

На правах рукописи

УДК 159.923;

159.9:61-616.89

Сидоров Александр Витальевич

**Стили пищевого поведения и психологические характеристики
клиентов программ снижения веса с алиментарным ожирением**

Специальность: 19.00.04 – медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург

2012

Работа выполнена на кафедре детской психиатрии, психотерапии
и медицинской психологии Государственного образовательного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
Горьковская Ирина Алексеевна

кандидат медицинских наук, доцент
Билецкая Марина Петровна

Ведущая организация:

Санкт-Петербургский государственный университет

Защита состоится 26 января 2012 года в 17.00 на заседании Совета по защите кандидатских и докторских диссертаций Д 212.199.25 в Российском государственном педагогическом университете им. А.И. Герцена по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп. 11, ауд. 37, психолого-педагогический факультет РГПУ.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена

Автореферат разослан « _____ » _____ 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат психологических наук, доцент

Г.В. Семенова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В последние десятилетия прогрессивно увеличивается количество лиц, имеющих избыточный вес и ожирение. Показано, что ожирение и сопутствующие ему заболевания увеличивают риск преждевременной смерти, приводят к различным нарушениям психосоциального статуса – депрессивным состояниям, социальной дезадаптации и низкой самооценке, что в итоге ухудшает качество жизни (Бубнова М.Г., 2005). В то же время известна низкая эффективность узкоmedizinского подхода к лечению ожирения. Лишь 5 - 10% пациентов удерживают достигнутую в результате терапии массу тела в течение 2 лет (Вознесенская Т.Г., 2007).

Несмотря на то, что многие авторы научных публикаций подчеркивают приоритетное значение психологических факторов в генезе формирования избыточного веса и ожирения (Вахмистров А.В., Вознесенская Т. Г., Посохов С.И., 2001; Петров Д.П., 2007; Braet С., 2005), существует дефицит исследований психологических аспектов этой проблемы.

В последние годы широкое распространение среди исследователей проблемы ожирения получил Нидерландский опросник (van Strien Т., с соавт., 1986), диагностирующий ограничительный, эмоциогенный и экстернальный стили пищевого поведения, но вопрос о том, какие психологические характеристики клиентов с ожирением связаны с различными стилями пищевого поведения, остается не изученным. На практике такая ситуация затрудняет переход от диагностики к консультированию и психотерапии клиентов на личностном уровне, что вынуждает медицинских психологов и психотерапевтов ограничиваться общими поведенческими рекомендациями по правильному питанию.

В отечественной медицинской психологии и психиатрии были проведены исследования различных аспектов психопатологии при нарушениях питания и ожирении (Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф.,

1988; Гумницкая Т.М., 2001; Марков А.А., 2006; Приленская А.В., 2009), расстройств пищевого поведения при ожирении (Вознесенская Т.Г., 2007), структуры личности (Лобин К.В., 2006) и клинико-психологических характеристик женщин с алиментарно-конституциональным ожирением (Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И., 2001; Савчикова Ю.Л., 2005; Шипачев Р.Ю., 2007; Салмина-Хвостова О.И., 2009). Изучены копинг-стратегии (способы совладания со стрессом) у женщин с избыточной массой тела (Савчикова Ю.Л., 2005) и у детей с дискинезией желчевыводящих путей и ожирением (Эйдемиллер Э.Г., Билецкая М.П., 2007).

В этих исследованиях особенности эмоционально-личностной сферы лиц с нарушением питания и ожирением оценивались с помощью методик, используемых в клинической психодиагностике: Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММПИ), Гессенского личностного опросника (ГЛО), шкалы оценки тревоги Спилбергера, шкалы оценки депрессии Бека, Торонтской алекситимической шкалы (ТАS) 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 клиентов особенности личности.

Такая ситуация затрудняет переход от существующего симптоматического подхода в психотерапии ожирения, нацеленного на купирование различных симптомов депрессивных и тревожных состояний у клиентов с ожирением в процессе снижения веса, к реализации более эффективного личностного подхода.

Кроме того, следует отметить, что до настоящего времени исследования психологических характеристик людей с ожирением проводились преимущественно на женских выборках, а психологические характеристики мужчин с алиментарным ожирением исследованы практически не были.

Все вышеизложенное определяет актуальность исследования и выбора темы диссертационной работы.

Цель исследования – определить и типологизировать взаимосвязи между стилями пищевого поведения и психологическими характеристиками женщин и мужчин с алиментарным ожирением.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительный анализ показателей стилей пищевого поведения в группах испытуемых с ожирением и испытуемых с нормальным индексом массы тела.
2. Проанализировать представленность ведущих стилей пищевого поведения в группе испытуемых с ожирением.
3. Выявить различия в стилях пищевого поведения между женщинами и мужчинами с ожирением.
4. Выявить различия в особенностях питания в родительской семье между испытуемыми основной группы и группы сравнения, между женщинами и мужчинами с ожирением.
5. Определить взаимосвязи между уровнем семейной тревоги и стилями пищевого поведения у испытуемых с алиментарным ожирением.
6. Оценить различия между испытуемыми с ожирением и нормальным весом по различным параметрам перфекционизма и импульсивности.
7. Определить взаимосвязи между ведущим стилем пищевого поведения, перфекционизмом, импульсивностью и другими личностными характеристиками у испытуемых с алиментарным ожирением.
8. Разработать типологию психологических особенностей клиентов с ожирением, и на этой основе определить психотерапевтические мишени, специфичные для выделенных типов клиентов.

Объектом настоящего исследования являются клиенты программ снижения веса, имеющие показатель индекса массы тела (ИМТ) больше или равный 30 и не имеющие эндокринных заболеваний, и пациенты, страдающие алиментарным ожирением.

Предметом исследования являются взаимосвязи между стилями пищевого поведения, психологическими характеристиками, особенностями питания в родительской семье и реакциями на актуальную семейную ситуацию.

В процессе исследования проверялись следующие **гипотезы**:

- 1) каждый из стилей пищевого поведения взаимосвязан с определенными аспектами перфекционизма, импульсивности и определенными личностными свойствами испытуемых с ожирением;
- 2) существуют достоверные различия в выраженности социально предписываемого перфекционизма, особенностях питания в родительской семье между группой испытуемых с ожирением и группой испытуемых с нормальным весом, между мужчинами и женщинами;

Методологические основания исследования. Научно-методологической основой исследования является современная парадигма биопсихосоциального единства человеческого существа, представленная в работах В. М. Бехтерева, М.М. Кабанова, В.П. Петленко, Г.И. Царегородцева, А.Б. Холмогоровой, И.Н. Гуревича, А.Т. Beck, G.L. Engel и др., и теоретико-методологический принцип личностного подхода в психотерапии (Мясищев В. Н., Платонов К. К., Лебединский М.С., Карвасарский Б.Д. и др.). Важное место в методологии исследования занимают разработанные в рамках клинической психологии теоретические положения трансдиагностической модели ожирения (Williamson D.A.), концепции стилей пищевого поведения (van Strien T.) и современное методологическое положение о том, что люди с ожирением представляют собой гетерогенную группу, т.е. эта группа неоднородна, между ее членами имеются существенные различия, поэтому их трудно отнести к определенному личностному типу (Braet С., 2005; Thompson-Brenner Н., 2005).

Методы исследования:

1. Методы анкетирования и опросные тесты:
 - карта обследования;

- Нидерландский опросник пищевого поведения (DEBQ);

- анкета «Особенности питания в родительской семье».

2. Психодиагностические методы:

- многомерная шкала перфекционизма (адаптация Грачевой И.И.);

- опросник для исследования уровня импульсивности В.А. Лосенкова;

-16-ти факторный личностный опросник Р. Кеттелла (адаптация Мельникова В. М., Ямпольского Л. Т.);

- проективный тест «Несуществующее животное».

3. Методы семейной диагностики:

- опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ) В. Юстицкиса.

4. Методы непараметрической статистики и регрессионного анализа.

Научная новизна исследования. Впервые построена и описана типология психологических характеристик клиентов с алиментарным ожирением, основанная на различиях в ведущих стилях пищевого поведения.

Получены новые научные данные о различиях в стилях пищевого поведения, особенностях питания в родительской семье у мужчин и женщин с ожирением и с нормальным весом.

Определена связь семейной тревоги и эмоциогенного стиля питания.

Впервые в нашей стране были исследованы психологические характеристики не только женщин с ожирением, но и мужчин, страдающих данным заболеванием.

Теоретическая значимость работы заключается в том, что в результате интеграции поведенческого и личностно-ориентированного подходов было расширено понимание психологических проблем клиентов с алиментарным ожирением.

В результате исследования понятия стилей пищевого поведения были дополнены представлениями о психологических характеристиках, связанных с различными стилями переживания при ожирении, что вносит вклад в раздел медицинской психологии, изучающий нарушения пищевого поведения и методы их коррекции.

Сформулированы психотерапевтические мишени на личностном уровне, что имеет важное значение для развития личностного подхода в психологической помощи людям с избыточным весом.

Практическая значимость. Результаты диссертационного исследования призваны способствовать тому, чтобы врачи общей практики учитывали психологические особенности пациентов с избыточным весом и ожирением для построения более эффективного контакта с данной категорией больных.

Построенная в результате исследования типология обеспечивает ориентацию медицинских психологов и психотерапевтов в типичных личностных проблемах клиентов с ожирением, может служить опорой в решении задач психодиагностики. С учетом полученных данных, разработаны рекомендации по использованию различных психокоррекционных и психотерапевтических методик и техник воздействия на психотерапевтические мишени, специфичные для различных типов клиентов с ожирением.

Данные о различиях в психологических характеристиках между испытуемыми с нормальным весом и испытуемыми с избыточным весом, между мужчинами и женщинами с ожирением имеют значение для повышения эффективности программ профилактики избыточного веса и ожирения.

Результаты исследования так же могут использоваться при чтении лекций по медицинской психологии для студентов и при проведении тренингов для специалистов, работающих в программах снижения веса.

Положения, выносимые на защиту:

1. Ведущие стили пищевого поведения являются основанием для построения типологии психологических характеристик клиентов с алиментарным ожирением.
2. Социально предписанный перфекционизм, при котором индивид расценивает требования, предъявляемые к нему окружающими, как

завышенные и не реалистичные, в большей степени выражен у испытуемых с ожирением в сравнении с испытуемыми с нормальным весом.

3. Алиментарное ожирение у женщин прямо взаимосвязано с «культуры еды» в родительской семье, наличием «тучных родственников» и не взаимосвязано с использованием родителями питания в качестве поощрения или наказания детей. Ожирение у мужчин прямо взаимосвязано со значимостью вкусной и полноценной пищи в родительской семье и использованием родителями лишения еды как наказания.
4. Существуют взаимосвязи между ведущими стилями питания и определенными личностными характеристиками: а) ограничительный стиль питания коррелирует с перфекционизмом, ориентированным на себя, силой «сверх Я», доминированием и контролем желаний; б) эмоциогенный стиль питания коррелирует с социально предписанным перфекционизмом, импульсивностью, экстраверсией, склонностью к чувству вины, зависимостью; в) экстернальный стиль питания - с импульсивностью и низким контролем желаний.

Апробация результатов исследования. Основные положения и результаты исследования были представлены в докладах на заседании Санкт-Петербургского отделения Ассоциации детских психиатров и психологов (26 апреля 2010 года), на V Юбилейной Ассамблее психотерапевтов и консультантов Санкт-Петербурга (26 - 27 марта 2011 года). Результаты исследования были использованы в МОУ ППиМС Центр диагностики и консультирования г. Ростова-на-Дону при разработке программы семейной психопрофилактики избыточного веса и ожирения среди детей и подростков. Типология психологических особенностей клиентов с ожирением была апробирована в процессе психологического консультирования клиентов Центра семейной медицины (Санкт-Петербург). Материалы диссертации

опубликованы в 5 научных работах (из них одна – в рецензируемом журнале).

Обоснованность и достоверность результатов исследования обеспечивалась репрезентативностью выборки, согласованностью поставленных задач и используемых для их решения методов, надежностью и валидностью примененных методик, использованием стандартных методов математической статистики для обработки полученных данных.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, выводов, списка литературы и приложений. Диссертация изложена на 168 страницах, иллюстрирована 34 таблицами, и 10 рисунками. Список литературы состоит из 185 источников, из них 114 отечественных и 71 на иностранном языке.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается выбор и актуальность избранной темы, излагаются цель, объект, предмет, задачи и гипотезы исследования, раскрывается научная новизна, практическая значимость работы, формулируются основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Медико-психологические аспекты проблемы нарушений питания и ожирения» приводятся определения, классификации, оценки распространенности избыточной массы тела и ожирения в нашей стране и за рубежом, представляются клинические и субклинические формы нарушений пищевого поведения, описываются семейно-личностные особенности пациентов с различными нарушениями пищевого поведения, трансдиагностическая модель нарушений питания и ожирения, анализируются когнитивно-поведенческая и системная семейная психотерапия как ведущие методы лечения нарушений пищевого поведения, рассматриваются различные психологические модели переедания и ожирения.

В параграфе 1.1. «Ожирение как медико-социальная проблема» ожирение рассматривается как заболевание, значительно повышающее риск преждевременной смертности. Показано влияние ожирения на психосоциальный статус и ухудшение качества жизни пациентов (Бутрова С.А.). Анализируются классификации ожирения на основе различных факторов: степени выраженности, причины развития, по характеру распределения жировой ткани. Акцент делается на признании тезиса, что любое ожирение является результатом переедания и потому является алиментарным (Баранов В.Г.). Приведены сведения о распространенности ожирения в различных странах мира по материалам исследования ВОЗ, данные эпидемиологических исследований, показывающих распространенность ожирения в России (Дедов И. И., Мельниченко Г.А., Бутрова С.А., 2006; Бутрова С.А., 2007). Выделены трудности в лечении ожирения (Бобровский А., 2005; Вознесенская Т.Г., 2006), представлен подход к снижению веса через изменение стиля жизни (Гурвич И.Н., 1999; Витхен Г.У., 2006).

В параграфе 1.2. «Пищевое поведение и ожирение» рассматриваются понятие пищевого поведения, такие его виды, как гармоничное (адекватное) и девиантное (клинические и субклинические формы нарушений питания), различия в значимости приема пищи в различных культурах и у людей разных национальностей (Менделевич В.Д., 2005), влияние нарушений пищевого поведения на формирование лишнего веса (Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И., 2001; Петров Д.П., 2007; Braet С., 2005).

В параграфе 1.3. «Клинические формы нарушения пищевого поведения» изложены нарушения пищевого поведения у взрослых, связанные с психическими отклонениями: анорексия, нервная булимия и расстройства приема пищи.

В параграфе 1.3.1. «Семейно-личностные особенности пациентов с нервной анорексией и булимией» выделяются диагностические критерии и типы нервной анорексии и нервной булимии, представлены результаты

различных исследований картины личности у больных нервной анорексией (Casper R.C., 1990; Wonderlich et.al., 2005; Крылов В.А., 2005; Коркина М.В., 2006) и у больных нервной булимией (Cassin Stephanie E., Ranson Kristin M., 2005; Кульчинская И.В., 2008; Малкина-Пых И.Г., 2010), особенностей отношений и процесса взаимодействия в семьях больных нервной анорексией (Wirsching M., Stierlin H., 1982; Minuchin, 1977; Minuchin et. al., 1983; Selvini-Palazzoli et.al., 1977) и больных нервной булимией (Habermas T., Müller M., 1986).

В параграфе 1.3.2. «Неспецифические расстройства приема пищи и ожирение» представлены особенности проявления и диагностические критерии расстройства «пищевые кутежи» («Binge-Eating»).

В параграфе 1.3.3. «Трансдиагностическая модель нарушений питания и ожирение» показаны связи между нарушениями питания и ожирением (Day J., Ternouth A., Collier DA., 2009), представлена четырехфакторная модель расстройств питания и ожирения (Вилиамсон Д., 2009), ее роль в разработке когнитивно-поведенческой психотерапии нарушений питания и ожирения.

В параграфе 1.4. «Субклинические формы нарушения пищевого поведения и ожирение» рассмотрены субклинические проявления нарушений пищевых паттернов, включая переедание, патологический голод, частые «перекусывания», синдром ночной еды, самоограничения в питании и стратегии, компенсирующие переедание; представлено формирование аддиктивных пищевых реакций на доклиническом, клиническом и булимическом этапах (Приленский Б.Ю., Приленская А.В., Федорова И.И., Култышев Д.В., 2011).

Определяются понятия стилей питания: **ограничительный стиль** характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании. При **эмоциогенном стиле** желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния, при **экстернальном** - желание поесть

стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, ее запахом, текстурой, либо видом других людей, принимающих пищу.

Дано описание ограничительного, эмоциогенного и экстернального стилей пищевого поведения, показана их связь с ожирением (Van Strien et.al., 1986; Вахмистров А.В., 2001; Савчикова Ю.Л., 2005).

Рассмотрены базовые теории, объясняющие возникновение проблемы избыточного веса (Schachter S., Goldman R., Gordon A. 1968).

В параграфе 1.5. «Нарушения пищевого поведения у мужчин и женщин» представлены результаты исследований, отражающие различия в проявлении нарушений пищевого поведения у мужчин и женщин (Musante G.J. et.al., 1998; Costanzo P.R. et.al., 1999; Boerner L.M., Spillane N.S., Anderson K.G., 2004).

В параграфе 1.6. «Психотерапия нарушений питания и ожирения» анализируются когнитивно-поведенческая (Merphy R., Straebler S., Cooper Z., et.al., 2010; Федоров А.П., 2002; Малкина-Пых, 2010) и системная семейная психотерапия (Minuchin, S., 1974; Minuchin S., Rosman B., Baker L., 1983; Дж.Нардонэ, Т.Вербиц, Р.Миланезе, 2010) как ведущие методы лечения нарушений пищевого поведения. Представлены подходы и методы психотерапии лиц, страдающих ожирением, сложившиеся в нашей стране (Креславский Е.С. и соавт., 1984; Вознесенская Т.Г., 1990; Ротов А.В. и соавт., 1999; Макаров С.В., 2006; Приленский Б.Ю., Приленская А.В., Федорова И.И., Култышев Д.В., 2009).

В параграфе 1.7. «Психологические модели ожирения» представлены психологические модели, нацеленные на объяснение механизмов, обуславливающих рост избыточной массы тела и ожирение.

В параграфе 1.7.1. «Диеты и переедание» рассмотрены теории и модели, объясняющие срывы при соблюдении диет и приводящие к набору массы тела: модель границ (Polivy J., Herman C.P., 1999), «диетическая депрессия» (Stunkard A.J., 1953; Вознесенская Т.Г., 2008), теория «перфекционизма» (Гумницкая Т.М., 2001).

В параграфе 1.7.2. «Психосоматическая модель» раскрываются причины эмоциогенного пищевого поведения (Kaplan H.L., Kaplan H.S., 1951), гипотезы, описывающие психологические выгоды переедания и ожирения (Polivy J., Herman C.P., 1999); показана высокая распространенность алекситимии у лиц с избыточным весом и ожирением, выступающей в роли внутреннего регулятора психологического напряжения, предрасполагающей к ожирению и затрудняющей возможность потери избыточного веса (Wheeler K., Broad R.D., 1994); коморбидность ожирения и депрессии (Friedman K.E. et al., 2002; Крылов В.И., 1995; Красноперова Н.Ю., 2001); представлены данные исследования структуры личности людей с ожирением, предпринятые в рамках психосоматической модели (Лобин К.В., 2006).

В параграфе 1.7.3. «Модель личностных факторов» проанализированы исследования роли личности в развитии и поддержании нарушений пищевого поведения, приводящих к росту массы тела (van Strien T., 1997; Braet C., 2005; Corstorphine E., Waller G., Lawson R et al., 2007); исследования различных аспектов психопатологии при нарушениях питания и ожирения (Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф., 1988; Крылов В.И., 1995; Гумницкая Т.М., 2001; Красноперова Н.Ю., 2001; Приленская А.В., 2009); клинико-психологические характеристики женщин с проблемой избыточного веса (Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И., 2001; Лобин К.В., 2006; Щипачев Р.Ю., 2007); исследования копинг-стратегии у женщин с избыточной массой тела (Савчикова Ю.Л., 2005) и у детей с дискинезией желчевыводящих путей и ожирением (Эйдемиллер Э.Г., Билецкая М.П., 2007), индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих экзогенно-конституциональным ожирением второй и третьей степени (Григорьян О.Н., Гладышев О.А., Сенкевич Л.В., Моргунова Ю.В., 2008); исследование в целях построения типологии личности людей, страдающих ожирением (Thompson-Brenner H., 2005).

В параграфе 1.7.4. «Избыточный вес - выражение семейной патологии» рассматриваются роль семьи в развитии и поддержании

нарушений питания и ожирения (Birch L.L., 1987; Kinston W., 1988; Ward A., Ramsay R., Treasure J., 2000; Зубцова Т.Н., Князев Ю.А., 1992; Крылов В.И., 1995; Красноперова Н.Ю., 2001; Эйдемиллер Э.Г., Билецкая М.П., 2007), возможности использования семейной FIRO-модели для понимания и оценки семейных паттернов ожирения (Doherty W., Harkaway J., 1990).

В параграфе 1.8. «Заключение» показаны ограничения проведенных исследований. Учитывая, что люди с избыточным весом составляют гетерогенную группу, сделан вывод о возможности построения типологии семейно-психологических проблем людей с избыточным весом и ожирением, основанной на психологических объяснительных моделях и рефлексии опыта работы медицинских психологов и психотерапевтов с данной категорией клиентов и пациентов.

Во второй главе «Материал и методы исследования» сформулированы методологические основания исследования, дана общая характеристика выборки, процедуры, методов психологического исследования и статистической обработки данных.

Было обследовано 188 человек. В основную группу испытуемых вошли 64 женщины и 30 мужчин, в возрасте от 18 до 55 лет, с индексом массы тела (ИМТ) $\geq 30,0$, которые являлись клиентами программ снижения веса медико-психологического центра «Доктор Борменталь» (N= 66) или состояли на учете в связи с алиментарным ожирением в Центре семейной медицины (N=28) г. Санкт-Петербурга. Группу сравнения составили 64 женщины, 30 мужчин того же возраста с ИМТ ≤ 27 .

Анализ выборки показал, по пропорции представленности различных семейных и социальных статусов испытуемых основной группы в целом сопоставимы с пропорциями в социуме, что подтверждает тезис о том, что люди с ожирением представляют собой гетерогенную группу.

В третьей главе «Результаты эмпирического исследования» проанализированы основные различия и корреляции между переменными исследования, представлена и описана типология психологических

особенностей в зависимости от стилей питания, сформулированы психотерапевтические мишени, специфичные для каждого из выделенных типов.

В параграфе 3.1. «Сравнительный анализ показателей стиля питания, у испытуемых с нормальной массой тела и ожирением» отмечается, что средние значения по всем трем шкалам пищевого поведения выше в основной группе испытуемых, нежели в группе сравнения.

Применение U критерия Манна Уитни показало, что различия между основной группой и группой сравнения достоверны по шкале «Ограничительное пищевое поведение» при $p < 0,000$, по шкале «Эмоциогенное пищевое поведение» при $p < 0,000$, по шкале «Экстернальное пищевое поведение» при $p < 0,000$. Это показывает, что различия в стилях пищевого поведения могут быть основанием для построения типологии личностных особенностей клиентов с ожирением.

В параграфе 3.2. «Определение и анализ ведущих стилей пищевого поведения» в результате вычислений был получен средний показатель разницы между шкалами пищевого поведения $\Delta_{cp} = 0,6$ балла, что соответствует различиям в 50% между шкалами. Если данный показатель менее 0,3 балла, то ведущий стиль не выделяется и следует диагностировать смешанную конфигурацию стилей.

Среди испытуемых с ожирением было выявлено следующее распределение конфигураций стилей пищевого поведения: ведущий стиль питания (ограничительный, эмоциогенный или экстернальный) был диагностирован у 70 человек (74,5%), смешанный стиль питания – у 13 человек (13,8%), не было установлено нарушений питания у 11 человек (11,7%). Среди ведущих стилей преобладает эмоциогенный стиль питания – 33 человека (35,2%), экстернальный стиль питания имеют 22 человека (23,4%) и ограничительный – 15 человек (15,9%).

Распределение частоты встречаемости в основной группе испытуемых различных стилей пищевого поведения в зависимости от периода существования проблемы отражено в таблице 1.

Таблица 1

Конфигурация стилей пищевого поведения и период существования проблемы ожирения

Период существования проблемы	Кол-во наблюдений	Частота проявления стиля питания (%)				
		ОГР	ЭМО	ЭКС	СМЕШ	Без нарушений
До 5 лет	25	20	28	24	8	20
От 5 до 10 лет	28	21,4	28,5	14,3	17,9	17,9
От 10 до 20 лет	27	14,8	40,7	26,0	14,8	3,7
Более 20 лет	14	-	50,0	35,7	14,3	-

В процессе анализа полученных данных выделена тенденция: чем больше период существования проблемы ожирения, тем чаще у клиентов диагностируются эмоциогенный, экстернальный стили питания, и уменьшается частота встречаемости ограничительного стиля питания. Данная тенденция означает, что испытуемые с ожирением реже используют различные самоограничения в питании и диеты по мере роста периода существования у них проблемы ожирения.

В параграфе 3.3. «Различия в стилях питания между мужчинами и женщинами в основной группе испытуемых» отмечается, что в ходе анализа результатов диагностики стилей пищевого поведения у испытуемых основной группы выявлены различия между мужчинами и женщинами (см.рис 1).

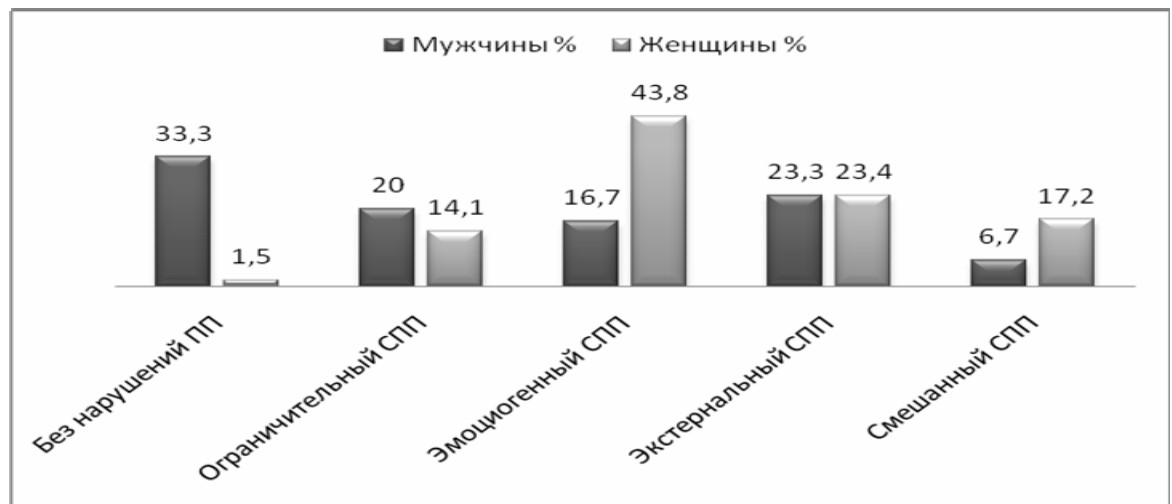


Рис 1. Различия в стилях пищевого поведения между мужчинами и женщинами с ИМТ $\geq 30,0$

Как видно из рисунка 1, среди женщин в сравнении с мужчинами существенно преобладает эмоциогенный стиль пищевого поведения (43,8% против 16,7%) и смешанный стиль пищевого поведения (17,2% против 6,7%). Практически в одинаковой пропорции выражен среди женщин и мужчин экстернальный стиль пищевого поведения (23,4% и 23,3% соответственно).

Также среди мужчин преобладает число случаев, в которых не выявляются нарушения стиля пищевого поведения, то есть набранные по шкалам Нидерландского опросника пищевого поведения баллы не превышают диагностические значения (33,3% у мужчин и 1,5% у женщин). Для объяснения данного различия в качестве гипотезы, требующей проверки, можно предположить, что мужчины в значительно большей степени, чем женщины склонны отрицать наличие психологических проблем, которые связаны с ожирением.

В параграфе 3.4. «Особенности питания в родительской семье и реакции на актуальную семейную ситуацию у испытуемых основной группы» описаны различия между испытуемыми основной группы и группы сравнения, между мужчинами и женщинами основной группы по параметрам анкеты «Особенности питания в родительской семье», выраженность шкал опросника «Анализ семейной тревоги» у испытуемых основной группы, результаты анализа корреляций между стилями пищевого поведения и шкалами опросника «Анализ семейной тревоги».

По всем вопросам анкеты «Особенности питания в родительской семье» обнаружен более высокий процент положительных ответов в основной группе испытуемых в сравнении с контрольной группой.

Проведение оценки достоверности различий ответов на вопросы анкеты «Особенности питания в родительской семье» в основной группе и группе сравнения по U критерию Манна Уитни дало следующие результаты.

1) Были выявлены статистически достоверные различия между женщинами с ожирением и женщинами с нормальным весом в ответах на следующие вопросы анкеты: «Были ли в Вашей родительской семье

любители поесть вкусно и обильно, угощать других, существовал ли там культ еды?» ($U=1344,0$ при уровне значимости $p=0,000$) и «У меня есть родственники с избыточным весом» ($U=1696,0$ при уровне значимости $p=0,026$). В ответах на остальные вопросы анкеты достоверных различий выявлено не было.

2) Ответы мужчин с ожирением достоверно отличаются от ответов мужчин с нормальным весом в вопросах анкеты: «Придавалось ли в Вашем родительском доме большое значение вкусной и полноценной пище?» ($U=315,0$ при $p=0,020$) и «Лишали ли Вас в детстве еды в наказание за что-либо?» ($U=390,0$ при $p=0,040$), а по остальным вопросам анкеты значимые различия не выявлены.

Данные результаты свидетельствуют о том, что существуют различия между мужчинами и женщинами с ожирением, а именно: ожирение у женщин связано с «культом еды», наличием в семье «тучных родственников» и не связано с использованием родителями питания в качестве поощрения или наказания детей, а ожирение у мужчин связано со значимостью вкусной и полноценной пищи в родительской семье и использованием родителями лишения еды как наказания.

Выявлены достоверные различия у женщин и мужчин основной группы по шкале «семейная тревога» по U критерию Манна Уитни ($U=693,0$; $p=,023$), при этом, женщины имеют более высокий уровень семейной тревоги.

В результате проведения анализа взаимосвязей между шкалами опросника «Анализ семейной тревоги» и стилями пищевого поведения у испытуемых с ожирением с помощью Тау критерия Кендалла была обнаружена положительная корреляционная связь между эмоциогенным стилем пищевого поведения и шкалами «семейная тревога» ($\tau=0,187$ при $p < 0,05$) и «семейная вина» ($\tau=0,158$ при $p < 0,05$). Корреляционные связи между остальными шкалами не выявлены. Таким образом, испытуемые, у которых переедание происходит после стресса, в ответ на негативные эмоции (эмоциогенный стиль питания), имеют неадекватное ощущение

ответственности за все отрицательное, что происходит в семье (семейная вина члена семьи), и ощущение, что ситуация в семье не зависит от их собственных усилий (семейная тревожность члена семьи), что является показанием к проведению семейной психотерапии с данным типом пациентов.

В параграфе 3.5. «Анализ результатов проективного теста у испытуемых основной группы в зависимости от ведущего стиля пищевого поведения» представлены результаты диагностики испытуемых основной группы при помощи проективной методики «Несуществующее животное», которые использовались для выдвижения предварительных гипотез и подтверждения или дополнения результатов основных психодиагностических методов.

В параграфе 3.6. Анализ результатов психодиагностики личностных характеристик испытуемых» рассматриваются статистически обработанные данные, полученные по методике «Многомерная шкала перфекционизма», опроснику импульсивности В. А. Лосенкова, тесту Р. Кеттелла.

С помощью U критерия Манна Уитни определено, что у испытуемых основной группы в сравнении с испытуемыми контрольной группы ($p < 0,017$) имеются более высокие значения по показателю «социально предписанный перфекционизм», при котором индивид расценивает требования, предъявляемые к нему окружающими, как завышенные и нереалистичные.

При изучении различий выраженности перфекционизма и импульсивности у мужчин и женщин основной группы выявлены значимые различия только по параметру «импульсивность» ($p < 0,034$), которая больше выражена у женщин.

В усредненном профиле личности, определенном с помощью опросника Кеттелла, у испытуемых с ожирением преобладают следующие факторы: В - высокий интеллект, Н – смелость, понимаемая как нечувствительность к угрозе; Q1 – радикализм, понимаемый как склонность противостоять распространенным взглядам и привычкам. Полученные данные отражают

специфику контингента программ снижения веса, среди участников которых преобладают руководители, а сами программы требуют от клиентов существенных финансовых затрат.

В параграфе 3.7. «Анализ корреляций между стилем питания, личностными характеристиками испытуемых основной группы» на основе корреляционного анализа, для проведения которого был использован непараметрический Тау критерий Кендалла, были выявлены следующие связи, значимые на уровне $p < 0,05$:

1. Существует прямая корреляционная связь между переменной «ограничительный стиль питания» и следующими переменными: «перфекционизм, ориентированный на себя», фактор G (сила «сверх Я»), фактор L (подозрительность), фактор Q3 (контроль желаний).
2. Выявлена прямая корреляционная связь между переменной «эмоциогенный стиль питания» и переменными «социально предписываемый перфекционизм», «общий уровень перфекционизма», «импульсивность», «фактор А (аффектотимия)», «фактор М (мечтательность)», «фактор О (гипотимия)», переменными «семейная вина», «семейная тревога», и обратная связь между переменной «эмоциогенный стиль питания» и переменной «фактор Q2(самодостаточность)».
3. Обнаружена прямая корреляционная связь между переменной «экстернальный стиль питания» и переменной «импульсивность» и обратная связь переменной «экстернальный стиль питания» с переменной «фактор Q3 (контроль желаний)».

В параграфе 3.8. «Типы связей между индексом массы тела и другими переменными исследования» приводятся результаты регрессионного анализа, который выявил существование связи типа «фактор-результат» между ИМТ и переменными: «период существования проблемы веса» (при $p = 0,002$), «родственники с избыточным весом» (при $p = 0,039$), а между индексом массы

тела (ИМТ) и остальными переменными исследования: существуют прямые и обратные корреляционные связи

В параграфе 3.9. «Типология личностных особенностей испытуемых с алиментарным ожирением» обосновывается тезис о том, что стили пищевого поведения могут служить основанием для построения типологии личностных особенностей клиентов с ожирением, приводится сама типология и дается подробная характеристика каждого из выделенных типов.

В результате проведенного исследования группа испытуемых с ИМТ $\geq 30,0$ может быть разделена на три подгруппы, представители каждой из которых характеризуются общими для всех членов группы стилями пищевого поведения, когнитивно-эмоциональными и семейно-личностными особенностями.

В первую группу испытуемых вошли женщины и мужчины, у которых ведущим стилем пищевого поведения является ограничительное питание, характеризующееся преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании, часто с помощью бессистемного соблюдения чрезмерно строгих диет. В отличие от испытуемых других групп, они действуют планомерно и упорядоченно, упорно преодолевают препятствия, доводят начатое дело до конца. Они хорошо осознают социальные требования и стараются их аккуратно выполнять, заботятся о впечатлении, которое производят своим поведением. В отношениях с другими людьми они склонны к доминированию, но очень часто такое доминирование надо рассматривать как предпочитаемый метод личностной защиты от тревожности, как разновидность компенсирующего поведения. Так же испытуемых первой группы можно охарактеризовать как людей, которые имеют внутреннее требование быть совершенными и набор высоких стандартов в отношении себя. Даже когда они достигают своих высоких целей, они не могут быть полностью удовлетворены.

Ведущим стилем питания испытуемых, вошедших во вторую группу,

является эмоциогенное пищевое поведение, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния. Испытуемые второй группы имеют тенденцию к экстраверсии, но оценивают себя как ведомых, следующих за группой. Им не хватает уверенности в себе и они склонны к чувству вины. Часто у них доминирует тревожно-депрессивный фон настроения. Им свойственны импульсивность и социально предписываемый перфекционизм, который отражает потребность соответствовать стандартам и ожиданиям значимых других (особенно в сфере телесности) и коррелирует с прокрастинацией – откладыванием начала работы в силу желания выполнить ее безупречно. С точки зрения реакции на семейную ситуацию испытуемые второй группы характеризуются семейной виной (неадекватное ощущение ответственности за все отрицательное в семье) и семейной тревогой (ощущение, что ситуация в семье не зависит от их собственных усилий).

Третью группу составили испытуемые с экстернальным стилем пищевого поведения, которое связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи. В противоположность испытуемым первой группы, они набирают низкие оценки по фактору «самоконтроль поведения», что указывает на слабую волю и плохой самоконтроль (особенно над желаниями) и высокие оценки по шкале импульсивности. В третью группу вошли испытуемые с наименьшим количеством корреляционных связей между стилем пищевого поведения и личностными особенностями, поэтому их общая характеристика ограничивается констатацией того, что они имеют общий дефицит самоконтроля и саморегуляции.

В параграфе 3.10. «Определение психотерапевтических мишеней, специфичных для каждого типа клиентов, и разработка рекомендаций для медицинских психологов и психотерапевтов» сформулированные на поведенческом и личностном уровне терапевтические мишени представлены в таблице 2.

Таблица 2

Психотерапевтические мишени, специфичные для выделенных типов испытуемых

Тип	Поведенческий уровень	Личностный уровень
Клиенты с ограничительным стилем пищевого поведения	Использование чрезмерных диетических ограничений, вызывающих впоследствии переедание	Негативные проявления перфекционизма, ориентированного на себя, и личностная тревога, вызывающая у клиентов защитную реакцию в форме доминирования и чрезмерного контроля в отношениях с другими людьми
Клиенты с эмоциогенным стилем пищевого поведения	Переедание, обусловленное слаборазвитой способностью дифференцировать чувства голода, сытости и эмоции	Социально предписываемый перфекционизм в сфере телесности и высокий уровень невротизации клиентов
Клиенты с экстернальным стилем пищевого поведения	Гиперчувствительность к пищевым сигналам и переедание в отсутствии голода	Дефицит навыков личностного самоконтроля, способствующего снижению общего уровня импульсивности

В данном параграфе также рассматриваются особенности контакта с клиентами различных типов и приводятся рекомендации медицинским психологам и психотерапевтам, работающим в программах снижения веса и лечения ожирения, по использованию различных методов для воздействия на психотерапевтические мишени.

В параграфе 3.11. «Анализ случаев из практики психологического консультирования» типология психологических особенностей клиентов с ожирением иллюстрируется описанием случаев из практики психологического консультирования.

В **заключении** подводятся основные итоги работы, отмечается решение всех поставленных задач, подтверждаются обоснования выдвинутых гипотез, рассматривается научное и практическое значение исследования, намечаются перспективы дальнейших исследований в рамках данной проблематики.

ВЫВОДЫ

1. Стили пищевого поведения опосредуют взаимосвязи между личностными особенностями испытуемых с ожирением и избыточным весом. Существует тенденция: чем больше период существования проблемы ожирения, тем чаще у испытуемых диагностируются эмоциогенный,

экстернальный стили питания, и уменьшается частота встречаемости ограничительного стиля питания.

2. Расчитанный показатель среднего значения различий между шкалами Нидерландского опросника пищевого поведения позволил дифференцировать ведущие и смешанные стили питания у клиентов с алиментарным ожирением.

3. У мужчин, по сравнению с женщинами, наиболее сильно выражен смешанный стиль пищевого поведения. У женщин, по сравнению с мужчинами, значительно преобладают эмоциогенный и ограничительный стили пищевого поведения. Экстернальный стиль пищевого поведения одинаково часто проявлялся как у женщин, так и мужчин.

4. Алиментарное ожирение у женщин прямо взаимосвязано с «культурой еды» в родительской семье, наличием «тучных родственников» и не связано с использованием родителями питания в качестве поощрения или наказания детей. Ожирение у мужчин прямо взаимосвязано со значимостью вкусной и полноценной пищи в родительской семье и использованием родителями лишения еды как наказания.

5. Испытуемые с эмоциогенным стилем питания, у которых переедание обусловлено недостаточной способностью дифференцировать ощущения и эмоции, имеют достоверно более высокий уровень семейной вины и тревоги.

6. У испытуемых с ожирением, в сравнении с испытуемыми с нормальным весом, в большей степени выражен социально предписанный перфекционизм, при котором индивид расценивает требования, предъявляемые к нему окружающими, как завышенные и не реалистичные.

7. Ограничительный стиль питания взаимосвязан с перфекционизмом, ориентированным на себя, силой «сверх Я», доминированием и контролем желаний; эмоциогенный стиль питания - с социально предписанным перфекционизмом, импульсивностью, экстраверсией, склонностью к чувству вины, зависимостью; экстернальный стиль питания взаимосвязан с импульсивностью и низким контролем желаний.

8. Психотерапевтическими мишенями в работе с клиентами, имеющими ограничительный стиль питания, являются: переедание, вызванное диетическими ограничениями, негативные проявления перфекционизма и личностная тревога, ведущая к доминированию и чрезмерному контролю в отношениях. Для клиентов с эмоциогенным стилем питания - переедание, обусловленное слаборазвитой способностью дифференцировать ощущения и эмоции, социально предписываемый перфекционизм в сфере телесности и эмоциональная нестабильность; для клиентов с экстернальным стилем – гиперчувствительность к пищевым сигналам и дефицит навыков личностного самоконтроля.

ПЕРЕЧЕНЬ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Эйдемиллер Э.Г., Сидоров А.В. Психосоматические аспекты алиментарного ожирения у мужчин // Актуальные аспекты психосоматики в общемедицинской практике. Вып.IX / Под общ. ред. В.И. Мазурова. СПб., 2009. С.98-101 (0,2 п.л. / 0,1 п.л.).
2. Сидоров А.В. Дисфункциональная семья и ожирение // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. Вып.X / Под общ. ред. В.И. Мазурова. СПб.: ООО «СТИКС», 2010. С.134-135 (0,2 п.л.).
3. **Сидоров А.В. Психологические модели переедания и ожирения // Российский психологический журнал. М., 2011 (июнь). Т.8. №3. С.30-40 (0,7 п.л.).**
4. Сидоров А.В. Современные тенденции в исследовании психологических аспектов проблемы ожирения // Современная психология: теория и практика: Материалы II международной научно-практической конференции 29-30 сентября 2011г.: Москва, 2011. С. 232-235 (0,2 п.л.).
5. Сидоров А.В. Психологические характеристики пациентов с алиментарным ожирением // Академический журнал Западной Сибири. 2011 (сентябрь), №3.С.40-41(0,2 п.л.).