



Сидоров А.В.

## Психологические модели переедания и ожирения

*Рассматриваются основные психологические модели, нацеленные на объяснение механизмов, лежащих в основе нарушений пищевого поведения, обуславливающих рост избыточной массы тела и ожирение. Представленные модели фокусируются на одной или двух из выделенных T. Van Strien дисфункций: ограничительном, эмоциогенном или экстернальном стиле пищевого поведения. Приводятся данные зарубежных и отечественных исследований о влиянии диет, дистресса, личностных и семейных факторов на переедание и ожирение. Отмечается, что дальнейшая конкретизация гипотез, выдвинутых в рамках различных моделей, объясняющих нарушения пищевого поведения, явно требует проведения популяционных исследований.*

**Ключевые слова:** нарушения пищевого поведения, ожирение.

**Введение**

В последнее десятилетие многие авторы научных публикаций указывают на приоритетное значение психологических факторов в генезе формирования избыточного веса и ожирения. Считается, что в подавляющем большинстве случаев процесс формирования лишнего веса приводится в действие понижением физической активности и различными нарушениями пищевого поведения, вызывающими переедание [1, 11, 12, 16, 20, 25].

Были выделены кинические формы нарушений питания – нервная анорексия и нервная булимия, но также существует множество субклинических вариантов и проявлений нарушений пищевых паттернов, включая переедание, патологический голод, частые «перекусывания», синдром ночной еды, самоограничения в питании и стратегии, компенсирующие переедание.

В исследованиях пищевого поведения часто используется Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения [21]. Ограничительное пищевое поведение характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании. При эмоциогенном пищевом поведении желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния, а при экстернальном – желание поесть стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, ее запахом, текстурой либо видом других людей, принимающих пищу.



Рассмотрим основные психологические модели, нацеленные на объяснение механизмов, лежащих в основе нарушений пищевого поведения, обуславливающих рост избыточной массы тела и ожирение. Большинство из этих моделей фокусируются на одной или двух дисфункциях (нарушениях пищевого поведения) и подтверждения выдвигаемых гипотез используются данные, полученные как в исследованиях взрослых, так и в исследованиях детей, так как считается, что механизм развития ожирения идентичен у детей и взрослых [20]. Также следует отметить, что исследования, подтверждающие гипотезы различных моделей, были проведены в основном на женских выборках и вопрос о гендерных различиях в нарушениях питания, приводящих к ожирению, пока остается открытым.

### **Диеты и переедание**

Нарушения питания могут рассматриваться как результат социокультурного давления с тех пор, как в средствах массовой информации, стройность и красота связываются с социальным, сексуальным, межличностным и профессиональным успехом. Идеалом женской красоты стали модели, сочетающие в себе подростковые и аноректические черты. По данным американских исследователей средний вес моделей на 23 % меньше среднего веса женщин в популяции, поэтому идеал красоты является для многих практически недостижимым. Тем не менее, известно, что в США примерно 25 % девушек и женщин в данное время «сидят» на диете, несмотря на то, что уже давно известно, что в большинстве случаев соблюдение диет приводит впоследствии к рикошетному набору веса и перееданию.

J. Polivy и С.Р. Herman предложили модель границ для объяснения того, что если диета строга и «эмоциональна» (психологически переживается как «испытание»), то это неизбежно приведет в свое время к срыву (рецидиву) в форме неконтролируемого эпизода чрезмерного переедания [32]. Согласно этой модели, между механизмами голода и насыщения располагается пространство, находящееся под влиянием скорее когнитивных, нежели биологических факторов. У людей, «сидящих» на диете, нижняя граница голода будет ниже, а верхняя граница выше, чем у людей, не соблюдающих диету. Таким образом, люди на диете «накладывают» на себя еще одну верхнюю границу, располагающуюся ниже биологической границы сытости и имеющую чисто когнитивное происхождение. Когда попытка человека, соблюдающего диету, ограничить себя в еде терпит провал, он остается наедине лишь с биологической границей сытости, которая располагается у него выше, чем у человека, «не сидящего» на диете. Этот феномен назвали «контррегуляцией», подразумевая, что соблюдающие диету действительно сознательно регулируют потребление пищи и склонны переедать при ослаблении самоконтроля и переживания стресса. Таким образом, человек на диете будет парадоксально иметь все больше и больше проблем с лишним весом.

Данная модель подтверждается исследованиями, в которых респонденты сообщали о том, что первым в их жизни эпизодам переедания предшествовало



соблюдение строгих диет и часто встречающимися в практике случаями рикошетного набора веса после окончания соблюдения диет.

В нашей стране Т.Г. Вознесенская проанализировала основные причины, приводящие к рецидиву переедания (диетическому срыву и набору массы тела) при диетическом лечении ожирения [2]. Первая причина – эмоциональная нестабильность, возникающая в результате применения строгих диет, которая получила название «диетическая депрессия». Вторая причина связана с тем, что со временем вес перестает снижаться на фоне продолжающейся терапии. Возникновение «весового плато» приводит к неверию в эффективность лечения и, соответственно, к его прекращению. По данным автора, больные ожирением с эмоциогенным пищевым поведением при применении изолированной диетотерапии в 100 % случаев испытывают симптомы «диетической депрессии» той или иной степени выраженности. Более того, у 30 % больных ожирением без клинически выраженных форм нарушения пищевого поведения на фоне диетотерапии появляется острый эмоциональный дискомфорт, заставляющий их отказываться от терапии.

Модель границ дополняется когнитивной теорией «перфекционизма», которая объясняет возникновение и хронификацию нервной булимии [3, 27]. Было выдвинуто предположение о том, что перфекционизм (в форме стремления обладать идеальной фигурой) и дихотомическое мышление (поляризованное суждение о собственном теле: «безобразно толстый – идеально стройный») могут порождать озабоченность формой тела и весом, заставлять пациентов придерживаться слишком жестких диетических ограничений и запускать пищевые срывы. Существует гипотеза о том, что следование диете служит формой, так называемого, позитивного перфекционизма, который позволяет пациенткам переживать эмоцию успеха, ощущение собственной силы и морального превосходства над другими в жизненных обстоятельствах, которые воспринимаются ими как недоступные контролю и, в целом, как неудачные [3].

Однако модель границ и теория перфекционизма применяются преимущественно в объяснении нервной булимии, и было бы странно, если бы они могли объяснить все проблемы пищевого поведения людей с ожирением.

### **Дистресс и переедание**

Для объяснения эмоциогенного пищевого поведения, приводящего к ожирению, Н.Л. Kaplan, Н.С. Kaplan была выдвинута психосоматическая модель [28]. Данная модель комбинирует теорию социального научения с концепцией стресса. Согласно психосоматической модели, стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому, что голоден, а потому, что тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он подавлен, ему скучно, одиноко и т.д. Образно говоря, человек с эмоциогенным пищевым поведением «заедает» свои горести и тревоги, так же, как человек, привыкший к алкоголю, их «запивает» [2]. Таким образом, ожирение может являться следствием заученной неспособности к различению чувства голода и состояния тревоги. В результате



этого индивиды реагируют на стресс как на голод, увеличивая потребление пищи и вследствие этого имеют избыточный вес. Были выдвинуты три гипотезы, описывающие психологические выгоды переедания и ожирения [32]. Согласно гипотезе маскировки, люди с ожирением использовали переедание для того, чтобы замаскировать дистресс в других сферах своей жизни. Переедаая при дистрессе, они объясняют последний перееданием, а не более неподвластными контролю аспектами своей жизни. Таким образом, реальная проблема маскируется проблемой переедания или избыточного веса. Гипотеза комфорта постулирует, что потребление пищи обеспечивает состояние комфорта, служит для утешения и облегчения при дистрессе у тучных или соблюдающих диету индивидов. Согласно гипотезе отвлечения, потребление пищи может отвлекать от беспокойств: у тучных или соблюдающих диету еда настолько поглощает внимание, что способна отвлечь их от обстоятельств, вызывающих дистресс, по крайней мере, на время еды.

Психосоматическая модель подчеркивает значение отношений мать – дитя в генезе ожирения. Если мать длительное время использует кормление в ответ на различные проявления негативных эмоций ребенка, чтобы успокоить его, то по мере своего роста ребенок становится неспособен различать состояние голода и другие дискомфортные состояния. Как известно, трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями являются одним из компонентов алекситимии.

Многие авторы отмечают высокую распространенность алекситимии у лиц с избыточным весом и ожирением, как правило, сочетающуюся с депрессией, когда прием пищи выступает у данной категории пациентов в роли своего рода внутреннего регулятора психологического напряжения. K. Wheeler и R.D. Broad рассматривают алекситимию как фактор, не только предрасполагающий к ожирению, но и затрудняющий возможность потери избыточного веса [35].

Некоторые исследователи исходят из того, что нарушения аппетита, поведенческая зависимость от еды, импульсивность, процесс роста избыточной массы тела являются симптомами депрессии. Была выдвинута гипотеза о посреднической роли негативного образа тела между депрессией и степенью ожирения [26]. Согласно этой гипотезе, люди с ожирением на основании их внешнего вида стигматизируются. Стигма ненормальной телесности – тучности – оказывает воздействие на социальные взаимодействия между людьми. Следовательно, люди с ожирением менее любимы и их часто дразнят, что может провоцировать хронические чувства подавленности, вины и сниженную самооценку.

В лонгитюдных исследованиях обнаружилось, что люди с избыточным весом до периода увеличения массы тела были менее подавлены по сравнению с людьми с нормальным весом. Также было показано, что у пациентов программ снижения веса часто проявляются симптомы, так называемой, диетической депрессии. В исследовании G.J. Musante et al. [31] связь ожирения, депрессии и переедания была выявлена только у женщин. В то время как у женщин нарушения пищевого



поведения проявлялись в ответ на негативные эмоции, такие как гнев, грусть, неэффективность, одиночество и изнеможение, тучные мужчины были склонны переждать в ответ на позитивные аффективные и социальные воздействия (например, в состоянии возбуждения или радости, во время общения с друзьями, различных мероприятий). В исследовании P.R. Costanzo et al. [23] пережидание было связано с депрессией и неудачей в соблюдении диет и у мужчин, и у женщин, однако у женщин в отличие от мужчин была выявлена взаимосвязь пережидания и низкой самооценки. Таким образом, тучные мужчины переждали в ответ на сильные негативные эмоции, направленные вовне, тогда как женщины были склонны переждать в ответ на внутреннее отвращение к себе.

В нашей стране В.И. Крыловым [9] и Н.Ю. Краснопёровой [8] были выделены различные типы депрессивных состояний у больных нервной булимией и ожирением.

Коморбидность ожирения и депрессии признается многими авторами. Результаты лонгитюдных исследований показывают, что депрессия предшествует ожирению у девочек-подростков, но не у мальчиков, и что ожирение предшествует депрессии у взрослых [25].

#### **Личность и пережидание**

В рамках личностного подхода исследуется роль личности в развитии и поддержании нарушений пищевого поведения, приводящих к росту массы тела. Согласно теории экстернальности, люди с ожирением развивают возрастающую реактивность на пищу. Для этих людей запах, вид и присутствие пищи ведет к непосредственной реакции, которая есть поедание, игнорирующее внутреннее чувство сытости. Они могли бы быть охарактеризованы как «экстернально-едящие» с экстернальностью как личностной особенностью [21]. Типичное исследование 70-х годов – эксперимент с 107 девушками в возрасте от 9 до 15 лет [20]. В летнем лагере было изобилие пищи в течение 8 недель. Детям было позволено есть без ограничений «что душе угодно». Девушки, высоко оцениваемые по экстернальности, впоследствии явно больше прибавили в весе, чем другие. Следует отметить, что хотя экстернальность еще не объяснена с помощью приемлемой теории, терапевтические техники, сфокусированные на уменьшении экстернальной реактивности на пищевые раздражители, были очень эффективными.

У людей с ожирением в опросных измерениях выявляется такая черта как импульсивность и они чаще вовлечены в другие импульсивные активности, такие, как злоупотребление наркотиками и алкоголем. У пациентов с нервной булимией была выявлена значимая связь между импульсивностью и детским травматическим опытом переживания насилия и унижения и отсутствие такой связи отмечено у пациентов, страдающих нервной анорексией [22].

В отечественной медицинской психологии и психиатрии были проведены исследования различных аспектов психопатологии при нарушениях питания и ожирении [5, 7, 8, 9, 13], клинико-психологических характеристик женщин с проблемой



избыточного веса [1, 14, 10, 17], предприняты первые попытки исследовать копинг-стратегии (способы совладания со стрессом) у женщин с избыточной массой тела [15] и у детей с дискинезией желчевыводящих путей и ожирением [18]. В этих исследованиях личностные и психологические характеристики изучались с помощью различных клинических тестов и методик: MMPI, Гессенский личностный опросник (ГЛО), шкала оценки тревоги Спилбергера, шкала оценки депрессии Бэка, Торонтская алекситимическая шкала (TAS) и др. Поэтому результаты, полученные в данных исследованиях, в большей степени характеризуют уровень и характер психопатологических нарушений у женщин с ожирением, нежели специфические для данной категории пациентов особенности личности.

В настоящее время наблюдается явный дефицит исследования личности пациентов с ожирением с помощью неклинических методов, которые не предполагают установление какого-либо диагноза. Так, только в одном исследовании применялся 16-ти факторный личностный опросник Кэттелла для определения индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих экзогенно-конституциональным ожирением второй и третьей степени [4], и было показано, что усредненные психологические профили испытуемых экспериментальной и контрольной выборок (по опроснику Р. Кэттелла) существенно различаются по факторам С (эмоциональная устойчивость), Q3 (импульсивность) и MD (уровень притязаний, самооценка).

Альтернативный взгляд на проблему существования специфических личностных черт у людей с ожирением состоит в утверждении о том, что людей с ожирением нельзя отнести к определенному личностному типу, так как они представляют гетерогенную группу.

Попытка построения типологии личности людей, страдающих ожирением, была предпринята в исследовании Н. Thompson-Brenner [33]. С помощью кластерного анализа автор выделяет следующие три группы пациентов:

- 1) высокофункционирующая/перфекционистичная группа тех, кто имел высокий срез по шкале Global Assessment of Functioning Scale, низкую инцидентность психиатрической госпитализации и существенно меньшую личностную патологию, чем другие группы;
- 2) ограничительные/сверхконтролирующие пациенты проявляют сужение и ограничение потребности в удовольствии, эмоций, взаимоотношений, саморефлексии, сексуальности и глубины понимания других, что «доигрывается» или «завершается», как правило, в домене нарушений пищевого поведения;
- 3) пациенты третьей группы имеют тенденцию быть эмоционально нерегулируемыми, неконтролируемыми или импульсивными.

Автор отмечает, что вышеописанные три паттерна являются не только клинически распознаваемыми, но они также схожи с данными предшествующих исследователей, которые использовали кластерный анализ для пациентов с пищевыми нарушениями.



### **Семья и передаление**

Некоторые авторы подчеркивают важную роль семьи в развитии и поддержке нарушений питания и ожирения. По данным Leann L. Birch [19], пища часто используется родителями для укрепления желательного или нежелательного поведения детей. Родители, награждая своих детей сладостями, увеличивают привлекательность сладостей в целом. Специфические интеракции между родителями и детьми также объясняют другие формы выученного поведения, такие как «всегда доедать до конца». Автор подчеркивает, что навыки задержки в удовлетворении потребностей, терпимость голода, совладание с фрустрацией, сопротивляемость пищевым уговорам являются способностями саморегуляции, которые постепенно приобретаются через обучение и воспитание. Внутри этого контекста перманентная еда может быть рассмотрена как поведенческий дефицит, который является невыученной нормальной пищевой привычкой. У некоторых детей с ожирением дефицит контроля над едой может находиться внутри общего дефицита способности к саморегуляции. В таких случаях лечение от ожирения непременно предполагает воздействие на родительские навыки.

В рамках теории Джона Боулби были проведены исследования, показывающие связь между нарушениями пищевого поведения и нарушениями паттернов привязанности, формирующихся во взаимодействии матери и ребенка. Согласно данным этих исследований, среди пациентов с симптомами анорексии преобладает тревожно избегающий стиль привязанности, а пациенты с симптомами булимии часто проявляют пренебрегающий и избегающий стили [34]. В других психоаналитических исследованиях отмечается, что семья, провоцирующая развитие нарушений питания, состоит из сверхконтролирующей, перфекционистской матери, не поддерживающей попытки ребенка к отделению, эмоционально отвергающего отца, и ребенка, который чувствует себя отвергаемым, контролируемым и неадекватным. Исследования в сфере семейной психотерапии показали, что семьи людей с ожирением характеризуются недостаточной связью между подсистемами и малой автономией членов семьи. В соответствии с обзором W. Kinston [29], интеракции в семьях с детьми, имеющими ожирение, более конфликтны и враждебны, более того, родители часто открыто отвергают своих детей.

В целом семейные терапевты фокусировались на процессе поддержания проблемы ожирения семейной системой, а не на исследовании различных аспектов нарушений питания. Так, William J. Doherty и Jill Harkaway [24] предложили использовать семейную FIRO-модель для понимания и оценки того, как семья организует себя в ответ на ожирение одного или нескольких ее членов. Данная модель является адаптацией FIRO-модели Шутца к семейным системам. В семейном взаимодействии выделяются три центральных (ядерных) процесса: включенность – описывает семейную организацию и семейные связи; контроль – взаимодействия, связанные с властью и влиянием, описывает то, как члены семьи взаимодействуют, когда имеют различные потребности и цели; интимность – относится к глубоким



эмоциональным связям между членами семьи и характеризуется степенью эмоциональной открытости. Авторы семейной FIRO-модели на основе клинического опыта выделяют различные семейные паттерны ожирения, так например, ожирение может быть маркером союза или альянса в семье, защищать семейную границу, задерживая выход ребенка во внешний мир, обеспечивать безопасность супружества и т.п.

В нашей стране были исследованы копинг-стратегии в семьях детей с дискинезией желчевыводящих путей и ожирением [18], взаимоотношения в семьях женщин больных булимией [8], роль неправильного воспитания в формировании личности больных с нарушениями пищевого поведения [9] и ожирением [6].

Несмотря на то, что некоторые авторы считают семейный подход к лечению нарушений питания одним из наиболее перспективных, следует отметить, что исследования роли семейного окружения в формировании нарушений пищевого поведения пока немногочисленны, вероятно, потому, что измерение семейного взаимодействия очень сложно. К тому же все эти исследования являются кросс-блочными и необходимы лонгитюдные исследования для того, чтобы понять, как неэффективное родительское воспитание и дисфункциональный семейный климат могут поддерживать или усиливать проблему ожирения.

#### **Заключение**

Разнообразие описанных выше психологических моделей нарушений пищевого поведения лишний раз подтверждает то, что психологические механизмы развития пищевых расстройств, приводящих к ожирению, являются более сложными, чем представлялось ранее. В рамках данных моделей большинство исследований проводилось на так называемых идентифицированных клиентах – пациентах различных центров и клиник. Поэтому дальнейшая конкретизация гипотез, выдвинутых в рамках различных моделей, объясняющих нарушения пищевого поведения, явно требует проведения популяционных исследований.

Также в зарубежной научной литературе отмечается, что исследователи относительно недавно стали изучать гендерные аспекты нарушений пищевого поведения. Считается, что мужчины имеют более низкие показатели по различным тестовым шкалам, оценивающим нарушения питания, в сравнении с женщинами [30], но такого понимания явно недостаточно и необходимы дальнейшие гендерные исследования.

Пока не существует ведущей теории, объясняющей механизмы развития нарушений питания и ожирения, поэтому в настоящее время медицинские психологи и психотерапевты вынуждены апробировать различные гипотезы о действии различных факторов, когда очередной человек с ожирением обращается за помощью.

#### **Литература**

1. Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – № 12. – С. 19–24.



2. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Международный эндокринологический журнал. – 2007. – № 3(9).
3. Гаранян Н., Холмогорова А., Юдеева Т. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 18–48.
4. Григорьян О.Н., Гладышев Д.А., Сенкевич Л.В., Моргунова Ю.В. Индивидуально-психологические особенности женщин, страдающих экзогенно-конституциональным ожирением II и III степени // Вестник МГОУ, серия «Психологические науки». – М.: Изд-во МГОУ, 2008. – № 4. – С. 46–53.
5. Гумницкая Т.М. Психопатологические нарушения и их психотерапия у больных с алиментарно-обменным ожирением // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1. – Вып. 1. – С. 92–93.
6. Зубцова Т.Н., Князев Ю.А. Психологический портрет детей с ожирением и его значимость в процессе реабилитации // Проблемы эндокринологии. – 1992. – № 4. – С. 57.
7. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. – Кишинев, 1988. – 241 с.
8. Красноперова Н.Ю. Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2001. – 25 с.
9. Крылов В.И. Психопатология пищевого поведения: нервная анорексия и нервная булимия // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9. – № 2. – С. 4–11.
10. Лобин К.В. Структура личности женщин страдающих алиментарным ожирением (в связи с задачами психотерапии): автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2006. – 18 с.
11. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие для вузов. Изд. 5-е. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
12. Петров Д.П. Психологические и социальные аспекты проблемы ожирения // Ожирение (клинические очерки) / под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобинной. – СПб.:Диалект, 2007. – С. 89–106.
13. Приленская А.В. Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым поведением (клинико-реабилитационный аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2009. – 23 с.
14. Ромацкий В.В., Семин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, ч. I) // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – Т. 5. – № 3. – С. 61–68.
15. Савчикова Ю.Л. Психологические особенности женщин с проблемой веса: дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2005. – 208 с.
16. Салмина-Хвостова О.И. Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, реабилитационный аспекты) // Вестник психиатрии Чувашии. – 2009. – № 5. – С. 19–29.



17. Шипачев Р.Ю. Исследование клинико-психологических характеристик женщин, страдающих алиментарно-конституциональным ожирением, в связи с задачами краткосрочной психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2007. – 23 с.
18. Эйдемиллер Э.Г., Билецкая М.П. Системная семейная психотерапия при ожирении и заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей // Ожирение (клинические очерки) / под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохиной. – СПб.: Диалект, 2007. – С. 211–229.
19. Birch L.L. The acquisition of food acceptance patterns in children. // Boakes R.A., Popplewell D.A., Burton M.J. (eds). Eating habits. Food, physiology and learned behavior. – Vol. V. – John Wiley: New York, 1987. – P. 107–131.
20. Braet C. Psychological profile to become and to stay obese // International Journal of Obesity. – 2005. – 29. – P. 19–23.
21. Braet C., Van Strien T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and nonobese children // Behav. Res, Ther. – 1997. – Vol. 35. – # 9. – P. 863–873.
22. Corstorphine E., Waller G., Lawson R. et al. Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders // Eating Behaviors. – 2007. – 8. – P. 23–30.
23. Costanzo P.R., Musante G.J., Friedman K., Kern L., Tomlinson K. The gender specificity of emotional, situational, and behavioral indicators of binge eating in a dieting population // Int. J. Eat Disord. – 1999. – Vol. 26. – # 22. – P. 205–210.
24. Doherty W., Harkaway J. Obesity and Family Systems // Family Process: A Journal of Assessment and Treatment Planning. – 1990. – Vol. 29. – # 3. – P. 287–298.
25. Fabricatore A., Wadden T. Psychological aspects of obesity // Clinics in Dermatology. – 2004. – Vol. 22. – Iss. 4. – P. 332–337.
26. Friedman K.K., Reichmann S.K., Coslanzo P.R., Musante G.J. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress // Obes. Res. – 2002. – Vol. 10. – # 1. – P. 33–41.
27. Hewett P.L., Flett G.L. and Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorders: attitudes, characteristics, and symptoms // International Journal of Eating Disorders. – 1995. – # 18(4). P. 7–26.
28. Kaplan H.L., Kaplan H.S. The psychosomatic concept of obesity // J. Nerv. Ment. Dis. – 1957. – Vol. 125. – # 2. – P. 181–201.
29. Kinston W., Loader P., Miller L., Rein L. Interaction in families with obese children // J Psychosom Res. – 1988. – Vol. 32. – P. 513–532.
30. Laura M. Boerner, Nichea S. Spillane, Kristen G. Anderson, Gregory T. Smith // Similarities and differences between women and men on eating disorder risk factors and symptom measures // Eating Behaviors. – 2004. – # 5. – P. 209–222.
31. Musante G.J., Costanzo P.R., Friedman K.E. The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a diet-seeking obese population: A matter of gender specificity // Int. J. Eat. Disord. – 1993. – Vol. 23. – # 1. – P. 65–75.



32. Polivy J., Herman C.P. Distress and eating: Why do dieters overeat? // *Int. J. Eat. Disord.* – 1999. – # 26. – P. 153–164.
33. Thompson-Brenner H. Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a Naturalistic sample // *The British Journal of Psychiatry.* – 2005. – # 186. – P. 516–524.
34. Ward A., Ramsay R., Treasure J. Attachment research in eating disorders // *British Journal of Medical Psychology.* – 2000. – # 73. – P. 35–51.
35. Wheeler K., Broad R.D. Alexithymia and overeating // *Perspect. Psychiat. Care.* – 1994. – Vol. 30. – # 1. – P. 7–10.