

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Стресс как психологический фактор риска изменения веса

Обучающийся Ж.Ю. Тремасова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный руководитель д-р социол. наук., доцент, Т.Н. Иванова

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретический обзор и анализ литературных источников по проблеме исследования.....	9
1.1 Норма веса, недостаточная и избыточная масса тела, причины возникновения и последствия изменения веса.....	9
1.2 Понятие стресса как реакции организма на внешние факторы.....	23
1.3 Теоретический анализ современных исследований о связи стресса и изменения веса выше нормы.....	26
Глава 2 Эмпирическое исследование взаимосвязи стресса и изменения веса	35
2.1 Описание исследуемой выборки добровольцев.....	35
2.2 Дизайн исследования.....	36
2.3 Организация и методы исследования.....	37
2.4 Результаты исследования «Стресс как психологический фактор риска изменения веса».....	44
Глава 3 Разработка рекомендаций по профилактике стресса для широкого круга лиц.....	52
3.1 Методы профилактики и совладания со стрессом.....	52
3.2 Практическое применение разработанных рекомендаций: пример кейса.....	63
Заключение.....	71
Список используемой литературы и используемых источников	74

Введение

Актуальность исследования. Стресс как психологический фактор может влиять как на общее психоэмоциональное благополучие человека, так и на изменения веса в частности, приводя к отклонениям как в сторону увеличения, так и уменьшения веса. Изучение взаимосвязи между стрессом и изменением веса является актуальным направлением исследований и представляется важным шагом в разработке рекомендаций по управлению стрессом.

В рамках данной работы будет рассмотрено влияние стресса на пищевое поведение, изменения в метаболизме и накопление жировых отложений. Также будет проведен анализ исследований, подтверждающих негативные последствия лишнего веса для здоровья человека.

Такой акцент в работе обусловлен тем, что около 40 миллионов россиян по данным Росстата на 14 сентября 2024 года страдают проблемой лишнего веса. Этот показатель соответствует 27% от численности населения России (146 204 млн человек) по данным Росстата. [44]

За последние шесть лет в России увеличился процент взрослого населения с избыточным весом. По данным Росстата в 2023 году более 62,5% жителей страны старше 19 лет имели массу тела выше нормы. Росстат проводит отборочное исследование питания россиян раз в пять лет, включая различные населенные пункты и домохозяйства с общим охватом в 45 тысяч домохозяйств. Предыдущее исследование такого рода было проведено в 2018 году, когда избыточная масса тела наблюдалась у 61,7% населения.

Согласно информации Росстата, озвученной РБК, в 2023 году доля населения в пределах нормального веса сократилась с 36,3% до 35,7% по сравнению с 2018 годом. В то же время процент людей с избыточным весом на уровне предожирения увеличился с 40,1% до 43,9%.

В 2023 году у 1,1% опрошенных Росстатом россиян была зафиксирована стадия ожирения третьей степени, а ожирение второй степени отмечалось у

3,6%, а первой степени – у 14%. Процент россиян с предожирением составил 43,9%, с нормальным весом – 35,7%, и с дефицитом массы тела – 1,4%.

Изменения за последние шесть лет наблюдаются и в соотношении мужчин и женщин, чей вес выше нормы и соответствует стадии предожирения. Если в 2018 году нормальный вес имело 34% опрошенных мужчин, то к 2023 году их доля сократилась до 30,9%. Доля мужчин, имеющих лишние килограммы, за пять лет увеличилась с 46,9% до 52,4%. Среди женщин доля имеющих нормальный вес, наоборот, выросла с 38,1% в 2018-м до 39,4% в 2023-м. Доля имеющих лишний вес в стадии предожирения увеличилась с 34,7% до 37,1%. [16]

В 2024 году в России началась реализация программы по борьбе с лишним весом у детей и подростков. Разработать комплекс мер еще в 2021 году поручила вице-премьер Татьяна Голикова. Пока в рамках программы в основном создаются методические рекомендации – в практическую же плоскость их планируется перевести в последующие годы. [17]

Если вес человека и, главное, количество жировой ткани в организме превышает определенное значение, можно говорить об ожирении. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ожирение — это комплексное хроническое рецидивирующее заболевание, при котором избыточное накопление жировых тканей негативно влияет на здоровье. При нём в патологический процесс вовлечены практически все органы и системы человеческого организма.

Данные ВОЗ за 2022 год показывают, что избыточный вес был у 43% взрослого населения всей планеты, что составляет 2,5 миллиарда человек. Лишние килограммы между тем могут привести к преждевременной потере способности к работе и смерти в молодом возрасте.

Решение проблемы увеличения веса требует долгосрочного, почти пожизненного подхода, направленного на снижение риска развития сопутствующих состояний, улучшение качества жизни и увеличение ее продолжительности у людей. Основные причины набора веса связаны с

неправильным питанием, недостаточной физической активностью, избыточным потреблением энергии при недостаточных физических нагрузках, плохой информированности людей о здоровье и способах его сбережения, как следствие низкой мотивацией для поддержания стабильного нормального уровня веса.

Состояния ассоциированные с лишним весом такие: сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет 2 типа – самые распространенные последствия набора веса, также гипертриглицеридемия и дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе, артериальная гипертензия, с лишним весом связаны некоторые злокачественные и доброкачественные новообразования, остеоартрит, синдром обструктивного апноэ сна, как у мужчин так и у женщин нарушения со стороны репродуктивной системы, желчнокаменная болезнь, стеатотическая болезнь печени, цирроз. Также психологические расстройства: эксплозивный синдром; синдром социальной фобии; конверсионный синдром; синдром отрицания психологических проблем; гипоманиакальный психологический синдром; депрессия; генерализованное тревожное расстройство нередко наблюдается у людей с лишним весом, его основным симптомом является стойкая тревога, не связанная с определёнными объектами или ситуациями [2].

Актуальность исследования обусловлена тем, что психологические факторы, негативно влияющие на человека и провоцирующие изменение веса, стресс один из них, изучены недостаточно. Также интересны индивидуально-личностные особенности людей, подверженных колебаниям веса. Изучая такие влияния, можно надеяться на более эффективную коррекцию пищевого поведения посредством использования современных методов психотерапии, направленных на коррекцию поведенческих расстройств, в частности, нарушений пищевого поведения (булимия, компульсивное переедание, нервная булимия, нервная анорексия) в контексте концепции психосоматических соотношений.

Цель исследования. Доказательство гипотезы влияния стресса как выраженного психологического фактора на изменение веса и разработка рекомендаций по превентивным психологическим мерам для широкого круга лиц.

Гипотеза исследования. Мы предполагаем, что стресс оказывает влияние на набор веса. Уровень стресса у людей, страдающих лишним весом, выше, чем у тех, кто находится в норме.

Задача исследования. Ставится задача проверить предположение о том, что уровень стресса в среднем у людей с лишним весом выше, чем у людей, находящихся в норме по весу. Для проверки этого предположения тестируются показатели стресса у 22 женщин с лишним весом и 22 женщин в норме по весу.

Этапы в рамках поставленной задачи:

- выявить психологические факторы риска в двух группах: людей с лишним весом и находящихся в норме;
- выявить уровень стресса у обеих групп;
- установить взаимосвязи между уровнем стресса, лишним весом и нормальным весом экспериментальных группах;
- сформулировать общие рекомендации для психологов, работающих с данным контингентом людей и неспециалистов.

Основные положения, выносимые на защиту.

- психологическим фактором риска, который отрицательно влияет на физическое и ментальное состояние здоровья людей с лишним весом разных форм выраженности, является стресс;
- стресс рассматривается как негативно устойчивая и типичная особенность людей с лишним весом разных форм выраженности.

Теоретико-методологическая основа исследования.

Были изучены подходы к понятию стресс таких авторов, как Г. Селье, Р. Лазарус, Ч.Д. Спилбергер, Р.Р. Гринке и Дж.П. Шпигель, изучены классификации стресса Р. Лазарус, Ю.В. Щербатых, В.В. Бодров, Д.Н. Исаев.

Были изучены работы ученых, занимавшихся в психологической науке проблемами избыточной массы тела: А.Н. Дорожевец, М.Ю. Келина и Т.А. Мешкова., Г.О. Самсонова, Э.А. Бухарова, Х. Томэ, И.Г. Малкина-Пых, Д.С. Кириллова, Л.В. Святенко, Ю.Л. Савчикова, Г.П. Белоусова, В.А. Ротов, Е.С. Креславский, Е.И. Гетманчук, В.В. Ромацкий, О.А. Скугаревский, С.Ю. Циркин, С.В. Хасанова и Н.Ю. Самыкина, В.Д. Менделевич, Ш.Р. Минабутдинов и другие.

Методология и методы диссертационного исследования.

Для проведения исследования, во-первых, был самостоятельно разработан опросник, включающий одиннадцать вопросов для определения антропометрических и психологических характеристик добровольцев. Во-вторых, были выбраны следующие три стандартизованные теста:

1. Международный валидированный опросник «Шкала-воспринимаемого стресса» PSS-10 (Perceived Stress ScaLe-10)
2. Шкала депрессии, тревоги и стресса, DASS-21
3. Опросник образа собственного тела, ООСТ

Дизайн исследования: представлен как одномоментное, сравнительное, описательное исследование двух групп людей.

Объект исследования: Связь между изменением веса и уровнем стресса.

Выборка: выборка 44 человека, женщины средних лет, работающие, социальные, имеющие детей, замужние, проживающие в условиях мегаполиса.

Предмет исследования: Стресс как психологический фактор риска изменения веса.

Достоверность результатов исследования. Подтверждена репрезентативность выборки за счет использования достоверных и объективных психологических методов оценки. Теоретический обзор помог определить цель, задачи и гипотезу исследования. После обработки и анализа собранных данных были сделаны ключевые выводы и разработаны рекомендации для широкого круга лиц.

Научная новизна проводимого исследования. Разработан комплекс мероприятий для эффективного совладания со стрессом, направленный на саморегуляцию эмоциональных состояний.

Предложенный комплекс мероприятий не имеет противопоказаний, включает в себя нутрицевтические и психологические рекомендации, прост в использовании, разработан так, чтобы дать людям возможность своевременно и самостоятельно работать над улучшением своего физического и психологического состояния.

Теоретическая значимость исследования. В проведенном исследовании были проанализированы научные знания, накопленные в области психологии стресса и сферы психосоматических проявлений изменения веса из-за влияния стресса. Это позволило описать стресс как значимый фактор риска формирования негативной картины набора веса.

Практическая ценность исследования. Разработанные рекомендации предоставляют возможность широкому кругу лиц использовать психологические и нутрицевтические методы для здоровьесбережения и профилактики лишнего веса у людей, находящихся в норме по весу, и помогают людям с лишним весом медленно и бережно привести вес в норму. Исследование раскрывает новые возможности для практической реализации методов помощи и самопомощи людям, страдающим от лишнего веса.

Структура магистерской диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка используемой литературы и источников, таблиц и рисунков.

Используемые в тексте сокращения: ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения; ИБС – Ишемическая болезнь сердца; ИМТ – индекс массы тела (BMI); ОТ – окружность талии; СД – сахарный диабет; PSS-10 – Шкала воспринимаемого стресса; DASS-21 – Шкала депрессии, тревоги и стресса; ООСТ – Опросник образа собственного тела.

Глава 1 Теоретический обзор и анализ литературных источников по проблеме исследования

1.1 Норма веса, недостаточная и избыточная масса тела, причины возникновения и последствия изменения веса

Единого строгого показателя нормы веса для всех не существует, цифра эта условна и индивидуальна для каждого человека. Вес зависит от следующих параметров: возраста, пола, наследственной предрасположенности, генетики, образа жизни и присутствия или отсутствия в нем физических нагрузок и их интенсивности, от пищевых привычек, качества сна, циркадных ритмов, графика работы и отдыха, гормонального статуса.

Существует усредненная таблица диапазонов недостатка, нормы веса и избыточной массы тела, пример такой таблицы представлен на рисунке 1 для женщин. Существуют такие же таблицы для мужчин, для спортсменов по видам спорта, например, для гимнасток. Однако, в каждом случае необходимо проводить оценку исходя из индивидуальных особенностей человека.

		Вес, кг																										
		45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	102	105	108	111	114	117		
Рост, см	150,0	20,0	21,3	22,7	24,0	25,3	26,7	28,0	29,3	30,7	32,0	33,3	34,7	36,0	37,3	38,7	40,0	41,3	42,7	44,0	45,3	46,7	48,0	49,3	50,7	52,0	Ожирение III степени	
	152,0	19,5	20,8	22,1	23,4	24,7	26,0	27,3	28,6	29,9	31,2	32,5	33,8	35,1	36,4	37,7	39,0	40,3	41,6	42,8	44,1	45,4	46,7	48,0	49,3	50,6		
	154,0	19,0	20,2	21,5	22,8	24,0	25,3	26,6	27,8	29,1	30,4	31,6	32,9	34,2	35,4	36,7	37,9	39,2	40,5	41,7	43,0	44,3	45,5	46,8	48,1	49,3		
	156,0	18,5	19,7	21,0	22,2	23,4	24,7	25,9	27,1	28,4	29,6	30,8	32,1	33,3	34,5	35,7	37,0	38,2	39,4	40,7	41,9	43,1	44,4	45,6	46,8	48,1		
	158,0	18,0	19,2	20,4	21,6	22,8	24,0	25,2	26,4	27,6	28,8	30,0	31,2	32,4	33,6	34,9	36,1	37,3	38,5	39,7	40,9	42,1	43,3	44,5	45,7	46,9		
	160,0	17,6	18,8	19,9	21,1	22,3	23,4	24,6	25,8	27,0	28,1	29,3	30,5	31,6	32,8	34,0	35,2	36,3	37,5	38,7	39,8	41,0	42,2	43,4	44,5	45,7		
	162,0	17,1	18,3	19,4	20,6	21,7	22,9	24,0	25,1	26,3	27,4	28,6	29,7	30,9	32,0	33,2	34,3	35,4	36,6	37,7	38,9	40,0	41,2	42,3	43,4	44,6		
	164,0	16,7	17,8	19,0	20,1	21,2	22,3	23,4	24,5	25,7	26,8	27,9	29,0	30,1	31,2	32,3	33,5	34,6	35,7	36,8	37,9	39,0	40,2	41,3	42,4	43,5		
	166,0	16,3	17,4	18,5	19,6	20,7	21,8	22,9	24,0	25,0	26,1	27,2	28,3	29,4	30,5	31,6	32,7	33,7	34,8	35,9	37,0	38,1	39,2	40,3	41,4	42,5		
	168,0	15,9	17,0	18,1	19,1	20,2	21,3	22,3	23,4	24,4	25,5	26,6	27,6	28,7	29,8	30,8	31,9	33,0	34,0	35,1	36,1	37,2	38,3	39,3	40,4	41,5		
	170,0	15,6	16,6	17,6	18,7	19,7	20,8	21,8	22,8	23,9	24,9	26,0	27,0	28,0	29,1	30,1	31,1	32,2	33,2	34,3	35,3	36,3	37,4	38,4	39,4	40,5		
	172,0	15,2	16,2	17,2	18,3	19,3	20,3	21,3	22,3	23,3	24,3	25,4	26,4	27,4	28,4	29,4	30,4	31,4	32,4	33,5	34,5	35,5	36,5	37,5	38,5	39,5		
	174,0	14,9	15,9	16,8	17,8	18,8	19,8	20,8	21,8	22,8	23,8	24,8	25,8	26,8	27,7	28,7	29,7	30,7	31,7	32,7	33,7	34,7	35,7	36,7	37,7	38,6		
	176,0	14,5	15,5	16,5	17,4	18,4	19,4	20,3	21,3	22,3	23,2	24,2	25,2	26,1	27,1	28,1	29,1	30,0	31,0	32,0	32,9	33,9	34,9	35,8	36,8	37,8		
	178,0	14,2	15,1	16,1	17,0	18,0	18,9	19,9	20,8	21,8	22,7	23,7	24,6	25,6	26,5	27,5	28,4	29,4	30,3	31,2	32,2	33,1	34,1	35,0	36,0	36,9		
	180,0	13,9	14,8	15,7	16,7	17,6	18,5	19,4	20,4	21,3	22,2	23,1	24,1	25,0	25,9	26,9	27,8	28,7	29,6	30,6	31,5	32,4	33,3	34,3	35,2	36,1		
	182,0	13,6	14,5	15,4	16,3	17,2	18,1	19,0	19,9	20,8	21,7	22,6	23,5	24,5	25,4	26,3	27,2	28,1	29,0	29,9	30,8	31,7	32,6	33,5	34,4	35,3		
	184,0	13,3	14,2	15,1	15,9	16,8	17,7	18,6	19,5	20,4	21,3	22,2	23,0	23,9	24,8	25,7	26,6	27,5	28,4	29,2	30,1	31,0	31,9	32,8	33,7	34,6		
	186,0	13,0	13,9	14,7	15,6	16,5	17,3	18,2	19,1	19,9	20,8	21,7	22,5	23,4	24,3	25,1	26,0	26,9	27,8	28,6	29,5	30,4	31,2	32,1	33,0	33,8		
188,0	12,7	13,6	14,4	15,3	16,1	17,0	17,8	18,7	19,5	20,4	21,2	22,1	22,9	23,8	24,6	25,5	26,3	27,2	28,0	28,9	29,7	30,6	31,4	32,3	33,1			
190,0	12,5	13,3	14,1	15,0	15,8	16,6	17,5	18,3	19,1	19,9	20,8	21,6	22,4	23,3	24,1	24,9	25,8	26,6	27,4	28,3	29,1	29,9	30,7	31,6	32,4			
192,0	12,2	13,0	13,8	14,6	15,5	16,3	17,1	17,9	18,7	19,5	20,3	21,2	22,0	22,8	23,6	24,4	25,2	26,0	26,9	27,7	28,5	29,3	30,1	30,9	31,7			
194,0	12,0	12,8	13,6	14,3	15,1	15,9	16,7	17,5	18,3	19,1	19,9	20,7	21,5	22,3	23,1	23,9	24,7	25,5	26,3	27,1	27,9	28,7	29,5	30,3	31,1			
196,0	11,7	12,5	13,3	14,1	14,8	15,6	16,4	17,2	18,0	18,7	19,5	20,3	21,1	21,9	22,6	23,4	24,2	25,0	25,8	26,6	27,3	28,1	28,9	29,7	30,5			
198,0	11,5	12,2	13,0	13,8	14,5	15,3	16,1	16,8	17,6	18,4	19,1	19,9	20,7	21,4	22,2	23,0	23,7	24,5	25,3	26,0	26,8	27,5	28,3	29,1	29,8			
200,0	11,3	12,0	12,8	13,5	14,3	15,0	15,8	16,5	17,3	18,0	18,8	19,5	20,3	21,0	21,8	22,5	23,3	24,0	24,8	25,5	26,3	27,0	27,8	28,5	29,3			
		Дефицит массы тела										Норма						Предохранение										

Рисунок 1 – Таблица соотношения роста и веса для женщин

В рамках данной работы не рассматривается дефицит веса из-за специфики состояния. Дефицит веса, или недостаток массы тела — это заболевание, которое выражается в снижении массы тела человека ниже критической отметки индекса массы тела.

Причины, по которым человек может иметь недостаточный вес разные, например, генетические; социальные – недостаток пищи (часто из-за бедности), особенно опасно это для детей и беременных и кормящих женщин; из-за неправильного метаболизма питательных веществ, лекарств, влияющих на аппетит. Часто недостаток веса вызван болезнью (физической или психической) или расстройством пищевого поведения – нервной анорексией или булимией. Недостаточный вес может быть связан со специфическими заболеваниями, такими как диабет 1 типа, гипертиреоз, рак, туберкулез, также люди с проблемами желудочно-кишечного тракта или болезнями печени могут быть неспособны адекватно усваивать питательные вещества. Во всех этих случаях с пациентами работают врачи специалисты и психиатры, или психотерапевты с медицинским образованием, так как терапия включает в себя медикаментозное лечение [4].

Избыточный вес также имеет и физические и психические причины, и очень часто психологические, успешно поддающиеся коррекции посредством терапии и работы с привычками и образом жизни [3].

Проблема избыточного веса остро встала в первой половине XX века, в 1950 году ожирение было включено в международную классификацию болезней (МКБ), а в литературе появился термин «globesity», который подчеркивает глобальное распространение проблемы лишнего веса в XX и XXI веках. Существует широко распространенная точка зрения, что лишний вес негативно сказывается на качестве жизни, способствует появлению психологических, социальных и экономических проблем, развитию хронических заболеваний, нездоровых состояний, усугубляет и провоцирует депрессию, а также увеличивает затраты на социальное обслуживание и нагрузку на медицинский персонал [7].

В 1998 году Всемирная организация здравоохранения признала ожирение хроническим заболеванием, а это означает необходимость долгосрочного лечения, пожизненного наблюдения и предполагает стабильное прогрессирование набора веса в отсутствие соответствующего вмешательства.

В последние десятилетия акцент все больше смещается на личные особенности людей, их психологическое благополучие и возможное наличие пограничных психических расстройств при изучении лишнего веса и причинах его появления [8].

У людей, страдающих от лишнего веса, выделить одну единственную причину этого невозможно, обычно это комплекс физических и психологических проблем. Лишний вес связан с дисбалансом между потребляемой и израсходованной энергией, которые могут быть вызваны нарушениями в метаболизме, генетической предрасположенностью (примерно на 35–80% зависит от 32 ключевых генов), изменениями в поведенческих реакциях и воздействием внешних факторов. В соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), установлено 82 фактора окружающей среды и образа жизни, способствующие набору лишнего веса. [41].

Причинно-следственная взаимосвязь веса выше нормы и психологических расстройств крайне сложна и трудно диагностируется. Избыточный вес часто является результатом различных психопатологических расстройств, которые возникают до появления лишнего веса как следствия. Психоэмоциональные нарушения, помимо их влияния на развитие лишнего веса, могут также влиять на эффективность лечения.

Лишний вес считается одной из самых серьезных проблем общественного здравоохранения из-за его распространенности и последствий для здоровья.

Определение ожирения из учебника «Внутренние болезни» под редакцией А.И. Мартынова, Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеева, 2021 звучит так:

«Ожирение – это хроническое мультифакторное гетерогенное заболевание, проявляющееся избыточным образованием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, как правило, с высоким кардиометаболическим риском, специфическими осложнениями и ассоциированными с ним сопутствующими заболеваниями.» [12]

В учебном пособии Н.А. Мациевского «Современное представление об ожирении» (2021) даётся следующее определение:

«Ожирение – это хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее обменное заболевание, сопровождающееся увеличением массы тела преимущественно за счёт накопления жировой ткани.» [14]

Классификация.

Проблема лишнего веса достаточно долго существует в современном мире, он имеет широкую распространенность, изучается, роль его в патогенезе серьезных сопутствующих, в том числе алиментарно-зависимых заболеваний, доказана хорошо, при этом единой патогенетической классификации к настоящему моменту не разработано. Используются и разными авторами предлагаются различные варианты классификаций, но среди специалистов большее распространение получила классификация веса ВОЗ. Она основана на определении ИМТ – отношения массы тела (кг) к возведенному в квадрат росту (м²). Классификация веса ВОЗ представлена в таблице 1 и на рисунке 2.

Таблица 1 – Классификация веса (ВОЗ, 1997)

Тип массы тела	ИМТ, кг/м ²	Риск сопутствующих заболеваний
Дефицит массы тела	<18,5	Низкий
Нормальная масса тела	18,5-24,9	Средний для популяции
Избыточная масса тела	25,0-29,9	Повышенный
Ожирение, степень	–	–
I	30,0-34,9	Высокий

Продолжение таблицы 1

Тип массы тела	ИМТ, кг/м ²	Риск сопутствующих заболеваний
II	35,0-39,9	Очень высокий
III	>40,0	Крайне высокий



Рисунок 2 – Классификация веса по ИМТ

Важно уточнить, что при весе выше нормы, необходимо учитывать его фенотип вместе с оценкой ИМТ, поскольку распределение жировой ткани играет важную роль в диагностике. Диагностика висцерального (абдоминального) ожирения осуществляется при условии, если у мужчин окружность талии (ОТ) превышает 94 см и у женщин — 80 см. При нормальном показателе ИМТ также можно выявить абдоминальное ожирение, поэтому необходимо использовать комплексную диагностику и применять ряд методик, например, биоимпедансное исследование и замеры. В таблице 2 показана связь между риском осложнений при наборе веса и окружностью талии согласно данным ВОЗ.

Таблица 2 – Зависимость риска развития осложнений ожирения от окружности талии (СД 2, заболевания сердечно-сосудистой системы) по ВОЗ, 1997

Пол	Риск развития осложнений повышенный
Мужчины	ОТ больше или равно 94 см
Женщины	ОТ больше или равно 80 см

Значения ИМТ в диапазоне от 18,5 до 24,9 кг/м² вошли в качестве одного из критериев модели идеального сердечно-сосудистого здоровья, предложенной в 2009 году экспертами Американской ассоциации сердца. [41]

В настоящее время для диагностики ожирения и его степени ИМТ не используется в следующих ситуациях: [13]

- у пожилых лиц (вследствие развития саркопении);
- у детей с незавершенным периодом роста;
- у беременных женщин;
- у спортсменов и лиц с очень развитой мускулатурой.

Причины изменения веса и возникновения лишнего веса.

Главная причина набора веса – систематическое переедание пищи с избыточной калорийностью и с преобладанием углеводов, жиров, добавленного сахара, консервантов, усилителей вкуса и соли. Причины переедания могут быть разными, например, заедание из-за травматического события, компульсивное переедание, социокультурная среда, располагающая к излишествах, семейные пищевые паттерны и прочее. Второй по значимости причиной является гиподинамия, как правило связанная с условиями жизни, когда присутствует недостаточная физическая активность и соответственно снижение энергозатрат на фоне избыточного потребления калорий [10].

Семейная предрасположенность к лишнему весу, в том числе семейные привычки, также доказано влияют на человека. Переписать семейные пищевые сценарии бывает достаточно сложно и вероятность появления лишнего веса у человека при наличии избыточной массы тела у родителей высока, составляет

70–80%, тогда как, если рассматривать выборку людей с нормой веса, этот показатель не превышает 30%, а при дефиците массы у родителей находится в диапазоне до 14%.

Пищевое поведение человека тесно связано с его психической жизнью и является витальной потребностью по П.В. Симонову. Это значит, что без удовлетворения такой жизненно необходимой потребности невозможно само существование организма. Чрезмерное употребление продуктов, содержащих быстрые углеводы и особенно с связки сахар-жир-соль воспринимается своеобразным допингом и набор веса в таком случае имеет много общего с такими состояниями как алкоголизм и наркомания, сюда же можно отнести неконтролируемое желание потребления информации. Поэтому нередко в стрессовых и трудных жизненных ситуациях многие люди предпочитают использовать еду как практику для успокоения (гиперфагическая реакция на стресс). У многих такая стратегия заедания стресса идет из родительской семьи. Также стоит отметить, что в отличие от наркомании и алкоголизма, пищевая зависимость является социально-одобряемой, также как трудоголизм, духовные практики, шоппоголизм, орторексия и приверженность к здоровому образу жизни. Трудность же воздействия на нее заключается в том, что невозможно убрать еду из жизни человека совсем. Так условием лечения любой зависимости является полный отказ от источника зависимости, будь то алкоголь, наркотик, гаджет и прочее, в случае пищевой зависимости, человек, как правило, вынужден пожизненно контролировать себя и свое пищевое поведение [11].

В своей диссертационной работе М.А. Гаврилова в рамках биопсихосоциальной модели в современной концепции накопления избыточного веса, выделили следующие группы причин, приводящих к такому развитию:

- биологические причины: сюда относится все, связанное с физиологией человека, как-то эпигенетика, наследственная предрасположенность, общее состояние здоровья, гормональный статус, образ жизни и

связанная с ним гиподинамия – малоподвижность, также состояние энергетического обмена, нутрицевтический статус и прочее;

– психологические причины. Здесь речь идет о не целевом использовании еды: не как источника адекватного и достаточного питания тела, а как инструмента для коррекции настроения, что в свою очередь приводит к психологической зависимости от пищи. Гиперфагическая реакция на стресс обозначает то, что суть переедания заключается в стремление избегания реальности, для этого пища используется вовремя или после стресса;

– социальные причины. К ним можно отнести все акты, направленные на лучшее социальное взаимодействие: пища используется для улучшения общения с коллегами, с друзьями, близкими [30].

В свою очередь И.Г. Малкина-Пых пишет о том, что лишний вес обусловлен воздействием множества разнообразных психологических факторов. Часто встречающиеся она выделяет такие:

– утрата объекта привязанности, любви и фрустрация из-за этого;

– неблагоприятный эмоциональный фон, часто вытесняемые чувства и эмоции такие как гнев, обида, злость, общая подавленность, страх перед одиночеством, чувство внутренней опустошенности становятся поводом к импульсивному перееданию;

– ситуации, в которых требуются особые усилия, непривычные в обыденной жизни, с повышено напряженным фоном, побуждают многих людей к усиленному потреблению пищи [20].

Вопросы диагностики.

Авторы Л.С. Андреева, Л.Ю. Хамнуева, И.Н. Кошикова в учебном пособии «Ожирение. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение» пишут о диагностике состояния так: «Как и при любом другом заболевании, обследование больного ожирением начинается с опроса и сбора анамнеза, который может иметь те или иные отступления от реальной

картины происходящих событий, а жалобы могут быть полиморфными и расплывчатыми.

Диапазон жалоб достаточно велик: от тучности как эстетической проблемы до характерных проявлений часто сопутствующих ожирению заболеваний (ИБС, СД-2, недостаточность кровообращения) и неспецифических симптомов (апатия, сонливость, быстрая утомляемость, склонность к запорам, суставные боли). Несмотря на то, что больные практически никогда не жалуются на повышенный аппетит, необходимо выяснить характер питания больного. Правильно предложить пациенту заполнить дневник питания с подробным учетом съеденной пищи за 3–5 дней, затем проанализировать представленные записи. Коррекция пищевого поведения при постоянном грамотном использовании дневника питания дает клинически значимые результаты [15].

Разногласия между врачом и больным в определении причин ожирения традиционны. Пациент обычно ищет их на интуитивном уровне, настаивая на синдроме какого-то эндокринного заболевания, тогда как для врача в большинстве случаев очевидно, что это простое ожирение (экзогенно-конституциональное, или алиментарно-конституциональное). Собственно, «эндокринное» ожирение, то есть вызванное каким-либо первично-эндокринным заболеванием, обычно характеризуется ИМТ 27–35, крайне редко – 40 и более.

Типичный для пациента с экзогенно-конституциональным ожирением анамнез выглядит следующим образом: пациенты убеждены, что они едят мало и подчеркивают, что утром они вообще не едят. Выпиваемая ими чашка кофе с сахаром (20 ккал) и бутерброд с сыром и маслом (100 ккал) обычно не учитываются как еда. На работе больные начинают перекусывать, обычно это калорийная пища с высоким содержанием жиров. Нередко они жуют и на работе и дома автоматически, не замечая этого, едят при волнении, перед сном и даже ночью. Набор продуктов обычно стандартен: 5–6 раз в неделю употребляются в сущности одни и те же продукты (традиционный поздний

ужин в русском варианте – жареная картошка с копченой колбасой). До 50-70% калорийности принятой пищи приходится на вечерний период. Типичный синдром ночной еды (Night eating) характеризуется бессонницей, утренней анорексией, потреблением 50 % и больше суточного рациона после 19 часов. Некоторые ученые предлагают также ввести термин Night drinking (синдром ночной выпивки), подчеркивая тем самым, что алкоголь, выпитый вечером, в том числе и «по служебной необходимости» или для успокоения, становится традиционным поставщиком нежелательных калорий. Кроме того, влияя на активность 11-бета-гидроксистероиддегидрогеназы в жировой висцеральной ткани, алкоголь нарушает переход кортизола в неактивный кортизон и способствует формированию висцерального ожирения [18].

Иногда происходят так называемые пищевые кутежи (Binge-eating) с употреблением за один прием 5–8 тысяч ккал. Как гиперфагические реакции на стресс, так и пищевые кутежи – прерогатива женщин.» [46]

В современной практике помощи людям с лишним весом оценка соматического статуса является общепринятой и обязательным атрибутом обследования. При большом весе велико число возникающих ассоциированных с ним заболеваний и поражений органов и целых систем, приводящих к формированию целого ряда угрожающих жизни болезней [21].

Последствия избыточной массы тела.

Избыточная массы тела доказано является основным риск-фактором для многих состояний и заболеваний. На уровне популяции частота осложнений, связанных с избыточным жировым содержанием в организме, возрастает с ростом ИМТ, что наглядно показано на рисунке 3. На индивидуальном уровне осложнения возникают не только из-за наличия избыточного жира, его локализации и распространения, но многих других факторов, включая генетические, экологические, биологические и социально-экономические факторы [19].

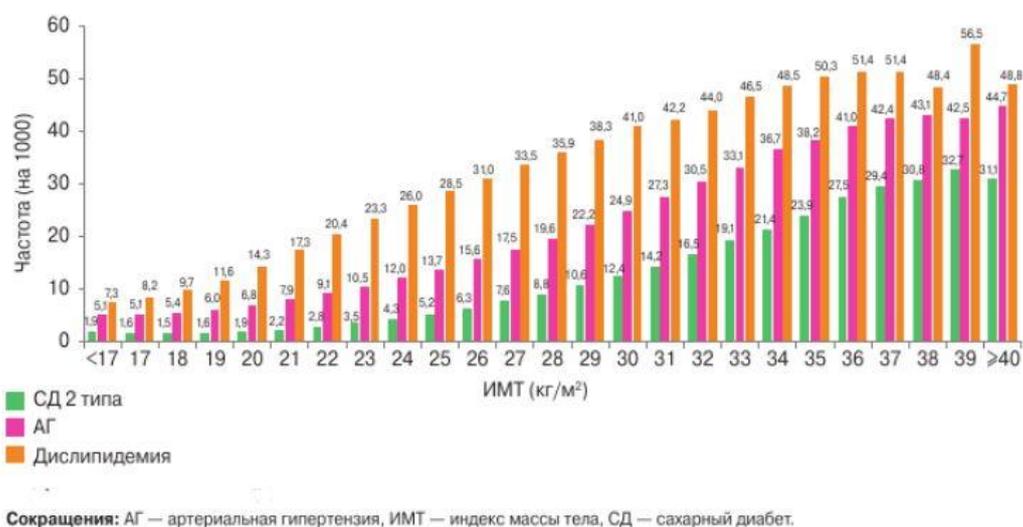


Рисунок 3 – ИМТ и частота СД, АГ и дислипидемии [38]

Ассоциированные (сопутствующие) лишнему весу заболевания.

Целый ряд метаболических и гемодинамических нарушений, а также патология многих органов и систем часто ассоциированы с лишним весом. В настоящее время нет четкой позиции в вопросе, являются ли эти состояния его осложнением либо представляют собой сопутствующие заболевания, возникновение и прогрессирование которых усугубляется наличием ожирения. Предлагается рассматривать эти состояния как ассоциированные (сопутствующие) заболевания [12].

В таблице 3 представлены осложнения и заболевания, ассоциированные с лишним весом [22].

Если говорить про измеримые величины, то люди с предожирением и ожирением, сталкивающиеся с дискриминацией по весу, показывают более высокие показатели гормона стресса кортизола [39], циркулирующего С-реактивного белка [46], долгосрочного кардиометаболического риска [48] и повышенную смертность [47] по сравнению с теми, кто с дискриминацией по весу не сталкивался (рисунок 4) [25].

Таблица 3 – Возможные осложнения ожирения. AGA technical review on obesity. Gastroenterology (Klein S., Wadler T., Sugerman H.J., 2002) с дополнениями Мациевского Н.А.

Органы	Осложнения
Со стороны ЖКТ	Гастроэзофагально-рефлюксная болезнь (ГЭРБ), неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), желчнокаменная болезнь, панкреатит, грыжи брюшной стенки
Сердечно-сосудистые	Артериальная гипертензия, легочная гипертензия, сердечная недостаточность, ИБС, венозный застой, аритмия, ишемический инсульт
Эндокринные и метаболические	Метаболический синдром, инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет 2-го типа, дислипотеидемия, синдром поликистозный яичников
Андрологические	Мужское бесплодие, дефицит тестостерона
Со стороны дыхательной системы	Нарушение функции внешнего дыхания, синдром Пиквика, синдром апноэ во сне
Со стороны опорно-двигательного аппарата	Подагра, деформирующий остеоартроз, остеохондроз позвоночника
Гинекологические	Нарушение менструального цикла, женское бесплодие
Злокачественные опухоли	Злокачественные опухоли пищевода, толстой кишки, желчного пузыря, предстательной железы, молочной железы, тела и шейки матки, почек
Со стороны мочеполовой системы	Недержание мочи
Неврологические	Идиопатическая внутричерепная гипертензия
Офтальмологические	Катаракта
Послеоперационные	ТЭЛА, пневмония, ателектазы, тромбоз глубоких вен

* Перечисленные заболевания встречаются при ожирении в 3 раза чаще, чем без ожирения.

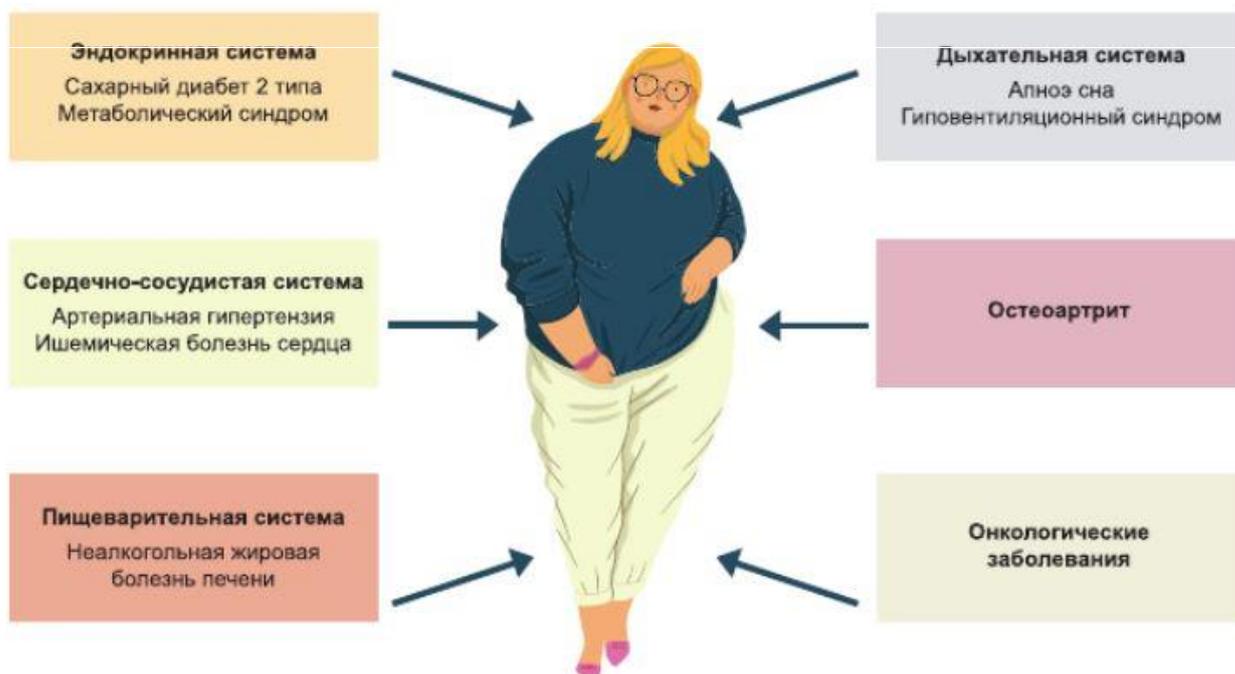


Рисунок 4 – Лишний вес как фактор риска хронических неинфекционных заболеваний

Еще одной серьезной проблемой лишнего веса является стигматизация.

В таблице 4 показаны аспекты социальной стигматизации, с которой сталкиваются люди имеющие лишний вес. [38]. Известно, что распространенность дискриминации большого веса среди взрослого населения составляет 19–42 %.

Таблица 4 – Социальная стигматизация

Стигма	Обозначение
Стигма из-за веса	Означает в целом социальную девальвацию и принижение людей из-за их избыточного веса. Приводит к негативному отношению, стереотипному мышлению.
Стереотипное мышление	Здесь речь идет об обобщении, что люди с избыточным весом или ожирением распуценны, ленивы, прожорливы, не имеют силы воли и самодисциплины, в том числе некомпетентны в работе, не мотивированы для улучшения своей жизни.

Продолжение таблицы 4

Стигма	Обозначение
Дискриминация	Несправедливое отношение, предвзятость, явные предрассудки по отношению к людям с избыточным весом или ожирением.
Интернализация предвзятости по весу	Происходит тогда, когда люди с лишним весом сами верят в собственную ущербность и начинают винить себя и, соответственно, стигматизируют сами себя из-за своего веса. Интернализация означает внутреннее согласие со стереотипами и применение этих стереотипов к себе.
Явная предвзятость в отношении веса	Сознательно удерживаемое отрицательное отношение, которое можно измерить с помощью самоотчета.
Неявное смещение веса	Состоит из автоматических отрицательных приписываний и стереотипов, существующих за пределами сознательного осознания.

Также интересно мнение S. Aamodt, в ее книге, где она выделяет определенные основные поведенческие детерминанты лишнего веса:

- сниженная interoцептивная чувствительность (способность воспринимать, адекватно оценивать и интерпретировать внутренние сигналы и состояния внутренней среды организма, включая и гомеостатические сдвиги). Так люди, не страдающие лишним весом, используют телесные сигналы (такие как голод, сытость и другие ощущения) для регулирования своего пищевого поведения, в то время как люди с избыточным весом, напротив, скорее полагаются на внешние сигналы (пришло время обеда (а не голод) или наличие доступа к вкусной пище);
- регулирование своего эмоционального состояния с помощью еды, что постепенно приводит к хроническому перееданию. Люди с избыточным весом усвоили, что еда снижает их тревожность. Они начинают использовать «перекус» (даже если на этот момент хотят есть) в ситуациях, связанных с негативными эмоциями (и/или есть для уменьшения чувства одиночества или скуки). Затем они учатся использовать пищу как инструмент для подъёма настроения и этим

закладывают тенденцию получать немедленное вознаграждение, даже ценой долгосрочных вредных последствий.

Такая практика, в свою очередь, приводит к образованию порочного круга, поскольку набор веса вызывает негативную эмоциональную реакцию, что даёт старт новому циклу переедания с целью «снять» эти эмоции;

– нарушения когнитивного контроля, например, когда человек, пытается соблюдать диету, но затем срывается. Этот срыв приводит к аномально сильной реакции (ощущению полного провала и появления чувства безнадежности), что на поведенческом уровне даёт старт на ещё одному эпизоду переедания [37].

1.2 Понятие стресса как реакции организма на внешние факторы

Понятие «стресс» ассоциируется в первую очередь с основоположником учения о стрессе, канадским учёным Гансом Гуго Бруно Селье, именно он ввел это слово в научный и бытовой обиход. Он определял стресс (от англ. Stress – напряжение, давление, нажим) – как «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» [6].

Селье рассматривал стресс как физиологическую реакцию на физические, химические и органические факторы. Учёный доказал, что стресс – это целостный комплекс психических и физиологических изменений, происходящих в организме человека в ответ на какое-либо внешнее или внутреннее воздействие [24].

Г. Селье выделял три стадии стресса:

– тревога. На этой первой стадии организм человека сталкивается с непривычным фактором среды и ищет возможности приспособиться к нему;

– резистентность (адаптация) наступает на второй стадии как адаптация к новым изменившимся условиям;

– истощение случается на третьей стадии, если стрессор продолжает действовать длительное время, в конце концов это приводит к истощению гормональных ресурсов и провоцирует срыв систем адаптации, в результате этого процесс может принимать патологический характер, быть причиной или условием развития болезней и может завершиться смертью индивида в крайнем случае.

Г. Селье разделял стресс на полезный стресс и называл его эустрессом и неполезный, продолжительный и чрезмерно интенсивный стресс называл дистрессом. Также с именем Г. Селье ассоциировано понятие биологического стресса [26].

Понятие психологического стресса появилось в науке после биологического стресса. Американский психолог Ричард Лазарус описал его в своей монографии 1966 года "Психологический стресс и процесс совладания" («Psychological Stress and Coping Process»). Лазарус ввел в употребление термин "копинг" для описания способов, которые выбирают люди чтобы справиться со стрессом и тревожными ситуациями. [14]

В отличие от общих для всех физиологических реакций на стресс, описанных Гансом Селье, Ричард Лазарус в своей когнитивной теории стресса подчеркивал индивидуальность стрессового ответа. Эта индивидуальность, по Лазарусу, зависит от психологических факторов: личных качеств человека, важности стрессовой ситуации для него и его когнитивных способностей и интеллектуальных процессов. [9]

Американский врач Джордж Энджел (1913–1999) в конце 70-х годов XX века предложил революционную биопсихосоциальную модель, которая рассматривала здоровье и болезнь как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. [48]

Эта модель, разработанная в рамках определения здоровья Всемирной организацией здравоохранения, стала важной альтернативой преобладающему тогда биомедицинскому подходу, который фокусировался преимущественно на физиологических аспектах. [35]

Работы Энджела заложили фундамент для развития психологии здоровья, и биопсихосоциальный подход постепенно распространился на другие области психологии. В основе биопсихосоциального подхода (БПСП) лежит понимание адаптации как процесса, в котором человек стремится к оптимальному равновесию между своими физиологическими, психологическими и социальными потребностями в условиях постоянно меняющейся среды. Это означает, что для успешной адаптации необходимо учитывать не только физическое состояние организма, но и психическое благополучие, а также социальные факторы и взаимоотношения. Этот подход подчеркивает целостность человека и взаимосвязь различных аспектов его существования [27].

Кодирование стресса по МКБ-10 и МКБ-11.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), стресс, его последствия и связанные расстройства адаптации классифицируются как тревожные расстройства (V класс «Психические расстройства»). Это означает, что в клинической практике они рассматриваются как проявление чрезмерной и патологической тревоги:

- F40-F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства;
- F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации;
- F43.0 Острая реакция на стресс.

Повторные приступы тревоги у большинства пациентов сопровождаются физическими симптомами и соматическими проявлениями. Из-за этого пациенты часто обращаются за помощью к терапевтам. В связи с этим, некоторые кодировки МКБ-10 были упрощены для удобства использования врачами общей практики:

- R53 Недомогание и утомляемость (Астения);
- R45 Симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию;
- G90.8 Другие расстройства вегетативной нервной системы;

– G47.0 Инсомния.

1.3 Теоретический анализ современных исследований о связи стресса и изменения веса выше нормы

Лишний вес и связанные с ним метаболические заболевания приобрели масштабы глобальной эпидемии, представляя серьезную угрозу для общественного здравоохранения везде в мире. Далее перечислены некоторые исследования, подтверждающие связь стресса и набора веса.

В 2024 году В.Д. Саргсян и О.В. Косматова опубликовали обзор на тему «Взаимосвязь стресса и ожирения» в журнале «Профилактическая медицина» [29].

Ключевыми причинами набора веса, по мнению авторов, являются неправильное, несбалансированное питание и малоподвижный образ жизни, однако психологические факторы также играют значительную роль в его развитии.

Особое значение приобретает хронический психосоциальный стресс, который обуславливает нездоровое питание и отложение жира в абдоминальной области. Ожирение – хроническое прогрессирующее заболевание, приводящее к неоправданной стигматизации и увеличению смертности [28].

Современные исследования все чаще указывают на то, что ожирение – это не просто накопление лишнего жира, а следствие нарушения системы энергетического гомеостаза, то есть регуляции энергетического баланса организма. В представленном обзоре показана взаимосвязь хронического стресса и развития висцерального ожирения. Психологический стресс возникает, когда человек чувствует себя перегруженным требованиями внешней среды, которые превосходят его возможности справиться с ними, истощают, не позволяют адаптироваться. Это приводит к эмоциональным и поведенческим проблемам. Особую опасность представляет хронический

психосоциальный стресс, связанный с проблемами в отношениях, на работе или безработицей, низкой самооценкой, и низким социальным статусом. Такой стресс часто провоцирует неправильное питание и, как следствие, накопление лишнего жира.

В своем исследовании И.А. Меликян обнаружила, что у людей, испытывающих длительный стресс на работе, распространенной стратегией совладания является эмоционально-ориентированное поведение. Это проявляется в стремлении избежать проблемной ситуации, дистанцироваться от нее эмоционально и использовать еду как способ заглушить негативные эмоции и снять напряжение. Такое "заедание" стресса может стать причиной переедания и, как следствие, способствовать развитию ожирения [31].

В 2021 году группой авторов М.П. Салеховым, М.К. Гуловым, С.М. Абдуллоевым, А.И. Корабельниковым было проведено исследование «Психологический стресс как патогенетический триггер развития алиментарного ожирения». Проведено теоретическое обоснование патогенетического значения психологического стресса в увеличении массы тела и алиментарного ожирения при современном образе жизни. Методология обоснования рассматриваемой концепции была основана на принципе доминанты А.А. Ухтомского, теории функциональных систем П.К. Анохина, концепциях общего адаптационного синдрома Г. Селье и метаболического синдрома Д. Равьена, на особенностях энергетического обеспечения центральной нервной системы в условиях интенсивного хронического психологического стресса. На его фоне основной запрос адресован к центральной нервной системе, что приводит к увеличению ее функциональной активности. Соответственно, возрастает потребление глюкозы и кислорода.

Дефицит эндогенной глюкозы в режиме реального времени восполняется в дневное время за счет приема богатой углеводами пищи, что регулируется реципрокным чередованием возбуждения-торможения в вентро-медиальных и вентро-латеральных ядрах гипоталамуса, определяющим пищевое поведение. После приема пищи вечером во время сна происходит

восстановление энергетического и пластического материала при высокой функциональной активности центральной нервной системы. При этом после восполнения дефицита углеводов, образовавшегося на фоне катаболизма гликогена в печени, увеличивается синтез липидов, которые затем поступают в кровь и депонируются в адипоцитах. На фоне антиципации при перманентном воздействии психологического стресса инициируется накопление энергоносителей-липидов, что приводит к увеличению веса, а затем алиментарному ожирению. Таким образом, психологический стресс является триггером активизации функциональной активности центральной нервной системы, что приводит сначала к изменению метаболизма организма, а затем за счет антиципации инициирует накопление энергоносителей в виде липидов, которые депонируются в адипоцитах. В свою очередь, это сначала приводит к увеличению веса, а затем – к развитию алиментарно обусловленного ожирения [47].

В исследовании 2020 года авторы О. Логвинова, Е.А. Трошина, И.В. Лескова и Н.В. Мазурина ("Ожирение и стресс: эндокринные и социальные аспекты проблемы в современном российском обществе") стресс рассматривается как одна из главных причин набора веса и метаболического синдрома. Авторы анализируют не только эндокринные механизмы, лежащие в основе этого процесса (активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, изменение пищевого поведения, гиперпродукция глюкагона, накопление висцерального жира), но и социальные факторы. В современном российском обществе наблюдается широкое распространение факторов, способствующих увеличению веса: доступность высококалорийной пищи, гиподинамия и высокий уровень стресса. Постоянное нервное напряжение, негативные эмоции и страх в условиях изобилия пищи напрямую ведут к ожирению, которое, в свою очередь, связано со многими серьезными заболеваниями. Они пишут: «Эндокринные механизмы, опосредующие развитие метаболических нарушений на фоне хронического стресса, включают активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы,

изменение пищевого поведения, гиперпродукцию глюкагона и накопление триглицеридов в висцеральных жировых депо.» Авторы подчеркивают необходимость государственных программ, направленных на улучшение качества жизни, пропаганду здорового питания, формирование культуры потребления пищи, рационализации распределения продовольствия среди населения и обучение навыкам управления стрессом, чтобы снизить уровень ожирения в стране. Хронический стресс, усугубляемый малоподвижным образом жизни, является мощным фактором, способствующим распространению ожирения в России [5].

Казахстанское исследование 2015 года (Журнисова и др.), в котором участвовало 965 человек, показало, что у людей с высоким уровнем психоэмоционального стресса вероятность наличия экстернального типа пищевого поведения (регулирование приема пищи внешними факторами, а не внутренними ощущениями голода и сытости) в 2,3 раза выше, чем у людей с низким уровнем стресса [32].

Исследования с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии подтверждают, что стресс влияет на потребление пищи, снижая чувствительность центральной системы вознаграждения и повышая пристрастие к «комфортной пище».

Элина Ярвель-Рейонен (E. Järvelä-Reijonen) и ее исследовательская группа из Университета Восточной Финляндии провела исследование среди трудоспособных финнов (339 человек, 84% из которых женщины). В основном, это были люди с избыточным весом или ожирением (297 человек), средний возраст которых составлял 48,9 лет, а средний индекс массы тела (ИМТ) – 31,3 кг/м².

Люди с наиболее высоким уровнем стресса реже прислушивались к сигналам голода и сытости, и практиковали интуитивное питание, они чаще переждали и ели из-за эмоций, чем люди с низким уровнем стресса.

Исследование показало, что высокий стресс связан с пищевыми

привычками, затрудняющими контроль веса, и может увеличивать риск ожирения [40].

В исследовании пищевого поведения женщин на тему «Особенности пищевого поведения и субъективная оценка стрессовых ситуаций у женщин», проведенном В.П. Московских (СПбГУ, 2018), все участницы сообщили об изменениях в своих пищевых привычках в стрессовых ситуациях. Наиболее распространенными изменениями были усиленное желание сладкого и снижение аппетита [23].

В статье «Роль нейробиологии зависимости и стресса в потреблении пищи и ожирении» Раджита Синха пишет, что накопление жира в организме является стратегией для сохранения долгосрочного энергетического запаса в случае возможной дефицитности пищи и в целом способствует выживаемости в условиях нестабильной среды и трудностей выживания. Столкновение со стрессовыми ситуациями, такими как семейные конфликты, хроническая ситуация неопределенности, финансовые трудности и безработица, связаны с увеличением массы тела и возникновением ожирения. Научные исследования подтверждают, что существует взаимосвязь между нетерпимостью к неконтролируемым стрессовым обстоятельствам, наркотической зависимостью, а также с увеличением телесной массы и проблемами избыточного веса [34].

Препятствия к эффективному снижению эпидемии ожирения включают в себя увеличенную доступность к ультраобработанным продуктам, содержащим высокое содержание жиров, сахара и натрия, при этом отмечается дефицит белка и клетчатки. Такая комбинация, особенно сдобренная усилителями вкуса и запаха, гарантирует высокий уровень гедонического ожидания, запуская тем самым гиперактивацию системы вознаграждения мозга. Люди формируют прочные ассоциации между конкретным контекстом и ультраобработанной пищей с привлекательным вкусом, что возбуждает аппетит и желание (craving). Следовательно, рекламирование продукта, его внешний вид и аромат могут провоцировать усиленное желание и укреплять

ассоциативные связи (место, время, окружение) или "сигналы", стимулирующие мозговые структуры вознаграждения и мотивации, усиливающие ее ценность. Индивиды с повышенным ИМТ также сообщают о более высоком уровне тяги к быстрой пище. Гедонистический эффект потребления таких продуктов далее укрепляет мотивацию к их употреблению, даже несмотря на потенциальные проблемы, поскольку вознаграждение состоит из двух компонентов: аффективного (liking) – удовольствия, получаемого после вознаграждения, и мотивационного (wanting) – состояния стремления к цели и распределения усилий, даже если они не всегда приносят удовлетворение [43].

Существует еще один способ объяснения проблем избыточного употребления пищи и лишнего веса – «Гипотеза перестраховки» (insurance hypothesis). Об этом в своей статье пишут Дэниел Неттл, Клэр Эндрюс и Мелисса Бейтсон.

Согласно данной гипотезе, накопление избыточного жира необходимо для обеспечения запасов на случай голода в будущем. Эта функция является частью адаптации к неблагоприятной и нестабильной среде, что эволюционно обосновывает необходимость запасов для выживания в трудных условиях.

Таким образом, корень проблемы лишнего веса скорее заключается не в изобилии продуктов питания, а в ощущении незащищенности по поводу доступности пищи.

Если доступ к пище обеспечен, то нет нужды запасать большое количество жира, и наоборот.

Согласно «гипотезе перестраховки», существует связь между ощущением небезопасности в плане продовольственной обеспеченности, соответственно стрессом, особенно у людей из малообеспеченных семей, и избыточным весом и ожирением во взрослом возрасте.

«Гипотеза перестраховки» также объясняет, почему диеты как метод похудения обычно не приводят к успеху и могут быть вредными для большинства людей. Большинство людей, следующих строгим диетам с

ограничением калорий, в итоге набирают больше веса в долгосрочной перспективе, чем потеряли во время диеты [33].

Долгосрочное наблюдение за 71 здоровой женщиной (исследование Клиффа Робертса, Кингз-колледж, Лондон) показало: женщины с избыточным весом с ИМТ выше уровня нормы, у которых уровень кортизола (гормон стресса) значительно повышался в условиях хронического стресса, набирали вес быстрее, чем женщины с нормальным весом и меньшим повышением кортизола. Психологические и физиологические реакции на воспринимаемый стресс могут сделать некоторых людей уязвимыми к изменениям в весе тела и настроении, тем самым увеличивая риск избыточного веса и общую психиатрическую заболеваемость, отмечается в исследовании [45].

Еще одно исследование, о котором хотелось бы упомянуть, называется «Различия в зависимости ожирения от пола и социального статуса среди городских жителей Японии», его опубликовали в 2020 году Шун-итиро Асахара, Хироси Миура, Ватару Огава и Есиказу Тамори.

Чтобы получить представление о факторах среды, способствующих ожирению, авторы проанализировали связь между личным или социальным статусом и ожирением у мужчин и женщин по отдельности, используя данные опроса 5425 жителей Кобе, крупного города в Японии, в возрасте от 20 до 64 лет.

Их анализ крупномасштабного опроса выявил половые различия в связи между ожирением и личным или социальным статусом среди жителей Кобе. В то время как распространённость ожирения была выше среди мужчин, чем среди женщин, личные или социальные факторы, включая семейное положение, экономический статус, уровень образования и неблагоприятные условия в детстве, были значимо связаны с ожирением только у женщин.

Дискриминация по весу и стигматизация из-за него, соответственно и неравенство, широко распространены в разных сферах жизни: на работе, в медицине, образовании и личных отношениях. Женщины, страдающие ожирением, часто сталкиваются с более сильной дискриминацией, чем

мужчины, даже при сравнимом или меньшем ИМТ. Это негативное отношение к лишнему весу, более выраженное у женщин, может объяснять, почему в данном исследовании распространённость ожирения среди женщин ниже, чем среди мужчин. Однако, следует отметить, что в некоторых странах ситуация обратная – распространённость ожирения среди мужчин ниже, чем среди женщин.

Причина гендерных различий в распространённости лишнего веса в разных странах неизвестна. Этническая принадлежность, культура и окружающая среда могут влиять на эти различия.

В развитых странах более низкий социально-экономический статус у женщин связан с более высоким ИМТ. В Японии два исследования, в которых использовались данные национальных опросов, также показали аналогичную связь между лишним весом у женщин и низким социально-экономическим статусом, включая низкие расходы/доходы домохозяйств и низкий уровень образования. Это говорит о том, что характерная для женщин связь между избыточным весом и более низким социально-экономическим статусом, наблюдаемая в национальных исследованиях, по-видимому, применима и к городским районам Японии. Что касается мужчин, то исследования не выявили связи между социально-экономическим статусом и лишним весом, который определялся как $ИМТ \geq 25$.

Люди с более высоким социально-экономическим статусом, по-видимому, воспринимают избыточный вес как более серьёзную проблему и демонстрируют более сильную мотивацию к похудению. В частности, женщины часто испытывают внешнее давление со стороны СМИ, пропагандирующих строгие социальные нормы, связанные с худобой и красотой. Поэтому женщины с высоким социально-экономическим статусом, которые могут позволить себе сбалансированное питание с меньшим количеством калорий, хорошо оборудованные тренажёрные залы и медицинские услуги, могут сбросить больше веса, чем женщины с низким социально-экономическим статусом. Такая специфическая для женщин

ситуация может быть причиной связи между низким социально-экономическим статусом и лишним весом только у женщин. Однако до конца неясно, почему такая связь не проявляется у мужчин. Предполагается, что у мужчин с низким социально-экономическим статусом физическая активность на работе относительно выше, что также может быть одной из причин предотвращения набора веса у мужчин с низким социально-экономическим статусом.

Обнаружено также, что неблагоприятные условия в детстве – в частности, жестокое обращение со стороны родителей – были связаны с набором лишнего веса у женщин. Этот результат согласуется с предыдущими исследованиями, которые показали, что стрессовые психосоциальные переживания в детстве – особенно жестокое обращение или физическое насилие со стороны родителей или опекунов – связаны с появлением лишнего веса у взрослых. Ранее также была описана более сильная связь между стрессовыми психосоциальными переживаниями и избыточным весом у женщин, чем у мужчин. У женщин, переживших жестокое обращение в детстве, выше риск развития пищевой зависимости и склонности к "заеданию" стресса во взрослой жизни. Эти данные указывают на сильную связь между детским насилием со стороны родителей или опекунов и развитием ожирения [40].

Выводы по первой главе.

Избыточный вес и ожирение характеризуются чрезмерным накоплением жира в организме, что негативно сказывается на здоровье.

Стресс может способствовать изменению веса и развитию ожирения. Особенно это относится к постоянному хроническому стрессу, который приводит к нарушениям метаболизма. Пониженный фон настроения приводит к перееданию и лишнему весу, а с набором килограммов и снижением активности появляются первые признаки депрессии [42].

Глава 2 Эмпирическое исследование взаимосвязи стресса и изменения веса

2.1 Описание исследуемой выборки добровольцев

В исследование, согласно поставленным целям и задачам, приняли участие 44 добровольца – женщины, согласившиеся предоставить свои данные (возраст, рост, вес), ответить на вопросы касающиеся образа жизни и пройти ряд тестов для исследования уровня стресса.

Из 44 человек отобранных для настоящего исследования, 22 человека – находились в норме по весу, другие 22 человека – имели лишний вес (1-ю и 2-ю степень ожирения).

Для исследования были отобраны испытуемые по принципу однородности.

Критерии включения в исследование для группы лиц с весом в норме:

- пол: женский;
- возраст: 40 – лет (средний возраст выборки 42,5 года);
- ИМТ в пределах 18,5 – 24,99 кг/м²;
- окружность талии (ОТ) менее 80 см у женщин.

Критерии включения в исследование для группы с лишним весом:

- пол: женский;
- возраст: 40 – 45 лет (средний возраст выборки 42,5 года);
- лишний вес: ожирение, предожирение с ИМТ от 25,0 кг/м² и более;
- длительность ожирения более 1 года;
- отсутствие клинически значимого снижения массы тела (5% и более) за последние 3 месяца до даты включения в исследование.

У всех испытуемых в выборке уровень образования – высшее.

Все опрошенные имеют работу и личный заработок. У всех есть дети.

Субъективная оценка жизненной ситуации – стабильная, трудная и стабильно трудная.

Постоянно проживают на территории России в больших городах.

Никто из выборки на момент исследования не находился в острой стрессовой ситуации. В течение предыдущего года ни у кого не было кризисных эпизодов: смерти близких, потери работы, тяжелых болезней и хирургических вмешательств, разрыва отношений.

2.2. Дизайн исследования

Исследование является одномоментным и включает в себя выборку добровольцев в норме по весу и добровольцев с лишним, всего – 44 женщины. В рамках исследования в обеих группах проводилась оценка антропометрических параметров по предоставленным данным, анкетирование, тестирование.

Схема дизайна исследования представлена на рисунке 5.

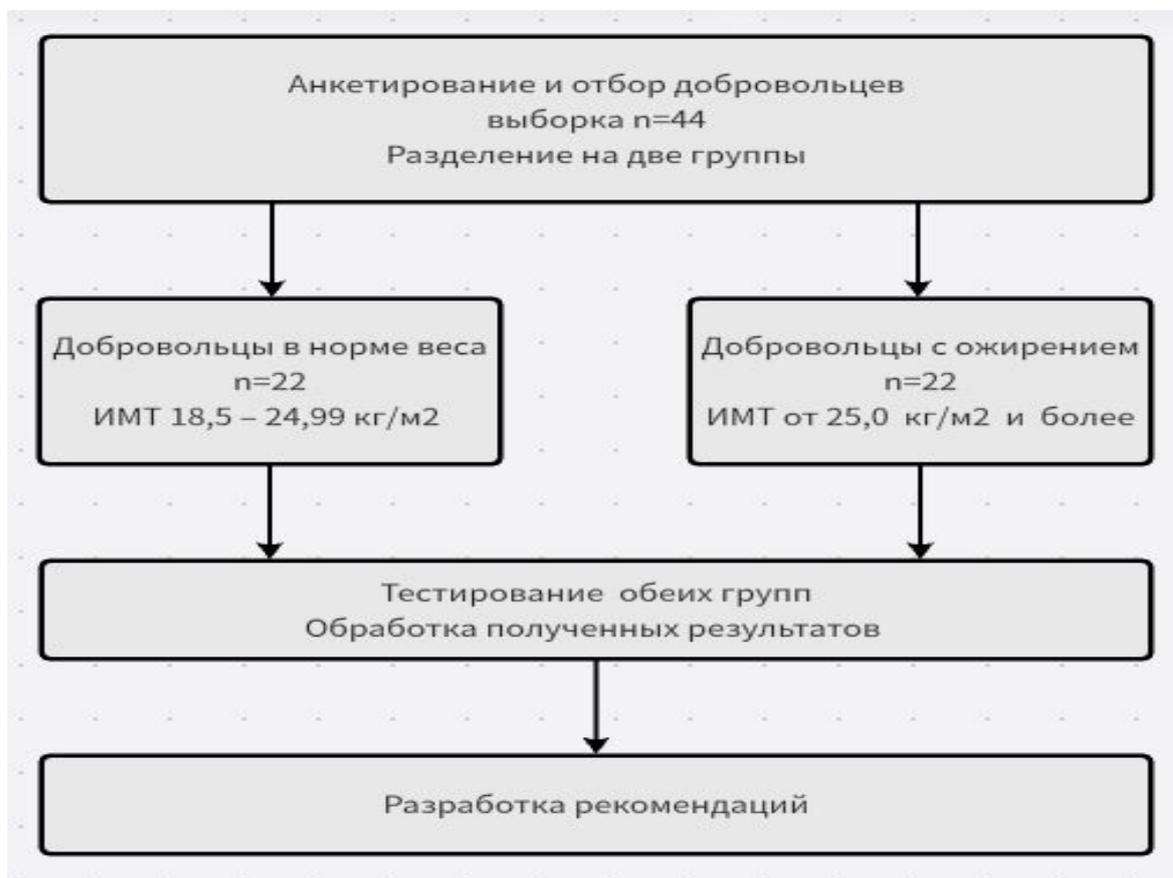


Рисунок 5 – Схема дизайна исследования.

2.3. Организация и методы исследования

Цель исследования: проверить гипотезу о том, что стресс является психологическим фактором риска изменения веса.

Этапы исследования:

- определена тема исследования, выделены объект и предмет исследования, цели и задачи сформулированы, исследовательская гипотеза разработана;
- проанализированы научные труды, литературные и электронные источники, обобщены результаты исследований, затрагивающие тему стресса и изменения веса;
- определены инструменты для диагностики в рамках исследования. В соответствии с целями выбраны методы и средства обработки информации;
- участники были разделены на две группы в соответствии с задачей исследования сравнить результаты по уровню стресса для групп добровольцев с нормальным весом и избыточным весом. Общее количество людей в выборке составило 44. Используя выбранные методы, были изучены факторы стресса и их влияние на всех добровольцев;
- проведено эмпирическое исследование, произведен анализ данных, их обобщение и толкование, представлены результаты исследования и получены общие выводы;
- выявлена и установлена связь стресса и изменения веса выше нормы.

Подтверждена гипотеза. Сформулирована важность разработки рекомендаций по профилактике стресса для широкого круга лиц. Разработаны рекомендации по профилактике стресса для широкого круга лиц.

На основе поставленных целей и задач исследования были выбраны диагностические инструменты. В данном проекте использовались опросник,

разработанный специально для данного исследования и три стандартизированных теста:

- Международный валидированный опросник «Шкала воспринимаемого стресса» PSS-10 (Perceived Stress Scale-10);
- Шкала депрессии, тревоги и стресса, DASS-21;
- Опросник образа собственного тела, ООСТ.

Опросник индивидуальных параметров. Разработан самостоятельно для того, чтобы подобрать в исследование добровольцев так, чтобы выборка была однородной. Всем участникам, согласившимся принять участие в исследовании предлагается заполнить бланк и ответить на 11 вопросов (таблица 5).

Таблица 5 – Бланк вопросов индивидуальных параметров

Бланк вопросов			
1. Ваше имя			
2. Рост			
3. Возраст			
4. Текущий вес			
5. Находились ли вы в течение предыдущих 12-ти месяцев в острой стрессовой ситуации. Например, смерть близких, потеря работы, переезд, трудности со здоровьем и хирургические вмешательства, разрыв отношений и т.д.			
6. Уровень образования			
7. Место проживания			
8. Есть ли дети?			
9. Работаете ли вы? Имеете ли личный заработок?			
10. Субъективно оцените уровень стресса как вы его чувствуете:			
низкий уровень стресса	умеренный уровень	выраженный	высокий
11. Субъективно оцените свою текущую жизненную ситуацию:			
безмятежная	стабильная	стабильно трудная	трудная

Международный валидированный опросник «Шкала воспринимаемого стресса» PSS-10 (Perceived Stress Scale-10). Инструментальный метод, состоящий из 10 вопросов, используется для оценки уровня стресса,

основываясь на субъективном восприятии людей своего уровня напряженности за предыдущий месяц. Эта шкала разработана для оценки субъективного восприятия напряженности в ситуации и включает две подшкалы: одна измеряет субъективный уровень напряженности, а другая усилия, которые приложены для преодоления этой ситуации [1].

В начале 1980-х годов американский психолог Ш. Козн и его команда представили концепцию воспринимаемого стресса. Они утверждали, что стрессом считается не просто потенциально опасное или угрожающее событие, происходящее с человеком, а скорее набор когнитивных и эмоциональных реакций на эти события. Этот подход позволил понять, что восприятие стресса является сложным феноменом, включающим уровень дистресса, то есть психологического дискомфорта от стрессора, а также способность справляться со стрессором на основе индивидуальных особенностей личности, психологического и эмоционального состояния, навыков и стратегий преодоления трудностей и кризисов в жизни.

Этот подход послужил основой для исследований, в результате которых было обнаружено, что субъективный стресс тесно связан с негативными последствиями для здоровья. Люди, испытывающие более высокий уровень стресса, чаще сталкиваются с симптомами тревоги, депрессии, и эмоционального истощения, они менее удовлетворены своей жизнью, склонны к нездоровому образу жизни, чаще обращаются за помощью в связи с психическими проблемами. Однако такие люди менее озабочены о своем физическом здоровье, реже проходят медицинские осмотры и получают консультации по хроническим заболеваниям.

Участникам обеих групп исследования предлагается заполнить бланк и ответить на десять вопросов (таблица 6), где цифры означают:

- 1 – никогда
- 2 – почти никогда
- 3 – иногда
- 4 – часто
- 5 – очень часто

Таблица 6 – Бланк для выявления стресса

Вопрос	Вариант ответа				
	1	2	3	4	5
Вы расстраивались из-за того, что происходило неожиданно?					
Вы чувствовали, что неспособны контролировать важные моменты своей жизни?					
Вы нервничали и испытывали стресс?					
Вы чувствовали уверенность в своей способности справляться с личными проблемами?					
Вы чувствовали, что всё идет так, как это нужно Вам?					
Вы обнаруживали, что не можете справиться со всем, что вам приходилось делать?					
Вы могли контролировать свою раздражительность?					
Вы чувствовали, что находитесь на вершине успеха?					
Вы злились из-за того, что происходило без контроля с вашей стороны?					
Вы чувствовали, что вам не преодолеть всех скопившихся трудностей?					

Пройти тест можно здесь <https://psytests.org/stress/pss-run.html>

Шкала DASS-21 используется для измерения тяжести эмоциональных и поведенческих симптомов, связанных с депрессией, тревожным расстройством и стрессом. Она состоит из трех шкал самоотчёта:

- шкала стресса выявляет затруднения с расслаблением, нервозность и раздражительность, чувствительна к хроническому возбуждению;
- шкала тревоги оценивает физиологическое возбуждение, напряжение мышц, ситуативную тревогу и субъективные переживания тревоги;
- шкала депрессии измеряет дисфорию, отчаяние, потерю интереса, низкую самооценку, апатию и потерю удовольствия [12].

Шкала DASS-21 не является средством диагностики, а представляет собой систему самооценки, которая используется в качестве дополнительного инструмента вместе с предшествующей шкалой PSS-10 при проведении исследований.

Участникам обеих групп исследования предлагается заполнить бланк и ответить на 21 вопрос (таблица 7), где цифры означают:

- 1 – Никогда
- 2 – Редко
- 3 – Часто
- 4 – Почти всегда

Таблица 7 – Бланк на выявление стресса в течение недели

Вопрос	Вариант ответа			
	1	2	3	4
Мне было трудно успокоиться.				
Я чувствовала сухость во рту.				
Мне кажется, что я не испытывала никаких позитивных чувств.				
У меня были проблемы с дыханием (например, учащенное дыхание, одышка при отсутствии физической активности).				
Мне было трудно проявить инициативу для того, чтобы что-то сделать.				
Я слишком остро реагировала на некоторые ситуации.				
У меня была дрожь (например, в руках).				
Я чувствовала, что трачу много нервов.				
Меня тревожили ситуации, в которых я могла запаниковать и выглядеть глупо.				
Я чувствовала, что мне не на что надеяться.				
Я обнаруживала себя взволнованной.				
Мне было трудно расслабиться.				
Я чувствовала себя унылой и подавленной.				
Я была нетерпима ко всему, что мешало мне в моих делах.				
Я была близка к панике.				
Я не могла ничем увлечься.				
Мне казалось, что как человек я ничего не стою.				
Я чувствовала, что была довольно обидчива.				
Я чувствовала работу своего сердца при отсутствии физической активности (например, ощущение увеличения частоты сердечных сокращений, пропуска сердечных ударов).				
Мне было страшно без всякой на то причины.				
Мне казалось, что жизнь бессмысленна.				

Пройти тест можно здесь <https://psyttests.org/depr/dass-run.html>

Опросник образа собственного тела (ООСТ) является инструментом для измерения уровня недовольства собственной внешностью как части восприятия тела у людей с расстройствами пищевого поведения. Психометрические характеристики ООСТ позволяют его использовать в качестве первичного средства оценки в популяционных исследованиях, а также в роли вспомогательного элемента в процессе клинической диагностики. Авторы: О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха (2006) [33].

Согласно когнитивной теории психики, недовольство собственным телом имеет два аспекта: оценочный, связанный с мышлением, и перцептивный, связанный с восприятием. Исследования показывают, что оценочный аспект играет ключевую роль в развитии расстройств пищевого поведения, в то время как связь между недовольством фигурой и реальными изменениями веса или физическими ощущениями оказывается слабой. Согласно авторам, оценочный компонент отношения к телу включает в себя глобальную оценку внешности (удовлетворенность или недовольство весом, формой тела, определенными частями тела), эмоциональные реакции на внешность (убеждения о внешности, представления о своем теле) и соответствующее поведение (например, избегание зеркал, взвешивание, посещение тренажерного зала). Индивидуальное восприятие своей внешности может отличаться от того, как его видят окружающие. Привлекательные люди не всегда довольны своим внешним видом, а менее привлекательные иногда не испытывают негативных чувств по поводу своей внешности. Независимо от физических характеристик, восприятие и эмоции по поводу внешности могут сильно влиять на то, как индивид видит себя и как другие видят его. Позитивное отношение может укрепить уверенность и комфорт в общении, в то время как негативное отношение может привести к социальной изоляции и тревожности.

Отношение к своему телу формируется через внутренние осмысления социальных оценок, которые человек получает от своих сверстников, семьи и

других значимых лиц. Эти оценки могут быть прямыми, например, когда кто-то издевается над человеком, или косвенными, например, если окружающие постоянно выражают беспокойство о своей внешности. Эта взаимосвязь социальной обратной связи действует в обе стороны: мнения окружающих влияют на субъективное восприятие своей внешности, а убеждения и поведение человека могут влиять на то, как его воспринимают другие. Феномен атрибутивной проекции, когда человек предполагает, что окружающие видят его так же, как он сам себя видит, может значительно повлиять на мыслительные и поведенческие аспекты отношения к собственному телу. Например, женщина с нормальным весом, которая считает себя ожиревшей, может думать, что окружающие воспринимают ее так же. В результате она может изменить свое поведение, например, избегать зрительных контактов, выбирать одежду, которая не выгодно подчеркивает ее внешность, и проявлять угрюмость. В ответ окружающие могут начать избегать общения с ней, что она интерпретирует как подтверждение своей неаттрактивности.

Участникам обеих групп исследования предлагается заполнить бланк и ответить на 16 вопросов (таблица 8), где цифры означают:

- 1 – Никогда
- 2 – Иногда
- 3 – Часто
- 4 – Всегда

Таблица 8 – Бланк вопросов на выявление стресса

Вопросы	Варианты ответов			
	1	2	3	4
Я не люблю смотреть на себя в зеркало.				
Покупка одежды обращает мое внимание на то, как я выгляжу, и потому неприятна.				
Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих.				
Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть моё тело (например, посещение бассейна, пляжа и т. д.)				

Продолжение таблицы 8

Вопросы	Варианты ответов			
Я испытываю стыд за своё тело в присутствии определённых людей.				
Я не люблю своё тело.				
Мне кажется, что другие люди должны считать мое тело безобразным.				
Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде на меня.				
Я сравниваю свое тело с другими для того, чтобы убедиться, что они полнее, чем я.				
Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом.				
Я испытываю чувство вины в связи со своим весом.				
У меня есть негативные мысли, и я самокритична в отношении своего тела и того, как я выгляжу.				
Мне трудно принимать комплименты по поводу того, как я выгляжу.				
Когда я смотрюсь в зеркало, то моё внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении.				
Я чувствую себя униженной и/или подавленной в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я.				
Я беспокоюсь о собственном весе.				

Пройти тест можно здесь <https://psytests.org/diag/oost-run.html>.

Прочитайте, пожалуйста, предложенные утверждения, и выберите тот вариант ответа, который наиболее вам подходит.

2.4 Результаты исследования «Стресс как психологический фактор риска изменения веса»

Участвующие в исследовании добровольцы ответили на вопросы, предложенные в «Опроснике индивидуальных параметров». Результаты опроса сгруппированы и представлены в таблице 5 для группы 1 с весом в пределах нормы и таблице 6 для группы 2 с лишним весом (таблица 9).

Таблица 9 – Сводные результаты группы: участники с весом в пределах нормы

Участник	Рост	Вес	ИМТ	Возраст	Жизненная ситуация	Субъективная оценка стресса
Н1	170	66	22,84	40	трудная	выраженный
Н2	165	57	20,94	40	стабильно трудная	выраженный
Н3	168	59	20,9	41	стабильная	умеренный
Н4	171	65	22,23	41	стабильно трудная	выраженный
Н5	158	55	22,03	41	стабильная	умеренный
Н6	169	60	21,01	41	стабильная	умеренный
Н7	167	58	20,8	42	стабильная	выраженный
Н8	172	62	20,96	42	стабильно трудная	выраженный
Н9	164	61	22,68	42	трудная	высокий
Н10	174	65	21,47	42	стабильная	выраженный
Н11	173	63	21,05	43	стабильная	умеренный
Н12	177	66	21,07	43	стабильно трудная	умеренный
Н13	163	54	20,32	43	стабильная	умеренный
Н14	171	56	19,5	43	трудная	высокий
Н15	170	58	20,07	43	стабильно трудная	умеренный
Н16	168	57	20,02	44	стабильная	умеренный
Н17	165	60	22,04	44	трудная	умеренный
Н18	162	54	20,58	44	стабильная	умеренный
Н19	168	57	20,2	45	стабильная	умеренный
Н20	174	68	22,46	45	стабильно трудная	умеренный
Н21	169	60	21,01	45	стабильная	выраженный
Н22	167	61	21,87	45	стабильная	выраженный

Таблица 10 – Сводные результаты группы: участники с лишним весом

Участник	Рост	Вес	ИМТ	Возраст	Жизненная ситуация	Субъективная оценка стресса
О1	167	84	30,48	40	стабильно трудная	выраженный
О2	168	89	31,53	40	трудная	выраженный
О3	167	88	31,55	40	стабильная	умеренный
О4	169	85	29,76	40	стабильно трудная	умеренный
О5	170	90	31,14	40	стабильно трудная	выраженный
О6	168	88	31,18	41	стабильно трудная	выраженный
О7	165	99	36,36	41	стабильная	выраженный

Продолжение таблицы 10

Участник	Рост	Вес	ИМТ	Возраст	Жизненная ситуация	Субъективная оценка стресса
O8	171	89	30,44	41	стабильно трудная	умеренный
O9	170	93	32,18	41	трудная	высокий
O10	172	98	33,13	41	стабильно трудная	умеренный
O11	166	86	31,21	42	стабильная	выраженный
O12	168	85	30,12	42	стабильно трудная	выраженный
O13	165	94	34,53	43	стабильно трудная	умеренный
O14	172	91	30,76	43	трудная	высокий
O15	173	96	32,08	43	стабильно трудная	умеренный
O16	165	87	31,96	43	стабильная	выраженный
O17	168	89	31,53	44	трудная	высокий
O18	171	88	30,09	44	стабильно трудная	выраженный
O19	169	89	31,16	44	стабильно трудная	умеренный
O20	170	97	33,66	44	стабильно трудная	выраженный
O21	168	96	34,01	45	стабильная	умеренный
O22	166	85	30,85	45	стабильно трудная	умеренный

Субъективные показатели стресса выборки исследования представлены на рисунке 6: участники с весом в пределах нормы.

По результатам предварительного опроса видно, что низкий уровень стресса не заявлен никем из участников в обеих группах.

В группе 1 у участников с весом в пределах нормы наблюдается умеренный уровень стресса у 55 % опрошенных, выраженный уровень стресса у 36 %, высокий уровень стресса у 9 % опрошенных.

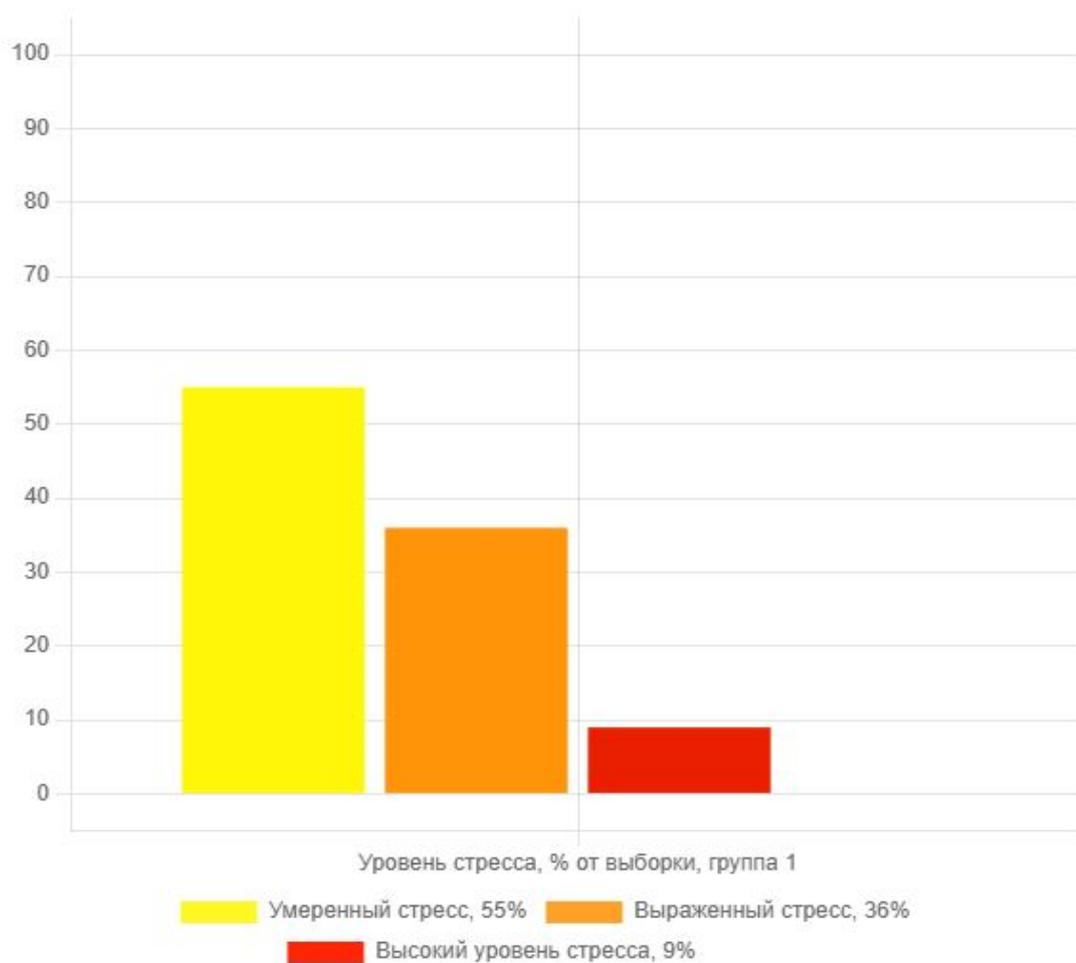


Рисунок 6 – Уровень стресса у участников с весом в пределах нормы

В группе 2 у участников с лишним весом наблюдается умеренный уровень стресса у 41 % опрошенных, выраженный уровень стресса у 45 %, высокий уровень стресса у 14 % опрошенных.

Субъективные показатели стресса выборки исследования представлены на рисунке 7: участники с лишним весом и без лишнего веса.

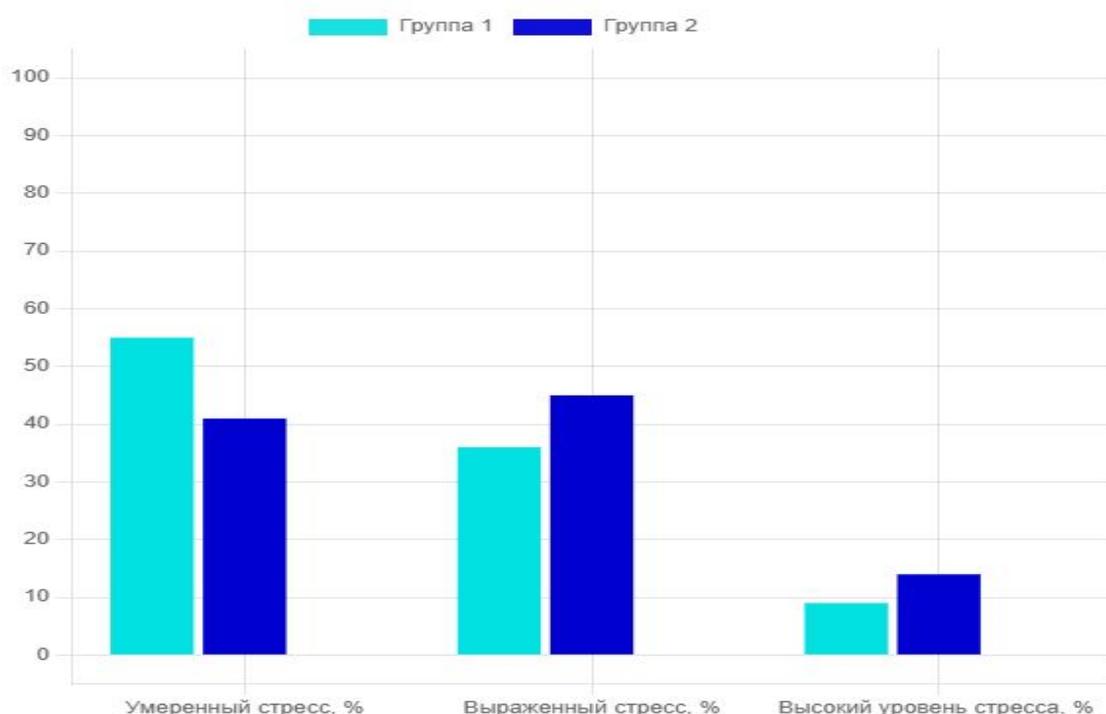


Рисунок 7 – Уровень стресса у участников обеих групп
Группа 1: норма веса; группа 2: лишний вес

Далее участвующие в выборке добровольцы были протестированы по методике Международный валидированный опросник «Шкала-воспринимаемого стресса» PSS-10 (Perceived Stress Scale-10), используемый для определения уровня стресса. Детальные данные результатов каждого участника обеих групп. Результаты по выборке представлены на рисунке 7 – участники с лишним весом и участники с весом в пределах нормы.

На рисунке 8 наглядно представлены значения воспринимаемого уровня стресса по полученным среднеарифметическим показателям по обеим группам выборки. Участники, входящие в группу 1, имеющие вес в пределах нормы, показывают среднее значение по группе 21,63 пункт, что соответствует среднему уровню стресса по шкале воспринимаемого стресса PSS-10. Участники, входящие в группу 2, имеющие лишний вес, показывают среднее значение по группе 26,27 пункт, что соответствует высокому уровню стресса. Полученные данные подтверждают субъективные оценки добровольцев исследования.

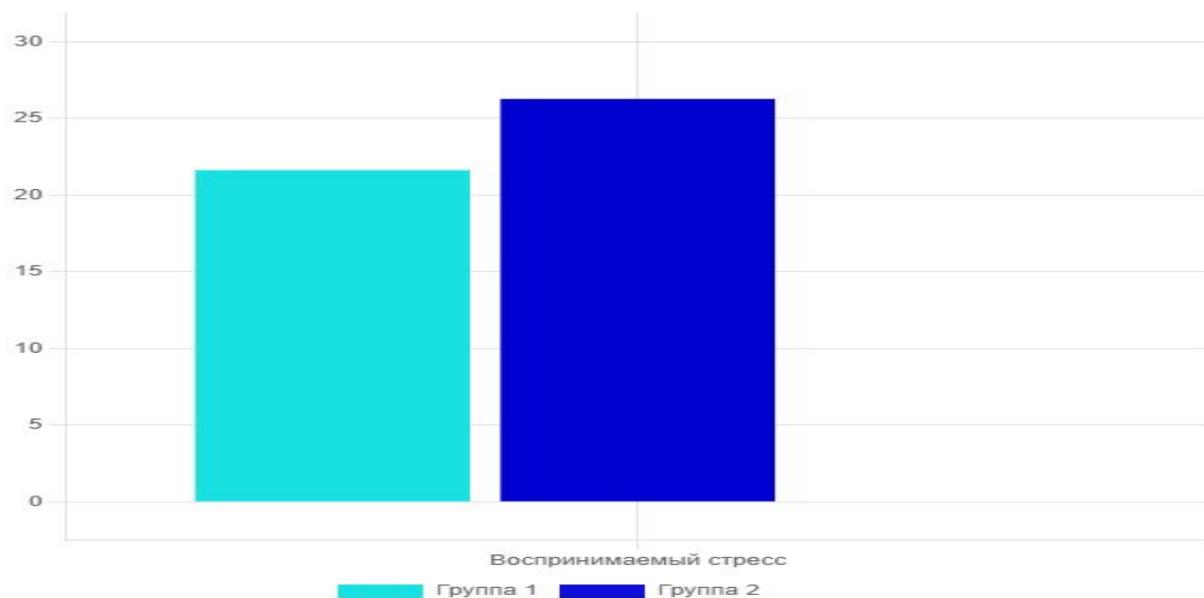


Рисунок 8 – Воспринимаемый уровень стресса участников обеих групп

Следующий тест, предложенный участникам исследования – Шкала депрессии, тревоги и стресса DASS-21. Результаты по выборке представлены на рисунке 9 – участники с лишним весом и участники с весом в пределах нормы.

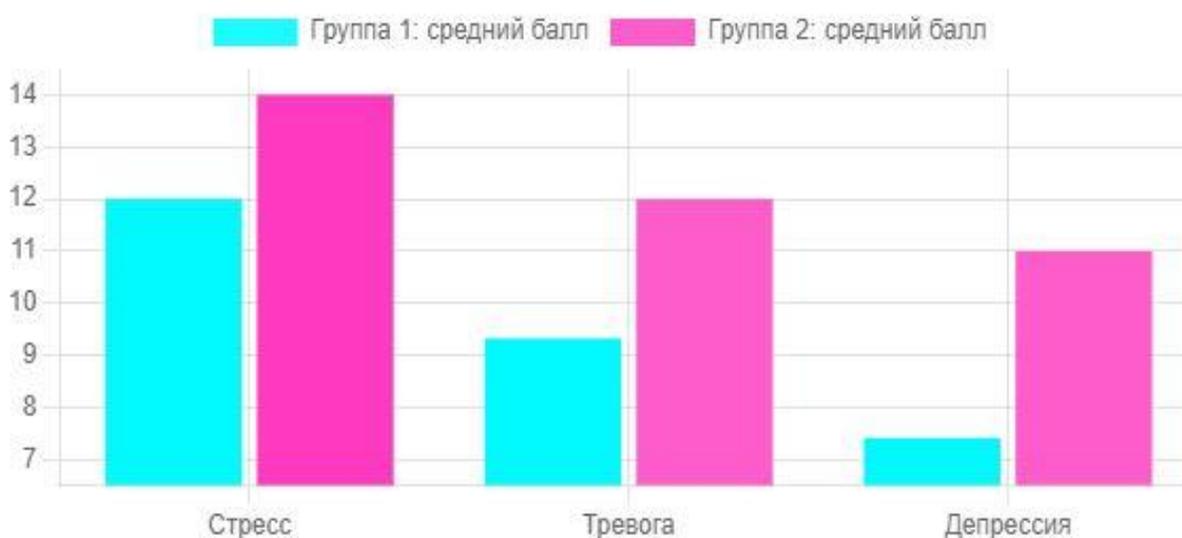


Рисунок – 9. Результаты участников обеих групп по трем шкалам опросника DASS-21

На рисунке 9 представлены значения по трем шкалам опросника DASS-21 – стресс, тревога депрессия по полученным среднеарифметическим показателям по обеим группам выборки. Участники, входящие в группу 1, имеющие вес в пределах нормы, показывают значительно более низкие средние значения по сравнению с участниками, входящими в группу 2, имеющие лишний вес.

Полученные данные также подтверждают субъективные оценки добровольцев исследования и результаты, полученные при использовании Международного валидированного опросника «Шкала-воспринимаемого стресса» PSS-10.

В группе 1, у участников вес в пределах нормы, среднее значение уровня стресса равно 12, что соответствует диапазону «Умеренный уровень», у участников с лишним весом, среднее значение уровня стресса равно 14, что соответствует диапазону «Высокий уровень»; среднее значение уровня тревоги для группы 2 равно 12, что соответствует диапазону «Очень высокий уровень», в группе 1 значение показателя ниже и составляет 9,3 пункта; в группе 2 среднее значение уровня депрессии равно 11, что соответствует диапазону «Высокий уровень», а в группе 2 показатель значительно ниже.

Опросник образа собственного тела, ООСТ используется в качестве скринингового инструмента и вспомогательного теста в процессе диагностики (рисунок 10).

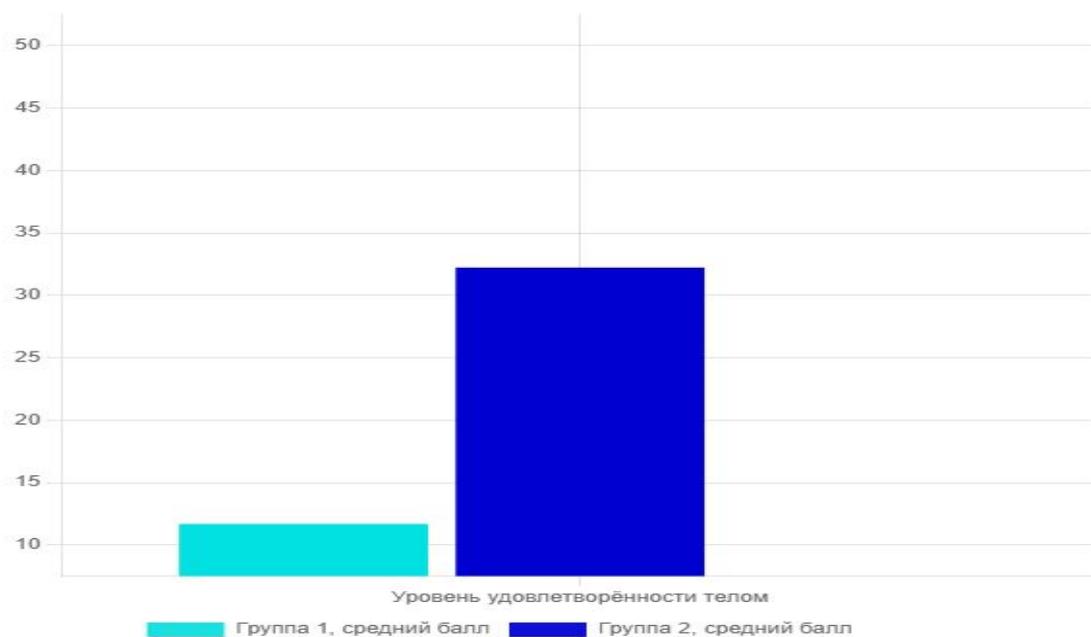


Рисунок 10 – Результаты участников обеих групп по опроснику ООСТ

В группе 1, где у участников вес в пределах нормы, среднее значение уровня удовлетворенности собственным телом равно 11,68, что соответствует диапазону «Удовлетворенность».

В группе 2, у участников с лишним весом, среднее значение уровня удовлетворенности собственным телом равно 32,22, что соответствует диапазону «Выраженная неудовлетворенность».

Вывод. По результатам эмпирического исследования можно говорить о том, что уровень стресса у людей с лишним весом, выше, чем у тех, кто находится в норме. Гипотеза исследования подтвердилась.

Глава 3 Разработка рекомендаций по профилактике стресса для широкого круга лиц

3.1 Методы профилактики и совладания со стрессом

Современные условия жизни и темп социальных, экономических, политических изменений часто требует от человека повышенной активности, высокой производительности, высокого уровня самоорганизации и осознанности. Ими, в силу разных причин, обладают не все. Наиболее характерным психическим состоянием, развивающимся под влиянием экстремальных условий жизнедеятельности, таких как экологические, социальные, профессиональные и другие факторы, которые сопровождаются возникновением и развитием негативных эмоций, сильных переживаний, а также перенапряжением физических и психических функций, является стресс.

Многие люди испытывают стресс в различные периоды своей жизни, и для некоторых он становится постоянным, что отрицательно сказывается на их физическом и психическом состоянии.

Это исследование выявило связь между стрессом и изменением веса. Лишний вес серьезно влияет на здоровье и благополучие отдельного человека, а также создает проблемы для общества в целом.

Поэтому так важно находить способы справляться со стрессом.

Для разработки рекомендаций для исследования за основу были взяты две работы:

– клинические рекомендации «Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика.» авторства Е.С Акарачкова, А.И. Байдаулетова, А.А. Беляев, Д.В. Блинов, О.А. Громова, М.С. Дулаева, М.В. Замерград, А.И. Исайкин, Л.Р. Кадырова, А.А. Клименко, А.А. Кондрашов, О.В. Косивцова, О.В. Котова, Д.И. Лебедева, В.Э. Медведев, А.С. Орлова, Е.В. Травникова, О.Н. Яковлев;

– учебно-методическое пособие «Психология стресса и методы его профилактики» авторства В.Р. Бильданова, Г.К. Бисерова, Г.Р. Шагивалеева.

Проанализировав разные предложенные методы совладания и профилактики стресса, были отобраны следующие:

- диспансеризация. Комплексное медицинское обследование для оценки состояния здоровья человека, выявления заболеваний (в том числе хронических и онкологических) на ранней стадии. Проходится в поликлинике по месту прописки;
- сон;
- питание. Питьевой режим. Нутрицевтическая поддержка;
- физическая активность;
- базовые антистресс навыки (релаксация, медитация, психотерапия).

Диспансеризация является важным компонентом современной системы здравоохранения в России, ориентированной на предупреждение заболеваний и раннюю диагностику. Реализована по всей стране. Процедура диспансеризации предоставляет возможность провести комплексное медицинское обследование человека с целью выявления потенциальных проблем со здоровьем и принятия мер по их предотвращению.

Одним из ключевых аспектов важности диспансеризации является возможность выявления заболеваний на ранней стадии, когда они еще не проявились явными симптомами. Ранняя диагностика и своевременное лечение позволяют значительно увеличить шансы на выздоровление и предотвращают развитие осложнений.

Благодаря диспансеризации также можно провести оценку общего состояния организма, выявить факторы риска развития заболеваний, скорректировать образ жизни и провести профилактические меры. Это помогает сохранить здоровье и повысить качество жизни.

Кроме того, процедура диспансеризации способствует повышению медицинской грамотности населения, поскольку через осознанное участие в

процедуре люди получают информацию о своем здоровье, факторах риска и способах поддержания здорового образа жизни.

Участие в диспансеризации – это забота о самом себе и ответственность перед своим здоровьем.

Дополнительно к базовому скринингу состояния организма, можно самостоятельно сдать следующие анализы и пройти процедуры.

Биоимпедансометрия – это метод диагностики, позволяющий оценить состав тела человека. Основан на измерении электрического сопротивления тканей тела при пропускании через них слабого электрического тока.

Процедура позволяет получить следующие сведения:

- жировая масса, её дефицит или избыток – так даже если человек находится в норме по весу, процент жира в организме может быть критически высоким из-за привычки к преимущественно углеводному питанию и провоцировать общее воспаление;
- безжировая (тощая) масса;
- активная клеточная масса;
- процент активной клеточной массы от тощей;
- скелетно-мышечная масса;
- процент скелетно-мышечной массы от тощей;
- общая и внеклеточная жидкость;
- скорость обменных процессов.

Показаниями к проведению биоимпедансометрии всегда являются избыток массы тела, метаболический синдром, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, патологии щитовидной железы, хронические отёки; процедура желательна при занятиях спортом, нахождении на протоколах питания, например, на веганстве, вегетарианстве, на лечебных протоколах, например, GAPS, FODMAP, антикандидный, элиминационная диета, антипаразитарный протокол, протоколах образа жизни, таких как, БКБГБС, Палео, Палео-АИП, LCHF, Кето, средиземноморская диета.

Биоимпедансометрия не может быть выполнена, если у пациента установлен кардиостимулятор. Беременность считается относительным противопоказанием – в таком случае проведение исследования возможно только после тщательной оценки рисков и пользы.

Специальная подготовка к биоимпедансометрии не требуется. Для получения точных результатов необходимо воздержаться от алкоголя, тяжелых физических упражнений, кофе и чая за сутки перед процедурой. Также, за 3–4 часа до исследования следует воздержаться от еды и снять все украшения.

Процедура проводится в положении лежа на специальной кушетке с использованием биоимпедансметра. Электроды размещаются на правой руке и ноге, затем слабый электрический ток проходит через них. При прохождении через ткани и жидкости в организме изменяются характеристики тока, которые затем измеряются прибором. Полученные данные обрабатываются компьютером, и результаты представляются в виде таблиц и графиков.

После процедуры пациент получает заключение с подробными данными о составе тела, представленными в текстовом и графическом виде.

Расширенный анализ крови в частных лабораториях.

Пакеты включают в себя от 20 и выше параметров, имеющих решающее значение при оценке риска или степени заболеваний, а также прогнозов лечения. Такие исследования включают в себя базовую оценку: запасов железа в организме; наличия анемии; системы свертывания крови; наличия или подтверждения отсутствия воспалительного процесса; состояния печени; состояния почек; функции щитовидной железы; риска женских онкологических заболеваний; риска воспалительных и онкологических процессов в предстательной железе у мужчин; риска подагры; мужского и женского гормонального фона.

А также дают расширенную оценку риска: сердечно-сосудистых заболеваний (атеросклероз, инфаркт, инсульт); крепости костной ткани и зубов; сахарного диабета. Рекомендовано: для женщин и мужчин без жалоб в возрасте старше 45 лет, для женщин и мужчин любого возраста с признаками

нарушения обмена веществ или гормонального дисбаланса, для тех, у кого есть хронические заболевания и лишний вес.

Сон – это важный биологический процесс, играющий ключевую роль в общем здоровье и благополучии человека. Недостаток сна или его нарушения могут серьезно навредить физическому и психическому состоянию организма. Во время сна происходит восстановление клеток и тканей, обмен веществ, очистка мозга от токсинов, обновление иммунной системы, а также консолидация памяти и эмоций.

Человеку нужно стараться спать столько часов, сколько физиологически необходимо его организму (Таблица 11) [36]. Рекомендация является основой для поддержания стрессоустойчивости и предотвращения отдаленных и ранних последствий.

Таблица 11. Рекомендуемая длительность сна в часах в зависимости от возраста

Возраст	Рекомендуется	Максимум и минимум
Молодежь (18–25 лет)	7–9	10–11 и 6
Взрослые (26–64 лет)	7–9	10 и 6
Пожилые (старше 65 лет)	7–8	9 и 5–6

Для улучшения качества сна важно, чтобы человек следовал правилам гигиены сна. Гигиена сна включает в себя рекомендации по способам поведения и созданию оптимальных условий для здорового сна. Изначально эти рекомендации были разработаны для лечения легкой и умеренной бессонницы.

Рекомендации включают в себя:

- соблюдение распорядка дня: сон и приготовления ко сну должны носить характер ритуала (даже по выходным) и повторяться изо дня в день;
- рекомендуется поддерживать в спальне комфортную прохладу, темноту, используя шторы black-out, пользоваться увлажнителем

воздуха, проветривать помещение, исключить резкие запахи и яркие возбуждающие цвета в интерьере;

– избегание избыточного потребления пищи – прекращать есть за 2–3 часа до сна, и жидкости в вечернее и ночное время;

– избегание употребления алкоголя, кофеина и стимулирующих лекарственных препаратов в вечернее и ночное время;

– избегание постоянного слежения за временем;

– увеличение воздействия естественного света в течение дня (особенно утром), нахождение на солнце днем и, напротив, избегание яркого света в вечернее и ночное время (особенно в середине ночи); избегание синего и холодного белого спектра света в вечернее время от гаджетов;

– избегание по возможности кратковременного дневного сна (особенно при трудностях засыпания);

– использовать нутрицевтическую поддержку: магний, мелатонин в таблетках.

Реализовать на практике эти рекомендации можно с помощью разработанного распорядка дня и решимости его придерживаться.

Недостаточный сон может привести к повышенному уровню стресса, нарушениям работы иммунной системы, сердечно-сосудистым заболеваниям, ожирению, артериальной гипертензии, снижению когнитивных функций и психическим расстройствам.

Питание. Питьевой режим. Нутрицевтическая поддержка.

Нормальное полноценное питание определяют понятием «рациональное сбалансированное питание», которое строится на научной основе и способно полностью обеспечить организм пищей в качественном и количественном отношении.

Питание играет ключевую роль в профилактике лишнего веса и обеспечении здоровья и благополучия человека. Питание богатое питательными веществами, витаминами, минералами и антиоксидантами

способствует укреплению иммунной системы, снижению уровня стресса и поддержанию здорового веса.

Если говорить о лишнем весе и питании при этом состоянии, то на первый план выходят, во-первых, распорядок дня и, во-вторых, нутритивная плотность рациона.

Нутритивная плотность рациона – это ключевой аспект здорового питания, который определяет количество питательных веществ, необходимых для поддержания оптимального здоровья, в соотношении с калорийностью потребляемой пищи. Высокая нутритивная плотность обеспечивает организм всеми необходимыми микро- и макроэлементами при минимальном объеме потребляемых калорий, что способствует достижению и поддержанию здорового веса, обеспечивает энергию и поддерживает функционирование всех систем организма.

Многочисленные исследования показывают, что рацион с высокой нутритивной плотностью, богатый зеленью, овощами, злаками, орехами, семенами и нежирными источниками белка, способствует укреплению иммунной системы, снижению риска развития хронических заболеваний, таких как сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, а также повышает общее физическое и психическое благополучие.

Человеку с предпосылками к лишнему весу, или уже имеющему его, рекомендуется работа с врачом-диетологом.

Необходимо сделать анализы и выявить дефициты витаминов, разработать адекватную диетическую программу для медленного снижения веса, при ожирении врач часто назначает медикаментозную поддержку подбирая антидепрессанты и комплексы витаминов.

Также необходимо рассчитать норму воды в сутки и выпивать ее.

Качественное достаточное питание способствует снижению уровня стресса и улучшению психологического благополучия.

Физическая активность.

Регулярная физическая активность позволяет снять напряжение, повысить адаптацию и стрессоустойчивость. Однако, необходимо консультироваться с профессиональными тренерами по поводу адекватной нагрузки для того, чтобы не нанести вред здоровью.

Люди, которые ведут малоподвижный образ жизни или сталкиваются с ограничениями из-за заболеваний, могут испытывать улучшение самочувствия даже при минимальном, но регулярном уровне физической активности. Увеличивать активность необходимо постепенно и соизмеримо с потерей лишнего веса. Людям с лишним весом предлагается обратить внимание на аква-аэробику, йогу, пилатес.

Базовые антистресс навыки.

Основные навыки управления стрессом направлены на увеличение способности к сопротивлению стрессу, поддержание физиологического равновесия и поощрение позитивных эмоций у человека. Человек может ежедневно использовать и развивать их самостоятельно.

Релаксация.

Нервно-мышечная релаксация представляет собой систему специальных упражнений, направленных на снятие напряжения в различных группах мышц. Основная цель таких тренировок заключается в уменьшении мышечного напряжения, которое прямо связано с различными формами негативной эмоциональной возбужденности, такими как страх, тревога и смущение. Путем уменьшения или предотвращения мышечного напряжения можно избавиться от стрессовых состояний, бессонницы, мигрени, а также восстановить эмоциональное равновесие.

Начиная занятия по нервно-мышечной релаксации, важно помнить, что они могут быть полезны при стрессе и тревожности, сопровождающихся мышечным напряжением. Снижение напряжения мышц позволяет достичь значительного уменьшения чувства беспокойства, тревоги и возбуждения. Чувство расслабления мышц проще достигнуть, сравнивая ощущения расслабления и напряжения. Активная релаксация является мощным

инструментом, позволяющим полностью расслабиться и восстановить внутреннее равновесие (рисунок 11).

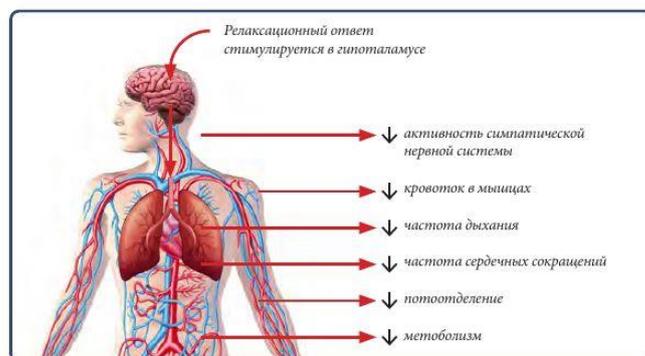


Рисунок 11 – Физиологические изменения в ответ на релаксацию

Медитация представляет собой традиционную практику сосредоточения, способствующую уменьшению психоэмоционального стресса, устранению умственной и физической усталости. Современные исследования в области психологии подтверждают положительное воздействие медитации на различные аспекты человеческой жизнедеятельности, начиная с физиологического восстановления и заканчивая повышением креативного потенциала индивида.

Существует много различных методик и видов медитаций, каждая из которых обладает своими уникальными особенностями. Медитация может быть пассивной или активной, содержательной или бессодержательной, открытой или закрытой. Большинство форм медитации пассивны по внешнему проявлению, но необычно активны по внутреннему психологическому наполнению.

В области оздоровления организма медитация:

- снижает уровень стресса, убирает внутреннюю тревогу и беспокойство, принося внутреннюю гармонию и удовлетворение;
- улучшает качество сна, помогая балансировать медленные и быстрые фазы сновидений. Практикующим медитацию может потребоваться

меньше времени для сна, поскольку процессы восстановления во время медитации происходят быстрее, чем в обычном сне;

– контролирует вес;

– уменьшает потребность в психоэмоциональных стимуляторах, таких как алкоголь, курение, кофе;

– сокращает зависимость от внешней медицинской помощи, лекарств и, соответственно, походов к врачам.

Психотерапия является важным компонентом комплексного лечения ожирения. В зависимости от сложности случая проводится психологом, если достаточно выровнять эмоциональный фон и поработать с тревожностью и стрессом, врачом-психотерапевтом после психологического обследования, когда требуется в том числе медикаментозное лечение, в случае нервной анорексии, булимии, суицидальных мыслей необходимо чтобы подключился врач психиатр. Специалисты на этапе сбора анамнеза и беседы должны различить нормальную физиологическую реакцию на стрессоры от аномальной, и определиться увеличит ли результативность терапии медикаментозное лечение.

Главная цель психотерапии заключается в помощи пациенту внести необходимые изменения в свою жизнь. Необходимо помочь человеку найти в себе силы прийти к нормальному режиму для, сна и бодрствования, отстроить питание в соответствии с возможностями и потребностями организма, и третье – убедить в необходимости адекватно двигаться.

В терапии необходимо уделить внимание поиску причин переживания. Исключить или подтвердить «Гипотезу перестраховки» (insurance hypothesis) Дэниел Неттла, Клэр Эндрюс и Мелиссы Бейтсон. Одной из составляющих тревоги и стресса может оказаться ощущение незащищенности по поводу доступности пищи в будущем, возможности голода реального или воображаемого. Незащищённость у людей ощущается субъективно и у каждого по-разному.

Рекомендуется использовать дневниковую практику. Частая проблема людей с различными расстройствами пищевого поведения — не умение чувствовать свое тело, свои потребности, неумение называть чувства и эмоции, соответственно отслеживать их.

Если говорить о развитии навыка взаимодействия с телом, то рекомендуется воспользоваться методами телесно-ориентированной терапии. Привнести в жизнь ресурсные бани, парения (консультация с врачом перед использованием обязательна), поющие чаши, близость, объятия, игры с детьми, массаж, спа, плавание, вся адекватная физкультура, взаимодействие с животными, море, взаимодействие с природой.

Хорошо и безопасно работает арт-терапия, практически это: рисование, коллажи, рисование мандал и символов, танец, театр, женские круги, дружеское теплое общение, мак-карты, экскурсионные путешествия, любые виды рукоделия и прикладного творчества.

Психотерапия для людей с лишним весом – эффективная стратегия помощи им, дающая устойчивые и значимые результаты. Могут применяться, например, автотренинги и когнитивно-поведенческая терапия, техники и методы третьей волны КПТ: Терапия принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ), ТФАСТ – то же что АСТ, но сфокусированная на травме; Терапия, сфокусированная на сострадании или compassion-focused therapy (CFT); Диалектическая поведенческая терапия (DBT); SFBT (Solution Focused Brief Therapy) – это ориентированная на решение краткосрочная терапия; IFS (Internal Family Systems) – это интегративный подход в психотерапии, объединяющий в себе системную логику, концепт множественности личности, работу с травмой и работу с телом. В переводе на русский язык он звучит как системная семейная терапия субличностей; EMDR(EMD) EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – это метод для лечения посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), вызванных переживанием стрессовых событий, таких как насилие или участие в военных действиях; ImТТ (терапия трансформации образа) – мягкий и

эффективный метод изменения и проработывания травматических воспоминаний без необходимости повторно переживать боль и страх.

К человеку, направляемому на психотерапию, предъявляются следующие основные требования:

- достаточная мотивация к прохождению курса психотерапии;
- ограничения, связанные с возрастом, уровнем интеллекта и культуральными особенностями;
- сохранность структуры личности.

3.2 Практическое применение разработанных рекомендаций: пример кейса

За консультацией обратилась женщина 40 лет.

Опросник индивидуальных параметров заполнен следующим образом (таблица 12).

Таблица 12 – Бланк опросника индивидуальных параметров

Индивидуальные параметры
1. Ваше имя
Ответ: Евгения
2. Рост
Ответ: 170
3. Возраст:
Ответ: 40
4. Текущий вес
Ответ: 90
5. Находились ли вы в течение предыдущих 12-ти месяцев в острой стрессовой ситуации. Например, смерть близких, потеря работы, переезд, трудности со здоровьем и хирургические вмешательства, разрыв отношений и т.д.
Ответ: нет
6. Уровень образования
Ответ: высшее
7. Место проживания

Продолжение таблицы 12

Индивидуальные параметры			
Ответ: Москва			
8. Есть ли дети?			
Ответ: дочь			
9. Работаете ли вы? Имеете ли личный заработок?			
Ответ: работаю, есть			
10. Субъективно оцените уровень стресса как вы его чувствуете:			
низкий уровень стресса	умеренный уровень	выраженный	высокий
11. Субъективно оцените свою текущую жизненную ситуацию:			
безмятежная	стабильная	стабильно трудная	трудная

Результаты трех опросников представлены ниже (рисунок 12). Как видно из них, субъективно воспринимаемый стресс совпадает со значениями, полученными при тестировании. Женщина оценивает свою жизненную ситуацию как стабильно трудную. Говорит про большую ответственность, широкий функционал на работе, нервозность.

Клиентка: Евгения, 40 лет.

Запрос: довести вес до средней медицинской нормы.

Прием лекарственных препаратов, БАДов: не принимала.

Особенности: высокий уровень стресса. Первый раз набор веса произошел резко во время беременности. Вес не восстановился, продолжил медленно расти. Показатели испытуемой в таблице 13.

PSS-10



DASS-21



ООСТ



Рисунок – 12 Результаты трех опросников

Таблица 13 – Показатели испытуемого

Показатель	Значение	Комментарий
Вес	90 кг	Не норма
Рост	170 см	–
ИМТ	31,14	ИМТ в норме (от 18,5 до 25). Избыточная масса тела, ожирение 1 степени
Возраст	40	–

Диапазон нормального веса: 45-60,8 кг.

Желаемый вес 60 кг.

Расчет величины основного обмена.

Расчет величины основного обмена Миффлина–Сан-Жеора.

Женщины $ВОО = 9,99 \times МТ (кг) + 6,25 \times \text{рост}(см) - 4,92 \times \text{возраст}(лет) - 161$

$$ВОО = 9,99 \times 90 + 6,25 \times 170 - 4,92 \times 40 - 161 = 1765 \text{ ккал}$$

Принимаем коэффициент физической активности 1,2, фактический расход энергии:

$$ФРЭ = 1765 \times 1,2 = 2118 \text{ ккал}$$

Дневной калораж для снижения массы тела:

$$ДК = 2118 - 20\% = 1695 \text{ ккал}$$

Расчет нормы воды.

Количество воды рассчитываем по формуле: $X = \text{Вес} \times 0,03$

То есть при весе 90 кг: $X = 90 \times 0,03 = 2,7$ литра.

Расчёт минимального потребления воды. Потребность взрослого человека в нормальных условиях составляет 1,0-1,5 мл/ккал. 1,0 – для умеренного климата.

Норма воды для 1695 ккал: $1695 \times 1 = 1,7$ литра.

Цели программы:

- снижение массы тела на 30 кг – расчетное время 12-16 месяцев;
- перестройка рациона на полезные жиры, медленные углеводы, норму белка, норму клетчатки;
- выработка привычки к белково-жировому завтраку;

- норма воды;
- снижение уровня стресса.

По результатам исследования были даны следующие рекомендации (таблица 14).

Таблица 14 – Сводная таблица по рекомендациям

Показатель	Значение	Комментарий
Суточный калораж	1700 ккал в день	Не менее 1250 ккал
БЖУ	25/50/25	Стремиться к данному соотношению
Норма воды	1,7 л	–
Норма клетчатки	25 г	–
Норма белка	49-77 г	–
Норма шагов	5000	–

Рекомендации по питанию.

Рацион разработан на базе средиземноморской диеты.

Рекомендации по качественному составу рациона:

- приемы пищи 3 раза в день в одно и то же время – завтрак обед и ужин, таким образом снизим уровень стресса. Два перекуса;
- придерживаться гарвардской тарелки в любой из приемов пищи (рисунок 13);

Овощи в каждый прием пищи.



Рисунок 13 – Гарвардская тарелка

- использовать систему доктора Сергея Обложко: в каждый прием пищи выпивать горячий напиток/суп. Бульоны, овощные нежирные супы, несладкие компоты и морсы, ягодные и травяные чаи;
 - выпивать норму воды: минимум 1,8 литра по следующему протоколу: стакан чистой теплой воды после пробуждения, по стакану перед каждым приемом пищи, остальное в течение дня маленькими глотками. Запивать еду можно при необходимости и желании;
 - завтрак: жиры+белок+длинные углеводы. Подойдет классический английский завтрак. Овсянка долгой варки, яйцо, бекон, тост из зернового хлеба с маслом и джемом. Завтрак должен быть плотный, калорийный;
 - обед: по сравнению с завтраком легче. Суп, паровое мясо/рыба, гарнир из круп, картошку и макароны убрать. Десерты выбирать легкие: панакота, желе, горький шоколад, зефир;
 - перекус: ягоды мороженые или свежие 100-200 г, йогурт, орехи;
 - ужин: всегда белок + овощи; + обязательно вводим немного длинных углеводов: гречку, фасоль, нут, чечевицу, рис; + грибы. Из ужина убрать молочные продукты, десерты;
 - на 12 базовых месяцев программы убираем глютен максимально;
 - на 12 базовых месяцев программы исключаем коровьи молочные продукты, заменяя из на козьи;
- Обязательные продукты:
- 2–3 порции рыбы в неделю приготовленные на пару, или уха, или запеченные. Выбирать белые холодноводные сорта: пикша, хек, путассу, навага, минтай, треска, налим; тихоокеанские или дальневосточные лососи, к которым относится горбуша, чавыча, кижуч, кета, сима и нерка; сельди; пятнистая, синяя и полосатая зубатки; корюшка;
 - темнолистовая зелень и салатная – ежедневно по 15–30 г петрушку, укроп, базилик, кинзу, лук, зелёный салат, капусту кале, микрозелень, рукколу, сельдерей;

– Крестоцветные: все виды капусты по 100–200 г в день.

Запрещенные продукты:

- убираем все рафинированные масла;
- не жарим на растительном масле, только на сале, гхи, сливочном масле;
- убираем по возможности совсем добавленный сахар – газированные напитки, торты, печенья, конфеты, продукты с большим сроком годности и с добавками в составе, фруктовые соки все;
- убираем колбасы, сосиски, копченые продукты, маринады, соусы;
- кофе: 2–3 чашки в день, всегда после завтрака и до 16:00.

Добавляем в рацион полифенольные продукты:

- приправы: гвоздика, мята, звездчатый анис, куркума, какао-порошок, горький шоколад;
- овощи: красный лук, шпинат, брокколи, болгарский перец, сельдерей;
- белый и зелёный чай, а также иван-чай;
- черная смородина, с 758 мг полифенолов;
- черника, с 560 мг полифенолов;
- клубника, с 235 мг полифенолов;
- красная малина, с 215 мг полифенолов.

Нутрицевтическая поддержка.

Принимаются препараты утром натощак за 30 минут до еды:

- пептиды коллагена;
- витамин С 500;
- во время завтрака: витамины D3+K2, Омега-3.

Завтрак должен содержать жирные продукты. За 1,5 часа до обеда:

комплекс витаминов группы В, не пить чай и кофе.

Во время обеда: кверцетин, хлорофилл в каплях, витамин С 500, сок сибирской пихты.

Во время ужина: аминокислоты аргинин/лизин+цистеин, сера.

После ужина через час: биотин, пробиотики, магний.

Перед сном: мелатонин 3 г.

Образ жизни:

- отстроить циркадные ритмы. Наладить сон. Придерживаться распорядка приема пищи, сна и бодрствования. Использовать мелатонин, дозировка 3 г;
- использовать медитации перед сном и технику нервно-мышечной релаксации;
- физическая нагрузка – пилатес 3 раза в неделю и 5000 шагов ежедневно;
- когнитивно-поведенческая психотерапия на весь срок программы;
- массаж, спа.

Результаты испытуемой. За 5 месяцев удалось прийти к снижению веса до 79 кг.

Клиентка выделила следующие улучшения:

- выровнялся эмоциональный фон;
- улучшилось состояние волос, ногтей и кожи в целом;
- удалось справиться с высыпаниями на коже, врач прописал медикаментозное лечение, в том числе курс антидепрессантов;
- клиентка занимается в зале 2 раза в неделю йогой, 2 раза дома пилатесом. Отмечает подъем настроения;
- бассейн раз в неделю. Отмечает лучшую дисциплину;
- курсовой массаж: 6 раз в месяц. Улучшилось чувство собственного тела.

Дальнейшая работа идет на стабилизацию веса и изменение пищевых привычек, в том числе семейных паттернов поведения – заедать стресс быстрыми углеводами и жирами.

Заключение

Данная диссертация была посвящена решению вопроса, является ли стресс психологическим фактором риска изменения веса. Проведенное практическое исследование на однородной выборке женщин явно показывает, что да, стресс является таким фактором.

Накопление жира в организме безусловно рассматривается как эволюционно обусловленная стратегия обеспечения долгосрочного запаса энергии на случай потенциальной нехватки пищи, и в то же время, стрессовые события, хронические конфликты, неопределенность, связанная с финансовыми проблемами, и прочее могут привести к увеличению веса и развитию ожирения. Имеется прямая взаимосвязь между стрессом, снижением эмоционального и поведенческого контроля и увеличением потребления пищи.

Тенденции времени таковы, что общество сталкивается с распространением ожирения, которое связано в основном с повышенной доступностью калорийной, обработанной до полуфабрикатов пищи, содержащей большое количество жиров, сахара, приправ, усилителей вкуса и соли, и в то же время с низким ее нутритивным статусом. Такая еда приводит к формированию ассоциаций между приятными вкусовыми ощущениями и потреблением пищи, что в свою очередь усиливает желание и аппетит. Гедонистический эффект потребления пищи дополнительно способствует усилению мотивации к ее употреблению, даже при наличии потенциальных рисков и проблем.

Второй причиной изменения веса, лишнего веса является, несомненно, гиподинамия, малоподвижность.

Стресс как фактор риска возникновения избыточного веса также играет ключевую роль. В неблагоприятных условиях повышенного стресса организм вырабатывает больше гормона кортизола, что может привести к увеличению аппетита и желанию употреблять высококалорийную пищу. Кроме того, стресс

способствует нарушению нормальных пищевых привычек, что может привести к переяданию и набору лишнего веса. Высокий уровень стресса вызывает изменения в метаболизме организма, способствуя отложению жира, в том числе сбивает циркадные ритмы организма.

Важность данной работы обусловлена тем, что смещая фокус внимания на изучение и понимание психологических особенностей людей, склонных к избыточному весу или находящихся в определенном жизненном контексте, провоцирующем набор избыточного веса, можно практиковать комплексный, всеобъемлющий и более персонифицированный подход к решению проблемы изменения веса.

В работе был проанализирован теоретический материал о современных исследованиях о связи стресса и ожирения, изучены личностные особенности людей с проблемой лишнего веса. Проведено эмпирическое исследование с двумя группами (с лишним весом и с нормальной массой тела) респондентов. На основе этих мероприятий, можно с уверенностью сказать, что снижение уровня стресса может иметь благоприятное воздействие на процесс снижения веса. Испытуемые лучше чувствуют себя, улучшается общее состояние, нормализуется эмоциональный фон.

Устранение или снижение стресса может способствовать контролю над аппетитом, улучшению пищевых привычек и общему психоэмоциональному состоянию. Различные практики управления стрессом могут помочь снизить уровень стресса и улучшить общее физическое и психическое благополучие.

Важным аспектом в предупреждении и управлении весом является разработка эффективных стратегий управления стрессом. Обучение различных групп людей методам релаксации, медитации, оздоровительной физкультуры и другим приемам психологической поддержки, которые могут помочь снизить уровень стресса и предотвратить его воздействие на пищевое поведение и метаболизм.

Дальнейшие исследования в этой области желательны, они могут помочь лучше изучить механизмы взаимодействия между стрессом и

психосоматическим ожирением, что, позволит разработать эффективные методики вмешательства для лиц, страдающих данной проблемой. Данная программа поможет улучшить общее состояние организма, эмоциональный фон.

Таким образом, важно продолжать исследования по проблеме изменения веса и избыточного веса, уделяя внимание не только физиологическим аспектам, но и психологическим и социокультурным факторам, оказывающим влияние на пищевое поведение и физическое состояние человека. Развитие комплексных подходов к предотвращению и лечению ожирения, включающих сотрудничество междисциплинарных команд специалистов, основанных на эмпирических данных и научных исследованиях, имеет решающее значение для общественного здоровья и благополучия.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В., Горбунов И.А., Капранова С.В., Пологаева Е.А., Стуклов К.А. «Валидизация русскоязычной версии опросника «шкала воспринимаемого стресса-10»// Вестник Санкт-Петербургского Университета Вып.2 Сер. 16, 2016 [Электронный ресурс]: <http://vestnik.spbu.ru/html16/s16/s16v2/02.pdf> (дата обращения: 23.10.2024).
2. Ахматдинова Р.А. Стресс как причина психосоматических расстройств // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2017. №2.
3. Бильданова В.Р., Бисерова Г. К., Шагивалеева Г.Р. Психология стресса и методы его профилактики //Учебно-методическое пособие Елабуга. 2015.
4. Бохан Т. Г. Психология стресса: системный подход // учеб. пособие. Томск: Издательский Дом Томского государственного университета. 2019.
5. «Внутренние болезни», учебник: в 2 т. / под ред. А.И. Мартынова, Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Т. II. [Электронный ресурс]: https://library.mededtech.ru/rest/documents/ISBN9785970458877/?anchor=list_item_6v805i (дата обращения: 20.10.2024).
6. Гаврилов М.А. Взаимосвязь психологических и физиологических особенностей при нормализации массы тела у женщин, имеющих избыточный вес. автореф.т дисс. канд. псих. наук / М.А. Гаврилов. Москва, 2006. 34с.
7. Гришкина М.Н. Сравнительная характеристика пограничных психических расстройств у женщин с различными типами ожирения: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2007. С. 3.

8. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М. В. и др. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-ий пересмотр (лечение морбидного ожирения у взрослых). Ожирение и метаболизм. 2018;15(1): 53–70.
9. Дружинин В.Н. Психология. Учебник для гуманитарных вузов. Под редакцией В. Н. Дружинина. СПб Издательский дом «Питер», 2001 [Электронный ресурс]: <http://bibliotekar.ru/psihologia-2-1/69.htm> (дата обращения: 10.08.2024).
10. Дэниел Неттл, Клэр Эндрюс, Мелисса Бейтсон «Отсутствие продовольственной безопасности как фактор ожирения у людей: Гипотеза страхования» [Электронный ресурс]: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5266557/> (дата обращения: 11.06.2024).
11. Жунисова М.Б., Шалхарова Ж.С., Шалхарова Ж.Н., Нускабаева Г.О., Садыкова К.Ж., Маденбай К.М., Гржибовский А.М. «Психоэмоциональный стресс как предиктор типа пищевого поведения в Казахстане» Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, г. Туркестан, Казахстан; Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы, Казахстан; Норвежский институт общественного здравоохранения, г. Осло, Норвегия; Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Россия/ 2015 г. [Электронный ресурс]: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihuemotsionalnyystress-kak-prediktor-tipa-pischevogo-povedeniya-v-kazahstane> (дата обращения: 15.10.2024).
12. Золотарева А.А. Психометрическая оценка русскоязычной версии шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) // Психологический журнал, 2021. №5.

13. Золотарева А.А. Психометрические свойства русскоязычной версии Шкалы воспринимаемого стресса (версии PSS-4, 10, 14) // Клиническая и специальная психология, 2023. №1.
14. Келина М.Ю. Нарушения пищевого поведения и копинг-стратегии // Психология совладающего поведения: материалы II международной научно-практической конференции, 2010. – Т. 1. – С. 85–87.
15. Клинические рекомендации «Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика.» авторства Акарачкова Е.С., Байдаулетова А.И., Беляев А.А., Блинов Д.В, Громова О.А., Дулаева М.С., Замерград М.В, Исайкин А.И., Кадырова Л.Р., Клименко А.А., Кондрашов А.А., Косивцова О.В., Котова О.В., Лебедева Д.И., Медведев В.Э., Орлова А.С., Травникова Е.В., Яковлев О.Н.
16. Комерсантъ [Электронный ресурс]: <https://www.kommersant.ru/doc/6864713> (дата обращения: 25.10.2024).
17. Комерсантъ [Электронный ресурс]: <https://www.kommersant.ru/doc/6807477> (дата обращения: 18.11.2024).
18. Кузнецова Е. В., Петровская В. Г., Рязанцева С. А. Психология стресса и эмоционального выгорания // учеб. пособие для студ. факультета психологии.
19. Логвинова О., Трошина Е.А., Лескова И.В. и Мазурина Н.В. «Ожирение и стресс: эндокринные и социальные аспекты проблемы в современном российском обществе» [Электронный ресурс]: https://www.researchgate.net/publication/339748764_Obesity_and_stress_endocrine_and_social_aspects_of_the_problem_in_the_modern_Russian_society (дата обращения: 19.11.2024).
20. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения / И. Г. Малкина-Пых. Москва: Эксмо, 2007. 1040 с.
21. Марков А. А. «Пограничные нервно-психические расстройства при

избыточном весе и ожирении: Научно-исследовательский институт психического здоровья. Томск, 2006. С. 3.

22. Мациевский Н. А. Современное представление об ожирении: учебное пособие / Н.А. Мациевский. – М.: Прима Принт, 2020. [Электронный ресурс]: <https://www.mucofalk.ru/wp-content/uploads/2023/02/53.pdf> (дата обращения: 08.12.2024).
23. Московских В.П. Особенности пищевого поведения и субъективная оценка стрессовых ситуаций у женщин ВКР СПбГУ 2018 / [Электронный ресурс]: https://dspace.spbu.ru/bitstream/11701/13939/1/DIPLOM_Moskovskix_V.pdf (дата обращения: 06.11.2024).
24. Нестерова О. В. Управление стрессами // учебное пособие М.: МФПУ «Синергия». 2012.
25. «Ожирение. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение», учебное пособие, Хамнуева Л. Ю., Андреева Л. С., Кошикова И.Н., Иркутск, 2007.
26. Панченко Л. Л. Диагностика стресса// Учеб. пособие. – Владивосток Мор. гос. ун-т. 2005.
27. Рассказова Е.И. Тхостов А.Ш. Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни – Обозрение психиатрии и медицинской психологии №2, 2015.
28. Салехова М.П., Гулов М.К., Абдуллоев С.М., Корабельников А.И. Психологический стресс как патогенетический триггер развития алиментарного ожирения // Вестник НовГУ. Сер.: Медицинские науки. 2021. №1(122). С.58–61. [Электронный ресурс]: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1\(122\).58-61](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1(122).58-61).(дата обращения: 08.10.2024).

29. Саргсян В.Д., Косматова О.В. «Взаимосвязь стресса и ожирения.» Профилактическая медицина. 2024;27(5):123–127. [Электронный ресурс]: <https://doi.org/10.17116/profmed202427051123> (дата обращения: 13.10.2024).
30. Селье Г. Стресс без дистресса [Электронный ресурс]: <http://psyberia.ru/book/distress.pdf> (дата обращения: 07.10.2024).
31. Сидоров П. И. Коррекция избыточной массы тела [Текст] / П. И. Сидоров. Москва: Медпресс-информ, 2004.
32. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения. Минск: БГМУ, 2007.
33. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки // Психологический журнал, 2006. №2.
34. Учебно-методическое пособие «Психология стресса и методы его профилактики» авторства В.Р. Бильданова, Г.К. Бисерова, Г.Р.Шагивалеева.
35. Фролова Ю.Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья-Актуальные проблемы психологии, 2008 с.60–65 [Электронный ресурс]: <http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/9198/>. (дата обращения: 18.09.2024).
36. Шаяхметова Э.Ш. Психология здоровья: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению подготовки: 37.03.01- «Социальная психология» // Э.Ш. Шаяхметова, М.В. Нухова, Г. А. Шурухина, Д.Г. Огуречников.ь. Уфа: БГПУ 2017.
37. Aamodt, S. (2016). Dlaczego tyjemy od diet. Niezamierzone konsekwencje naszej obsesji na punkcie odchudzania.
38. Body mass index (BMI) and the incidence rates of type 2 diabetes mellitus (T2DM), hypertension (HTN), and dyslipidemia Seo MH, et al. J Obes Metab Syndr. 2018;27:46–52.
39. Jackson S.E., Kirschbaum C., Steptoe A. Perceived weight discrimination

and chronic biochemical stress: a population-based study using cortisol in scalp hair. *Obesity*. 2016; 24: 2515–2521.

40. Järvelä-Reijonen E. et al. High perceived stress is associated with unfavorable eating behavior in overweight and obese Finns of working age/ [Электронный ресурс]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27108837/> (дата обращения: 27.09.2024).
41. Lloyd-Jones D, Hong Y, Labarthe D, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association’s strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010;121(4):586–613.
42. Plos.org [Электронный ресурс]: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0242105> (дата обращения: 20.09.2024).
43. PubMed Central <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6784832/>
44. Rbc.ru [Электронный ресурс]: <https://www.rbc.ru/society/14/09/2024/66e599db9a794762a8719d37> (дата обращения: 21.09.2024).
45. Roberts C.J. The effects of stress on food choice, mood and bodyweight in healthy women / [Электронный ресурс]: https://www.academia.edu/350423/The_effects_of_stress_on_food_choice_mood_and_body_weight_in_healthy_women (дата обращения: 29.10.2024)
46. Sutin A.R., Stephan Y., Luchetti M., Terracciano A. Perceived weight discrimination and C-reactive protein. *Obesity*. 2014; 22:1959–1961.
47. Sutin A.R., Stephan Y., Terracciano A. Weight discrimination and risk of mortality. *Psychol. Sci*. 2015; 26: 1803–1811.
48. Vadiveloo M., Mattei J. Perceived weight discrimination and 10-year risk of allostatic load among US adults. *Ann. Behav. Med*. 2017; 51: 94–104.