

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ**  
**(обзор литературы)**

Г.О. САМСОНОВА, Т.А. ЯЗЫКОВА, Л.Г. АГАСАРОВ

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии»  
Минздрава РФ, Новый Арбат, 32, Москва, 121099, Россия*

**Аннотация.** В статье анализируются отечественные и зарубежные исследования роли психологических факторов в формировании алиментарного ожирения. Систематизированы психологические особенности лиц с ожирением. Отмечена особая роль эмоций в личностном профиле пациентов с ожирением. Затруднение в выражении (алекситимия) и регуляции таких эмоций, как гнев, тоска, разочарование, обида, вина приводит к формированию замещающего пищевого поведения. Основными проблемами при лечении ожирения являются не только неспособность сбросить вес, но и неспособность пациентов удержать достигнутые результаты уменьшения веса, срывы, постепенное возвращение массы тела к исходным показателям. Возможными психологическими причинами являются нарушение способности к длительным систематическим усилиям, недостаточность долгосрочного планирования жизни, недосформированность нового образа себя, недостаточное чувство удовольствия от новых ощущений похудевшего тела. Психологическая коррекция психогенного переедания должна включать в себя образовательный компонент: информирование пациента о причинах возникновения и особенностях протекания данного заболевания, о рисках формирования осложнений и вторичных расстройств, обучение основной терминологии. К современным методам психологической коррекции дезадаптивного пищевого поведения относятся когнитивно-поведенческая терапия, коррекция психоэмоционального дисбаланса, коррекция старого и выработка нового пищевого поведения, обучение стратегиям, направленным на удержание результата, гештальт-терапия, арт-терапия.

**Ключевые слова:** ожирение, нарушения пищевого поведения, психогенное переедание, компульсивное обжорство, эмоции, психологическая коррекция ожирения.

**PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ALIMENTARY OBESITY**  
**(literature review)**

G.O. SAMSONOVA, T.A. YAZYKOVA, L.G. AGASAROV

*"National Medical Research Center for Rehabilitation and Balneology",  
Ministry of Health of the Russian Federation, Novy Arbat, 32, Moscow, 121099, Russia*

**Abstract.** The article analyzes domestic and foreign studies on a role of psychological factors in the formation of alimentary obesity. The authors systematized the psychological features of obese individuals. The special role of emotions in the personal profile of patients with obesity is noted. Difficulty in expression (alexithymia) and the regulation of emotions such as anger, depression, disappointment, resentment, guilt lead to the formation of a substitute eating behavior. The main problems in the treatment of obesity are not only the inability to lose weight, but also the inability to maintain the achieved results of weight reduction, failures, the gradual return a body weight to the baseline. The possible psychological causes are a violation the ability to prolong systematic efforts, the inadequacy long-term life planning, the underdevelopment a new image of oneself, an inadequate sense of pleasure from new sensations from a thin body. Psychological correction of psychogenic overeating should include an educational component: informing the patient about the causes and features of the course of the disease, the risks of the formation of complications and secondary disorders, learning basic terminology. The modern methods of the disadaptive eating behavior psychological correction include cognitive-behavioral therapy, correction emotional imbalance, correction the old and development the new eating behavior, training in strategies aimed at retention of results, Gestalt therapy, art therapy.

**Key words:** obesity, eating disorders, psychogenic overeating, binge eating, emotions, psychological correction of obesity.

Взаимосвязи психологического статуса и избыточной массы тела в настоящее время широко изучаются. В литературе отмечается существенная роль психологических факторов в возникновении, развитии и поддержании дезадаптивных форм пищевого поведения.

Согласно МКБ-10, к расстройствам пищевого поведения, приводящего к ожирению, относят *психогенное переедание* (ПП) (рубрика F 50.4 реактивная тучность, гиперфагическая реакция на стресс, ре-

активная гиперфагия): Международная классификация болезней (10-й пересмотр) «Психические расстройства и расстройства поведения», адапт. для РФ), не имеющее аналогов в *DSM-V*. Согласно предлагаемому определению, ПП является реакцией на дистресс, приводящей к приему избыточного количества пищи для снятия эмоционального дискомфорта и, как следствие, к тучности [7].

Психогенному перееданию соответствует эмоциогенный тип пищевого поведения, который встречается примерно у 60% лиц с ожирением и избыточной массой тела. Согласно психосоматической модели, выдвинутой *H.L. Kaplan, H.S. Kaplan*, у пациентов с психогенным перееданием стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт [8]. Это означает, что человек ест не потому, что испытывает физиологическую потребность в энергии и питательных веществах, а потому, что он раздражен, встревожен, чувствует вину, стыд, грусть, усталость, а иногда даже радость. Согласно гипотезе «маскировки», предложенной *J. Polivy и C.P. Herman* (1999), в ряде случаев механизм замещения позволяет лицам с избыточной массой тела заменять сложности в своей жизни перееданием. Пациент считает причиной дистресса и основной своей проблемой лишний вес, хотя на самом деле ожирение – лишь следствие дисгармонии в других сферах его жизни. В этом случае переедание происходит неосознанно, а непрекращающиеся попытки сбросить избыточный вес выступают в качестве повода не замечать своей жизнью и не обращать внимания на реально существующие проблемы [6].

В литературе рассматриваются различные факторы, способствующие формированию психогенного переедания. Описана роль семейного воспитания и характера взаимоотношений в родительской семье. В процессе своего становления ребенок испытывает дефицит внимания, заботы, эмоционального тепла со стороны родителей и начинает воспринимать еду как единственный способ доставить себе удовольствие, похвалить, пожалеть, позаботиться о собственной личности и выразить любовь [1, 2]. Е.И. Гетманчук выделяет четыре стадии развития ПП. На первой стадии развиваются первичные тревожно-депрессивные расстройства вследствие психотравмирующих факторов. На второй стадии происходит попытка компенсации и маскировки данных эмоциональных расстройств за счет реакции гиперфагии. На третьей – формируются вторичные расстройства тревожно-депрессивного спектра как реакция на увеличение массы тела. Последняя стадия характеризуется усилением беспокойства по поводу избыточного потребления пищи и утратой компенсирующей способности гиперфагии.

В *DSM-V* к расстройствам пищевого поведения, приводящим к ожирению, отнесено *компульсивное обжорство (КО) (binge-eating)*. Основными клиническими проявлениями этого расстройства, согласно определению Американской Психиатрической ассоциации (2013), являются короткие повторяющиеся эпизоды переедания, сопровождающиеся ускоренным приемом пищи при возможном отсутствии чувства голода, потерей контроля и ощущением неприятного переполнения желудка по завершении.

По данным анализа источников электронных баз *Pubmed, PsychINFO* и *Embase*, в современной зарубежной литературе широко представлено изучение психологических аспектов КО. Обширное число экспериментальных исследований посвящено изучению причинно-следственных связей между эмоциями и КО [25]. Установлено, что избыточное потребление еды происходит преимущественно в одиночестве из-за чувства стыда перед окружающими и приводит впоследствии к чувству отвращения к себе, вине [14].

*Эмоции в личностном профиле пациентов, склонных к ожирению.* Исследования показывают, что у большинства пациентов (от 67 до 79%) КО коморбидно с колебаниями настроения и высоким уровнем тревоги [25]. В результате проведенного обследования 279 женщин с нарушением пищевого поведения [5], нарушение пищевого поведения по эмоциогенному типу было выявлено у 32% обследованных. В ходе беседы они сообщали о том, что стимулом к приему пищи становились тревога, раздражительность, плохое настроение, разочарование, обида, одиночество, скука.

Наиболее выраженное снижение настроения наблюдается непосредственно перед приемом пищи. Выявлено переживание чувства тоски в структуре данного расстройства. Установлена связь между депрессивными симптомами, острым переживанием тоски и КО, причем показано, что более высокие уровни депрессии связаны с более тяжелым КО [14].

Кроме того, тяга к пище, приводящая к КО, была связана с более низкими уровнями настроения, самочувствия и более высоким уровнем напряжения, чем тяга к пище, которая не приводила к КО.

Наряду с переживанием тоски существенную роль в КО играют такие эмоции, как гнев, фрустрация и тревога, составляющие 95% настроений, предшествующих эпизоду КО. В ряде исследований отмечается существенная роль гнева при КО. Показано, что гнев и разочарование могут предшествовать эпизоду КО чаще, чем тоска и печаль [27].

В развитии КО важно отметить роль эмоций, возникающих в результате межличностных отношений: чувства вины, раздражения, злости, ярости, неадекватности, беспомощности, обескураженности, разочарования, ревности.

Изучая широкий спектр эмоций в КО, *A. Zeeck et al.* [27] обнаружили, что большинство эпизодов КО были обусловлены гневом, разочарованием и чувством страдания или одиночества. Данные других исследований подтверждают, что более высокий уровень негативных эмоций, вызванных межличност-

ными проблемами, приводит и к более высокому уровню КО [20, 25]. Однако в недавнем метаанализе *C. Evers et al.* [15] пришли к выводу, что ни отрицательные, ни положительные эмоции не связаны с изменениями пищевого поведения в лабораторных условиях, и, таким образом, не было обнаружено причинно-следственных эффектов влияния эмоций на пищевое поведение.

Выявлено, что люди с КО переживают стресс иначе, чем их здоровые сверстники. Например, исследование воздействия стресс-факторов на эмоциональное состояние пациентов с КО показало, что они испытывают более высокий уровень стресса на работе, в школе, в семье, среди друзей, и менее способны терпеть негативное настроение. Кроме того, они более остро переживают ежедневные неприятности.

По данным анализа эмоционального статуса пациентов с КО было отмечено, что они испытывают большие трудности с выражением эмоций (алекситимия) по сравнению с людьми с нормальным весом, а также с ожирением без диагноза «Расстройство пищевого поведения» [21].

И.Г. Малкина-Пых (2010), А.В. Сидоров (2012) выделяют такие психологические особенности пациентов, как склонность к категоричному, дихотомическому мышлению, перфекционизму, нарушение удовлетворенности образом тела, излишнюю импульсивность и алекситимию [4, 6].

*Психологические стратегии регулирования эмоций при расстройствах пищевого поведения.* Эмоциональное регулирование – это способность человека эффективно переживать, выражать и управлять эмоциями, вызванными повседневными событиями. Люди бессознательно используют стратегии регулирования эмоций, чтобы справляться с трудными ситуациями в течение дня. Лица, которые эффективно регулируют свои эмоции, обладают способностью дифференцировать, а также смягчать и видоизменять собственные эмоциональные состояния [12].

Большинство теоретических моделей расстройств пищевого поведения (*eating disorders*) основаны на том, что люди с избыточной массой тела неспособны регулировать свои эмоции, поэтому обращение к пище служит попыткой избежать эмоционального напряжения или смягчить его. Например, предполагается, что неспособность адекватно справляться с эмоциональными состояниями (*mood intolerance*) может быть основным психологическим процессом, определяющим расстройства пищевого поведения. Своеобразная непереносимость эмоций касается всех интенсивных эмоциональных состояний, включая положительные (например, радостное волнение) и отрицательные (например, депрессия, гнев, беспокойство). У людей с расстройствами пищевого поведения переживание чаще всего служит попыткой регулировать эти эмоции.

В ряде исследований изучалась причинно-следственная связь между стратегиями регуляции эмоций и переживанием при КО. Было выявлено, что наиболее часто используемыми стратегиями регулирования неадаптивных эмоций у людей с КО являются подавление эмоций и размышление по типу «мысленной жвачки» [14, 25]. Когда человек использует подавление как стратегию регулирования эмоций, то внешнее выражение эмоций уменьшается, однако эмоция остается неотреагированной. Эта стратегия может быть эффективной в краткосрочной перспективе, однако, скорее всего, неэффективна в долгосрочной. В конечном итоге человек фиксируется на своих эмоциях, а не регулирует их. Размышление по типу «мысленной жвачки» приводит к нерешительности и бездействию, что мешает эффективному решению проблем [25, 26].

Вместе с тем стоит отметить, что большинство исследований проводятся в лабораторных условиях в виде психологического эксперимента, что ограничивает возможность перенесения полученных результатов в реальную жизнь. Примером попытки преодолеть эти ограничения является исследовательский проект ЕМА (*ecological momentary assessment*) [17]. В исследованиях испытуемых просят, чтобы они оценивали свой ежедневный опыт, поведение и психологическое состояние в фиксированное или случайное время в течение дня, что максимизирует экологическую валидность полученных результатов. Однако в выводах систематических обзоров [23] и метаанализов [13, 15, 17] показано, что количество экспериментальных исследований недостаточно и их результаты неоднозначны.

*Методы психологической коррекции расстройств пищевого поведения, приводящих к ожирению.* Основными проблемами при лечении ожирения являются не только неспособность сбросить вес, но и неспособность пациентов удержать достигнутые результаты уменьшения веса, срывы, постепенное возвращение массы тела к исходным показателям. Возможными психологическими причинами являются: нарушение способности к длительным систематическим усилиям, недостаточность долговременного планирования жизни, недосформированность нового образа себя, недостаточное чувство удовольствия от новых ощущений похудевшего тела.

К наиболее распространенным методам психологической коррекции относятся:

- когнитивно-поведенческая терапия;
- коррекция психоэмоционального дисбаланса;
- коррекция старого и выработка нового пищевого поведения (коррекция привычки);
- обучение стратегиям, направленным на удержание результата;
- гештальт-терапия;

– арт-терапия.

Одним из ведущих методов психологической коррекции, способствующей уменьшению избыточного веса, является когнитивно-поведенческая терапия. Данный вид терапевтического воздействия направлен на улучшение способности к рефлексии, выработке сознательного контроля над употреблением пищи. Применение когнитивно-поведенческого подхода к коррекции нарушений пищевого поведения направлено на повышение мотивации пациента к лечению, установление доверительных отношений с терапевтом, заключение психотерапевтического контракта. Пациент совместно с психотерапевтом оценивает свою психологическую готовность к изменениям, анализирует вторичные выгоды избыточного веса, преимущества и недостатки перехода к новому образу жизни. Происходит проработка первичных целей снижения веса. Среди первичных целей чаще всего отмечаются желание улучшить внешний вид, повысить уверенность в себе, гармонизировать взаимоотношения с окружающими. В мотивационной фазе особенно хорошо зарекомендовали себя техники «За и против изменений», «Взгляд в будущее» [3].

Психологическая коррекция психогенного переедания обязательно должна включать в себя образовательный компонент: информирование пациента о причинах возникновения и особенностях протекания данного заболевания, о рисках формирования осложнений и вторичных расстройств, биопсихосоциальной концепции нарушений, обучение основной терминологии (алиментарное ожирение, психогенное переедание, индекс массы тела и др.)

К методам, корректирующим протекание рефлексивных (сознательных) процессов, относится тренировка «запрета», которая заключается в выработке рефлекса «стоп-сигнала» в ответ на потребность переест, а также тренировка «рабочей памяти», которая предполагает выработку способности сохранять в сознании «цель похудеть», что особенно важно для самоконтроля при искушении переест [19].

Психологическая коррекция, направленная на изменение автоматических (бессознательных) процессов, основана на тренировке «смещения внимания», а также тренировке «ассоциаций» [24], которые заключаются в смещении фокуса внимания с пищи на другой объект, выработке реакции избегания пищи [11].

Существенной составляющей психотерапевтического процесса является коррекция алекситимии: пациента обучают разделять физический голод и эмоциональный дискомфорт, для чего предлагается вести дневник эмоций, позволяющий осознать взаимосвязи своего психологического состояния и возникающего ощущения голода. Мишенью когнитивной коррекции являются склонность к перфекционизму и дихотомическому мышлению пациентов (например, техника «Исследование обоснованности мыслей») [3].

Важной интегрирующей частью терапии является смещение фокуса внимания пациента со снижения веса на другие сферы жизни и подготовка его к этапу сохранения достигнутых результатов.

Также могут использоваться арт-терапевтические методы, позволяющие невербально проявить и отреагировать переживания. Применение гештальт-ориентированных техник дает возможность опосредованно разрешать внутриличностные противоречия пациента, лежащие в основе эмоциональных нарушений [4].

Повысить эффективность психотерапевтических воздействий позволяет формат регулярных групповых занятий, которые могут включать в себя работу с образом тела и мышечными блоками в рамках телесно-ориентированной терапии. Однако многие тренинги, проводимые в лабораторных условиях, имеют ряд ограничений в связи со сложностью реализации полученных навыков в реальном мире [9, 16]. По данным литературы, гораздо более эффективными являются программы когнитивной тренировки, которые можно использовать в реальных жизненных ситуациях, например, на работе и дома [18, 22].

В связи с этим представляются перспективными программы с использованием переносных электронных устройств и Интернета [10].

**Заключение.** Таким образом, существенную роль в начале и поддержании неконтролируемого приема пищи, ведущего к ожирению, играют психологические факторы, и в первую очередь негативные эмоции и неадекватные стратегии эмоционального регулирования [14]. Наиболее значимыми являются переживания гнева и грусти, а также негативные эмоции, связанные с межличностными отношениями (разочарование, боль или одиночество). Лицам, склонным к ожирению, свойственна алекситимия, они слабо дифференцируют чувство голода и эмоциональный дискомфорт. Для них характерен высокий уровень семейной тревоги, часто отмечаются депрессивные проявления. Проблемы, связанные с ожирением и его негативными последствиями, могут привести к психологической и социальной дезадаптации. Поэтому актуальным является разработка психологических методов, направленных на коррекцию различных аспектов дезадаптивного пищевого поведения. Для достижения долговременного психотерапевтического эффекта необходимо проводить комплексную диагностику психологических особенностей пациента, стратегий регулирования эмоций, определять тип нарушения пищевого поведения, который может приводить к накоплению избыточного веса и затруднять процесс его снижения. На основании полученных психодиагностических данных разрабатывается стратегия психологической коррекции. Эффективное лечение психогенного переедания целесообразно проводить длительно, интегрируя различные методы с психологической коррекцией, сочетая индивидуальные и групповые формы

работы, максимально приближая полученные психологические навыки к реальной жизни пациента, что поможет пациенту не только снизить вес, но и сохранить достигнутые результаты.

### Литература

1. Гетманчук Е.И. Клинико-психопатологическая и медико-психологическая характеристика больных с психогенной гиперфагией // *Архив психиатрии*. 2012. Т. 3, № 70. С. 19–25.
2. Емелин К.Э. Расстройства пищевого поведения, приводящие к избыточному весу и ожирению: классификация и дифференциальная диагностика // *РМЖ*. 2015. №0. С. 12.
3. 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. 362 с.
4. 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. 25–32.
5. Никишова Т.В. Немедикаментозные методы лечения ожирения: рефлексотерапия в коррекции метаболических нарушений и пищевого поведения: монография. Казань: ИД «МеДДоК», 2017. 104 с.
6. Сидоров А.В. Типология психологических особенностей пациентов с алиментарным ожирением // *Психологические исследования*. 2012. № 1(21). С. 10.
7. Хадарцев А.А., Морозов В.Н., Хрупачев А.Г., Карасева Ю.В., Морозова В.И. Депрессия анти-стрессовых механизмов как основа развития патологического процесса // *Фундаментальные исследования*. 2012. № 4 (часть 2). С. 371–375.
8. Хритинин Д.В., Олейникова М.М., Михайлова А.А., Зилов В.Г., Разумов А.Н., Хадарцев А.А., Малыгин В.Л., Котов В.С. Психосоматические и соматоформные расстройства в реабилитологии (диагностика и коррекция): Монография. Тула, 2003. 120 с.
9. Becker D., Jostmann N.B., Wiers R.W., Holland R.W. Approach avoidance training in the eating domain: Testing the effectiveness across three single session studies // *Appetite*. 2015. №85. P. 58–65.
10. Blackburne T., Rodriguez A., Johnstone S.J. A serious game to increase healthy food consumption in overweight or obese adults: Randomized controlled trial // *Journal of Medical Internet Research*. 2016. № 4. P. e10.
11. Boutelle K.N., Monreal T., Strong D.R., Amir N. An open trial evaluating an attention bias modification program for overweight adults who binge eat // *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 2016. № 52. P. 138–146.
12. Brockmeyer T., Skunde M., Wu M., Bresslein E., Rudofsky G., Herzog W. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders // *Compr. Psychiatry*. 2014. № 55.
13. Cardi V., Leppanen J., Treasure J. The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2015. № 57. P. 299–309.
14. Dingemans A., Danner U., Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. Review article // *Nutrients*. 2017. №9 (11). Pii: E1274. DOI: 10.3390/nu9111274.
15. Evers C., Dingemans A.E., Junghans A., Boeve A. Do negative and positive emotions engender changes in eating behavior? // *A meta-analysis of the experimental evidence*. 2017.
16. Forman E.M., Shaw J.A., Goldstein S.P., Butryn M.L., Martin L.M., Meiran N. Mindful decision making and inhibitory control training as complementary means to decrease snack consumption // *Appetite*. 2016. №103. P. 176–183.
17. Haedt-Matt A.A., Keel P.K. Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment // *Psychol. Bull.* 2011. №137. P. 660–681.
18. Hall K.D., Kahan S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity // *Med Clin North Am.* 2018 №102(1). P. 107–124. DOI: 10.1016/j.mcna.2017.08.009.
19. Houben K., Dassen F.C.M., Jansen A. Taking control: Working memory training in overweight individuals increases self-regulation of food intake // *Appetite*. 2016. №105. P. 567–574.
20. Ivanova I.V., Tasca G.A., Hammond N., Balfour L., Ritchie K., Koszycki D., Bissada H. Negative affect mediates the relationship between interpersonal problems and binge-eating disorder symptoms and psychopathology in a clinical sample: A test of the interpersonal model // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2015. № 23. P. 133–138.
21. Kittel R., Brauhardt A., Hilbert A. Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review // *Int. J. Eat. Disord.* 2015. № 48. P. 535–554.
22. Lawrence N.S., O'Sullivan J., Parslow D., Javaid M., Adams R.C., Chambers C.D. Training response inhibition to food is associated with weight loss and reduced energy intake // *Appetite*. 2015. № 95. P. 17–28.

23. 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. P. 125–134.
24. Stice N., Lawrence S., Kemps E., Veling, H. Training motor responses to food: A novel treatment for obesity targeting implicit processes // *Clinical Psychology Review.* 2016 № 49. P. 16–27.
25. 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. P. 39–46.
26. Wang S.B., Lydecker J.A., Grilo C.M. Rumination in patients with binge-eating disorder and obesity: Associations with eating-disorder psychopathology and weight-bias internalization // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2017. № 25. P. 98–103.
27. Zeeck A., Stelzer N., Linster H.W., Joos A., Hartmann A. Emotion and eating in binge eating disorder and obesity // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2011. № 19. P. 426–437.

### References

1. Getmanchuk EI. Kliniko-psihopatologicheskaya i mediko-psihologicheskaya charakteristika bol'nyh s psihogennoj giperfagiej [Clinical-psychopathological and medico-psychological characteristics of patients with psychogenic hyperphagia]. *Arhiv psikiatrii.* 2012;3(70):19-25. Russian.
2. Emelin KEH. Rasstrojstva pishchevogo povedeniya, privodyashchie k izbytochnomu vesu i ozhireniyu: klassifikaciya i differencial'naya diagnostika [eating Disorders, leading to overweight and obesity: classification and differential diagnosis]. *RMZH.* 2015;12. Russian.
3. Erichev AN, Bobrovskij AV, Fedorov AP. Kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya izby-tochnoj massy tela: uchebnoe posobie [Cognitive-behavioral psychotherapy in public-accurate body mass: a tutorial]. Sankt-Peterburg: Izd-vo SZGMU im. I. I. Mechnikova; 2011. Russian.
4. Malkina-Pyh IG. Perfekcionizm i udovletvorennost' obrazom tela v strukture lichnosti pacientov s narusheniyami pishchevogo povedeniya i alimentarnym ozhireniem [Perfectionism and satisfaction with the image of the body in the structure of the personality of patients with eating disorders and alimentary obesity]. *EHkologiya cheloveka.* 2010;1:25-32. Russian.
5. Nikishova TV. Nemedikamentoznye metody lecheniya ozhireniya: refleksoterapiya v korrekcii metabolicheskikh narushenij i pishchevogo povedeniya: monografiya [non-Drug methods of obesity treatment: reflexology in correction of metabolic disorders and food behavior: monograph]. Kazan': ID «MeDDoK»; 2017. Russian.
6. Sidorov AV. Tipologiya psihologicheskikh osobennostej pacientov s alimentarnym ozhireniem [Typology of psychological characteristics of patients with alimentary obesity]. *Psihologicheskie issledovaniya.* 2012;1(21):10. Russian.
7. Hadarcev AA, Morozov VN, Hrupachev AG, Karaseva YUV, Morozova VI. Depressiya anti-stressovyh mekhanizmov kak osnova razvitiya patologicheskogo processa [Depression anti-stress mechanisms as a basis for the development of the pathological process]. *Fundamental'nye issledovaniya.* 2012;4 (2):371-5. Russian.
8. Hritinin DV, Olejnikova MM, Mihajlova AA, Zilov VG, Razumov AN, Hadarcev AA, Malygin VL, Kotov VS. Psihosomaticheskie i somatoformnye rasstrojstva v reabilitologii (diagnostika i korrekciya) [Psychosomatic and somatoform disorders in rehabilitation (diagnosis and correction)]: Monografiya. Tula; 2003. Russian.
9. Becker D, Jostmann NB, Wiers RW, Holland RW. Approach avoidance training in the eating domain: Testing the effectiveness across three single session studies. *Appetite.* 2015;85:58-65.
10. Blackburne T, Rodriguez A, Johnstone SJ. A serious game to increase healthy food consumption in overweight or obese adults: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research.* 2016;4:10.
11. Boutelle KN, Monreal T, Strong DR, Amir N. An open trial evaluating an attention bias modification program for overweight adults who binge eat. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry.* 2016;52:138-46.
12. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr. Psychiatry.* 2014;55.
13. Cardi V, Leppanen J, Treasure J. The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2015;57:299-309.
14. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Review article. Nutrients.* 2017;9 (11):1274. DOI: 10.3390/nu9111274.
15. Evers C, Dingemans AE, Junghans A, Boeve A. Do negative and positive emotions engender changes in eating behavior? A meta-analysis of the experimental evidence. 2017.
16. Forman EM, Shaw JA, Goldstein SP, Butryn ML, Martin LM, Meiran N. Mindful decision making and inhibitory control training as complementary means to decrease snack consumption. *Appetite.* 2016;103:176-83.

17. Haedt-Matt AA, Keel PK. Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychol. Bull.* 2011;137:660-81.
18. Hall KD, Kahan S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. *Med Clin North Am.* 2018;102(1):107-24. DOI: 10.1016/j.mcna.2017.08.009.
19. Houben K, Dassen FCM, Jansen A. Taking control: Working memory training in overweight individuals increases self-regulation of food intake. *Appetite.* 2016;105:567-74.
20. Ivanova IV, Tasca GA, Hammond N, Balfour L, Ritchie K, Koszycki D, Bissada H. Negative affect mediates the relationship between interpersonal problems and binge-eating disorder symptoms and psychopathology in a clinical sample: A test of the interpersonal model. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2015;23:133-8.
21. Kittel R, Brauhardt A, Hilbert A. Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *Int. J. Eat. Disord.* 2015;48:535-54.
22. 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.
23. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – A systematic review. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2015;49:125-34.
24. Stice N, Lawrence S, Kemps E, Veling, H. Training motor responses to food: A novel treatment for obesity targeting implicit processes. *Clinical Psychology Review.* 2016;49:16-27.
25. 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.
26. 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;25:98-103.
27. Zeeck A, Stelzer N, Linster HW, Joos A., Hartmann A. Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2011;19:426-37.

---

**Библиографическая ссылка:**

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. \*

\* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-3/e2018-3.pdf>