



АЛЕКСИТИМИЯ И ЕЕ СВЯЗЬ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОЖИРЕНИЕМ

© М.А. Берковская*, А.А. Тарасенко, В.В. Фадеев, О.Ю. Гурова

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

В настоящей рукописи представлен обзор современной литературы, посвященной взаимосвязи избыточного веса с алекситимией как психологическим фактором, ассоциированным с ожирением, а также роли алекситимии в развитии различных нарушений и расстройств пищевого поведения (РПП). Ожирение является многофакторным заболеванием, важнейшими патогенетическими звеньями развития которого являются особенности образа жизни, а также комплекс генетических, эпигенетических, биологических и психологических факторов, обуславливающих избыточное накопление жира и препятствующих эффективному снижению и удержанию массы тела. Одной из возможных причин увеличения распространенности ожирения среди взрослых является плохое управление эмоциями, что может негативно повлиять на здоровое пищевое поведение и образ жизни.

Обнаружено, что у лиц с избыточным весом и ожирением отмечается высокая распространенность алекситимии, а также показана ее прогностическая роль в развитии РПП. Алекситимия является фактором, который не только предрасполагает к набору массы тела, но и является значимым предиктором неэффективности и преждевременного прекращения программ по лечению ожирения и РПП. Своевременная диагностика и коррекция алекситимического синдрома могут помочь в разработке эффективных стратегий лечения пациентов с ожирением.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ожирение; избыточный вес; алекситимия; TAS; расстройства пищевого поведения; бариатрическая операция.

ALEXITHYMIA AND ITS RELATION WITH EATING DISORDERS AND OBESITY

© Marina A. Berkovskaya*, Anna A. Tarasenko, Valentin V. Fadeev, Olesya Y. Gurova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

This manuscript provides a review of current literature on the relationship between overweight and alexithymia as a psychological factor associated with obesity, as well as the role of alexithymia in the development of various abnormalities and eating disorders (ED). Obesity is a multifactorial disease, and lifestyle characteristics are the most important pathogenetic links on its development, as well as a complex of genetic, epigenetic, biological and psychological factors that cause accumulation of excessive fat and prevent effective reduction and retention of body weight. One possible reason for the increased prevalence of obesity in adults is poor emotional management, which can affect healthy eating behavior and lifestyle.

It was found that overweight and obese people have a high prevalence of alexithymia, and also the study shows its prognostic role in the development of ED. Alexithymia is a factor that not only predisposes to weight gain, but is also a significant predictor of inefficiency and premature termination of programs for the treatment of obesity and ED. Timely diagnosis and correction of alexithymic syndrome can help in developing the effective treatment strategies for obese patients.

KEYWORDS: obesity; overweight; alexithymia; TAS; eating disorders; bariatric surgery.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ожирение представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, связанное с избыточным накоплением жировой ткани в организме и тесно ассоциированное с сахарным диабетом 2 типа (СД2), сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, патологией опорно-двигательного аппарата, нарушениями функций репродуктивной системы и др. В настоящее время темпы нарастания распространенности ожирения принимают масштабы пандемии, в связи с чем избыточная масса тела, ожирение и ассоциированные с ними патологии приобрели черты социально значимых заболеваний, особенно в экономически развитых

странах [1]. Еще до последней четверти XX в. частота ожирения в экономически развитых странах была не более 10%, однако впоследствии, в период с 1975 по 2016 гг., распространенность этого заболевания увеличилась более чем в 3 раза [2]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) 2016 г., во всем мире избыточный вес имели 39% мужчин и 40% женщин, а ожирение – 11% мужчин и 15% женщин [2].

Ожирение рассматривается как многофакторное заболевание, важнейшими причинами развития которого являются особенности образа жизни (питания, физической активности, режима дня, урбанизация и др.), а также комплекс генетических, эпигенетических, биологических и психологических факторов, обуславливающих

избыточное накопление жира и препятствующих эффективному снижению и удержанию массы тела. Отдельное место в структуре причин возникновения ожирения занимают психологические факторы. В настоящее время считается, что в большинстве случаев прогрессирующий и рецидивирующий набор массы тела обусловлен низкой физической активностью в комплексе с разнообразными нарушениями и расстройствами приема пищи, вызывающими переедание [3]. Разделяют клинические формы расстройства пищевого поведения (РПП) – нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание, синдром ночной еды, а также множество субклинических вариантов – нарушения пищевого поведения, включая ограничительный, эмоциональный и экстернальный его типы [3]. Нарушения «взаимоотношений с едой» являются не только факторами, способствующими набору массы тела, но также причинами, по которым традиционные методы лечения ожирения могут оказаться неэффективными, замедляя снижение веса или препятствуя ему и обуславливая прогрессирующее, рецидивирующее течение заболевания и его осложнений. В связи с этим определение, выявление и своевременная коррекция психологических характеристик личности, способствующих возникновению и поддержанию РПП, а также ассоциированных с избыточной массой тела и ожирением, могут иметь большое значение в создании эффективных комплексных программ лечения ожирения, повышении приверженности и мотивированности пациентов и профилактике эффекта ускользания и рецидивов заболевания.

Среди разнообразия психологических факторов, влияющих на возникновение и развитие РПП и ассоциированных с ожирением, особого внимания заслуживает изучение алекситимии, учитывая высокую распространенность этого нарушения у лиц с избыточным весом и ожирением, а также его предикторную роль в развитии РПП. Так, K.Wheeler и R.D. Broad рассматривают алекситимию как фактор, предрасполагающий к ожирению и одновременно затрудняющий его лечение [4].

АЛЕКСИТИМИЯ И ЕЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Изначально термин «алекситимия» (от «а» – недостаток, «lexis» – слово, «thimos» – эмоция) был введен П. Сифнеосом в 1969 г. Психолог рассматривал алекситимию как основное когнитивно-аффективное расстройство, лежащее в основе психосоматических заболеваний. Буквально понятие алекситимии обозначает «отсутствие слов для выражения чувств». По своей сути – это комплекс нарушений, характеризующихся снижением способности человека к дифференциации, вербализации и экспрессии собственных чувств и эмоций. Распространенность клинической алекситимии во взрослой европейской популяции, согласно современным оценкам, составляет около 10% [5].

Обычно в структуре феномена алекситимии выделяют четыре основные характеристики:

1. трудности определения и описания эмоций;
2. трудности различения эмоций и телесных ощущений;
3. бедность фантазии и других проявлений воображения;
4. низкий уровень самосознания, рефлексии — фокусирование в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

По поводу этиологии алекситимии единого мнения не существует.

Одной из теорий ее формирования является недостаточное удовлетворение потребности ребенка в эмоциональном и телесном контакте с матерью в младенчестве и раннем детстве, что ведет к нарушению развития эмоционально-телесной компетентности [6].

Людям с алекситимией крайне затруднительно адекватно дифференцировать и вербализовать собственные чувства и эмоции, которые обрабатываются ими по дезадаптивному пути. Это, в свою очередь, нарушает структурирование и анализ полученного опыта, обуславливает неустойчивость к внешним стрессогенным воздействиям и, по мнению ряда авторов, способствует формированию различного типа зависимостей и психосоматических заболеваний [6].

Вопрос о том, является ли алекситимия чертой личности или состоянием, остается дискуссионным. В ряде исследований продемонстрированы семейный характер алекситимии и наличие определенных генетических полиморфизмов, оказывающих влияние на формирование алекситимических черт в популяции [5], что оправдывает отнесение алекситимии к разряду черт личности. С другой стороны, по данным Нам В.-J. и соавт., высокие показатели алекситимии ассоциированы с определенными полиморфизмами COMT-гена [7]. В ряде продольных исследований указывается на стабильность показателей алекситимии, что может свидетельствовать об отнесенности ее к разряду черт [8]. Однако в недавнем крупном когортном исследовании, являющемся частью проекта «Северная когорта Финляндии 1966 года рождения» (NFBC1966), продемонстрирована значимая изменчивость алекситимических характеристик во времени, ассоциированная, в том числе, с изменениями индекса массы тела (ИМТ) [9]. Кроме того, есть данные о нарастании алекситимии при таких заболеваниях, как рак, что в совокупности обуславливает целесообразность отнесения алекситимии к состояниям. Учитывая вышеизложенное, можно предположить существование врожденной предрасположенности к алекситимии, проявляющейся и усиливающейся под действием неблагоприятных условий развития в детском возрасте, стрессовых внешних факторов или заболеваний [10].

В ряде исследований показано, что алекситимия имеет значимые гендерные различия. Предполагается, что у мужчин алекситимические черты обусловлены влиянием биологических факторов (функционирование полушария), а у женщин, более вероятно, развивается вследствие эмоциональной травмы [11].

Показано, что алекситимия присутствует при целом ряде психических расстройств, таких как депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство, шизофрения, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства аутистического спектра [12]. Отмечена сильная корреляция алекситимии с симптомами депрессии и тревоги. Кроме того, считается, что алекситимия играет важную роль в формировании РПП, участвуя как в их развитии, так и в поддержании, а также обуславливает плохой прогноз лечения РПП, что делает ее перспективной мишенью для психологической коррекции [12].

Для диагностики и количественной оценки алекситимии в клинической практике наиболее часто

используется Торонтская шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale, или TAS-20). TAS-20 имеет 3 подшкалы: Трудность идентификации чувств (ТИЧ), трудность описания чувств (ТОЧ) и внешне-ориентированное (экстернальное) мышление (ВОМ). TAS-20 переведена и валидизирована на многих языках, в том числе в России используется валидизированный в НИИ им. Бехтерева русскоязычный вариант торонтской шкалы – TAS-20-R.

АЛЕКСИТИМИЯ И РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

В настоящее время накоплен значительный объем исследований, демонстрирующий четкую ассоциацию алекситимии с различными типами РПП. Показано, что лица с РПП демонстрируют специфический дефицит в выявлении и описании аффективных состояний по сравнению с контрольными группами здоровых людей. Так, например, в обзоре литературы Nowakowski M.E. и соавт., который включал в себя 59 оригинальных статей, опубликованных начиная с 1988 г., продемонстрировано, что у лиц с РПП отмечаются более высокие показатели общей алекситимии, измеренные на основании той или иной версии TAS, а также более высокие баллы по двум из трех факторов: ТИЧ и ТОЧ, но не ВОМ [14].

Если речь идет об ожирении, необходимо рассматривать РПП, приводящие к увеличению веса.

В метаанализе Westwood H. и соавт. была, кроме того, исследована выраженность алекситимии и ее отдельных составляющих в зависимости от конкретного типа РПП: нервная анорексия, ограничивающий подтип (AN-R); нервная анорексия, подтип Binge-Purge (переедание с элиминирующим поведением в виде вызывания рвоты, AN-BP), нервная булимия (BN) и компульсивное переедание (РПП Binge, BED) [12]. В метаанализ были включены 44 исследования, разделенные на 22 исследования AN, 12 исследований AN-R, 6 исследований AN-BP, 21 исследование BN и 5 исследований BED. Существовали значительные различия между всеми видами РПП и контрольными группами по общему баллу TAS с большими величинами эффекта, за исключением BED, где разница была со средней величиной эффекта. Это указывает на то, что люди по всему спектру РПП испытывают больше трудностей с определением и описанием своих эмоций, чем люди без РПП. Когда отдельные баллы TAS-20 были проанализированы, индивидуумы с AN набрали значительно большее число баллов по всем трем подшкалам, чем здоровые контроли. Тем не менее в исследованиях, где подтип AN был определен как AN-R, а также в исследованиях BN клинические группы набрали значимо более высокие баллы только по подшкалам ТИЧ и ТОЧ (но не ВОМ). Из-за нехватки данных было невозможно исследовать оценки подшкал у лиц с AN-BP или BED.

Исследования, посвященные изучению BED, как правило, также находят связь между алекситимией и тяжестью проявлений данного типа РПП [15–18]. Например, Capano и коллеги [15] обнаружили, что трудности с выявлением и описанием чувств, измеряемых с помощью TAS-20, предсказывают тяжесть BED. Точно так же пациенты с ожирением, которые соответствовали критериям DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

IV — диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам IV издания) для BED, имели значительно более высокие общие баллы, а также более высокие баллы по трудностям в идентификации и описании эмоций по сравнению с пациентами с ожирением, которые не соответствовали критериям DSM-IV для BED [16]. Таким образом, по имеющимся в настоящее время данным, в соответствии с паттерном результатов при AN и BN, у людей с BED также наблюдается более высокий уровень алекситимии, особенно в отношении выявления и передачи эмоций.

На сегодняшний день в ограниченном количестве исследований специально изучали потенциальную этиологическую роль алекситимии при РПП, и несколько исследований были направлены на жестокое обращение с детьми и личность. В исследованиях с использованием неклинических выборок студентов жестокое обращение с детьми было косвенно связано с симптомами РПП через его связь с алекситимией и депрессией [19–23]. Например, используя выборку из 406 студентов женского пола, Mazzeo и Espelage [21] обнаружили, что у женщин физическое и эмоциональное насилие и пренебрежение в детском возрасте увеличивают риск депрессии и алекситимии, что, в свою очередь, повышает риск возникновения РПП. Тем не менее эта модель результатов, как представляется, зависит от пола и этнической принадлежности. Например, у мужчин связь между жестоким обращением в детстве и булимическими симптомами, по-видимому, опосредована только депрессией [23]. Кроме того, по-видимому, существуют различия между этническими группами. Mazzeo S.E. и соавт. обнаружили, что связь жестокого обращения в детстве с симптомами РПП была опосредована тревожностью, депрессией и алекситимией, о которых сообщали сами студенты женского пола афроамериканцы и европейцы [20]. Однако только европейская американская выборка женщин имела положительную связь между депрессией и алекситимией.

Marsero S. и соавт. исследовали связь между личностными факторами и алекситимией с развитием РПП [24]. Используя клиническую выборку из 49 пациентов с РПП, они обнаружили, что перфекционизм опосредовал связь между алекситимией и РПП, так что алекситимия увеличивает риск перфекционизма, что, в свою очередь, повышает вероятность развития РПП.

Таким образом, исследования, проведенные на сегодняшний день, показывают, что низкая сплоченность семьи и высокий уровень семейных конфликтов связаны с повышенным риском физического и эмоционального насилия и отсутствия заботы в детстве. В свою очередь, жестокое обращение в детстве увеличивает риск депрессии и алекситимии, что может способствовать развитию РПП. В дополнение к семейным факторам предварительные исследования также указывают на потенциальную роль перфекционизма в опосредовании связи между алекситимией и РПП.

Накопленные на сегодняшний день литературные данные иллюстрируют, что уровни алекситимии как с непрерывной, так и с категориальной точки зрения повышены у людей с РПП по сравнению со здоровыми лицами. Кроме того, люди с РПП имеют определенные затруднения в идентификации и передаче эмоций.

Известно, что алекситимия зачастую тесно ассоциирована с общим дистрессом (т.е. тревогой и депрессией). При этом существует некая неоднозначность в отношении того, является ли алекситимия независимой от общего дистресса. Несмотря на то что некоторые исследования показали, что люди с расстройствами пищевого поведения больше не проявляют признаков алекситимии после того, как уровень настроения нормализуется [25–27], другие работы указывают на то, что люди с РПП продолжают иметь повышенные показатели алекситимии даже на фоне адекватной коррекции дистресса [28–31]. Кроме того, научные данные демонстрируют, что уровни алекситимии снижаются, даже когда уровни депрессии остаются стабильными [30], а фармакотерапия антидепрессантами снижает проявления депрессии, но не алекситимии у людей с высокими уровнями как алекситимии, так и депрессии [31]. Наконец, генетические исследования показали, что у алекситимии есть свой собственный наследственный компонент, который не может быть полностью объяснен депрессией или генетической предрасположенностью к общим расстройствам и психопатологии [32]. Следовательно, хотя данные неоднозначны, это говорит о том, что алекситимия, хотя и в значительной степени связанная с депрессией, является независимой конструкцией, которую необходимо рассматривать отдельно от последней.

АЛЕКСИТИМИЯ И ОЖИРЕНИЕ

В последнее время все большее внимание уделяется взаимосвязи ожирения и алекситимии. Ассоциации между алекситимией и ИМТ были зарегистрированы в разных популяциях. Большая часть этих исследований являются поперечными. Мелкомасштабные исследования «случай–контроль» в шведской и итальянской популяциях показали, что распространенность алекситимии у пациентов с ожирением выше, чем у здоровых людей [33, 34], хотя об этом не сообщается во всех европейских странах [35, 36].

Несмотря на множество данных, доступных у пациентов с РПП, мало что известно о взаимосвязи между «нормальными» межиндивидуальными вариациями в баллах TAS-20 и ИМТ в неклинических когортах. Более того, данные о взаимосвязи между изменениями ИМТ и показателями TAS-20 в течение длительного периода времени достаточно ограничены. Так, в 2018 г. опубликовано исследование Nurul Hanis Ramzi и соавт., посвященное изучению взаимосвязи между ИМТ и алекситимией во взрослой финской взрослой когорте в течение 15-летнего периода [37]. Исследование являлось частью проекта «Северная когорта рождения Финляндии 1966 года» (NFBC1966). В него были включены 3274 человека (62,9% от общей потенциальной популяции, 1396 мужчин и 1878 женщин), для которых были доступны данные ИМТ и TAS-20 (и они не были беременны) в возрасте 31 года (1997 г.; n=4840) и в 46 лет (2012 г.; n=5421). В исследовании была продемонстрирована значимая положительная ассоциация между ИМТ и TAS-20 (как общим баллом, так и подшкалами) в возрасте 31 года и 46 лет. Участники с клинически значимой алекситимией имели более высокий ИМТ в оба момента времени (31 год: $p=0,001$; 46 лет: $p<0,001$). Была также выявлена связь

между ИМТ и самой оценкой TAS-20 по всей популяции. При поправке на пол, семейное положение, образование, занятость и уровень дохода домохозяйства в 31 год статистические различия в среднем балле TAS-20 между квартилями ИМТ и группами ИМТ, определенными ВОЗ, оставались неизменными. Корреляционный анализ для оценки TAS-20 в 31- и 46-летние моменты времени показал устойчивые положительные, но слабые ассоциации с ИМТ (31 год: $r_{(4841)}=0,10$; $p<0,0001$; 46 лет: $r_{(5404)}=0,11$; $p<0,0001$).

Кроме того, изучение изменений в ИМТ и TAS-20 за 15-летний период показало значимую взаимосвязь между изменением ИМТ и показателем TAS-20. Участники, у которых было наибольшее снижение или увеличение ИМТ, имели более высокие средние показатели TAS-20 (что указывает на более низкую функцию эмоциональной обработки), и наоборот, у участников со стабильными показателями TAS-20 также были более стабильные уровни ИМТ. Показатель TAS-20 повышался в среднем примерно на один пункт для каждого квартильного увеличения ИМТ. В течение 15-летнего периода наблюдалась высокая вариабельность показателей TAS-20 у одних и тех же лиц. Только 71 участник соответствовал критериям алекситимии в обеих измеренных временных точках, указывая на то, что шкала TAS-20 не измеряла устойчивую психологическую характеристику, как считалось ранее [38, 39]. Показатели TAS-20 изменялись во времени и вместе с сопутствующими изменениями веса.

Таким образом, недостаточная дифференциация эмоций, возможно, вносит определенный вклад в увеличение частоты ожирения среди взрослых и может негативно повлиять на здоровое пищевое поведение и образ жизни. Рассмотрение диагноза алекситимии может помочь в разработке стратегий лечения пациентов с ожирением. Однако, несмотря на накопленные данные, механизмы, лежащие в основе связи между алекситимией и ожирением, еще предстоит выяснить.

АЛЕКСИТИМИЯ КАК ПРЕДИКТОР НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

Большое количество исследований было направлено на выявление факторов, ограничивающих эффективность программ по снижению веса. В одной из таких работ Venditti F. и соавт. пытались оценить влияние психопатологических синдромов, в частности алекситимии, на результативность мероприятий по снижению массы тела. Полученные результаты показали, что из всех психопатологических состояний только алекситимия достоверно прогнозировала истощение мотивации ($OR=6,88$) и неудачную потерю веса ($OR=11,3$) [40].

Предполагается, что алекситимические признаки также являются прогностически значимыми для отсева из программ лечения пациентов с РПП. В вышеупомянутом исследовании значительный процент пациентов с ожирением без РПП, но с алекситимией выбыли из исследования, что говорит о том, что люди с алекситимией могут с большей вероятностью прекратить лечение из-за трудностей в построении совместных терапевтических отношений, ограниченного адаптивного копирования в стрессовых ситуациях, ассоциации с нездоровым

пищевым поведением и/или плохой дифференциации между соматическим и психологическим эмоциональным возбуждением и между ощущениями голода и сытости.

Таким образом, показано, что алекситимия является сильным независимым предиктором неэффективности и преждевременного прекращения программ по лечению ожирения и РПП.

Также существует предположение, что высокие уровни алекситимии связаны с меньшим снижением массы тела после бариатрических операций [41]. Так, соответствующие выводы были сделаны в исследовании на 75 пациентах, перенесших лапароскопическую рукавную гастрэктомию [42]. Все пациенты прошли тестирование на алекситимию с помощью шкалы TAS-20. Далее проводилась оценка потери веса через 3 и 12 месяцев после операции. Общий балл TAS-20 отрицательно коррелировал с процентом потери избыточной массы тела в течение 12 месяцев наблюдения ($r=-0,24$; $p=0,040$). Анализ показал, что пациенты, не страдающие алекситимией, имели большую потерю веса через 12 месяцев после операции по сравнению с вероятными алекситимиками ($71,88 \pm 18,21$ против $60,7 \pm 12,5$; $p=0,047$) и алекситимическими пациентами ($71,88 \pm 18,21$ против $56 \pm 22,8$; $p=0,007$).

Результаты настоящего исследования указывают на ассоциацию между неспособностью распознавать эмоции и снижением массы тела после операции, что свидетельствует о важности выявления алекситимии у пациентов в предоперационный период для предотвращения повторного набора веса. Возможная клиническая стратегия может заключаться в планировании психотерапевтических мероприятий по содействию способности пациентов распознавать и регулировать эмоции и повышению приверженности к постбариатрическому лечению.

На сегодняшний день, несмотря на многочисленные публикации по данной проблеме, данных о влиянии коррекции алекситимии на эффективность мероприятий по снижению и удержанию массы тела недостаточно. Это создает предпосылки для новых исследований и поиска новых терапевтических стратегий и актуализирует изыскания в данной области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время распространенность ожирения и ассоциированных с ним заболеваний, в том числе СД 2 типа, достигла масштабов пандемии. Несмотря на то что гиперкалорийное питание и низкая физическая активность считаются ведущими причинами развития ожирения, существует множество других факторов, ассоциированных с избыточной массой тела. В частности, алекситимия является фактором, который не только предрасполагает к набору массы тела, но и прогнозирует неэффективность лечения и преждевременное выбывание из программ по лечению ожирения и РПП.

В настоящее время бариатрические операции являются эффективным методом лечения ожирения. Однако актуальной остается проблема повторного набора веса у людей с диагностированной алекситимией. В связи с этим необходимо комплексное обследование пациентов на дооперационном этапе и последующее тщательное динамическое наблюдение после операции. Возможная клиническая стратегия по планированию психотерапевтических мероприятий могла бы предотвратить развитие проблем, ассоциированных с алекситимией. Тем не менее многое в этом вопросе еще является неопределенным и требует дальнейшего изучения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Поисково-аналитическая работа и подготовка статьи проведены на личные средства авторского коллектива.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Участие авторов: Берковская М.А. – определение тематики работы и ее актуальности, сбор литературных данных, написание обзора; Тарасенко А.А. – сбор литературных данных, написание обзора; Фадеев В.В. – научное руководство, рецензирование и правка публикации; Гурова О.Ю. – консультирование по тематике статьи, рецензирование и правка публикации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Романцова Т.И. Эпидемия ожирения: очевидные и вероятные причины // *Ожирение и метаболизм*. — 2011. — Т.8. — №1. — С. 5–19. [Romantsova T.I. Epidemiya ozhireniya: ochevidnye i veroyatnye prichiny. *Obesity and metabolism*. 2011;8(1):5–19. (In Russ).]
2. WHO [Internet]. *Obesity and overweight* [cited 2019 Jan 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
3. Сидоров А.В. Психологические модели переедания и ожирения // *Российский психологический журнал*. — 2011. — Т.8. — №3. — С. 30–40. [Sidorov AV. Psychological models of overeating and obesity. *Russian psychological journal*. 2011;8(3):30–40. (In Russ).] doi: 10.21702/rpj.2011.3.3.
4. Wheeler K, Broad RD. Alexithymia and overeating. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2009;30(1):7–10. doi: 10.1111/j.1744-6163.1994.tb00220.x.
5. Келина М.Ю., Мешкова Т.А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста // *Клиническая и специальная психология*. — 2012. — № 2. — С. 53–65. [Kelina MYu, Meshkova TA. Alexitimiya i ee svyaz' s pishchevymi ustanovkami v neklinicheskoy populyatsii devushek podrostkovogo
6. Исаченкова О.А. Пищевое поведение как важный фактор развития ожирения и коморбидных с ним заболеваний // *Ожирение и метаболизм*. — 2015. — Т. 12. — №4. — С. 14–17. [Isachenkova OA. Eating behavior as an important factor in the development of obesity and comorbid diseases. *Obesity and metabolism*. 2015;12(4):14–17. (In Russ).] doi: 10.14341/omet2015414-17.
7. Ham BJ, Lee MS, Lee YM, et al. Association between the catechol O-methyltransferase Val108/158Met polymorphism and alexithymia. *Neuropsychobiology*. 2005;52(3):151–154. doi: 10.1159/000087846.
8. Quinton S, Wagner HL. Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personal Individual Differenc*. 2005;38(5):1163–1173. doi:10.1016/j.paid.2004.07.013
9. Berardis D, Serroni N, Campanella D, et al. Alexithymia and its relationships with dissociative experiences, body dissatisfaction and eating disturbances in a non-clinical female sample. *Cognitiv Ther Res*. 2009;33(5):471–479. doi: 10.1007/s10608-009-9247-9.
10. Kooiman CG, van Rees Vellinga S, Spinhoven P, et al. Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychother Psychosomat*. 2004;73(2):107–116. doi: 10.1159/000075542.

11. Lumley MA, Sielky K. Alexithymia, gender, and hemispheric functioning. *Comprehensive Psychiatry*. 2000;41(5):352–359. doi: 10.1053/comp.2000.9014.
12. Westwood H, Kerr-Gaffney J, Stahl D, Tchanturia K. Alexithymia in eating disorders: systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto alexithymia scale. *J Psychosomat Res*. 2017;99:66–81. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.007.
13. Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К., Бэгни Р.М., и др. Надежность и факториальная валидность русской версии 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2012. — Т.22. — №3. — С. 20–25. [Taylor GJ, Quilty LC, Bagby RM, et al. Reliability and factorial validity of the Russian version of the 20-item Toronto alexithymia scale. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatritia*. 2012;22(3):20–25. (In Russ).]
14. Nowakowski ME, McFarlane T, Cassin S. Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *J Eating Disorders*. 2013;1:21. doi: 10.1186/2050-2974-1-21.
15. Carano A, de Berardis D, Gambi F, et al. Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *Int J Eating Dis*. 2006;39(4):332–340. doi: 10.1002/eat.20238.
16. Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, et al. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Res*. 2003;11(2):195–201. doi: 10.1038/oby.2003.31.
17. Wheeler K, Greiner P, Boulton M. Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives Psychiatr Care*. 2005;41(3):114–123. doi: 10.1111/j.1744-6163.2005.00022.x.
18. Zeeck A, Stelzer N, Linster HW, et al. Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *Eur Eating Dis Rev*. 2011;1:426–437. doi: 10.1002/erv.1066.
19. Hund AR, Espelage DL. Childhood sexual abuse, disordered eating, alexithymia, and general distress: a mediation model. *J Counseling Psychol*. 2005;52(4):559–573. doi: 10.1037/0022-0167.52.4.559.
20. Hund AR, Espelage DL. Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse Neglect*. 2006;30(4):393–407. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.11.003.
21. Mazzeo SE, Espelage DL. Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: an investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *J Counseling Psychol*. 2002;49(1):86–100. doi: 10.1037/0022-0167.49.1.86.
22. Mazzeo SE, Mitchell KS, Williams LJ. Anxiety, alexithymia, and depression as mediators of the association between childhood abuse and eating disordered behavior in African American and European American Women. *Psychol Women Quarterly*. 2008;32(3):267–280. doi: 10.1111/j.1471-6402.2008.00435.x.
23. Mitchell KS, Mazzeo SE. Mediators of the association between abuse and disordered eating in undergraduate men. *Eating Behaviors*. 2005;6(4):318–327. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.03.004.
24. Marsero S, Ruggiero GM, Scarone S, et al. The relationship between alexithymia and maladaptive perfectionism in eating disorders: a mediation moderation analysis methodology. *Eating Weight – Dis Studies Anorexia, Bulimia, Obesity*. 2011;16(3):e182–e187. doi: 10.1007/bf03325130.
25. Espina Eizaguirre A, Ortego Saenz de Cabezón A, Ochoa de Alda I, et al. Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personal Individual Differenc*. 2004;36(2):321–331. doi: 10.1016/s0191-8869(03)00099-0.
26. Gilboa-Schechtman E, Avnon L, Zubery E, Jeczmierni P. Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depression Anxiety*. 2006;23(6):331–339. doi: 10.1002/da.20163.
27. Corcos M, Guilbaud O, Speranza M, et al. Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatr Res*. 2000;93(3):263–266. doi: 10.1016/s0165-1781(00)00109-8.
28. Bourke MP, Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. Alexithymia in women with anorexia nervosa. *British J Psychiatry*. 1992;161(2):240–243. doi: 10.1192/bjp.161.2.240.
29. Sexton MC, Sunday SR, Hurt S, Halmi KA. The relationship between alexithymia, depression, and Axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *Int J Eating Dis*. 1998;1:277–286. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199804)23:3<277::AID-EAT5>3.0.CO;2-G.
30. De Groot JM, Rodin G, Olmsted MP. Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*. 1995;36(1):53–60. doi: 10.1016/0010-440X(95)90099-h.
31. Schmidt U, Jiwany A, Treasure J. A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 1993;1:54–58. doi: 10.1016/0010-440X(93)90036-4.
32. Picardi A, Fagnani C, Gigantesco A, et al. Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *J Psychosomat Res*. 2011;1:256–263. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.02.016.
33. Elfhag K, Lundh LG. TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scand J Psychol*. 2007;48(5):391–398. doi: 10.1111/j.1467-9450.2007.00583.x.
34. Pinna F, Lai L, Pirarba S, et al. Obesity, alexithymia and psychopathology: a case-control study. *Eat Weight Disord*. 2011;16(3):164–170. doi: 10.3275/7509.
35. De Zwaan M, Bach M, Mitchell JE, et al. Alexithymia, obesity, and binge eating disorder. *Int J Eating Dis*. 1995;17(2):135–140. doi: 10.1002/1098-108X(199503)17:2<135::aid-eat2260170205>3.0.co;2-7.
36. Zak-Golab A, Tomalski R, Bak-Sosnowska M, et al. Alexithymia, depression, anxiety and binge eating in obese women. *Eur J Psych*. 2013;27(3):149–159.
37. Ramzi NH, Yiorakas AM, Sebert S, et al. Relationship between BMI and emotion-handling capacity in an adult Finnish population: the Northern Finland Birth Cohort 1966. *PLoS One*. 2018;13(9):e0203660. doi: 10.1371/journal.pone.0203660.
38. Karukivi M, Pölönen T, Vahlberg T, et al. Stability of alexithymia in late adolescence: Results of a 4-year follow-up study. *Psych Res*. 2014;219(2):386–390. doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.058.
39. Tolmunen T, Heliste M, Lehto SM, et al. Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. *Comprehensive Psych*. 2011;52(5):536–541. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.09.007.
40. Venditti F, Cosci F, Bernini O, Berrocal C. Criterion validity of the diagnostic criteria for psychosomatic research in patients with morbid obesity. *Psychother Psychosomat*. 2013;82(6):411–412. doi: 10.1159/000353601.
41. Casagrande M, Boncompagni I, Forte G, et al. Emotion and overeating behavior: effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eating Weight – Dis Studies Anorexia, Bulimia, Obesity*. 2019. doi: 10.1007/s40519-019-00767-9.
42. Paone E, Pierro L, Damico A, et al. Alexithymia and weight loss in obese patients underwent laparoscopic sleeve gastrectomy. *Eating Weight – Dis Studies Anorexia, Bulimia, Obesity*. 2019;24(1):129–134. doi: 10.1007/s40519-017-0381-1.

Рукопись получена: 01.05.2020. Одобрена к публикации: 09.06.2020. Опубликовано online: 24.07.2020.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

***Берковская Марина Ароновна**, к.м.н. [Marina A. Berkovskaya, MD, PhD]; адрес: Россия, 119435, Москва, ул. Погодинская, д. 1 [address: 1 Pogodinskaya street, 119435 Moscow, Russia];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4974-7765>; eLibrary SPIN: 4251-7117; e-mail: abaitamar@gmail.com

Тарасенко Анна Андреевна, студент [Anna A. Tarasenko student]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7210-6491>;
eLibrary SPIN: 3928-0513; e-mail: anna07ru96@mail.ru

Фадеев Валентин Викторович, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН [Valentin V. Fadeev, MD, ScD, professor, corresponding member of the RAS]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3026-6315>; eLibrary SPIN: 6825-8417;
e-mail: walfad@mail.ru

Гурова Олеся Юрьевна, к.м.н. [Olesya Yu. Gurova, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2576-4421>;
eLibrary SPIN: 1257-5499; e-mail: gurova79@inbox.ru

ЦИТИРОВАТЬ:

Берковская М.А., Тарасенко А.А., Фадеев В.В., Гурова О.Ю. Алекситимия и ее связь с расстройствами пищевого поведения и ожирением // Проблемы эндокринологии. — 2020. — Т. 66. — №2. — С. 42–48. doi: <https://doi.org/10.14341/probl12416>

TO CITE THIS ARTICLE:

Berkovskaya MA, Tarasenko AA, Fadeyev VV, Gurova OY. Alexithymia and its relation with eating disorders and obesity. *Problems of Endocrinology*. 2020;66(2):42–48. doi: <https://doi.org/10.14341/probl12416>