co;2-i.

Сведения об авторах

Караваяева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. E-mail: tania_kar@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Фомичева Мария Валерьевна — медицинский психолог, сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева Минздрава России, рекомендованный специалист ЧОУ ДПО «Санкт-Петербургский Институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области Гештальта». E-mail: mashafom91@mail.ru

Поступила 24.08.2021

Received 24.08.2021

Принята в печать 15.11.2021

Accepted 15.11.2021

Дата публикации 29.06.2022

Date of publication 29.06.2022