

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

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему **АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ
АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ**

Студент

И.В. Авдеев

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный

к.псих.н., доцент Э.Ф. Николаева

руководитель

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2020

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретический анализ проблемы психологических факторов риска развития алиментарного ожирения.....	12
1.1 Медицинские и психологические подходы к исследованию проблемы алиментарного ожирения.....	12
1.2 Проблема психологических факторов риска развития алиментарного ожирения.....	19
1.3 Психологическая коррекция как вид деятельности практического психолога в работе с алиментарным ожирением.....	31
Глава 2 Экспериментальное изучение психологических факторов риска развития алиментарного ожирения в коррекционной работе по снижению веса.....	43
2.1 Организация эксперимента и методы исследования.....	43
2.2 Выявление психологических факторов риска развития алиментарного ожирения.....	47
2.3 Апробация коррекционной программы по снижению веса.....	57
2.4 Анализ полученных результатов.....	71
Заключение.....	79
Список используемой литературы.....	84
Приложение А. Выдержки из клинических протоколов МЗ РК.....	90
Приложение Б. Результаты психодиагностики.....	92

Введение

Актуальность настоящего исследования связана с широким распространением алиментарного ожирения среди населения как в планетарном масштабе, так и в нашей стране. По опубликованным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) данным, на конец 2016 года число лиц старше 18-ти лет, страдающих ожирением, насчитывалось в мире - свыше 650 миллионов человек, в Российской Федерации – 23,5 миллионов [11].

Кроме того, темпы увеличения количества лиц, имеющих избыточный вес или ожирение, позволили ВОЗ определить ожирение, как эпидемию двадцать первого века [11]. С другой стороны, сегодня признано, что ожирение является мультифакторным заболеванием, в этиологии и патогенезе которого, представлены, как собственно медицинские, так и психологические, социальные, демографические аспекты.

Прямо признавая психологические и поведенческие факторы (чрезмерное питание, малоподвижный образ жизни, систематические стрессы, злоупотребление алкоголем, табакокурение), как определяющие развитие ожирения, профессиональные медицинские сообщества не предлагают комплексных программ, направленных на выявление особенностей и коррекцию этих факторов, игнорируя принцип единства психологических и биологических процессов, формирующих этиопатогенез ожирения.

Ни разработанные Министерством здравоохранения РФ стандарты оказания медицинской помощи при ожирении [41], ни принятые протоколы лечения ожирения Российской ассоциацией эндокринологов не предполагают обязательного ни психологического обследования, ни обязательного участия психолога в терапии алиментарного ожирения (АО). Между тем, оценивая эффективность консервативного лечения морбидного АО в 3-м пересмотре «Национальных клинических рекомендаций по лечению морбидного

ожирения у взрослых» Российской ассоциации эндокринологов [13] признано, «что эффективность составляет 5-10% в связи с нежеланием пациентов соблюдать диету ... изменять образ жизни и пищевое поведение» [13].

Таким образом, налицо противоречие между констатацией причин неэффективности предпринимаемых усилий для снижения остроты проблемы АО и применяемых в ее исправлении подходов. В лечении ожирения, согласно официальному стандарту оказания медицинской помощи населению, утвержденным Минздравом РФ, выявления (в виде специальных психодиагностических процедур) и коррекции психологических факторов специалистом-психологом или психотерапевтом не предусмотрено. Есть только рекомендации по обучению пациентов медицинским работником принципам здорового образа жизни [41].

Между тем, есть все основания рассматривать АО как психосоматическое заболевание. Констатации в официальных рекомендациях по лечению и протоколах оказания медицинской помощи при АО необходимости соблюдения рекомендаций по питанию и повышению уровня физической активности для пациентов с нарушением пищевого поведения и множеством психологических и психосоциальных проблем явно недостаточно.

Необходима разработка и внедрение в повседневную практику лечения АО психокоррекционных программ, выполняемых специально подготовленным специалистом, обладающим достаточными компетенциями как в области медицины, так и психологии, а именно клиническим психологом или врачом-психотерапевтом.

Исследования последних лет подтверждают, что психологические факторы оказывают существенное воздействие на возникновение, течение и исход многих заболеваний [1, 4, 5, 17, 21, 31, 34, 39]. В основе психологических факторов лежат патофизиологические механизмы. Условно

их можно разделить на две группы: прямые (физиологические) и косвенные (поведенческие).

Физиологический компонент выражается в изменении функционирования нейроэндокринной системы. Поведенческие механизмы представляют собой определенные паттерны разрушительного поведения: к примеру, нарушения питания, курение, алкоголизм [4, с. 20-23].

Многочисленные опыты на животных продемонстрировали, что хронический психологический стресс приводит к обострению хронических заболеваний и развитию новых соматических нарушений. В экспериментах на животных было показано, что стресс заканчивается нарушением функции эндокринной и иммунной системы. Также было показано, что стресс существенно нарушает адаптационный потенциал организма.

Психологические факторы могут выступать в качестве пусковых механизмов развития многих заболеваний, в том числе и алиментарного ожирения. В последние годы все активнее обсуждается вопрос о значимости психоэмоциональных факторов и их роли как независимого фактора риска развития и прогрессирования алиментарного ожирения.

Наиболее значимыми психологическими факторами, приводящими к развитию ожирения, являются: депрессия, тревога, индивидуально-личностные качества, социальная изоляция, стресс. Ряд исследований подтверждают, что все эти качества присутствуют у пациентов с ожирением [9, с. 38-41].

При анализе основных причин ожирения, можно выделить различные модели патогенеза данного состояния. Однако почти все эти модели в основе своей имеют нейрогуморальный механизм развития патологии. Выраженность этих механизмов во многих зависит именно от психологических качеств. Это существенно затрудняет диагностику и дальнейшее лечение.

Психологические факторы во многом определяют особенности пищевого поведения человека. В норме пищевая потребность является

сигналом, который указывает на потребность организма в определённых пластических и энергетических веществах. Однако в условиях современного общества эта базовая биологическая потребность преобразовалась в социальную потребность, и под действием социума существенно изменилась. Сегодня пища является не только средством насыщения, но и имеет важное психологическое значение.

От психологических факторов развития заболевания зависит его тяжесть, особенности течения, эффективность лечение. Ни один метод лечения, будь то традиционный, или хирургический подход, не будет достаточно эффективным, если в основе патогенеза лежат психологические факторы. Ряд пациентов, имеющих психологические проблемы, не достигают полного выздоровления, или подвергаются рецидивам в течение короткого промежутка времени [10, с. 145-155].

Проблема исследования состоит в том, что при отсутствии психологической коррекции как части комплексного лечения пациентов с алиментарным ожирением психологического генеза, достичь положительных результатов в лечении не удастся. Поэтому обязательным элементом терапии является психологическая коррекция для устранения психологических факторов развития заболевания.

Проблема эффективности терапии избыточного веса и ожирения на основе комплексного подхода, включающего медикаментозную терапию и психологическую коррекцию, раскрывается в трудах многих исследователей последнего десятилетия. Обосновывается идея о том, что распространенность проблемы среди населения и невозможность ее радикального решения связана с преобладанием узконаправленного подхода к вопросу коррекции веса. Диетотерапия без психологической коррекции не позволяет избавиться от проблемы избыточного веса и ожирения в долгосрочной перспективе.

В публикациях последних лет описывается комплексный подход к терапии избыточного веса и алиментарного ожирения, основанный на

совместной работе врача-диетолога и психолога – специалиста по нарушениям пищевого поведения. При этом в качестве ведущего психологического фактора развития выступает высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, свойственный лицам с алиментарным ожирением.

В литературных источниках все чаще приводятся результаты исследований, указывающих на статистически значимое снижение уровня тревожности у лиц с алиментарным ожирением в результате диетотерапии в совокупности с психологической коррекцией. Представленный материал позволяет сделать вывод, что психологическая коррекция значительно повышает эффективность терапии избыточного веса и ожирения и способствует решению проблемы веса не только в краткосрочной, но и долгосрочной перспективе.

В настоящее время достаточно много публикаций, подтверждающих тот факт, что в основе развития многих заболеваний, в том числе, алиментарного ожирения, лежат психологические факторы. Тем не менее, в литературе недостаточно практических данных, подтверждающих наличие связи между психологическими факторами и ожирением, между психологическими факторами и эффективностью лечения ожирения. Также нами не было выявлено ни одной программы психологической коррекции, направленной на комплексное устранение психологических факторов развития ожирения.

Объект исследования – алиментарное ожирение.

Предмет исследования – психологические факторы риска развития алиментарного ожирения.

Цель исследования – изучить роль психологических факторов развития алиментарного ожирения и разработать программу психологической коррекции, направленную на устранение психических факторов развития алиментарного ожирения.

Гипотеза исследования. В основу исследования положено предположение о том, что специально разработанная программа психологической помощи для лиц с алиментарным ожирением, направленная на коррекцию значимых психологических факторов, таких как тревожность, лабильность и сенситивность, будет способствовать формированию внутренних условий эффективного самоконтроля за типом пищевого поведения. Это позволит повысить эффективность лечения алиментарного ожирения и достичь устойчивости положительных результатов лечения.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи:**

1. Проанализировать психологическую и медицинскую литературу по проблеме исследования;
2. Выявить психологические факторы риска развития алиментарного ожирения;
3. Составить и апробировать коррекционную программу, направленную на устранение психологических факторов риска развития алиментарного ожирения;
4. Проанализировать полученные результаты.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: труды Н.А. Беляковой [4], Е.Д. Амбросьевой [1-2], Л.В. Волевич [9]. Особенности пищевого поведения, образа и качества жизни пациентов с алиментарным ожирением изучали Н.А. Белякова [4], Л.В. Волевич [9], Н.В. Ворохобиной [10], Е.С. Гуськовой [12], М.К. Егоров [14], А.В. Картелишев [16]. При написании диссертации опирались на работы, посвященные диетотерапии и лечебному питанию: Е.Д. Амбросьева [1-2], С.Г. Булышко [5], А.Т. Васюкова [7].

Методы и методики исследования:

- теоретический анализ литературы по проблеме исследования;
- клинико-биографический метод;
- метод наблюдения;

- метод клинической беседы;
- диагностические методы;
- математико-статистические методы.

Опытно-экспериментальная база исследования. Исследование проводилось на базе Центра психосуггестивного программирования «СЕРСО», поликлиники №6 ЗАО «Медуслуги» г. Москва, ул. Кольская, д. 2, корп. 3.

Научная новизна исследования заключается в том, что:

- впервые разработана комплексная программа психологической коррекции, направленная на устранение психологических факторов развития алиментарного ожирения;
- разработаны практические рекомендации по работе с пациентами, страдающими алиментарным ожирением психологического генеза;
- проведена комплексная оценка роли психологических факторов в этиологии и патогенезе алиментарного ожирения.

Теоретическая значимость исследования заключается в разработанных теоретически положениях комплексной программы психологической коррекции лиц с алиментарным ожирением, которые вносят свой вклад в совершенствование подходов к лечению и профилактике алиментарного ожирения. Также, полученные результаты эмпирически подтверждают и позволят лучше понять этиологию и патогенез алиментарного ожирения.

Практическая значимость заключается в возможности применения разработанной программы психологической коррекции в лечении и профилактике алиментарного ожирения, обусловленного психологическими факторами.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались корректным подбором выборки испытуемых, валидными и надежными методиками получения эмпирических данных и методами математико-статистической обработки данных при помощи пакета Statistica

SPSS. Полученные данные сопоставлялись с результатами других исследований, а также данными всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и статистическими отчетами Росстата.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в проведении целенаправленного обзора научных литературных источников по проблеме исследования, планировании и проведении эксперимента, разработке анкеты, подборе выборки испытуемых, математико-статистической обработке данных, разработке программы психологической коррекции алиментарного ожирения, обусловленного психологическими факторами, а также в разработке практических рекомендаций по ведению лиц с алиментарным ожирением, разработке программы питания, меню, оформлении диссертации.

Апробация и внедрение результатов работы велись в течение всего исследования. Его результаты докладывались на следующих конференциях: научно-практическая конференция врачей Центра психосуггестивного программирования СЕРСО, практико-ориентированных врачебных конференциях ЗАО «Медсервис» г. Москва, ООО «Медцентр Серсо» г. Кемерово; совместной конференции врачей Центра эстетической медицины «Персона», медицинского центра «Серсо-Урал» и кафедры эстетической медицины Уральского государственного медицинского университета, г. Екатеринбург.

На защиту выносятся следующие положения:

- психологические факторы могут стать пусковым механизмом развития многих заболеваний, в том числе, алиментарного ожирения;
- для людей с алиментарным ожирением характерно проявление всех трех нарушений пищевого поведения: ограничительного, экстернального и эмоциогенного;
- для людей с алиментарным ожирением характерны повышенные показатели интровертированности, тревожности, сенситивности и лабильности, пониженные показатели спонтанности и экстраверсии, а

также повышенные показатели личностной и ситуативной тревожности по сравнению со здоровыми людьми;

– разработанная программа является эффективным методом психологической коррекции, направленной на устранение психологических факторов алиментарного ожирения;

– коррекционная программа, должна быть направлена на устранение психических факторов, способствующих развитию алиментарного ожирения, на выработку альтернативных приемов пищи способов преодоления негативных эмоций, а также на снятие стресса, нервно-психического напряжения и обеспечения релаксации.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, содержит 6 рисунков, 6 таблиц, список используемой литературы (57 источников), 2 приложения. Основной текст работы изложен на 89 страницах.

Глава 1 Теоретический анализ проблемы психологических факторов риска развития алиментарного ожирения

1.1 Медицинские и психологические подходы к исследованию проблемы алиментарного ожирения

Одним из наиболее распространенных психосоматических заболеваний является алиментарное ожирение. Ожирение представляет собой одно из наиболее распространенных в мире заболеваний, которые носят хронический характер. Примерно каждый 4-й житель нашей планеты сегодня страдает ожирением, или, как минимум, имеет избыточную массу тела. Число заболевших ожирением стремительно возрастает. При этом, увеличивается доля лиц с ожирением как среди взрослого, так и среди детского населения [46].

Ожирение – это хроническое, прогрессирующее при естественном течении заболевание, принявшее в настоящее время характер пандемии, разнообразное по этиологии и клиническим проявлениям [11].

Принято различать ожирение первичное, т.е., самостоятельное заболевание и вторичное – как синдром, возникающий при развитии других заболеваний. Среди первичного в свою очередь выделяют алиментарное ожирение (т.е. связанное с избыточным питанием) и ожирение, возникшее как следствие генетических дефектов, регулирующих энергетический обмен систем, инфекционных заболеваний, травм центральной нервной системы, наследственных заболеваний эндокринной системы.

Алиментарное ожирение или ожирение, связанное с избыточным поступлением энергетического материала с пищей (код Е 66 согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра или МКБ 10) [27], является наиболее распространенной формой ожирения и составляет, согласно данным члена-корреспондента РАМН, профессора В.А. Петерковой, 98-99% всех случаев ожирения [32].

Алиментарное ожирение – это многофакторное заболевание с чрезвычайно сложным набором этиопатогенетических вариантов, но тем не менее, как показали, в частности, исследования Д.Я. Шурыгина: «...на примере простого ожирения и ожирения у пациентов с синдромом Прадера-Вилли, данное состояние независимо от некоторых особенностей этиологии и патогенеза становится в известной степени однообразным «клиническим явлением»» [32].

Ожирение сопровождается и усугубляется широким распространением связанных с ним тяжелых соматических заболеваний. При этом необходимо подчеркнуть, что на сегодняшний день считается доказанной причинно-следственная связь с нижеперечисленными заболеваниями, являющимися основной причиной смерти и инвалидизации населения не только в Российской Федерации, но и во всем мире. Чаще всего на фоне ожирения развивается: сахарный диабет второго типа, артериальная гипертензия, стенокардия, атеросклероз, другие заболевания сердечно-сосудистой системы [46].

Исследования В.К. Байрашовой показывают, что «ожирение характеризуется избыточным отложением жировой массы в организме вследствие дисбаланса потребления энергии и энерготрат. Увеличение массы тела за счёт жировой ткани является следствием комплексного взаимодействия как неправильного образа жизни (гиподинамия, высококалорийное питание), так и, в меньшей степени, генетической предрасположенности. Ожирение является одним из главных компонентов метаболического синдрома, значимо повышающим заболеваемость и смертность пациентов» [4, с. 8].

Важно то, что ожирение, особенно при наличии у пациента метаболического синдрома, находится в тесной взаимосвязи с высокой активностью симпатического отдела нервной системы. В отдельных исследованиях было показано, что увеличение индекса массы тела (ИМТ) в комплексе с увеличением окружности талии, приводит к повышению

экскреции норадреналина с мочой. В результате возрастает уровень симпатических влияний, что в свою очередь, приводит к росту секреции ренина почками. Также многие медиаторы (например, альдостерон), могут повышать уровень симпатического влияния в организме. При резком росте уровня альдостерона в крови, возникает дисфункция нервной и сердечно-сосудистой систем, в результате чего происходит повышение массы тела [31].

Как утверждают Н.А. Белякова и М.Б. Лясникова, «...в 2005 г. Международная федерация диабета (IDF) дала определение МС, согласно которому он является сочетанием абдоминального ожирения, ИР, гипергликемии, дислипидемии, АГ, нарушения системы гемостаза и хронического субклинического воспаления.

В последние годы многие исследователи предлагают расширить рамки МС, включив в качестве его составляющих также стеатоз печени (стеатогепатит) и синдром обструктивных апноэ во сне. Ключевым звеном патогенеза МС являются инсулинорезистентность (ИР) и компенсаторная гиперинсулинемия» [6, с. 67].

Клиническая практика нередко недооценивает отрицательное воздействие ожирения на возникновение и течение других заболеваний, а также на эффективность их лечения. Ведь многие заболевания развиваются на фоне избыточного веса, ожирения.

Как правило, пациенты, имеющие в качестве осложнения ожирение, получают медицинскую помощь только по поводу тех сопутствующих патологий, которые у них выявлены. Однако они практически никогда не получают лечение, направленное непосредственно на устранение причины, то есть, на снижение массы тела. Такое лечение позволило бы предупредить ряд осложнений.

Ожирение – чрезмерное скопление жира под кожей или во внутренних органах. Основные причины – повышенная калорийность пищи,

гиподинамия. Эти две причины в комплексе являются основными причинами развития ожирения [46].

Об этом пишет Т.К. Каримов: «По данным Института питания Российской академии медицинских наук (РАМН), в 80% случаев главное значение в генезе ожирения - избыточное потребление пищи, что связано с увеличением квоты рафинированных высококалорийных продуктов.

Алиментарный дисбаланс выражается как в превышении калорийности, главным образом, за счет жиров животного происхождения и углеводов, так и в нарушениях режима питания - употребление основного объема пищи в вечерние часы. Нерациональное питание в определенные периоды жизни, особенно перекармливание в детском и подростковом возрастах, следует рассматривать как один из главных факторов риска ожирения» [15, с. 47-48].

Рассматривается оно и как психосоматическое заболевание. Своевременная диагностика и правильно подобранное дальнейшее лечение позволят предотвратить и купировать психосоматические расстройства на ранней стадии их появления.

Ни одна эмоция не проходит для организма бесследно. Эмоции вызывают определенные биохимические и биофизические реакции. Продукты химических и биохимических реакций, вызванные волнами эмоций, накапливается в клетках и тканях организма, в том числе, в головном мозге.

Наиболее перспективными способами лечения психосоматических заболеваний являются различные методы психотерапии. Полезными являются создание, осмысление, «проигрывание» ситуаций, в которых человек убеждается в том, что он не умер, не стал инвалидом, даже не слег в постель. Постепенно человек забывает о том, что совсем недавно его душевно и телесно терзали симптомы воображаемой болезни. Важно отметить, что сознание болезни охватывает весь объем переживаний больного, связанных с его болезнью. Сюда входят представление о значении

для больного первых проявлений, дальнейшее развитие болезни, формирование представлений о начинающемся улучшении самочувствия, чувство полного восстановления здоровья после прекращения болезни. Человек должен понимать последствия болезни для себя и для семьи, адекватно реагировать на болезнь.

Состояние сознания болезни, с неадекватной реакцией на свое болезненное состояние, приводит к устойчивым изменениям в психике, что усложняет клиническую картину основного заболевания. У больного, наряду с нарушением функционального состояния внутренних органов и систем, ситуация отягощается тяжелым психическим состоянием. Изменяется восприятие собственной болезни человеком, меняется отношение больного к окружающей среде, к происходящим событиям, к самому себе, к своему будущему [38].

Ожирение представляет собой излишнее накопление жировой ткани. Основное ее скопление наблюдается в подкожно-жировой клетчатке. Жировые отложения бывают бурыми и белыми. Бурая ткань встречается преимущественно в детском возрасте, а также у некоторых животных [38].

Основа жировой ткани – клеточные элементы, называемые адипоцитами. При ожирении их численность резко возрастает, либо же развивается гипертрофия [46]. При помощи жировой ткани происходит запасание энергии в виде жира. Жировая ткань выполняет важнейшую функцию в организме – энергетическую. В организме человека с нормальной массой накапливается определенное количество жировой ткани. Она позволяет голодать человеку в течение двух месяцев без вреда здоровью и без истощения [46]. При помощи жировой ткани происходят процессы синтеза витамина D в подкожно-жировой клетчатке [2].

Жировая ткань активно участвует в метаболизме половых гормонов, стероидов. При помощи жировых клеток происходит превращение андрогенов в эстрогены. То есть, в определенной мере, от жировой ткани не зависит репродуктивная функция человека. Вместе с мышцами, печенью,

жировая ткань обеспечивает определенный уровень обмена вещества. Свободные жирные кислоты высвобождают различные гормоны. В частности, с жировой тканью связана активность таких гормонов, как меланостимулирующий гормон, гормон роста, гормон вазопрессин. Скорость синтеза жировой ткани регулируют триглицериды [46].

Установлено, что у лиц с ожирением может в полной мере отсутствовать бурая ткань. Отсюда нарушение термогенеза, нарушение пищевого поведения. Посталиментарный термогенез у тучных людей существенно снижается по сравнению с людьми, имеющими нормальную массу тела [10]. Также известно, что жировая ткань может выступать в качестве источника для синтеза многих факторов. Жировая ткань обладает эндокринными, аутокринными эффектами [46].

Есть сведения о том, что чем выше уровень лептина, тем меньше потребление пищи. В свою очередь уровень секреции лептина находится в прямой зависимости от объема жировой ткани в организме. Уровень лептина в течении дня минимален перед приемом пищи и возрастает до максимума через несколько часов после окончания ее приема. Фактически, лептин в этом контексте предстает как «гормон насыщения» [14].

Существуют различные гипотезы развития ожирения. Широкое распространение получила гипотеза, в соответствии с которой у людей с ожирением нарушен обмен лептина, и наблюдается его полный дефицит. Это связано с недостаточной его выработкой. Причина - генетические аномалии. У некоторых людей может наблюдаться низкий уровень функциональной активности лептина при отсутствии генетических отклонений. То есть, в качестве механизмов патогенеза, может выступать, как аномалия непосредственно самой продукции лептина, так и аномалия его структуры, или нарушение функционирования рецепторов. Данная гипотеза функционировала довольно долго, и встречается до сих пор во многих исследованиях. Тем не менее дальнейших подтверждений данная гипотеза не

нашла, и поиски геноза ожирения требуют дальнейших комплексных исследований [46].

Вторая теория связана с обменом грелина. Его можно определить, как гормон голода. При этом гормон грелин может способствовать развитию гиперфагии, то есть увеличению аппетита, соответственно и увеличению приема пищи. При гиперактивности данного гормона происходит увеличение массы тела человека. Если же стимулировать синтез грелина искусственным способом, или ввести его экзогенно, у человека может существенно возрасти чувство голода.

Рецепторы к грелину обнаружены во многих органах, но основную орексогенную функцию грелина опосредуют рецепторы, расположенные в тех же гипоталамических структурах, что и рецепторы лептина, вызывая противоположные последнему эффекты на расположенные в этих структурах нейроны, секретирующие медиаторы энергетического обмена гипоталамуса: анаболические медиаторы, приводящие к гиперфагии (нейропептид Y, агутиподобный белок АПБ), секрецию которых активирует; катаболические, подавляющие чувство голода (проопиомеланокортин ПОМК, кокаинамфетаминрегулирующий транскрипт КАРТ) – секрецию которых, соответственно, напротив, тормозит [16].

Известно, что уровень грелина существенно возрастает непосредственно перед приемом пищи. Через некоторое время после приема пищи происходит снижение уровня этого гормона. Что касается лиц с ожирением, у них наблюдается временная задержка снижения уровня грелина после окончания приёма пищи. Это не вызывает насыщения, провоцирует усиленное чувство голода, и человек переедает [25].

Результаты отдельных исследований показывают, что ожирение может быть связано и с пищевыми пристрастиями людей. Например, все люди с ожирением предпочитают жирную пищу [23]. Избыточная масса тела может быть связана и с чрезмерным растяжением желудка [44].

1.2 Проблема психологических факторов риска развития алиментарного ожирения

В последние годы все активнее обсуждается вопрос о значимости психологических аспектов как независимого фактора риска развития и прогрессирования алиментарного ожирения [40; 45].

Т.Н. Севастьянова в своих исследованиях отмечает, что «...взаимосвязь лишнего веса и психологических проблем оценивается в различных исследованиях. Последние исследования рассматривают ожирение как физическое проявление нейроэндокринных процессов, связанных с депрессией. С одной стороны, ряд исследователей считают, что ожирение вызывает симптомы депрессии из-за ухудшения физического здоровья, снижения двигательной и социальной активности. С другой стороны, метаболические нарушения при депрессии могут способствовать увеличению веса» [39, с.1-8].

В статье Н.А. Беляковой отмечается, что «...ожирение, вне зависимости от формы, сопровождается нарушением пищевого поведения пациентов, что существенным образом зависит от индивидуально-личностных качеств, а также определяет образ жизни пациента» [5, с. 20-23].

Так, она исследовала 243 женщины с алиментарно-конституционным ожирением и АГ. Пациентки были в возрасте от 18 до 60 лет, примерно сопоставимы по исходным характеристикам и состоянию здоровья. В ходе анкетирования были выявлены индивидуально-психологические особенности личности женщин, а также изучены особенности их пищевого поведения. Исследование показало, что примерно в 50% случаев алиментарно-конституциональное ожирение сопровождается нарушениями пищевого поведения. При этом особенности пищевого поведения не оказывают существенного влияния на выраженность ожирения и метаболических нарушений.

Н.А. Белякова отмечает, что «...все пациентки с ожирением предпринимают множественные попытки снизить вес. У них с высокой частотой наблюдается депрессия. Выраженность депрессии зависит от степени ожирения и числа неудачных попыток снижения веса. Также отмечается высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, резкое снижение качества жизни. Существенное влияние на частоту встречаемости ожирения оказывает склонность к аддиктивному поведению, зависимости. Патологические стереотипы и нарушения пищевого поведения часто зависят от условий жизни, от особенностей раннего воспитания, эмоционального состояния человека» [5, с. 20-23].

Анализ анкет показывает, что в качестве основного мотива для обращения к врачу выступает неудовлетворенность внешним видом и психологический дискомфорт, испытываемый в связи с этим. При этом установлено, что степень выраженности осложнений во многом зависит от типа питания и уровня физической активности.

У пациентов с ожирением достоверно чаще встречаются стрессовые ситуации (по сравнению с контрольной группой). При этом у большинства пациентов стрессовая ситуация напрямую связана с повышенным чувством голода, развитием пищевых пристрастий. При этом примерно в 60% случаев отмечается патологическое пристрастие к кондитерским изделиям, примерно в 59% – к жареным блюдам. При этом отмечается, что пациенты с нарушениями пищевого поведения достоверно чаще прибегают к различным диетам и ограничениям. Это говорит о недостаточном развитии самоконтроля, а также о низком уровне развития эмоционально-волевых качеств личности [5].

Ряд исследований указывает на то, что чувство голода во многом определяет пищевое поведение человека, и с психологической точки зрения оно полифункционально. У всех пациентов с ожирением это состояние проявляется одинаково – в виде гипералиментации. Однако, в сущности, это

состояние различно и зависит от того, на удовлетворение каких потребностей направлено, и какие личностные смыслы преследует [12, 21].

В результате анализа литературных источников по теме исследования, нами были выделены следующие психосоциальные и психоэмоциональные факторы нарушений пищевого поведения [12, 21, 22]:

1. Пища может выступать в качестве эффективного средства релаксации, разрядки и снятия нервно-психического напряжения. Например, при депрессии у человека может наблюдаться навязчивая пищевая мотивация, при которой они испытывают постоянное чувство голода и злоупотребляют пищей. Чаще всего к злоупотреблению пищей склонны женщины в состоянии хронического стресса, депрессии или апатии, люди, страдающие от одиночества. Некоторые исследователи показывают, что во время войны, при бомбежках, многие люди испытывают сильное чувство голода, поедают весь запас пищи. Аналогичные проявления наблюдаются и в мирное время у людей, которые находятся в сильном нервно-психическом напряжении, в изоляции. При этом, как показывают результаты многочисленных исследований, выраженное чувство голода при нервно-психическом напряжении может быть обусловлено различными причинами. При этом чаще всего, перееданию подвергаются люди, склонные к эмоциональным реакциям, восприимчивые. У таких лиц пища воспринимается как успокаивающий фактор.

2. Пища может выступать средством делектации. Это значит, что пища выступает для человека как одно из основных средств получения удовольствия и наслаждения. Употребляя пищу, человек получает чувственное, сенсорное, вкусовое наслаждение, удовлетворение.

3. Пища может быть средством общения, коммуникации, поддержания межличностных контактов. Как правило, во время общения, люди употребляют пищу. Приготовив праздничный ужин, накрыв стол, человек может приглашать гостей, выходя таким образом из одиночества, наполняя свою жизнь смыслом.

4. Для некоторых лиц пища может быть средством самоутверждения. Обычно в таком случае люди употребляют пищу, и это позволяет им повысить самооценку. Зачастую в такой ситуации предпочтение отдается экзотической и изысканной пище, разнообразным сложным блюдам, дорогой пищи. Некоторые люди активно посещают рестораны, пробуют блюда различных стран и народов. При этом в большинстве случаев, человек имеет неадекватные представления о престижности пищи, и о ее соответствии внешности человека.

5. Пища может выступать для человека средством познания. Человек пробует новые блюда, продукты, формирует о них определенные представления.

6. Пища может выступать в качестве средства поддержания определенного ритуала, традиции, или обычной привычки (еда во время ведения деловых переговоров, просмотра передач, во время футбольных матчей, просмотра кинофильмов).

7. Пища может быть средством компенсации, замещения тех или иных неудовлетворенных потребностей человека. Например, часто потребность в общении, потребность в достижениях компенсируется за счет употребления пищи. У многих пациентов родительские или сексуальные потребности компенсируются поеданием пищи. К поеданию пищи склонны одинокие люди, в особенности женщины, люди, пережившие развод или потерю.

8. Пища может рассматриваться как средство награды. Так, пища с определенными вкусовыми качествами может оцениваться обществом положительно, в связи с чем, она может выступать средством награды. Особенно часто такая форма поощрения, награды, встречается в детском возрасте. Нужно учитывать, что в таком случае может возникнуть привычка или зависимость от того продукта, который выступал средством награды.

9. Пища может рассматриваться как средство удовлетворения эстетической потребности. Это проявляется в совершенствовании вкусовых качеств путем кулинарной обработки, сочетания определенных продуктов,

добавлении специй. Также может использоваться ритуальность, красивые столовые приборы, посуда.

10. Пища может выступать средством защиты. Например, в некоторых случаях, люди используют пищу как оправдание своих неудач в спорте, в трудовой деятельности. Иногда подсознательно прием пищи выступает средством защиты от нежеланного замужества или женитьбы.

11. Пища может выступать в качестве средства достижения цели, получения желаемого. Всем известна поговорка «Путь к сердцу мужчины лежит через его желудок». Часто этим принципом пользуются женщины, желающие заполучить любимого человека. Зачастую ни одно романтическое свидание, встреча, медовый месяц не проходят без употребления в пищу определенных продуктов. При этом выбор в основном делает в пользу изысканных, экзотических блюд, или блюд, имеющих определенное символическое, ритуальное значение, или имеющих определенный престиж.

12. У некоторых людей пища ассоциируется со здоровьем, силой, выносливостью, здоровым образом жизни. Многие мамы ошибочно перекармливают детей, полагая, что чем больше они будут есть, тем здоровее будут.

13. Средство борьбы со стрессом, посттравматическим синдромом, психической травмой. Часто пища воспринимается как средство, позволяющее разрешить внутренние конфликты и противоречия личности, нарушения интерперсональных и интраперсональных отношений. Влияние такого фактора, как психическая травма, наблюдается у 50% пациентов, страдающих ожирением. При этом известно, что наибольший процент психотравмирующих ситуаций наблюдается при неудовлетворенности семейными отношениями. Влияние психотравмирующих факторов определяется личностной значимостью ситуации для самого человека.

14. Неправильное воспитание, нарушение самооценки, неадекватное восприятие себя, окружающего мира. У многих пациентов с нарушениями пищевого поведения могут наблюдаться неадекватные модели пищевого

поведения, а также неадекватное представление о пище. При этом у человека формируются определенные пищевые стереотипы и наблюдается зависимость между неправильным воспитанием и гипералиментацией. Особенно негативно отражается воспитание по типу «гиперопеки», при котором наблюдается преувеличенное отношение к пище как к средству сохранения здоровья. Негативный оттенок имеет и воспитание по типу «неприятя». Наблюдается в том случае, когда ребенок в семье нежеланный, либо родители ощущают неприязнь к ребенку. В таком случае отмечается формальное отношение к родительским обязанностям, при которых родители руководствуются принципом, что у ребенка должно быть все и в больших количествах. Обычно в таких случаях ребенка перекармливают, у него формируется неправильное пищевое поведение и, как следствие, развивается ожирение. Кроме того, в таких семьях ребенку часто не хватает родительского внимания, потому что пища выступает для ребенка как средство компенсации потребности в родительском внимании [46].

Как утверждает Н.Е. Кузьмина, «...детерминантами отклоняющегося поведения являются личностные факторы, а ситуативные факторы играют роль модулятора, определяя вариативность проявления личностных особенностей» [20, с. 87]. В настоящее время во многих публикациях говорится о том, что развитию алиментарного ожирения может способствовать высокий уровень ситуативной и личностной тревожности.

Тревожность представляет собой черту личности, которая означает мотив деятельности, или приобретённую поведенческую диспозицию. Она обязывает индивида к восприятию безопасных объектов как опасных. То есть, если большинство объективно безопасных обстоятельств в норме воспринимаются как безопасные, то при повышенном уровне тревожности, они субъективно воспринимаются как опасные, содержащие угрозу. Это побуждает к определенным реакциям. Человек реагирует на них состоянием тревоги. При этом интенсивность тревоги не соответствует величине

реальной опасности. Различают реактивную (ситуативную) тревожность и личностную тревожность.

Под реактивной тревожностью подразумевают состояние субъекта в данный момент времени. Для состояния высокой реактивной тревожности характерны субъективно переживаемые эмоции, такие как напряжение, беспокойство, озадаченность, не соответствующие данной конкретной обстановке. Подобные реакции возникают в качестве эмоциональной реакции на экстремальное или стрессовое воздействие и могут быть различными по интенсивности, динамичности, времени. Личностная тревожность представляет собой устойчивую черту характера, черту личности [20].

Е.И. Полякова, О.В. Мартышина и В.А. Данилов указывают, что: «...к ведущим нервно-психическим расстройствам, которые наблюдаются при ожирении, относят аффективные нарушения тревожного спектра. В большинстве случаев они сочетаются с симптомами депрессии. При этом депрессивные состояния имеют маскированный характер. Это проявляется в большинстве случаев, как преобладание неспецифических жалоб, в том числе, быстрая утомляемость, существенное снижение работоспособности, сложность установления межличностных отношений и контактов. У пациентов с ожирением наблюдаются инсомнические расстройства, которые развиваются в хронические болевые и психовегетативные синдромы. У таких лиц преобладает головная боль, различное напряжение, панические атаки. Их частота составляет не менее 30%. Также имеют место нарушения пищевого поведения, различные формы аддикций (зависимого поведения, созависимости)» [33, с. 227-231].

По словам Е.В. Тытарь, «...все указанные выше расстройства приводят к различным видам дезорганизации поведения, неустойчивости психики. Главные причины дезорганизации поведения неустойчивых людей состоят в отсутствии в личном опыте эффективных способов преодоления трудностей и в переживании угрозы для личности. У неустойчивых личностей иногда

наблюдается явление самоиндукции отрицательного эмоционального напряжения: дезорганизованное поведение усиливает стрессовое состояние, которое еще больше дезорганизует поведение, что приводит, в конечном счете, к тому, что неустойчивая личность чувствует полную беспомощность как по отношению к трудным заданиям, так и по отношению к своему поведению в трудной ситуации. Под психологически устойчивым поведением, мы будем понимать адекватную реакцию на события, людей, обстоятельства. Одним из основных видов дезорганизации поведения и его неустойчивости, является развитие аддиктивного (зависимого поведения)» [42, с. 245].

Нарушения пищевого поведения рассматриваются как отдельные формы аддикций (зависимого поведения).

М.А. Богомолова, Т.С. Бузина пишут: «Общепризнанные критерии аддиктивного поведения, которые вполне актуальны и для квалификации интернет-аддикции:

- злоупотребление определенным видом деятельности;
- невозможность субъективного контроля за деятельностью;
- наличие дезадаптации вследствие злоупотребления деятельностью, влияющей на учебу, работу, межличностные отношения;
- повышение толерантности к количеству времени, проводимому за деятельностью;
- состояние отмены: появление психологического дискомфорта (раздражительность, снижение настроения, депрессия, повышение агрессивности и пр.);
- объективная сверхпоглощенность деятельностью, вытеснение других сторон социальной жизни» [7, с. 8].

Рассматривая нарушения пищевого поведения с позиции указанных выше критериев аддиктивного поведения, можно отметить присутствие у человека с алиментарным ожирением всех признаков пищевой аддикции: человек злоупотребляет пищей, субъективный контроль за приемом пищи

отсутствует, отмечается дезадаптация, нарушения других сфер деятельности. Нарушаются межличностные отношения, повышается толерантность к времени, уделяемому приему пищи. В состоянии отмены появляется психологический дискомфорт, человек чрезмерно сверхпоглощен мыслями о еде, самим процессом еды, преувеличивает значимость приема пищи.

В основе развития зависимости лежат противоположные стремления, которые зачастую вступают в конфликт между собой [50].

Определенный интерес представляет исследование особенностей нарушения пищевого поведения у студентов, проведенное Т.Л. Шабановой. Она пишет: «У обследованных нами студентов доминируют такие личностные характеристики, вызывающие нарушения пищевого поведения, как ощущение общей неадекватности и субъективное переживание неспособности контролировать свою жизнь, а также отсутствие доверительных межличностных отношений и слабое развитие навыков самоконтроля поведения, в том числе пищевого» [49, с. 91-95].

Личность, проявляющая черты зависимого поведения, не осознает такие понятия, как самостоятельность, автономность, суверенность и соблюдение психологической дистанции [54]. Для зависимой личности характерны трудности в различении собственной и чужой территории. При этом в большинстве случаев наблюдается нарушение личностной и социальной дистанции. Для человека характерно неверие в собственные силы, высокая выраженность недоверия, как к себе, так и к окружающим. В большинстве случаев, собственные чувства, самоотношение являются индикатором собственных проблем, подталкивают к их решению. Однако у лиц с зависимым поведением этот индикатор существенно нарушен. Такие люди не реагируют на собственные проблемы, не принимают меры для их своевременного разрешения. Человек зачастую проецирует решение проблем во внешнюю среду, ищет причины проблем во внешней среде. Также стоит отметить, что людям с зависимым поведением трудно что-либо менять в жизни, трудно принимать решения. Возможность что-либо поменять в

жизни, начать новую жизнь ими серьезно не рассматривается, воспринимается как нечто нереальное. Их в большей степени пугает ответственность, которая возникает в связи с принятым решением. Ответственность очень пугает зависимого человека, кажется ему непозволительной и невыносимой.

Для зависимого человека характерно развитие «синдрома выжившего», Его основные черты: критическая оценка собственного неблагополучия как должного. Люди с зависимым поведением считают, что психологическое неблагополучие является нормой жизни. Такое отношение, как правило, поддерживается с детства, и способствует стабилизации уровня несчастья. У человека развивается неутолимое ощущение нехватки любви, собственной неполноценности и нецелостности, что компенсируется за счет фантазий, других способов компенсации, например, приема пищи.

Для человека в состоянии зависимости характерна фиксация на собственном самочувствии, на прежнем опыте. Человек не может осознать, что он сам выступает в качестве источника своих чувств. Человек считает, что все его внутренние чувства обусловлены внешней средой, зависят от других людей. Зависимые люди не способны адекватно воспринимать различные жизненные ситуации, неспособны на них адекватно реагировать. В большинстве случаев они живут страхом. Больше всего люди с зависимым поведением боятся перемен. Также они испытывают страх саморазвития, самоизменения.

Человек, имеющий зависимое поведение, испытывает трудности при принятии решений. В большинстве случаев в качестве приоритета для руководства в действиях выступают не какие-либо ценности или устойчивое мировоззрение, а эмоции. В большинстве случаев зависимая личность проживает чужую жизнь, отказывается от реализации собственной жизни. При этом свобода для таких людей обходится очень дорого. Человеку сложно жить в условиях выбора, риска, ответственности, что влечет за собой устойчивое чувство неуверенности, неполноценности. Человеку кажется, что

перемены, выбор влекут за собой опасность, неопределенность, незащищенность.

В качестве основного фактора, который препятствует полноценному развитию и совершенствованию зависимой личности, выступает дефицит безопасности. Человек с зависимым поведением всегда ищет внутренние убедительные причины, которые позволят ему противостоять любым изменениям. Это связано с тем, что, если человек решился на определенные изменения, у него появляется возможность пожертвовать обыденностью. При этом если человек не уверен в себе и других людях, ему трудно принять решение и достичь поставленной цели до конца. У зависимой личности развиваются постоянные внутренние конфликты, ведется постоянная борьба с зависимостью. Формируется ригидность поведения. В большинстве случаев она связана со страхом утраты безопасности, а также со страхом нарушить семейные традиции и связь поколений [50].

Большинство людей, склонных к зависимости, подвержена дисгармоничным отношениям в семье. Человек считает, что он должен быть под контролем и сам должен контролировать других. Отказ от дальнейших действий в данном русле является для человека большой проблемой.

И.А. Шаповал утверждает: «Сегодня в качестве главной актуальной причины развития психических и личностных расстройств у человека рассматривается не влияние отдельных личностей, а влияние семьи в целом, как основного носителя патологии. Любое индивидуальное нарушение рассматривается в контексте семейных отношений. Нарушения в семье являются признаком психического неблагополучия личности. Зачастую корнями такие нарушения уходят в раннее детство. Семейное наследие играет важную роль в формировании, фиксации и передачи по механизму импринтинга остальных эмоциональных и поведенческих реакций на различные жизненные ситуации» [50, с. 3-6].

Также в работах И.А. Шаповал читаем: «С позиции транзактного анализа, известно, что зависимая личность в отношениях всегда является

ребенком. Для зависимой личности свойственен определенный уровень инфантилизации: человек отказывается от роли взрослого. Отсюда отсутствие ответственности за собственные действия и собственное поведение, перекладывание вины, постоянные обвинения в адрес партнера и окружающих, возможно резкое переключение на самообвинение и самоуничижение, поиском компенсации в личных внешних источниках, к примеру, в приеме пищи. Ответственностью же выражает меру владения собой - своими ресурсами, своими возможностями, ограничением, внутренним отношением ко времени, способам реализации и самореализации» [50, с. 3-6].

Зависимые люди склонны перекладывать ответственность за свою жизнь на окружающих, на судьбу, на Бога. Поэтому им трудно сделать выбор, принять решение. И.А. Шаповал утверждает: «...они предпочитают выжидательную позицию, уклоняясь от ответственности, уходя в болезни, уходя в различные виды зависимости. При этом, как правило наблюдается чрезмерная ответственность и чувство ответственности за жизнь близких. Люди с зависимым поведением считают себя обязанными помогать близким в решении их проблем, решать проблемы за них, винить себя в неудачах близких и родственников вместо того, чтобы разобраться в собственных проблемах» [50, с. 3-6]. За многозначительностью подобных рассуждений и стремлений, как правило, лежит собственная душевная пустота. Для того, чтобы избежать ответственности за свою жизнь, люди прибегают к различным уловкам (базовые механизмы психологической защиты):

- вера в своё всемогущество (способность кого-то изменить, на кого-то воздействовать);
- вера в конечного спасителя;
- вера в бессмертие на детском уровне.

И.А. Шаповал утверждает: «Инверсии ответственности ярче всего проявляются в системе межличностной коммуникации: люди склонны к контролю над жизнью окружающих, с контролем тесно связана протекция,

как удушающая забота о близком, манипуляция, как преднамеренное или скрытое побуждение другого к переживанию определённых чувств или эмоций, выполнению определенных действий, принятию определенных решений» [50, с. 3-6].

Таким образом, психосоматические заболевания представляют собой группу заболеваний, причиной возникновения и развития которых служат различные психологические состояния. Для эффективной борьбы с подобными заболеваниями, необходимо своевременно проводить диагностику стрессовых состояний, а также принимать меры по профилактике и лечению расстройств вегетативной нервной системы.

1.3 Психологическая коррекция как вид деятельности практического психолога в работе с алиментарным ожирением

В широком смысле психология как наука имеет две основные задачи: изучение личности, феноменов и явлений, с ней связанных, и оказание личности психологической помощи.

Как указывал Б.Д. Карвасарский «вопрос о соотношении понятий «психотерапия» и «психокоррекция» остается открытым. Существуют две точки зрения. Первая связана с признанием полной идентичности понятий ... Вторая точка зрения утверждает, что психокоррекция должна быть направлена на решение задач психопрофилактики, что, по мнению Б.Д. Карвасарского, носит искусственный и ограничительный характер» [35, с. 800].

Как замечает И.В. Костакова, «различие терминов «психокоррекция» и «психотерапия» возникло не в связи с особенностями работы, а с укоренившимся мнением, что психотерапией могут заниматься люди, имеющие специальное медицинское образование. Кроме того, термин «психотерапия» (psychotherapy) является международным и во многих странах

мира однозначно используется по отношению к методам работы, осуществляемым профессиональными психологами» [19, с. 10-13].

И.В. Костакова приводит следующее пояснение: «По мнению Р.С. Немова, разница между понятиями «психотерапия» и «психокоррекция» состоит в следующем. Психотерапия – это система медико-психологических средств, применяемых врачом для лечения различных заболеваний. Психокоррекция – совокупность психологических приемов, используемых психологом для исправления недостатков психологии или поведения психически здорового человека» [19].

Соглашаясь с мнением Б.Д. Карвасарского и придерживаясь первой точки зрения, все же нужно отметить, что не все методы психотерапии может использовать психолог, не имеющий специальных медицинских знаний и подготовки. В классификации методов психотерапии, как правило, выделяют две группы: личностно-ориентированные методы и клинические методы. Первая группа, несомненно, может быть использована практическим психологом в психокоррекционной деятельности. Сопоставляя понятия, обратим внимание на тот факт, что в зарубежной психологии при отсутствии термина «психокоррекция», можно найти сходное понятие – «психологическое вмешательство» [19].

Поскольку на сегодняшний день не существует общепринятого определения термина «психокоррекция», рассмотрим основные авторские определения. По определению А.А. Осиповой, «Психологическая коррекция – это система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия» [30, с. 400].

По мнению Г.С. Абрамовой, «Психологическая коррекция – это обоснованное воздействие психолога на дискретные характеристики внутреннего мира человека. Воздействие оказывается на основании теоретического представления о норме психического развития» [1, с. 154].

К.Ф. Фадеева и С.В. Кулакова выдвигают следующее определение: «психокоррекция (от греч. *psychea* – душа и лат. *correctus* – исправленный) – оказание психологической помощи людям при различных психологических затруднениях. В отличие от психотерапии, которая на сегодняшний день рассматривается шире, чем только лечение, а именно как исцеление (достижение целостности), психокоррекция направлена прежде всего на исправление каких-либо психологических дефектов или на их компенсацию за счет формирования новых психологических качеств» [43, с. 18].

А.А. Ковалевская пишет следующее: «Основную задачу психокоррекционного воздействия мы видим в формировании отсутствующих или недостаточно развитых психологических качеств. Психокоррекция не ставит целью излечение от заболеваний, чем существенно отличается от психотерапии – системы медико-психологических средств» [17, с. 186].

Таким образом, психокоррекция – это целенаправленное психологическое воздействие, которое реализуется в разных областях и использует психологические методы. Необходимо добавить, что в сферу компетенции психокоррекции не входят нарушения, имеющие в своей основе органические поражения, а также устойчивые личностные качества, формирующиеся на раннем этапе онтогенеза и не поддающиеся изменениям [19].

Условно можно выделить шесть основных этапов осуществления психокоррекционной деятельности [19]:

1. психодиагностический этап;
2. аналитический этап;
3. установочный этап;
4. этап психокоррекционного воздействия (собственно психокоррекционный этап);
5. этапы оценки эффективности психокоррекционной работы;
6. завершающий этап.

Рассмотрим данные этапы подробнее.

Диагностический этап.

Основные задачи психодиагностического этапа состоят в проведении комплексного психологического обследования личности. Этот этап включает сбор психологического анамнеза человека. На этом этапе осуществляется отбор психодиагностических методов и методик, проводится проблемный анализ, формируется заключение по итогам психодиагностического обследования. При этом важно акцентировать внимание не столько на фактах и событиях, сколько на том, как сам клиент к ним относится.

При этом могут использоваться такие методы, как интервью, наблюдение, методы психодиагностики. Проблемный анализ включает три основных этапа: выявление актуальных условий существования проблемы, определение географических условий появления проблемы, выявление функционального значения проблемы для личности клиента. Для проведения комплексного психодиагностического обследования используются различные методы и методики диагностики. Это могут быть проективные методы, тесты, опросники.

Аналитический этап.

Основная задача данного этапа заключается в структурировании и анализе всей информации, полученной в результате комплексного психодиагностического обследования личности. На этом этапе важно определить психологический диагноз, психологический прогноз и стратегии психокоррекционной работы [19]. О важности этого этапа пишет И.И. Мамайчук: «Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от анализа психологической структуры дефекта и его причины» [24, с.5].

Начинается данный этап со структурирования всей имеющейся информации о клиенте. Структурирование информации проводится в определенной последовательности:

1. Составление списков выявленных нарушений и всех имеющихся данных анамнеза;
2. Распределение имеющихся данных по предлагаемым сферам личности: (эмоциональная сфера, личностная сфера, социальная сфера, профессионально-деятельностная сфера, межличностная сфера, поведенческая сфера). После этого проводится анализ, формулируется психологический диагноз.

Психологический диагноз необходим для определения основного актуального состояния клиента, для прогноза его дальнейшего развития, а также для разработки коррекционных программ и практических рекомендаций. Формулировка психологического диагноза осуществляется в свободном стиле. Тем не менее, необходимо соблюдать логическую форму, применять научные психологические термины и категории. После формулировки психологического диагноза целесообразно сформулировать психологический прогноз, то есть прогнозирование логики развития процессов в дальнейшем. Выделяют благоприятный, условно благоприятный и неблагоприятный прогнозы [1].

После определения прогноза формируется стратегия, или модель психокоррекционной работы [55, 56, 57]. Модель психокоррекционной работы основана на теоретическом подходе, который подразумевает определение причин нарушения, разработку концепции проведения основной работы по коррекции нарушений, предполагаемый результат. Затем определяют основные виды коррекции, которые целесообразно применять в работе с клиентом. После этого определяют цель и задачи психокоррекционной работы. Затем расписывают методы психокоррекции, продолжительность и частоту встреч.

Установочный этап.

Основная задача данного этапа состоит в обсуждении и прояснении стратегии психокоррекции. На этом этапе заключается договор на получение психокоррекционной помощи. Договор представляет собой договорённость

между психологом и клиентом, который включает представление о психологических трудностях клиента, определение предполагаемого результата, целей, методов психокоррекции, определение роли и ответственности каждого из сторон психокоррекционного процесса. На этом этапе обсуждаются и все правила, содержание психокоррекционной работы, решаются организационные вопросы. В отдельных случаях целесообразно предупредить клиента о риске временного ухудшения эмоционального состояния, что связано с актуализацией проблемного материала для клиента.

Этап психокоррекционного воздействия.

Основная задача данного этапа состоит в осуществлении коррекционного воздействия на отдельные значимые характеристики личности клиента. Психокоррекционная программа реализуется постепенно, поэтапно. При этом необходимо следовать основным принципам и правилам проведения психокоррекции.

Этап оценки эффективности психокоррекционной работы.

Основная задача состоит в оценке эффективности проделанной работы с ориентацией на предполагаемый результат, а также степень достижения целей. На этой стадии уровень достижения цели оценивается совместно психологом и клиентом.

Завершающий этап.

Основная задача состоит в совершении психокоррекционных отношений между психологом и клиентом. Задача заключается в проработке эмоционального круга у клиента и у психолога. На этом этапе создаются прочные установки клиента для переноса благополучного опыта и достигнутых изменений в условия реальной жизни. Обычно на данный этап отводится от двух до четырех встреч. Для создания обстановки, направленной на перенос положительного опыта в реальную жизнь, используются специальные техники, направленные на сознательный и подсознательный уровень психики.

При разработке психокоррекционных программ необходимо соблюдать ряд требований. Тема должна оформляться в позитивной, а не в негативной форме [19].

В психологической коррекции эффективны различные виды позитивной психотерапии – «психотерапия мудростью; интервенции благородностью; позитивный коучинг; подходы на основе сильных сторон; терапия надеждой; терапия прощением. Широкую популярность и перспективу приобретают методы телесно-ориентированной терапии» [18, с. 51]. Как пишет И.Г. Малкина-Пых, «...в рамках данного подхода важнейшей опорой психокоррекции – как в работе с эмоциональными проблемами, так и психосоматическими расстройствами – являются образ тела и схема тела. Образ тела – результат психического отражения ощущений, свойств тела, соотнесенный с культурными, перцептивными и языковыми эталонами. С образом тела ассоциируется телесное ощущение собственного «Я» или глубинное чувство существования «Я»» [22, с. 101].

Необходимо сформулировать цель, задачи психокоррекционной работы, определить предмет и содержание психокоррекции.

Существует определенный алгоритм составления психокоррекционных программ. При определении содержания психокоррекционной работы важно составить краткое описание каждого этапа.

Рассмотрим алгоритм составления психокоррекционной программы.

1. Диагностический этап. Необходимо перечислить основные психодиагностические методы и методики, которые будут использоваться для сбора психологического анамнеза и постановки диагноза.

2. Аналитический этап. Структурировать данные психологического анамнеза, сформулировать психологический диагноз и психологический прогноз, обозначить стратегию оказания помощи, выбрать техники и методы психокоррекционного воздействия.

3. Установочный этап. Перечислить методы и приемы установления психологического контакта с клиентом, заключить договор на оказание психокоррекционной помощи.

4. Психокоррекционный этап. Определить тематический план, цель коррекции, её содержание.

5. Этап оценки эффективности проделанной работы. Определить методы оценки эффективности психокоррекции, подобрать диагностические методики.

6. Завершающий этап. Подобрать упражнения для отработки круга эмоций клиента, подобрать упражнения для завершения стадии принятия и осознания установки, создать условия для переноса позитивных изменений и клиента в реальной жизненной ситуации [19].

Психокоррекция является важным компонентом комплексного лечения при алиментарном ожирении [33].

Психологическая коррекция в работе с алиментарным ожирением является самостоятельным видом деятельности практического психолога.

Алиментарное ожирение является последствием нарушения пищевого поведения, что в свою очередь, может рассматриваться как своего рода зависимости человека от приема пищи. Поэтому одним из наиболее эффективных видов борьбы с ожирением является нормализация пищевого поведения, то есть освобождение от зависимости. При этом широко применяется психологическая коррекция. В основе психологической коррекции зависимого поведения, в том числе и нарушений пищевого поведения, по словам И.А. Шаповал, лежит:

«...1. Обращение к сознанию клиента, предоставление ему объективной информации о том, что происходит с ним, как это выглядит со стороны, к каким последствиям это приведет. На этом этапе важно добиться интеграции информации в сознании человека.

2. Поиск собственно психологических факторов и причин развития зависимости, в особенности раскрытия комплекса неполноценности,

аккуратное избавление человека от основных деструктивных методов психологической защиты (проекции, рационализации).

3. После избавления от деструктивных защитных механизмов важно создать у человека альтернативные варианты поведения, новые мотивации.

4. Стимуляция в зависимом поведении позитивных мотиваций, которые не получили достаточного развития. На этом этапе важно обратиться к подсознанию, активировать творческий потенциал человека, его резервные возможности» [50, с. 3].

Более радикальный подход предлагает А. Менегетти [26]. Он предлагает полностью избавиться от объекта зависимости, уничтожив модуль отношений к нему.

Психотерапия не избавляет от самой зависимости, она позволяет человеку научиться контролировать ситуацию. Также в процессе психокоррекционной работы важно устранить основные факторы, приводящие к развитию зависимости и выработать детерминанты резистентности к зависимостям [50, с. 3].

Психотерапия требует дифференцированного подхода [37, с. 147].

Таким образом, в основе психологической коррекции должно лежать устранение основных факторов, приводящих к развитию зависимого поведения. Люди, склонные к зависимости, не доверяют ни себе, ни окружающим. Поэтому, выстраивая сеансы психологической коррекции, не стоит рассчитывать на доверие со стороны клиента. Важно осознать, что человек не склонен к ответственности и принятию решений. Он может бросить начатый курс лечения, руководствуясь внутренним сопротивлением к переменам в жизни, страхом перед новой жизнью, страхом принять решение и понести за него ответственность. Зачастую это происходит неосознанно. Кроме того, человеку с зависимостью, свойственно перекладывание ответственности на других лиц. При этом человек не нацелен на серьезную работу над собой, он как бы перекладывает всю ответственность за свою жизнь, свое состояние на психолога. Поэтому

работу нужно ввести постепенно, поэтапно, устраняя основные психологические проблемы и детерминанты зависимого поведения. Нужно учитывать, что человек не склонен выполнять рекомендации психолога, он также склонен перекладывать вину на других. В случае не достижения результата, человек будет перекладывать вину на психолога [50].

У людей с ожирением отмечаются признаки депрессии, заниженная самооценка. У них усилены защитные механизмы. В данном случае актуальной может быть психотерапия средой [37, с. 150]. Данный метод представляет собой использование в лечебных целях терапевтического потенциала окружающей больного среды (персонал, события отделения, другие пациенты) [36].

Как утверждает А.А. Раевский, «Использование метода способствует снижению интенсивности работы психологических защитных механизмов и повышению адаптивности стратегий совладающего поведения. Данным пациентам в связи с наличием изменений личностных черт (необщительность, жалобы на неуважение со стороны окружающих, слабая способность к самоотдаче) рекомендуется также проведение группового социально-психологического тренинга. Основными задачами социально-психологического тренинга являются повышение коммуникабельности на основании использования группового подхода; создание эффективной обратной связи, которая позволит пожилому пациенту осознать свои личностные и межличностные проблемы, найти ресурсы. В рамках тренинга возможно включение элементов тренинга решения проблем» [37, с. 150].

«При выборе стратегии психокоррекционной помощи лицам с алиментарным ожирением, необходимо исходить из позиций коррекции социально-психологического неблагополучия. При этом следует преимущественно ориентироваться на психогенные факторы внутреннего характера, такие как: отсутствие сложившейся системы саморазвития, неадекватная самооценка, неадекватные ролевые позиции в межличностных отношениях, низкие показатели социально-психологической адаптации

(адаптация, самопринятие, принятие других, эмоциональный комфорт, интернальность, доминирование) и тип личностного расстройства – на том основании, что они находятся в компетенции самих клиентов и в принципе поддаются психологической коррекции. При таком подходе клиенты получают шанс начать преобразование собственной жизни с самих себя вместо исправления «плохости» значимых для них людей, избавиться от переживания чувства бессилия вследствие неоправданных ожиданий (фактор «рухнувшие надежды») и вернуть утраченное чувство эмоционального благополучия» [48, с. 138].

Конечным этапом психокоррекционной работы должно стать формирование у лиц с алиментарным ожирением психологического иммунитета. Данный феномен является недостаточно изученным. Так, Г.В. Москаленко и И.А. Зелинская пишут: «Психологический иммунитет – понятие для отечественной психологии новое и малоизученное, в то время как в зарубежной литературе можно обнаружить множество разнообразных концепций о содержательных, структурных и функциональных характеристиках психологического иммунитета, а также инструментарий диагностики, развития и коррекции. Предполагается, что по аналогии с физическим иммунитетом организма, психологический иммунитет обеспечивает защищенность психики человека от вредоносного воздействия внешней и внутренней среды с помощью распознавания потенциальной опасности, активизации и мобилизации ресурсов преодоления негативного воздействия и направленного иммунного ответа. По завершении негативного воздействия психологический иммунитет, ... «запоминает» характеристики стрессора, и ... при повторении воздействия интенсивность переживания снижается. Важно то, что психологический иммунитет защищает не только от чрезвычайного стрессового воздействия (например, переживание утраты близкого человека), но и от воздействия незначительных, регулярных стрессоров (например, ожидание в дорожном заторе, кратковременное общение с неприятными людьми и т. д.)» [28, с. 34].

Выводы по первой главе

В первом параграфе были рассмотрены медицинские и психологические аспекты алиментарного ожирения. Алиментарное ожирение характеризуется как психосоматическое заболевание.

В последние годы все активнее обсуждается вопрос о значимости психологических аспектов как независимого фактора риска развития и прогрессирования алиментарного ожирения. Наиболее значимыми из них являются депрессия, тревога, индивидуально-личностные черты, социальная изоляция и стресс. Все эти качества присутствуют у пациентов с ожирением.

В результате анализа литературных источников во втором параграфе, нами были выделены психосоциальные и психоэмоциональные факторы нарушений пищевого поведения. Было показано, что у большинства лиц с ожирением присутствуют все признаки человека, склонного к аддикциям (зависимому поведению). Отмечается нарушение пищевого поведения, которое является формой зависимого поведения. У лиц с ожирением отмечается заниженная самооценка, нарушена самооценка, отсутствует мотивация к саморазвитию, совершенствованию. У них отмечается страх перед ответственностью, принятием решений, отмечается склонность избегать перемен, перекладывать ответственность на окружающих. У большинства лиц с ожирением развиваются внутренние конфликты. При этом в качестве компенсации выступает пища.

В третьем параграфе показано, что психокоррекция нарушений пищевого поведения является важным и обязательным компонентом лечения. Это связано с тем, что у людей с ожирением основной причиной развития ожирения является нарушение пищевого поведения, которое рассматривается как определенная зависимость от приема пищи. В основе психотерапии лежит избавление от зависимого поведения, развитие навыков самоконтроля. Психологическая коррекция в работе с алиментарным ожирением является самостоятельным видом деятельности практического психолога.

Глава 2 Экспериментальное изучение психологических факторов риска развития алиментарного ожирения в коррекционной работе по снижению веса

2.1 Организация эксперимента и методы исследования

Объект исследования – алиментарное ожирение.

Предмет исследования – психологические факторы риска развития алиментарного ожирения

Цель исследования – изучить роль психологических факторов развития алиментарного ожирения и разработать программу психологической коррекции, направленную на устранение психических факторов развития алиментарного ожирения.

Гипотеза исследования. В основу исследования положено предположение о том, что специально разработанная программа психологической коррекции будет способствовать устранению психических факторов риска развития алиментарного ожирения и позволит достичь положительных результатов в терапии.

Задачи исследования:

1. выявить психологические факторы риска развития алиментарного ожирения;
2. составить и апробировать коррекционную программу, направленную на устранение психологических факторов риска развития алиментарного ожирения;
3. проанализировать полученные результаты.

Выборка испытуемых:

Экспериментальная группа – 30 человек с алиментарным ожирением (15 мужчин и 15 женщин в возрасте от 22 до 41 года).

Контрольная группа – 30 условно здоровых человек (15 мужчин и 15 женщин в возрасте от 21 до 40 лет).

Методы и методики исследования:

1. Оценка личностной и реактивной тревожности клиентов с алиментарным ожирением (по Спилбергеру-Ханину) [52].

Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработан Ч.Д. Спилбергером и адаптирован Ю.Л. Ханиным.

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъект и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

Интерпретация уровня реактивной (ситуативной) тревожности строится с учетом следующих градаций индекса реактивной тревожности (ИРТ):

- до 30 баллов – низкий уровень тревожности;
- 31 – 45 баллов – умеренный уровень тревожности;
- выше 45 баллов – высокий уровень тревожности.

2. Тест «Индивидуально-типологические личностные черты» (ИТО), Л.Н. Собчик [52].

Данный опросник направлен на диагностику индивидуально-типологических особенностей личности. Он содержит 90 утверждений. Опросник подразумевает 2-балльную оценку: «Да» в случае согласия, «Нет» - в случае несогласия.

Интерпретация находится в прямой зависимости от количества значимых ответов по восьми шкалам: экстраверсия, спонтанность, агрессивность, ригидность, интроверсия, сензитивность, тревожность и лабильность. Тестовые нормы:

- показатели в пределах нормы (3-4 балла) – гармоничная личность;
- выраженные умеренно (5-7 баллов) – акцентуированные черты;
- выраженные избыточно (8-9 баллов) – дезадаптирующие свойства;
- «Ложь» (дополнительная шкала) - более 5 баллов – данные недостоверны;
- «Аггравация» (дополнительная шкала) - более 5 баллов – данные недостоверны.

3. «Голландский опросник пищевого поведения» [1].

Голландский опросник пищевого поведения DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) был разработан в 1986 году голландскими психологами Т. van Strien, J.E.R. Frijters, G.P.A. Bergers и P.B. Defares на базе факультета питания человека и факультета социальной психологии Сельскохозяйственного Университета (Нидерланды). В основе методики –

понимание того, что в основе пищевого поведения – ценностное отношение к пище, ее приёму, стереотипы питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, что позволяет выявить ограничительные, эмоциогенные и экстернальные типы пищевого поведения.

Опросник включает три шкалы, отражающие три типа пищевого поведения и соответственно три возможные нарушения пищевого поведения.

Шкала ограничительного пищевого поведения, которое характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании.

Шкала эмоциогенного пищевого поведения, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния. При этом 9 пунктов шкалы касаются определённых эмоциональных состояний, таких как раздражение, подавленность (растерянность), гнев, ожидание чего-то неприятного, тревога (обеспокоенность, напряжение), ощущение того, что всё плохо, испуг, разочарование, эмоциональное потрясение (расстройство) и 4 пункта состояний со смешанными эмоциями: когда нечего делать, состояние одиночества, скуки, возбуждения, того, что кто-то подводит.

Шкала экстернального пищевого поведения, при котором желание поесть стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, её запахом, текстурой, либо созерцанием того, как едят другие.

Средние показатели ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения для людей с нормальным весом составляют 2,4; 1,8 и 2,7 балла соответственно.

Если по какой-либо из шкал набрано баллов больше среднего значения, то можно диагностировать нарушения в пищевом поведении.

Методы математико-статистической обработки данных.

Для выявления различий между группами использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Для выявления достоверных изменений после прохождения психокоррекционной программы использовался непараметрический критерий Вилкоксона.

2.2 Выявление психологических факторов риска развития алиментарного ожирения

На первоначальном этапе нашего исследования мы составили интегральный усредненный портрет наших испытуемых, используя результаты психодиагностики, а также провели сравнительный анализ особенностей пищевого поведения и индивидуально-личностных особенностей в экспериментальной и контрольной группах. В результате диагностического обследования испытуемых по методике голландского опросника пищевого поведения были получены данные о выраженности типов пищевого поведения у участников нашего исследования.

На рисунке 1 представлены средние значения пищевого поведения у людей с алиментарным ожирением и условно здоровых людей.

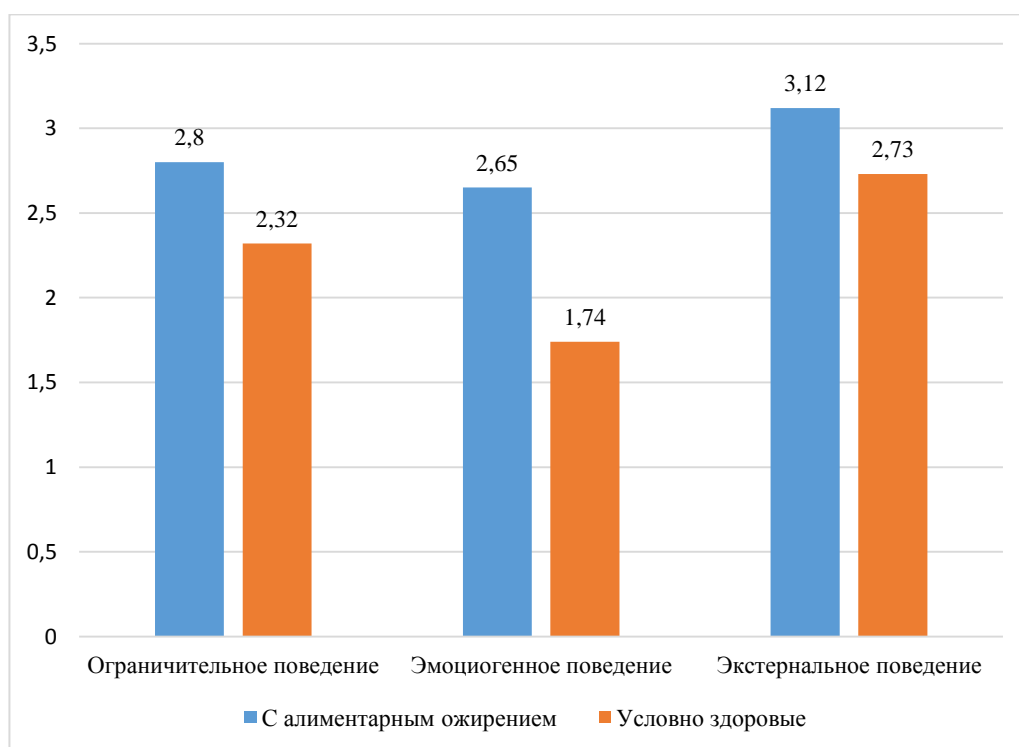


Рисунок 1 – Средние значения типов пищевого поведения в экспериментальной и контрольной группах

Как можно видеть по рисунку 1, уровень выраженности ограничительного пищевого поведения у людей с алиментарным ожирением в отличие от здоровых людей несколько выше среднего (нормативного) значения и равняется 2,8 баллов. Напомним, что такое пищевое поведение характерно для людей, которые себя постоянно ограничивают в еде, изнуряя разного рода диетами. К такому образу питания постоянно прибегают люди с избыточным весом и комплексом неполноценности. Они сначала могут себя во всем ограничивать, а потом начинают сильно переедать, что снова приводит к накоплению избыточного веса. Из-за того, что человек сидит на строгой диете, у него возникают нарушения психики, так развивается такое психическое явление, как диетическая депрессия. Такой человек становится очень раздраженным, он часто устает, он чувствует напряжение, агрессивен на все вокруг себя реагирует, он враждебно настроен, встревожен, у него никогда не бывает хорошего настроения. Очень негативно диеты сказываются на людях, которые часто переедают из-за стрессовых ситуаций, в которых они оказываются.

Повышенный уровень данного показателя у людей с ожирением мы связываем с тем, что к современным людям предъявляется очень много различных требований, касающихся в том числе их внешнего вида. Медиа, социальные сети и общественный дискурс транслирует образы «идеального тела», которому должны соответствовать женщины и мужчины. При этом, люди с алиментарным ожирением явно не соответствуют предъявляемым требованиям внешнего вида, поэтому пытаются всячески бороться со своим лишним весом. Самый доступный и популярный способ – это различного рода диетами, ограничения своего пищевого поведения. Мы также можем предположить, что такие люди, вероятно, считают это нормой своей жизни и проявлением заботы о себе и собственном теле.

Как мы также видим по рисунку 1, уровень эмоциогенного пищевого поведения у людей с алиментарным ожирением также сильно выше нормативного значения и равен 2,65 баллов. В группе условно здоровых

людей эмоциогенное поведение выражено на нормальном уровне. Такой вид пищевого можно охарактеризовать, как гиперфагическую реакцию на стрессовую ситуацию, на какое-то переедание, вызванное эмоциями человека. Если человеку диагностирован такой вид пищевого поведения, то он ест не потому, что голоден, а потому что находится в состоянии эмоционального дискомфорта – его что-то беспокоит, раздражает, у него нет настроения или оно крайне негативное. Такое поведение часто возникает у людей, которые находятся в состоянии подавленности, они обижены, разочарованы в чем-то, потерпели неудачу из-за чего-то, такому человеку скучно жить, он чувствует себя одиноким. Другими словами, человек с эмоциогенным пищевым поведением все свои беды всегда заедает. Это можно сравнить с алкоголиком, который все свои несчастья запивает большими дозами спиртных напитков.

К сожалению, компульсивное переедание действительно является ключевой проблемой среди людей с алиментарным ожирением. Люди с лишним весом могут болезненно переживать восприятие своего внешнего вида, неудачные попытки похудеть и привести свой вес в норму. Все эти жизненные трудности могут активно «заедаться», что приводит к нарушению пищевого поведения. Основная проблема и причина дистресса человека с алиментарным ожирением видится ему в лишнем весе, хотя в реальности ожирение вызвано дисгармонией в других жизненных сферах. При таком варианте процесс переедания является неосознанным, беспрестанные усилия по избавлению от избыточного веса служат поводом для игнорирования реальных проблем

Что касается третьего типа пищевого поведения – экстернального, то в группе людей с алиментарным ожирением он находится на уровне выше нормы и равен 3,12 баллов. В группе условно здоровых людей он выражен на нормальном уровне. При таком виде пищевого поведения у человека повышенная реакция на прием пищи, только она обусловлена не внутренними гомеостатическими стимулами, к числу которых относится

уровень сахара, жирные кровяные кислоты, полный желудок, моторика кишечника. Реакция на пищу у человека с таким пищевым поведением возникает из-за того, что они просто видят еду на столе или же в рекламе. Такие люди могут есть постоянно, они не придерживаются графика, им неважно, когда последний раз они принимали пищу. Очень важно также для человека с таким типом пищевого поведения, насколько ему доступна еда. Люди с лишним весом, как правило, чувствительны к теме еды, поэтому вполне могут быть подвержены экстеральному типу пищевого поведения.

Для оценки достоверности полученных различий был проведен сравнительный анализ между двумя группами с использованием статистического критерия Манна-Уитни. Результаты анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты сравнительного анализа показателей пищевого поведения в экспериментальной и контрольной группах

Тип поведения	Среднее значение (M) С алиментарным ожирением	Среднее значение (M) Условно здоровые	U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p
Ограничительное поведение	2,8	2,32	195*	0,032
Эмоциогенное поведение	2,65	1,74	136,5**	0,008
Экстернальное поведение	3,12	2,73	209*	0,044

Примечание: * - уровень значимости $p < 0,05$,
 ** - уровень значимости $p < 0,01$

Как можно видеть по таблице 1, результаты сравнительного анализа подтверждают наши выводы, сделанные ранее. Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые люди значительно различаются по показателям ограничительного ($U = 195$, $p < 0,05$), эмоциогенного ($U = 136,5$, $p < 0,01$) и экстернального поведения ($U = 209$, $p < 0,05$). Все три типа нарушения

пищевого поведения значимо выше в группе людей с алиментарным ожирением. Это еще раз подтверждает тот факт, что люди с алиментарным ожирением склонны использовать диеты в качестве инструмента контроля веса, также склонны «заедать» свои эмоциональные проблемы и активно реагировать на внешние пищевые стимулы.

Далее рассмотрим индивидуально-типологических черты в двух группах. На рисунке 2 представлены средние значения индивидуально-типологических черт личности людей с алиментарным ожирением и условно здоровых людей.

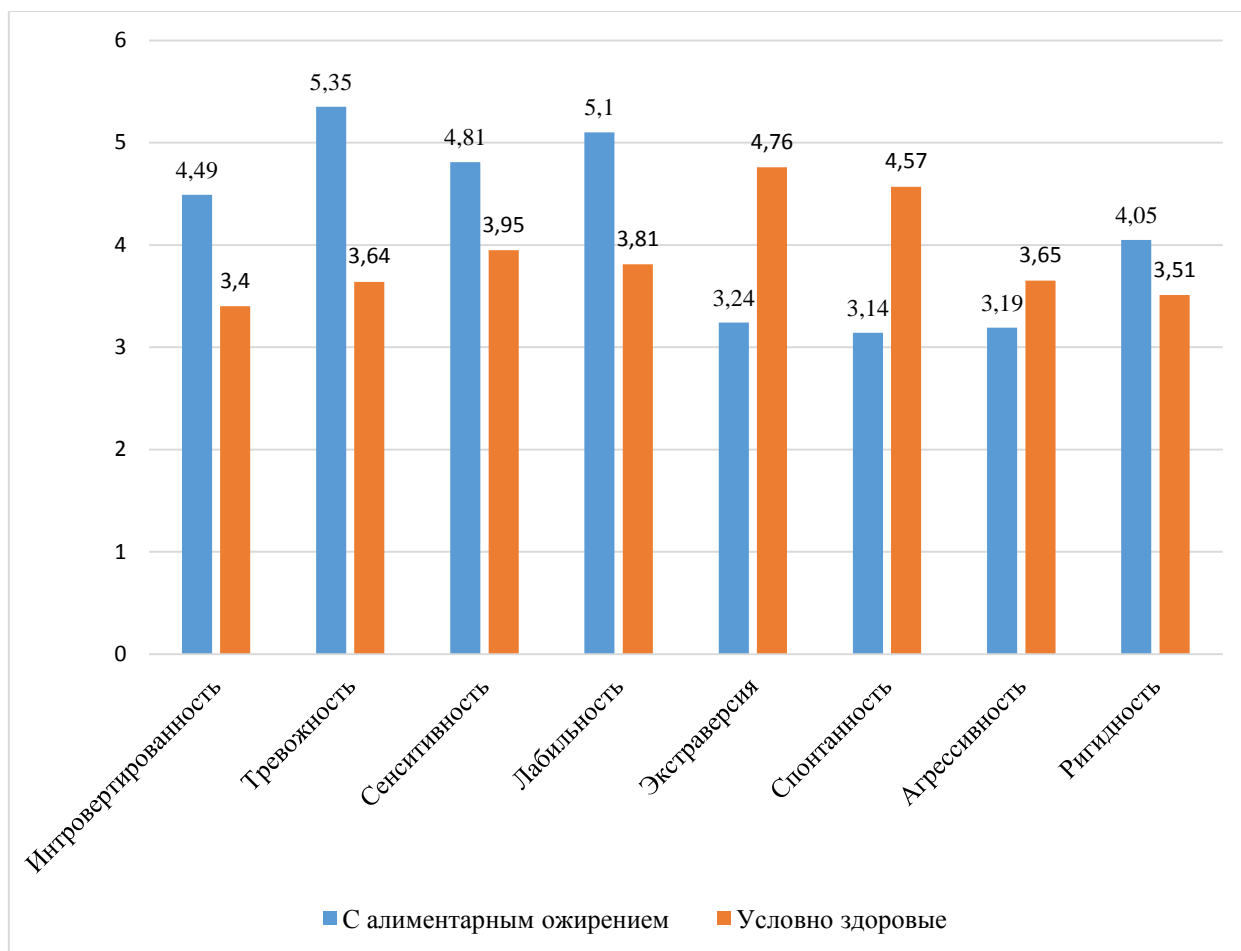


Рисунок 2 – Средние значения индивидуально-типологических черт личности в экспериментальной и контрольной группах

Как можно видеть по рисунку 2, наши респонденты в общем и целом находятся в диапазоне нормативных значений. При этом, в группе людей с

алиментарным ожирением выявлены умеренные акцентуации по показателям тревожности и лабильности. Тревожность указывает на осторожность, обдумывание решений, чувство ответственности по отношению к другим; повышенную озабоченность трудностями родных и близких, а также своими собственными проблемами и неудачами; стремление к помощи людям.

Лабильность указывает на эмотивность (повышенную чувствительность), резкие перепады настроения, сентиментальность; неустойчивость мотивации, склонность к эмоциональной вовлечённости; предрасположенность к работе творческого и социального характера.

Это позволяет нам говорить о том, что люди с алиментарным ожирением высоко тревожные и эмоционально лабильные. Данные результаты полностью соответствуют предыдущим исследованиям.

Исходя из результатов современных исследований, преимущественное количество пациентов с компульсивным перееданием, которое составляет порядка 67-79%, страдает также перепадами настроения и сильной тревожностью [25]. Проходившие обследование женщины в рамках интервью указывали на то, что на потребление пищи их подталкивает тревожное чувство, разочарование, плохое настроение, скука или одиночество.

Также по рисунку 2 мы видим, что в группе с алиментарным ожирением выше показатели интровертированности, тревожности, сенситивности, лабильности и ригидности. В свою очередь, в группе условно здоровых людей выше показатели экстраверсии, спонтанности и агрессивности.

Для оценки достоверности полученных различий был проведен сравнительный анализ между двумя группами с использованием статистического критерия Манна-Уитни. Результаты анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты сравнительного анализа показателей индивидуально-типологических черт личности в экспериментальной и контрольной группах

Черты личности	Среднее значение (М) С алиментарным ожирением	Среднее значение (М) Условно здоровые	U- критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p
Интровертированность	4,49	3,40	161*	0,032
Тревожность	5,35	3,64	94**	0,001
Сенситивность	4,81	3,95	193*	0,040
Лабильность	5,10	3,81	101**	0,004
Экстраверсия	3,24	4,76	155*	0,021
Спонтанность	3,14	4,57	142*	0,018
Агрессивность	3,19	3,65	276	0,211
Ригидность	4,05	3,51	253	0,115

Примечание: * - уровень значимости $p < 0,05$,
 ** - уровень значимости $p < 0,01$

Как мы видим по таблице 2, люди с алиментарным ожирением и условно здоровые люди действительно значимо различаются по показателю интровертированности ($U = 161$, $p < 0,05$). Данный показатель значимо выше в группе людей с алиментарным ожирением. Интровертированность указывает на то, что внимание человека обращено в его внутренний мир – мир его личных переживаний и представлений; склонность к иллюзорным представлениям и субъективным ценностям; стремление к обособленной работе, ограничению контактов с окружающими; избирательное общение. Таким людям обычно тяжело наладить контакты с окружающими, это может вызывать дополнительный стресс, что в свою очередь стимулирует компульсивное переедание.

Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые значимо различаются по показателю тревожности ($U = 94$, $p < 0,01$). Данный

показатель выше в группе людей с алиментарным ожирением. Действительно, другие исследования также показывают, что для людей с психогенным ожирением характерен высокий уровень тревоги [25]. Эта тревога стимулирует невротические компенсаторные реакции, которые помогают индивиду успокоиться и снять стресс. Одной из таких реакций может быть бесконтрольное употребление пищи.

Показатель сенситивности также значимо выше в группе людей с алиментарным ожирением ($U = 193$, $p < 0,05$). Сенситивность указывает на повышенную впечатлительность и чувствительность по отношению к событиям окружающей реальности, рефлексивность, пессимистичный взгляд на будущее; чувство вины при неудачах, неконфликтность, потребность в понимании и гармоничных взаимоотношениях. Повышенная чувствительность и эмоциональность также могут провоцировать переедание, так как это способ справиться со своими эмоциями.

Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые люди значимо различаются по показателю лабильности ($U = 101$, $p < 0,05$). Данный показатель значимо выше в группе людей с алиментарным ожирением. Это означает, что они более эмоционально лабильные, чем здоровые люди. Выше мы уже рассмотрели влияние эмоций на склонность к перееданию, так что не будем дополнительно останавливаться на этом пункте.

Показатель экстраверсии значимо выше в группе условно здоровых людей ($U = 155$, $p < 0,05$). Экстраверсия указывает на направленность внимания во внешний, реальный мир; открытость, склонность к открытому общению и расширению контактов, коммуникабельность; мотивацию к достижению успеха; стремление к социальной работе, а также к повышенной активности и экзальтированности. Мы уже установили, что у людей с алиментарным ожирением выше направленность на себя и замкнутость, так что данный результат представляется вполне логичным.

Показатель спонтанности также значимо выше в группе условно здоровых людей ($U = 142$, $p < 0,05$). Спонтанность указывает на склонность к

независимости и самоутверждению; совершение необдуманных поступков, предприимчивость; стремление к самостоятельной и творческой работе, преимущественно, без подчинения кому-либо. Это говорит о том, что у людей с алиментарным ожирением меньше выражена уверенность в себе и стремление к независимости.

Далее рассмотрим показатели личностной и ситуационной тревожности в двух группах. На рисунке 3 представлены средние значения показателей тревожности у людей с алиментарным ожирением и условно здоровых людей.

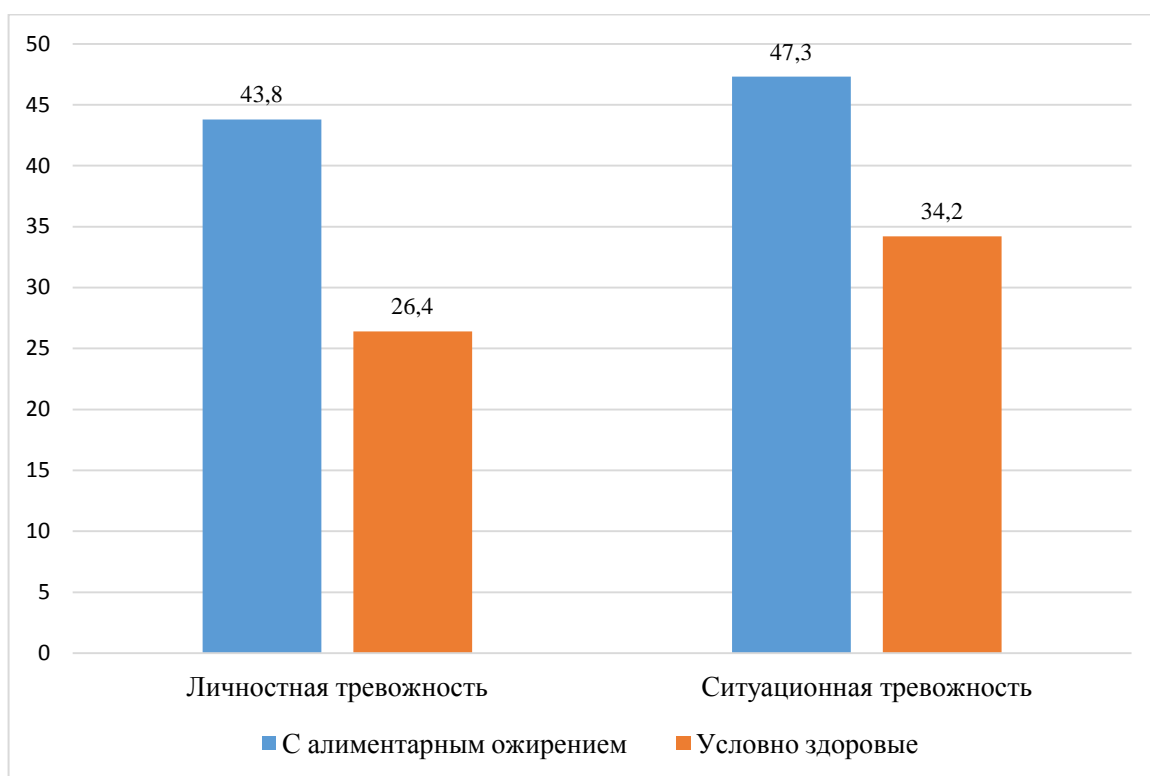


Рисунок 3 – Средние значения показателей тревожности в экспериментальной и контрольной группах

Как можно видеть по рисунку 3, в группе людей с алиментарным ожирением выше показатели как личностной, так и ситуационной тревожности. Состояние ситуационной тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом,

напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Это говорит о том, что люди с алиментарным ожирением в целом воспринимают актуальную ситуацию как стрессовую. Такая реакция на внешние условия может стимулировать компульсивное переедание.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъект и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Как уже было сказано выше, прошлые исследования также показывают, что для людей с психогенным ожирением, характерен высокий уровень тревожности.

Для того, чтобы проверить наличие значимых различий между группами, был проведен сравнительный анализ с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Результаты анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты сравнительного анализа показателей тревожности в экспериментальной и контрольной группах

Тип тревожности	Среднее значение (M) С алиментарным ожирением	Среднее значение (M) Условно здоровые	U- критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p
Личностная тревожность	43,8	26,4	15**	0,001
Ситуационная тревожность	47,3	34,2	24**	0,001

Примечание: * - уровень значимости $p < 0,05$,
 ** - уровень значимости $p < 0,01$

Как мы видим по таблице 3, уровень личностной и ситуационной тревожности значимо различается в двух группах. Оба показателя значимо выше в группе людей с алиментарным ожирением. Это подтверждает наши выводы, полученные ранее.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ позволяет нам говорить о том, что для людей с алиментарным ожирением характерны:

Проявление всех трех нарушений пищевого поведения: ограничительного, экстернального и эмоциогенного пищевого поведения.

Повышенные показатели интровертированности, тревожности, сенситивности и лабильности по сравнению со здоровыми людьми.

Пониженные показатели спонтанности и экстраверсии по сравнению со здоровыми людьми.

Повышенные показатели личностной и ситуативной тревожности по сравнению со здоровыми людьми.

Таким образом, проведенное нами исследование указывает на необходимость разработки специальной коррекционной программы, которая будет направлена на устранение психических факторов, способствующих развитию алиментарного ожирения, на выработку альтернативных приемов пищи способов преодоления негативных эмоций.

2.3 Апробация коррекционной программы по снижению веса

Цель работы – разработать комплексную программу психологической коррекции, направленную на устранение психологических факторов алиментарного ожирения.

Задачи программы:

- коррекция нарушений пищевого поведения;
- коррекция трудностей эмоциональной сферы, являющимися психологическими факторами алиментарного ожирения;
- коррекция высокого уровня тревожности.

Целевая аудитория программы – люди с алиментарным ожирением.

Участники программы – 30 человек с алиментарным ожирением (15 мужчин и 15 женщин в возрасте от 22 до 41 года). Результаты первоначального обследования экспериментальной группы представлены в параграфе 2.2.

Психокоррекционная программа включила в себя 6 содержательных блоков, направленных, как непосредственно на работу с нарушениями пищевого поведения, так на коррекцию психологических факторов алиментарного ожирения. Продолжительность каждого из блоков составила 3 академических часа. Занятия проходили 1-2 раза в неделю на протяжении месяца. Ниже представлена программа психологической коррекции.

Программа психологической коррекции

1. Вводное занятие.

Целью первого блока было развитие представлений об основных этапах психологической коррекции лишнего веса. В рамках данной цели у участников формировались следующие знания и навыки:

- знать о психологических факторах нарушения пищевого поведения;
- знать об основных способах работы с психологическими факторами алиментарного ожирения;
- уметь составлять рацион питания, адекватный потребностям организма.

Таким образом, ключевым компонентом данного блока тренинга было развитие представлений о психологических методах работы с проблемой ожирения. Для реализации данной цели использовались элементы рациональной и разъяснительной психотерапии в форме мини-лекции, групповой дискуссии, а также задания, связанные с самоанализом и критическим переосмыслением. Кроме того, проводилось обучение методу приблизительной оценки энергозатрат и принципам сбалансированного питания. Одно из групповых занятий было полностью посвящено обучению

технике дыхательных упражнений и обсуждению в виде групповой дискуссии принципов неэгоцентрических физических упражнений.

2. Психологическая проработка причин переедания.

Целью данного блока являлся поиск и преодоление основных психологических причин переедания. Данная часть тренинга была направлена на развитие следующих навыков:

- уметь работать с мотивационным компонентом снижения веса;
- понимать свои психологические причины, которые приводят к экстернальному или эмоциогенному перееданию;
- владеть основными инструментами преодоления данного паттерна поведения.

Для достижения поставленной цели использовались индивидуальные кейсы, связанные с текущей с эмоциогенным и экстернальным перееданием и его причиной, которые обсуждались в процессе групповой работы. Также участниками изучались конкретные приемы и техники, направленные на работу с данными типами пищевого поведения. Например, участники освоили следующие техники психоэмоциональной саморегуляции, так как при эмоциогенном переедании они используют прием пищи как способ совладания со стрессом. В качестве альтернатив им было предложено:

Упражнение «Дыхание по квадрату»: необходимо совершать дыхательные циклы по определенному принципу с задержкой дыхания между вдохом и выдохом.

Упражнение «Мои способы справиться со стрессом»: участникам необходимо было составить список способов справиться со стрессом за исключением приема пищи.

Для работы с экстернальным типом пищевого поведения участникам предлагалось упражнение «Ревизия кухни». Им необходимо было вспомнить, какие обычно продукты находятся на кухне у них дома и в холодильнике. Указать, от каких продуктов они хотели бы отказаться, так как те вызывают у них импульсивное желание съесть, даже когда участники не голодны. К

следующему занятию участникам необходимо было убрать данные продукты из зоны видимости.

На данном этапе активно использовались как гипносуггестивные техники в виде недирективных методов запуска бессознательного поиска и идентификации проблемы, так и обучение навыкам самовнушения.

3. Развитие осознанного типа питания.

Целью данного этапа стало развитие осознанного типа питания у участников. Для достижения данной цели у участников формировались следующие знания и навыки:

- уметь различать чувство голода и аппетита;
- уметь проявлять осознанность во время приема пищи;
- уметь лучше чувствовать состояние насыщения.

Для достижения поставленной цели были использованы: обсуждение в группе различий понятий голода и аппетита, обсуждение вариантов типичных ситуаций, связанных как с утолением голода, так и с удовлетворением аппетита, поиск и вербализация участниками различий эмоционального восприятия обсуждаемых ситуаций; гипносуггестивные методики для формирования условно-рефлекторного неприятия переедания и употребления высококалорийной пищи, обучение техникам самовнушения в состоянии бодрствования. различные упражнения с дальнейшим обсуждением в группе.

Например, с участниками было предложено упражнение «Осознанность при приеме пищи». Каждый участник получил немного изюма (до этого ведущий группы удостоверился, что ни у кого нет аллергии на изюм). Участникам было предложено очень медленно есть изюм, сконцентрировавшись на своих ощущениях. Параллельно необходимо было задавать себе вопросы: нравится ли мне вкус изюма? Хочется ли мне его есть? Голоден я сейчас или нет?

Также было проведено упражнение «Сканирование тела». Участникам под инструкцию ведущего необходимо было обращать внимание на ощущения, возникающие в разных частях тела.

4. Развитие адекватного самоотношения.

Целью данного блока тренинга являлось инициирование адекватного самоотношения у людей с алиментарным ожирением. В процессе достижения данной цели у участников формировались следующие навыки:

- ценить и принимать себя вне зависимости от веса;
- уметь проявить самоподдержку в стрессовые периоды;
- уметь реалистично оценить отношение к себе со стороны других людей.

Для достижения поставленных целей были использованы задания, связанные с развитием позитивного самоотношения, а также групповая дискуссия.

Например, с участниками было проведено упражнение «Письмо поддержки»: необходимо было написать письмо, адресованное себе, выразить в нем слова поддержки и уверенность, что получится справиться с проблемами.

Также было проведено упражнение «Мои сильные стороны»: участникам необходимо было рассказать в группе о своих сильных сторонах, все остальные участники и ведущий дополняли этот рассказ.

5. Развитие навыка эмоциональной регуляции.

Целью данного блока стало развитие навыка эмоциональной регуляции у людей с алиментарным ожирением. В рамках достижения поставленных целей формировались следующие навыки:

- понимать причину возникновения своих негативных эмоций.
- уметь помочь себе справиться эмоционально в стрессовой ситуации, не прибегая к приему пищи.
- уметь облегчить свое состояние при переживании негативных эмоций.

Для достижения поставленных целей использовались задания, направленные на лучшее понимание себя и развитие навыка саморегуляции. Проводилось обучение техникам прогрессивной мышечной релаксации, медитации и самовнушению в состоянии транса. Использовалась техника ресурсных трансов, активация процессов бессознательного поиска.

б.Снижение уровня тревожности.

Целью данного блока является снижение уровня тревожности у людей с алиментарным ожирением. В рамках достижения поставленной цели формировались следующие навыки:

- понимать причину возникновения тревоги;
- оказывать себе необходимую психологическую самопомощь при возникновении тревоги;
- предотвращать возникновение тревоги, работая с ее причинами.

Для достижения поставленной цели были использованы практические упражнения, индивидуальная работа и работа в мини-группах по обучению технике аутогенной тренировки по Шульцу, аутотренингу [8].

Ниже мы рассмотрим некоторые методы, упомянутые в описании программы.

Методы мышечной релаксации.

Под мышечной релаксацией подразумевают технику телесно-ориентированной психотерапии. В основе релаксационных методик лежат восточные духовные и религиозные практики, определённые техники психорегуляции. При проникновении в европейскую культуру они претерпели значительные преобразования, были переработаны и адаптированы для достижения тех целей, которые преследуют современный человек в условиях современного общества. Метод релаксации в своей деятельности впервые применил американский психолог Джекобсон.

Джекобсон занимался изучением объективных проявлений эмоций. Одним из способов оценки эмоционального состояния человека сложилась регистрация уровня мышечного напряжения. Он обнаружил взаимосвязь

между мышечным напряжением и нервно-психическим напряжением. Такое состояние Джекобсон назвал нервно-мышечной гипертензией. Он доказал, что расслабление мышц помогает снять состояние гипервозбуждения нервной системы, в результате чего наступает состояние расслабленности, восстанавливается равновесие, восстанавливается адаптационный потенциал организма. Поэтому обучение человека навыкам мышечного расслабления полезно для снятия психической напряженности, а также для устранения многих симптомов психосоматических заболеваний, таких как гастрит, язва, бронхит, головная боль, гипертония. Мышечная релаксация полезна для спортсменов, поскольку регулярные тренировки приводят к развитию мышечного напряжения, как следствие развивается нервно-психическое перенапряжение, устойчивый стресс [19].

В качестве дополнительных эффектов мышечной релаксации выступает улучшения сна, устранение мышечных зажимов, эмоциональная разрядка, повышение работоспособности. Существует множество техник, приемов, методов, направленных на снятие напряжения и релаксацию.

Релаксационный метод является одним из основных методов, применяемых при оказании психологической помощи различным категориям населения. Релаксация - это вспомогательные приемы спортивной и аутогенной тренировки, логопедической работы, актерского мастерства.

Обучение человека навыкам мышечной релаксации подразумевает последовательное выполнение определённых упражнений. Методы психической релаксации применяются после интенсивных тренировок. Цель данного этапа - найти в теле участки застойного мышечного напряжения, боли, дискомфорта. Особенно важно работать с теми участками, в которых физические ощущения дискомфорта связаны с определёнными эмоциями, чаще всего неприятными. После такого обнаружения участков дискомфорта необходимо сделать глубокий продолжительный выдох, и немного сбросить напряжение. Это так называемый выдох с облегчением. Для достижения

результата на данном этапе, необходимо научиться работать с мышцами и контролировать свое дыхание.

Основой мышечного расслабления является контроль собственного дыхания. Человек должен научиться чётко контролировать свой вдох, выдох, продолжительность и глубину дыхания. Часто приемы мышечной релаксации совмещаются со средствами мануальной терапии, постизометрической релаксации, пассивными движениями [19].

Существуют различные методы мышечной релаксации. Самым известным является метод прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону. В основе данного метода лежат следующие принципы: после сильного мышечного напряжения наступает сильное мышечное расслабление. То есть, для того чтобы расслабить какую-то мышцу, её нужно сначала сильно напрячь. Суть данного метода заключается в попеременном расслаблении и напряжении различных групп мышц. Это позволяет добиться максимального расслабления всего тела. Метод прогрессивного расслабления - это наиболее доступный метод, который широко применяется в различных сферах человеческой деятельности, в том числе и в спортивной.

Широко применяется и метод И. Шульца, суть которого состоит в том, что для достижения состояния релаксации, необходимо использовать не реальное предварительное напряжение мышцы, а идеомоторную модификацию тонуса. Это так называется самый метод мысленных движений. Согласно этому принципу, лишь мысленное представление расслабленности вызывает соответствующую физиологическую реакцию организма, без участия сознания. Главными элементами релаксации здесь становится сенсорное осознание и направленное воображение. Это тщательное наблюдение и запоминание тех телесных ощущений в расслабленных мышцах, которые вызывают комфортное состояние. Постепенно формируется навык произвольного воспроизведения этих ощущений. Постепенно улучшается функциональное состояние организма. Этот метод релаксации является более продвинутым, поскольку его освоение

позволяет человеку управлять собственным состоянием организма, эффективно справляться с напряжением и стрессом.

Методы психической саморегуляции (аутотренинг).

Психическая саморегуляция представляет собой метод самокодирования собственной психики. Психическую саморегуляцию также называют аутотренингом.

Аутотренинг, или аутогенная тренировка представляет собой метод самопогружения. Он осуществляется на фоне измененного состояния сознания. В процессе тренировки происходит смена определенных психологических установок. В результате происходит психокодирование личности. Отмечается торможение различных участков коры головного мозга. В этот период возрастает внушаемость, и подаваемые в этот момент формулы самовнушения, или самоприказы хорошо усваиваются подсознанием. В результате аутогенной тренировки формируются установки, которые в последующем переходят в устойчивые паттерны поведения. Аутогенная тренировка является уникальной возможностью обеспечить саморегуляцию организма, возможность регулирования собственного психического состояния. Важным условием является регулярность тренировок. Метод обладает высокой эффективностью. При использовании данного метода существенно повышается работоспособность, выносливость организма, повышается способность к восприятию и запоминанию информации, повышается эффективность учебной и тренировочной деятельности. Следует выделить несколько основных этапов аутогенной тренировки:

1. мышечное расслабление;
2. погружение в транс;
3. самостоятельное введение в мозг определённых форм самовнушения (психокодирование) [19].

Физиологические основы метода психической саморегуляции довольно просты. Метод аутогенной тренировки представляет собой сосредоточенное

расслабление. При этом расслабление мышц сопровождается ощущением тяжести, происходит наполнение кровью капилляров кожи, что приводит к возникновению ощущения тепла. Концентрация на физических ощущениях тела способствует притоку крови в капиллярах кожи.

Аутогенная тренировка по Шульцу - это одна из наиболее известных и эффективных методик психической саморегуляции [8]. Она включает две ступени. Первая - низшая ступень, направлена на обучение расслаблению мышцы при помощи специальных упражнений. Данные упражнения направлены на возникновение ощущения тяжести, тепла. На первой ступени важно овладеть ритмом собственной сердечной деятельности, дыханием.

Вторая ступень - высшая ступень, или аутогенная медитация. Пациент должен принять определенное положение, и выполнить упражнение, состоящее из мысленного повторения специальных формул самовнушения. Упражнение следует повторять 5-6 раз. Формулы самоприказа выглядят примерно следующим образом:

- я чувствую, что моя рука тяжелеет!
- я чувствую, что моя нога становится тяжелой, неподвижной!

В начале практики аутотренинга примерно 40% практикующих чувствует тяжесть преимущественно в локтевой зоне. Именно эта зона является наиболее напряженной. Однако нам необходимо вызвать генерализацию тяжести, то есть ощущение тяжести и расслабленности должно распространяться на весь организм. С развитием расслабленности повышается уровень пассивной концентрации и восприимчивости организма.

При аутотренинге важно создать соответствующую обстановку. Человек должен находиться в тихой спокойной обстановке, способствующей пассивной концентрации на собственных установках, ощущениях. При концентрации не должно возникать никаких мыслей, не должно быть никаких привязанностей по отношению к различным физическим объектам [13].

Необходимо отключить активное функционирование сознания. Только в таком состоянии собственные слова могут закодировать мозг, то есть наступит эффект психопрограммирования.

При освоении основных упражнений аутотренинга возникает особое состояние аутогенного погружения, которое называют переключением, и определяют, как физиологическое снижение биологического тонуса при сохраненном сознании. Это состояние характеризуется как промежуточное звено между сном и бодрствованием, и вызвано снижением активности коры головного мозга при отсутствии внешних раздражителей. Происходит сокращение мыслительных процессов. Такое состояние возникает в результате сосредоточенности на формулах аутогенной тренировки.

Методы вербального внушения и самовнушения.

Внушение представляет собой систему определенного воздействия на психику человека в обход сознания. Суть данного метода заключается в коммуникативном влиянии на сознание человека без осмысления и критической оценки получаемой информации. Вербальное внушение - это внушение через слова. Вербальное внушение позволяет внедрить в психику человека определенные мысли, идеи, убеждения, эмоции, чувства. В процессе внушения эти идеи воспринимаются как факт, и не подвергаются логическому анализу со стороны сознания. В ходе внушения происходит слепое усвоение предлагаемой информации, согласно которой в дальнейшем человек будет думать, чувствовать, действовать согласно той информации, которую ему внушили [12].

Внушение и самовнушение используется для того, чтобы изменить нежелательное поведение человека. Внушение позволяет убрать ненужные действия, сформировать необходимые ощущения, чувства. Чаще всего методы вербального самовнушения применяются для того, чтобы вызвать устойчивое мышечное расслабление, снять нервно-психическое перенапряжение. Для того, чтобы внушение имело силу воздействия, его необходимо повторять многократно. Поэтому одним из основных условий

эффективности вербального самовнушения, является систематичность и регулярность тренировок. Начальные результаты самовнушения проявляются не сразу. Но впоследствии результат обязательно реализуется. Поэтому не стоит ждать результата сразу.

Методы вербального самовнушения требуют длительного сосредоточения и систематичности тренировок. Инструментами внушения и самовнушения является слово, голос. В основе воздействия лежит темп речи, интонация, тембр. Существует несколько основных способов внушения:

- внушение во время бодрствования человека, когда он находится в активном состоянии сознания. Для этого необходимо воздействие профессионала (психолога, психиатра, телесно-ориентированного терапевта);
- внушение во время релаксации, при котором происходит интенсивное мышечное психологическое расслабление. Этот метод позволяет производить самовнушение, при котором человек, находясь в расслабленном состоянии, внушает сам себе определенные мысли, образы;
- третий способ - внушение посредством гипноза, при котором человек попадает в измененное состояние сознания (для такого способа требуется гипнотерапевт).

Основными формами внушения является уговаривание, давление, эмоционально-волевое воздействие. Самовнушение относится к эмоционально-волевым воздействиям [19].

Методы дыхательных упражнений.

Дыхательные упражнения способствуют интенсивному расслаблению организма. В зависимости от степени подготовки, техника правильного дыхания займёт у различных людей от 1 до нескольких недель. Комплекс упражнений для дыхательной гимнастики включает несколько базовых приемов, которые необходимо освоить первоначально. Затем на их основе формируются более сложные дыхательные упражнения.

Дыхательные техники являются эффективным средством снятия стресса, расслабления организма. Это связано с тем, что благодаря работе органов дыхания наш организм насыщается кислородом, очищается, что приводит к нормализации физиологического функционального состояния основных органов и систем. Функция дыхательной системы состоит не только в дыхания и газообмене, но и связана с обеспечением функциональных возможностей организма, с защитой от воздействий внешней среды.

Ткань легких участвует в водно-солевом обмене, участвуют в гормональной регуляции. Комплексы дыхательных упражнений позволяют укрепить дыхательный аппарат и сделать более интенсивным процесс очищения организма, улучшают обменные процессы, позволяют увеличить жизненную емкость легких, повысить гибкость основных структур организма.

Самые известные дыхательные упражнения описаны в методиках К.П. Бутейко, А.Н. Стрельникова, в системах бодифлекс, оксисайз, йоге (пранаяма), оздоровительных китайских практиках. Правильное дыхание лежит в основе многих йогических практик, оздоровительного цигун. Правильное дыхание способствует оптимальному функционированию основных систем организма. Неправильное дыхание приводит к нарушениям сердечно-сосудистой системы, к развитию заболеваний дыхательной системы, ожирению, преждевременному старению [2].

Неэгоцентрические физические упражнения.

Неэгоцентрические физические упражнения представляет собой систему физических упражнений, используемых для лечения заболеваний, обусловленных стрессом. Это упражнения, применяемые для лечения так называемых болезней цивилизации. Они должны удовлетворять трём основным критериям.

Первый критерий - с физиологической точки зрения упражнения должны быть аэробными. То есть они должны обеспечивать высокий уровень насыщения тканей кислородом.

Второй критерий – упражнения должны включать в себя ритмические координированные движения. Они не должны быть беспорядочными и сложно координированными.

Третий критерий - упражнениям должно быть присуще такое свойство, которое Р. Розенфельд определил, как «...неэгоцентричность, то есть отсутствие каких-либо соревновательных целей, стремлений. Неэгоцентрическое упражнение представляет собой любое физическое упражнение, свободное от компонента самооценки. Упражнение направлено не на достижение определенного результата, а непосредственно на сам процесс выполнения. Данные упражнения не направлены на достижение победы, поражения соперника, не несут в себе духа соперничества» [52]. Они широко применяются в спортивной деятельности, требующей много энергии, поскольку эффективно снимают физическое и нервно-психическое напряжение, стресс, повышают уровень адаптационных возможностей организма [36].

Эгоцентрические упражнения подразумевают индивидуальный характер, то есть, направленность на достижение определенных целей оздоровления. Применение неэгоцентрических упражнений протекает поэтапно.

Первый этап – медицинское обследование. На этом этапе обязательно проводится диагностическое обследование пациентов: измеряются, анализируются основные физиологические показатели, такие как артериальное давление, пульс, температура тела, частота дыхательных движений. Учитываются индивидуальные физиологические и психологические особенности: координация, эмоционально-волевое состояние. На основе полученных результатов разрабатывается

индивидуальная программа коррекции физического и эмоционального состояния.

Во время выполнения программы проводится периодический контроль, в ходе которого оцениваются индивидуальные показатели в динамике. В основе оценки эффективности разработанной программы лежит определение оптимального уровня тренировочной нагрузки. При хорошей подготовленности занимающихся тренировочный диапазон составляет от 70 до 80% от максимальной частоты сердечных сокращений. При этом 80% - максимальный пульс на тренировке, выше которого возникает риск перегрузки. Тренировка подразумевает создание индивидуальной программы, которая будет обеспечивать оптимальную тренировочную нагрузку в аэробном режиме. Тренировка имеет определенную структуру. Обязательно должна быть разминка, основная часть, подразумевающая как минимум 20-30 минут тренировки на оптимальный пороговой интенсивности, и заминка [19, с. 108-110].

2.4 Анализ полученных результатов

Для того, чтобы подтвердить эффективность предложенной в данной работе комплексной программы психологической коррекции, направленной на устранение психологических факторов алиментарного ожирения, проанализируем показатели пищевого поведения, индивидуально-типологических черт личности и тревожности до и после проведения программы. Сводные данные результатов психодиагностики представлены в Приложении Б.

Для начала сравним выраженность нарушений пищевого поведения до и после проведения программы. Результаты сравнения отражены в таблице 4 и на рисунке 4.

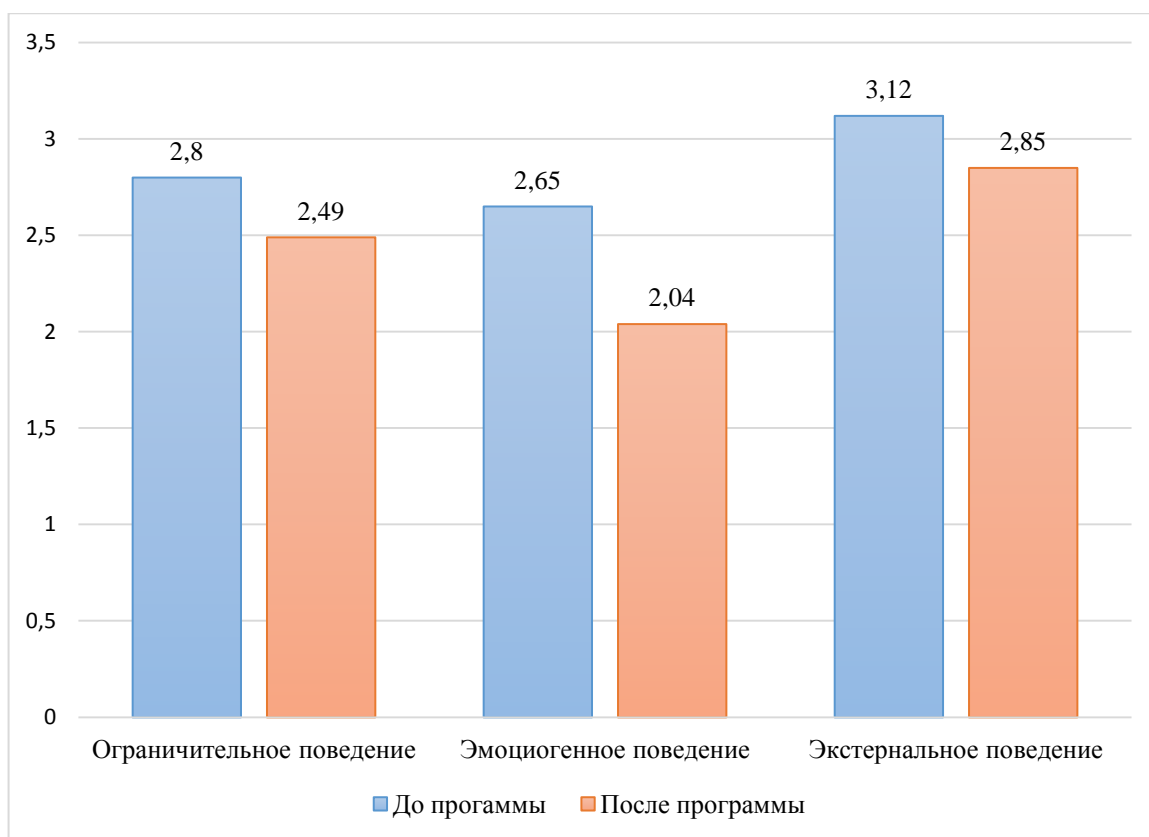


Рисунок 4 – Показатели пищевого поведения участников до и после проведения программы

Таблица 4 – Описательные статистики и сравнение средних показателей пищевого поведения участников до и после проведения программы

Тип поведения	Среднее значение (M)		Критерий Вилкоксона	Уровень значимости p
	До программы	После программы		
Ограничительное поведение	2,8	2,49	-4,639**	0,001
Эмоциогенное поведение	2,65	2,04	-4,820**	0,001
Экстернальное поведение	3,12	2,85	-3,550**	0,001

**достоверные значения на уровне $p < 0,01$.

Как можно видеть из таблицы 4, действительно уровень выраженности всех нарушений пищевого поведения значимо снизился за время проведения коррекционной программы. Мы видим, что даже после проведения программы уровень показателей пищевого поведения пока остаётся

несколько повышен, однако мы связываем это с относительно короткой длительностью программы. Мы можем предположить, что при ее продолжении будет усиливаться позитивный эффект. Таким образом, мы можем говорить о том, что разработанная программа является эффективным методом коррекции психологических факторов алиментарного ожирения.

Рассмотрим также изменения показателей индивидуально-типологических черт личности участников за время прохождения программы. На рисунке 5 и в таблице 5 представлены результаты сравнительного анализа показателей индивидуально-типологических черт личности до и после проведения программы коррекции.

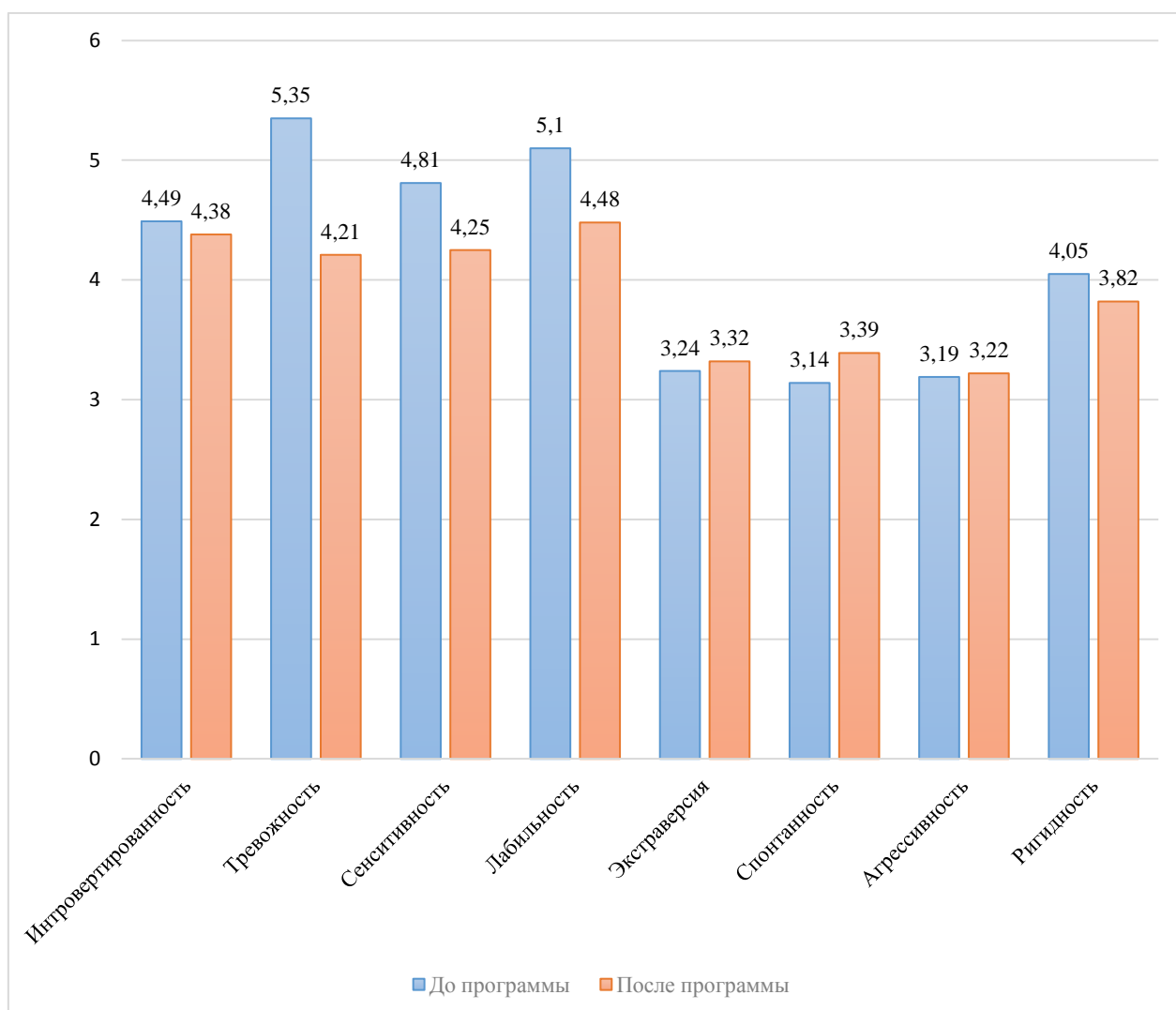


Рисунок 5 – Показатели индивидуально-типологических черт личности участников до и после проведения программы

Таблица 5 – Описательные статистики и сравнение средних показателей индивидуально-типологических черт личности участников до и после проведения программы

Шкалы теста	Среднее значение (М)	Среднее значение (М)	Критерий Вилкоксона	Уровень значимости р
	До	После		
Интровертированность	4,49	4,38	-0,867	0,342
Тревожность	5,35	4,21	-5,633**	0,001
Сенситивность	4,81	4,25	-5,700**	0,001
Лабильность	5,10	4,48	-5,889**	0,001
Экстраверсия	3,24	3,32	0,675	0,422
Спонтанность	3,14	3,39	1,180	0,093
Агрессивность	3,19	3,22	0,217	0,753
Ригидность	4,05	3,82	-1,056	0,082

** достоверные значения на уровне $p < 0,01$.

Как можно видеть из таблицы 5, такие показатели, как тревожность, сенситивность и лабильность значимо снизились за время проведения программы. Это значит вырос уровень регуляции эмоционального состояния участников и снизился уровень их тревожности. По остальным показателям не наблюдается значимых изменений, однако мы связываем это с тем, другие показатели, во-первых, не были мишенью нашей программы, а, во-вторых, являются более устойчивыми чертами личности, которые требуют более длительной коррекции. Таким образом, мы можем говорить о том, что разработанная программа благотворно влияет на снижение психологических факторов алиментарного ожирения.

Теперь рассмотрим изменения тревожности у участников программы. На рисунке 6 и в таблице 6 представлены результаты сравнительного анализа показателей тревожности до и после проведения программы.

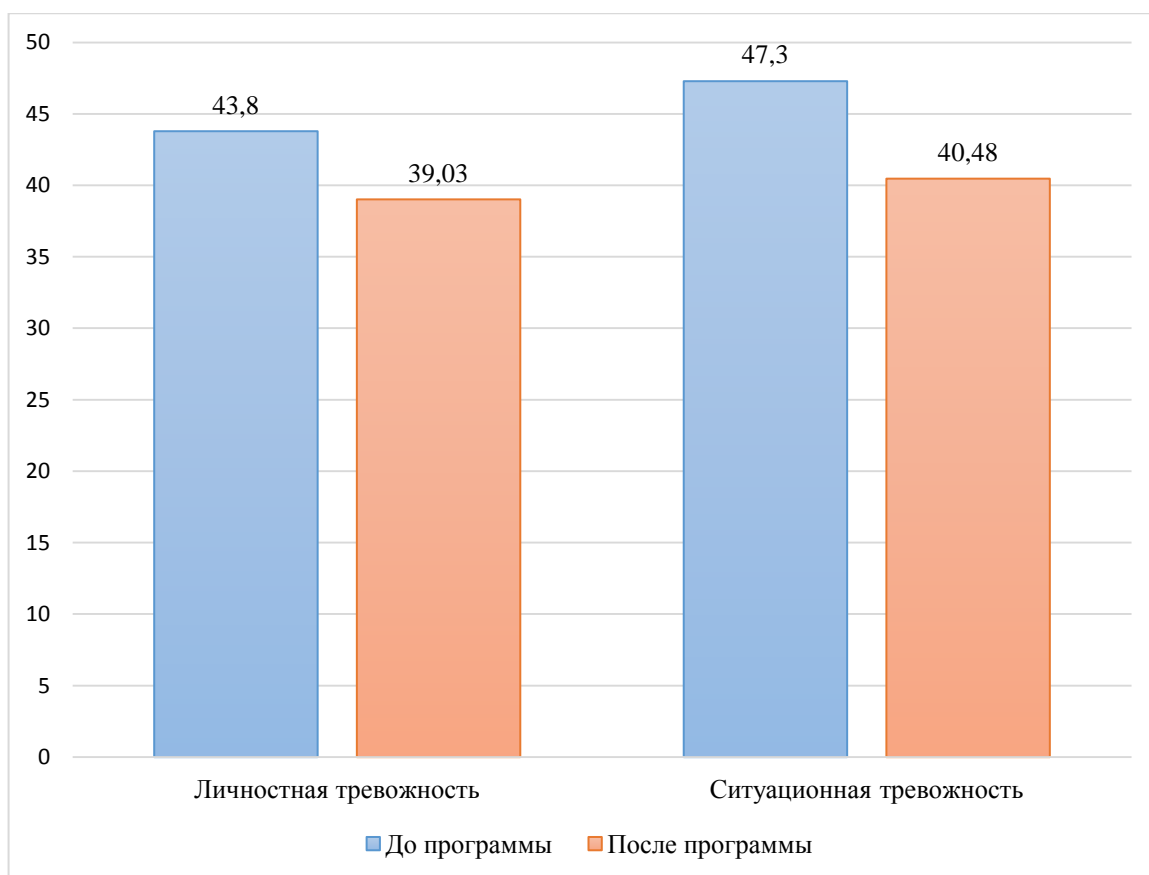


Рисунок 6 – Показатели тревожности участников до и после проведения программы

Таблица 6 – Описательные статистики и сравнение средних показателей тревожности участников до и после проведения программы

Шкалы	Среднее значение (M)		Критерий Вилкоксона	Уровень значимости p
	До	После		
Личностная тревожность	43,8	39,03	-4,813**	0,001
Ситуационная тревожность	47,3	40,48	-5,252**	0,001

** достоверные значения на уровне $p < 0,01$.

Как можно видеть из таблицы 6, действительно уровень как личностной, так и ситуационной тревожности значительно снизился за время проведения программы. Это позволяет нам сделать вывод о том, что разработанная нами программа благотворно влияет на умение управлять своей тревожностью.

Таким образом, проведенный статистический анализ позволяет говорить о том, что разработанная программа является эффективным методом психологической коррекции, направленной на устранение психологических факторов алиментарного ожирения.

Выводы по второй главе

Уровень выраженности ограничительного пищевого поведения у людей с алиментарным ожирением в отличие от здоровых людей несколько выше среднего (нормативного) значения и равняется 2,8 баллов. Такое пищевое поведение характерно для людей, которые себя постоянно ограничивают в еде, изнуряя разного рода диетами.

Уровень эмоциогенного пищевого поведения у людей с алиментарным ожирением также сильно выше нормативного значения и равен 2,65 баллов. В группе условно здоровых людей эмоциогенное поведение выражено на нормальном уровне. Такой вид пищевого поведения можно охарактеризовать, как гиперфагическую реакцию на стрессовую ситуацию, на какое-то переедание, вызванное эмоциями человека.

Что касается третьего типа пищевого поведения – экстернального, то в группе людей с алиментарным ожирением он находится на уровне выше нормы и равен 3,12 баллов. При таком виде пищевого поведения у человека повышенная реакция на прием пищи, только она обусловлена не внутренними гомеостатическими стимулами, к числу которых относится уровень сахара, жирных кислот, степень наполненности желудка, моторика кишечника.

Результаты сравнительного анализа подтверждают наши выводы, сделанные ранее. Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые люди значимо различаются по показателям ограничительного, эмоциогенного и экстернального поведения. Все три типа нарушения пищевого поведения значимо выше в группе людей с алиментарным

ожирением. Это еще раз подтверждает тот факт, что люди с алиментарным ожирением склонны использовать диеты в качестве инструмента контроля веса, также склонны «заедать» свои эмоциональные проблемы и активно реагировать на внешние пищевые стимулы.

Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые люди значительно различаются по показателю интровертированности. Данный показатель значительно выше в группе людей с алиментарным ожирением. Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые значительно различаются по показателю тревожности. Данный показатель выше в группе людей с алиментарным ожирением.

Показатель сенситивности также значительно выше в группе людей с алиментарным ожирением. Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые люди значительно различаются по показателю лабильности. Данный показатель значительно выше в группе людей с алиментарным ожирением. Показатель экстраверсии значительно выше в группе условно здоровых людей. Показатель спонтанности также значительно выше в группе условно здоровых людей.

Уровень личностной и ситуационной тревожности значительно различается в двух группах. Оба показателя значительно выше в группе людей с алиментарным ожирением. Это подтверждает наши выводы, полученные ранее.

Была разработана комплексная программа психологической коррекции, направленная на устранение психологических факторов алиментарного ожирения. Психокоррекционная программа включила в себя 6 содержательных блоков, направленных, как непосредственно на работу с нарушениями пищевого поведения, так на коррекцию психологических факторов алиментарного ожирения. Продолжительность каждого из блоков составила 3 академических часа. Занятия проходили 1-2 раза в неделю на протяжении месяца.

Чтобы подтвердить эффективность предложенной комплексной программы психологической коррекции, направленной на устранение психологических факторов алиментарного ожирения, были проанализированы показатели пищевого поведения, индивидуально-типологических черт личности и тревожности до и после проведения программы.

Проведенный статистический анализ позволяет говорить о том, что разработанная программа является эффективным методом психологической коррекции, направленной на устранение психологических факторов алиментарного ожирения.

Таким образом, мы можем говорить о том, что подтвердилась гипотеза нашего исследования: в основу исследования положено предположение о том, что специально разработанная программа психологической коррекции будет способствовать устранению психических факторов риска развития алиментарного ожирения и позволит достичь положительных результатов в терапии.

Заключение

Данная работа была посвящена роли психологических факторов развития алиментарного ожирения и разработке программы психологической коррекции, направленную на устранение психических факторов развития алиментарного ожирения.

Пищевое поведение человека – это такое поведение, которое показывает, как этот индивид относится к тому, что, как и в каком количестве он принимает в пищу, что для него прием пищи, как он себя начинает вести, если попадает в стрессовую ситуацию, как он представляет себе свое тело, как от этого зависят его пищевые пристрастия.

Исходя из этого, можно сделать вывод, что пищевое поведение – это комплексное понятие, в которое входят установки человека, его поведение и привычки, эмоции, которые человек испытывает, когда видит перед собой еду. Пищевое поведение сугубо индивидуально для каждого человека.

Современная специальная литература много места отводит работам, посвященным пищевому поведению. Например, МКБ-10 создали специальную рубрику F50.4, посвященную перееданию, сочетающемуся с иными психопатологическими нарушениями, как правило, аффективного регистра [27]. Посвященный предыдущему варианту систематики психических расстройств DSM-14 даёт подробное описание типологии расстройств пищевого поведения у пациентов с избыточным весом. Предпринимаются попытки квалификации пато- и психогенеза данных расстройств с психосоциальных и физиологических позиций (конституционально-биологический подход). На это стоит обратить особое внимание, поскольку классификация ожирения как психосоматического расстройства при наличии вторичных невротических проявлений считается традиционной для специальной литературы.

Эмоциогенное пищевое поведение соответствует психогенному перееданию. Последний тип характерен приблизительно для 60% людей, у

которых наблюдается избыточная масса тела и ожирение. Исследователи сформулировали психосоматическую модель, в соответствии с которой пациенты, страдающие от психогенного переедания, принимают пищу из-за эмоционального дискомфорта, а не голода. Иными словами, причиной приема пищи служит не физиологический позыв, не потребность организма в получении питательных веществ и источника энергии, а раздраженность, чувство усталости, грусти, стыда, вины (нередко даже радости).

Можем смело констатировать: ведущая роль в провоцировании выхода из-под контроля процесса избыточного употребления пищи, заканчивающегося ожирением, принадлежит психологическим факторам: негативным эмоциям, неадекватным стратегиям эмоционального регулирования. В первую очередь, это боль, разочарование, одиночество. Склонные к полноте лица страдают алекситимией, при этом они не могут отличать голод от других эмоциональных чувств, фоном для которых служат семейные тревоги и проявления депрессии. Проблемы, провоцируемые избыточным весом, могут положить начало формированию социально-психологической дезадаптации.

Это актуализирует разработку психологических практик, направленных на коррекцию разных аспектов дезадаптивного пищевого поведения. Проведение комплексной диагностики психологических особенностей, стратегий регулирования эмоций, определение типов нарушений пищевого поведения пациентов, способных вызвать накопление избыточной массы тела, тормозить работу по её снижению, являются неотъемлемыми составляющими процесса, нацеленного на достижение долговременного психотерапевтического эффекта.

Полученные психодиагностические данные стали основой разработки стратегий психологической коррекции. Лишь при условии последовательного лечения, интегрирующего разные методики с психологической коррекцией, можно говорить о действенной борьбе с перееданием психогенного свойства.

Проведенное эмпирическое исследование позволило сформулировать следующие выводы:

Уровень выраженности ограничительного пищевого поведения у людей с алиментарным ожирением в отличие от здоровых людей несколько выше среднего (нормативного) значения и равняется 2,8 баллов. Такое пищевое поведение характерно для людей, которые себя постоянно ограничивают в еде, изнуряя разного рода диетами.

Уровень эмоциогенного пищевого поведения у людей с алиментарным ожирением также сильно выше нормативного значения и равен 2,65 баллов. В группе условно здоровых людей эмоциогенное поведение выражено на нормальном уровне. Такой вид пищевого поведения можно охарактеризовать, как гиперфагическую реакцию на стрессовую ситуацию, на какое-то переедание, вызванное эмоциями человека.

Что касается третьего типа пищевого поведения – экстернального, то в группе людей с алиментарным ожирением он находится на уровне выше нормы и равен 3,12 баллов. При таком виде пищевого поведения у человека повышенная реакция на прием пищи, только она обусловлена не внутренними гомеостатическими стимулами, к числу которых относятся уровень сахара, жирных кислот, степень наполнения желудка, моторика кишечника.

Результаты сравнительного анализа подтверждают наши выводы, сделанные ранее. Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые люди значительно различаются по показателям ограничительного, эмоциогенного и экстернального поведения. Все три типа нарушения пищевого поведения значительно выше в группе людей с алиментарным ожирением. Это еще раз подтверждает тот факт, что люди с алиментарным ожирением склонны использовать диеты в качестве инструмента контроля веса, также склонны «заедать» свои эмоциональные проблемы и активно реагировать на внешние пищевые стимулы.

Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые люди значительно различаются по показателю интровертированности. Данный показатель значительно выше в группе людей с алиментарным ожирением. Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые значительно различаются по показателю тревожности. Данный показатель выше в группе людей с алиментарным ожирением.

Показатель сенситивности также значительно выше в группе людей с алиментарным ожирением. Люди с алиментарным ожирением и условно здоровые люди значительно различаются по показателю лабильности. Данный показатель значительно выше в группе людей с алиментарным ожирением. Показатель экстраверсии значительно выше в группе условно здоровых людей. Показатель спонтанности также значительно выше в группе условно здоровых людей.

Уровень личностной и ситуационной тревожности значительно различается в двух группах. Оба показателя значительно выше в группе людей с алиментарным ожирением. Это подтверждает наши выводы, полученные ранее.

Была разработана комплексная программа психологической коррекции, направленная на устранение психологических факторов алиментарного ожирения. Психокоррекционная программа включила в себя 6 содержательных блоков, направленных, как непосредственно на работу с нарушениями пищевого поведения, так на коррекцию психологических факторов алиментарного ожирения. Продолжительность каждого из блоков составила 3 академических часа. Занятия проходили 1-2 раза в неделю на протяжении месяца.

Чтобы подтвердить эффективность предложенной комплексной программы психологической коррекции, направленной на устранение психологических факторов алиментарного ожирения, были проанализированы показатели пищевого поведения, индивидуально-

типологических черт личности и тревожности до и после проведения программы.

Проведенный статистический анализ позволяет говорить о том, что разработанная программа является эффективным методом психологической коррекции, направленной на устранение психологических факторов алиментарного ожирения.

Цель и задачи исследования психологической коррекции, направленной на устранение психических факторов развития алиментарного ожирения выполнены.

Таким образом, мы можем говорить о том, что подтвердилась гипотеза нашего исследования: в основу исследования положено предположение о том, что специально разработанная программа психологической коррекции будет способствовать устранению психических факторов риска развития алиментарного ожирения и позволит достичь положительных результатов в терапии.

Список используемой литературы

1. Абрамова Г. С. Практическая психология: учеб. для студентов вузов М.: Академия, 1999. 521 с.
2. Амбросьева Е. Д. Физиология питания (для СПО): учебное пособие. М. : КноРус, 2018. 192 с.
3. Антонова Р. П. Лечебное питание на дому для больных сахарным диабетом и ожирением: учебное пособие. М. : ПрофиКС, 2014. 240 с.
4. Байрашева В. К., Пчелин И. Ю., Егорова А. Э., Василькова О. Н., Корнюшин О. В. Экспериментальные модели алиментарного ожирения у крыс // *Juvenis scientia*. 2019. №9-10. С. 8-13.
5. Белякова Н. А. Пищевое поведение, образ и качество жизни, а также психологический статус больных с алиментарно-конституционным
6. Белякова Н. А., Лясникова М. Б. Диагностические критерии метаболического синдрома и инсулинорезистентность у пациентов с ожирением // *Сибирский медицинский журнал*. 2012. №8. С. 66-69.
7. Богомолова М. А., Бузина Т. С. Интернет-зависимость: аспекты формирования и возможности психологической коррекции [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России*. 2018. Т. 10, № 2. С. 8. doi: 10.24411/2219-8245-2018-12080
8. Власов Н. А. Краткосрочная терапия тревожных расстройств. М.: Психотерапия, 2019. 76 с.
9. Волевич Л. В. Особенности пищевого поведения у лиц молодого возраста с патологией билиарной системы при избыточном весе среди населения Башкирии // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2014. Т. 111. №11. С. 38-41.
10. Ворохобина Н. В. Ожирение / Под редакцией А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. М.: Диалект, 2013. 240 с.

11. Всемирная организация Здравоохранения [Электронный ресурс] // Официальный сайт. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight> (дата обращения 20.06.2020).
12. Гуськова Е. С. Типы пищевого поведения и качество жизни пациентов с избыточным весом // Медицина: теория и практика. 2019. Т. 4. №3. С. 190-193.
13. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Шестакова М. В. и др. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-й пересмотр (Лечение морбидного ожирения у взрослых) // Ожирение и метаболизм. 2018. Т. 15. № 1. С. 53-70.
14. Егоров М. Н. Ожирение. М.: Медицина, 2015. 306 с.
15. Каримов Т. К., Бермагамбетова С. К. Факторы, вызывающие ожирение и их алиментарная коррекция // Медицинский журнал Западного Казахстана. 2013. №1-2 (38). С. 47-51.
16. Картелишев А. В. Актуальные проблемы ожирения у детей и подростков. М.: Медпрактика-М, 2015. 280 с.
17. Ковалевская А. А. Практика психологической коррекции страхов младших школьников // Гуманитарные науки. 2016. №1. С. 185-190.
18. Комарова Д. Н. Методы психологической коррекции субъективного благополучия // Актуальные исследования. 2020. №1(4). С. 49-51.
19. Костакова И. В. Психологическая коррекция личности: электронное учебное пособие. Тольятти: Изд-во ТГУ, 2016. 214 с.
20. Кузьмина Н. Е. Арттерапия как средство коррекции личностных качеств, определяющих девиантное поведение подростков // Гуманитарный Вектор. 2010. №1. С. 87-92.
21. Малкина-Пых И. Г. Исследование влияния индивидуально-психологических характеристик на результаты коррекции пищевого поведения и алиментарного ожирения // Сибирский психологический журнал. 2008. №30. С. 90-94.

22. Малкина-Пых И. Г. Об одном возможном методе психологической коррекции алекситимии // Сибирский медицинский журнал. 2009. №3. С. 99-107.
23. Малявская С. И., Лебедев А. В. Актуальность выявления метаболических фенотипов ожирения в детском и подростковом возрасте // Альманах клинической медицины. 2015. №42. С. 38-45.
24. Мамайчук И. И. Методологические и методические аспекты психологической коррекции детей и подростков с нарушениями в развитии [Электронный ресурс] // [Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина](#). 2012. С. 5-17.
25. Мельниченко Г. А. Ожирение в практике эндокринолога // Российский медицинский журнал. 2016. Т. 9. № 2. С. 82–87.
26. Менегетти А. Проект «Человек». М.: БФ «Онтопсихология», 2007. 336 с.
27. МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=3234> (дата обращения – 20.06.2020).
28. Москаленко Г. В., Зелинская И. А. Представление о психологическом иммунитете в отечественной психологии [Электронный ресурс] // Российский психологический журнал, 2019, Т. 16, № 3, 33-44. doi: 10.21702/rpj 2019.3.3
29. Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р. В плену у еды: булимия, анорексия, vomiting. Краткосрочная терапия нарушений пищевого поведения / Пер. с итал. О.Е. Игошиной, 3-е, стер. М.: 1000 Бестселлеров, 2019. 320с.
30. Осипова А. А. Общая психокоррекция: учеб. пособие. М.: Сфера, 2001. 512с.
31. Панова Е. И., Мартышина О. В., Данилов В. А. Ассоциированная с ожирением патология: частота, характер и некоторые механизмы формирования // Современные технологии в медицине. 2013. Т.5. №2. С. 108-115.

32. Петеркова В. А., Васюкова О. В. К вопросу о новой классификации ожирения у детей и подростков [Электронный ресурс] // Проблемы эндокринологии. 2015. №2. С. 39-44. doi: 10.14341/probl201561239-44
33. Полякова Е. Я., Пашкова М. В. Личностная тревожность и глубинные влечения у больных алиментарным ожирением: клинико-психологические аспекты // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. 2010. №4. С. 227-231.
34. Психологические особенности больных с различными соматическими заболеваниями [Электронный ресурс] // Интернет-ресурс. URL: <https://studfile.net/preview/5510049/page:3/>
35. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006. 944 с.
36. Психотерапия: учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. 310 с.
37. Раевский А. А. Дифференцированные программы психологической коррекции для пожилых пациентов с органическим расстройством головного мозга // Известия ВГПУ. 2012. С. 147-150.
38. Рассел, Дж. Ожирение. М.: VSD, 2012. 221 с.
39. Севастьянова Т. Н. Крайне высокочастотная терапия как способ улучшения качества жизни у больных алиментарным ожирением // Journal of Siberian Medical Sciences. 2015. №5. С. 1-8.
40. Сидоров П. И. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журн. 2010. №1. URL: ([http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)). Дата обращения: 10.06.2020.
41. Стандарт специализированной медицинской помощи при ожирении [Электронный ресурс] // приложение к приказу Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. № 850 н. – URL: <https://base.garant.ru/70321120/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения – 20.06.2020).

42. Тытарь Е. Т., Тытарь А. Д. Методика диагностики психологической устойчивости // Известия ТРГУ. Тематический выпуск. С. 245-248.
43. Фадеева К. Ф., Кулакова С. В. О проблемах психокоррекционной работы с несовершеннолетними осужденными // Ведомости уголовно-исполнительской системы. 2014. №9. С. 17-20.
44. Фостер Х. Диета с выходными. Как победить лишний вес. М.: Кладезь, 2015. 128 с.
45. Фрэнкин Р. Е. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты: 5-е изд. СПб.: Питер, 2003.
46. Хамнуева Н. Ю., Андреева Л. С., Кошикова И. Н. Ожирение. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение: учебное пособие. Иркутск, 2007. 33 с.
47. Цак К. Каждый день теряем лишний вес. М.: Кладезь, АСТ, Астрель, 2016. 256 с.
48. Цветкова Н. А. Анализ причин социально-психологического неблагополучия женщин, обращающихся за помощью // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2007. С.128-139.
49. Шабанова Т. Л. Исследование нарушений пищевого поведения юношеско-студенческого возраста [Электронный ресурс] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 9. С. 91-95; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=11833> (дата обращения: 11.06.2020).
50. Шаповал И. А. Детерминанты резистентности созависимости к психологической коррекции [Электронный ресурс] // Концепт. 2014. № 09 (сентябрь). ART 14241. 0,6 п. л. URL: <http://e-koncept.ru/2014/14241.htm>
51. Шляхто Е. В. Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (национальные клинические рекомендации): СПб, СпецЛитИздат, 2017. 164 с.

52. Эверли Дж. С., Розенфельд Р. Стресс: природа и лечение: Пер. с англ. М.: Медицина, 1985. 224 с.

53. Chiasson J. L. The stop-NIDDM trial. An international study on the efficacy of an α -glucosidase inhibitor to prevent type 2 diabetes in a population with IGT// *Diabetes Care*. 1998. 21. 1720-1725.

54. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Overweight, obesity, and health risk // *Arch. Intern. Med.* 2015. № 160. P. 898–904.

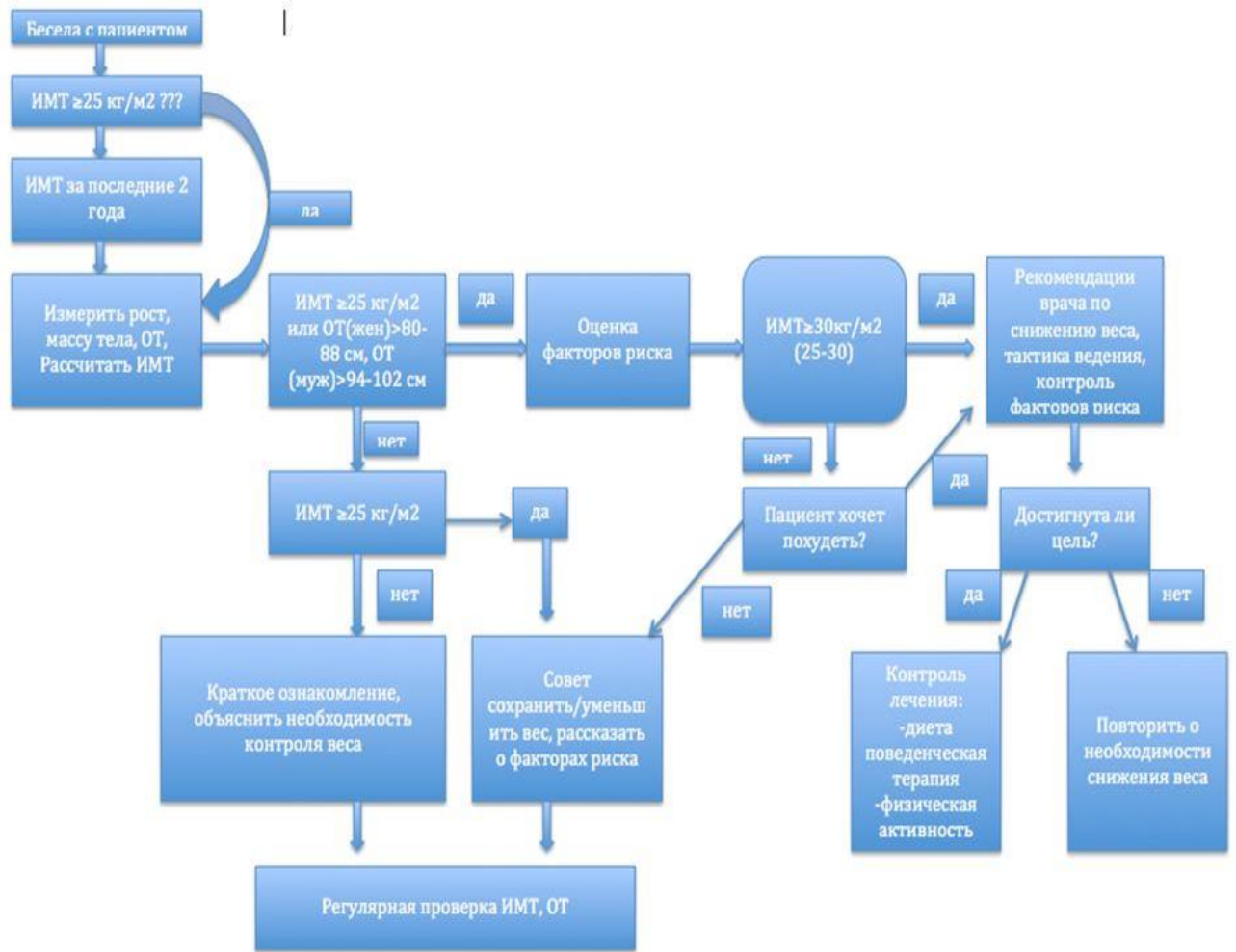
55. Nishimura R. [The Study TO Prevent Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus trial (acarbose)] // *Nihon rinsho. Japanese journal of clinical medicine*. 2005. Vol. 63. P. 478 482.

56. Yang Wenying, Lin Lixiang, Qi Jinwu et al. The preventive effect of Acarbose and Metformin on the IGT population from becoming diabetes mellitus: a 3-year multicentral prospective study// *Clin J Endocrinol*. 2001. 3. 1-7.

57. Zimmet P., Alberti G., Shaw J. A new IDF worldwide definition of the metabolic syndrome: the rationale and results // *Diabetes Voice*. 2005. Vol. 50. P. 31-33.

Приложение А

Выдержки из клинических протоколов МЗ РК



Продолжение Приложения А

Алгоритм диагностики ожирения у взрослых

Жалобы	Осмотр	Эндокринопатии	Методы диагностики
Общая слабость, вялость, сонливость, зябкость, отеки, снижение аппетита, запоры, нарушение половой функции, брадикардия	Гиперстеническое телосложение, одутловатость лица, отечный язык с отпечатками зубов, глухие тоны сердца	Первичный гипотиреоз	ТТГ, свТ4, УЗИ ЩЖ
Перераспределение ПЖК (большой живот, худые руки ноги), покраснение лица, багровые стрии, повышение АД, головные боли, подавленное настроение	Андронидное распределение жира, матронизм, гиперпигментация естественных складок кожи, бордовые стрии, гнойничковые поражения кожи, стойкое повышение АД, нарушения углеводного обмена	Синдром гиперкортицизма	АКТГ, кортизол в крови, экскреция кортизола в суточной моче, малая/ большая проба с дексаметазоном, УЗИ (КТ/МРТ) надпочечников, МРТ или КТ гипофиза
Нарушения менструального цикла, аменорея, выделения из сосков у женщин, снижение потенции, либидо, бесплодие, гинекомастия	Галакторея	Синдром гиперпролактинемии	Пролактин, КТ/МРТ с контрастированием гипофиза, УЗИ яичников матки у женщин, предстательной железы у мужчин
Снижение потенции, либидо, бесплодие, увеличение грудных желез, снижение мышечной массы у мужчин	Евнухоидный тип телосложения, снижение тургора кожи, дряблость мышц, гинекомастия, недоразвитие наружных половых органов	Синдром гипогонадизма (первичный/вторичный)	Тестостерон, ЛГ, ФСГ, эстрадиол, ГСПП, УЗИ грудных желез, рентгенография черепа (боковая проекция), консультация андролога
Нарушения менструального цикла, аменорея, избыточный рост волос на теле у женщин	Андронидный тип телосложения, гирсутизм, вирилизация	Синдром гиперандрогении	ЛГ, ФСГ, ГСПП, тестостерон, 17-ОП, УЗИ малого таза, надпочечников, консультация гинеколога

Лечение

Изменения в питании (А)	Физическая активность (А/В)	Психологическая поддержка (В)
<p>рассчитывают суточную потребность в энергии (снижение суточной калорийности на 600 ккал приводит к снижению веса на 0,5 кг/неделю) пример: 1000 – 1200 ккал для женщин, 1000-1500 ккал для мужчин).</p> <p>При ощущении голода возможно + 100 ккал</p> <p>Энергетическая ценность низкокалорийных диет (НКД) составляет 800–1200 ккал в день</p> <p>. Диеты, обеспечивающие 1200 ккал и более в день, классифицируют как гипокалорические сбалансированные диеты или сбалансированные дефицитные диеты</p> <p>Применение диет, обеспечивающих менее 1200 ккал энергии в день (5000 кДж), могут приводить к дефициту микронутриентов, что может оказывать неблагоприятное влияние на пищевой статус и на исходы лечения.</p>	<p>повышение ежедневной активности (прогулки и езда на велосипеде вместо использования машины, подъем по лестнице вместо использования лифта и т. п.).</p> <p>Пациентам следует рекомендовать и помогать повышать ежедневную физическую активность.</p> <p>В соответствии с современными рекомендациями люди всех возрастов должны большую часть дней недели или все дни хотя бы 30–60 минут выполнять физические нагрузки средней интенсивности (например, активная ходьба) или 150 мин в неделю (5 дней по 30 минут)</p>	<p>Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) включает техники, цель которых помочь пациенту модифицировать его/ее глубинное понимание мыслей и верований, касающихся регуляции массы тела, ожирения и его последствий; эти техники также направлены на поведение, которое способствует успешному похудению и поддержанию достигнутого результата. КПТ включает несколько компонентов, таких как самомониторинг (запись употребляемых продуктов), техника контроля самого процесса приема пищи, контроль стимулов, когнитивные и релаксационные техники</p>

Приложение Б
Результаты психодиагностики

Таблица Б.1 – Совокупные данные по результатам диагностики ИТО, тревожности и типа пищевого поведения

№ ис п.	П ол	Во зра ст	Группа (1- Э, 2 - К)	Ограничительн ое пищевое поведение	Эмоциональн ое пищевое поведение	Экстернально е пищевое поведение	Личнотсн ая тревожно сть	Ситуацион ная тревожно сть	Интروه ртирован ность	Тревожно сть	Сенси тивно сть	Лабильно сть	Экст равер сия	Спон танно сть	Агрес сивно сть	Риг идн ость
1	1	25	1	4	3,6	3,3	42,86	30,00	3,50	5,07	3,27	2,83	2,27	3,83	3,07	3,07
2	1	30	1	2,7	3	3,5	42,86	40,00	3,25	5,50	4,09	4,58	3,09	5,58	3,50	3,50
3	2	41	1	3,4	2,9	2,6	35,71	33,75	3,25	4,64	3,73	3,58	2,73	4,58	2,64	2,64
4	2	36	1	1,9	4,1	4,1	40,00	18,75	6,00	6,00	5,55	4,75	4,55	5,75	4,00	4,00
5	2	27	1	2,2	3,7	4,1	32,86	25,00	4,75	5,21	4,00	4,00	3,00	5,00	3,21	3,21
6	1	34	1	3,4	2,1	4,1	34,29	30,00	3,88	4,57	3,27	4,67	2,27	5,67	2,57	2,57
7	1	32	1	3,8	2,3	3,2	34,29	27,50	4,50	5,71	5,09	4,92	4,09	5,92	3,71	3,71
8	2	35	1	2,1	5	4,3	41,43	37,50	2,75	4,71	3,09	2,83	2,09	3,83	2,71	2,71
9	2	40	1	2,5	2,1	4,3	30,00	30,00	3,75	4,36	3,36	3,67	2,36	4,67	2,36	2,36
10	2	27	1	2,2	2,6	4,2	41,43	42,50	5,75	6,00	5,55	4,42	4,55	5,42	4,00	4,00
11	1	28	1	1,4	2,8	2,2	35,71	30,00	5,00	5,36	4,73	3,50	3,73	4,50	3,36	3,36
12	2	31	1	2,3	2,7	3,4	38,57	42,50	3,63	5,57	4,55	3,92	3,55	4,92	3,57	3,57
13	2	30	1	3,8	2,8	2,6	41,43	45,00	2,75	5,36	5,55	4,25	4,55	5,25	3,36	3,36
14	1	34	1	3,4	5	2,7	32,86	40,00	5,63	5,93	5,91	5,58	4,91	6,58	3,93	3,93
15	2	40	1	3,1	2,5	3,5	34,29	36,25	4,13	4,14	3,45	3,00	2,45	4,00	2,14	2,14
16	1	35	1	3	3,6	3,3	44,29	47,50	4,63	6,00	5,00	3,92	4,00	4,92	4,00	4,00
17	2	32	1	3	3,7	3,6	30,00	32,50	4,25	5,71	4,55	3,83	3,55	4,83	3,71	3,71
18	2	41	1	1,8	4,8	3,8	42,86	40,00	5,25	5,64	4,82	4,17	3,82	5,17	3,64	3,64

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

№ ис п.	П о л	Во зра ст	Группа (1- Э, 2 - К)	Ограничительн ое пищевое поведение	Эмоциональн ое пищевое поведение	Экстернально е пищевое поведение	Личнотсн ая тревожно сть	Ситуацион ная тревожнос ть	Интрове ртирован ность	Тревожно сть	Сенси тивно сть	Лабильно сть	Экст раверсия	Спон танно сть	Агрес сивно сть	Риг идно сть
19	2	36	1	1,9	4,8	4,3	28,57	18,75	3,75	5,36	4,36	4,00	3,36	5,00	3,36	3,36
20	1	37	1	1,9	4,7	3,6	35,71	31,25	5,25	5,36	4,82	4,75	3,82	5,75	3,36	3,36
21	1	40	1	2,6	4,9	3,9	40,00	40,00	3,63	6,00	5,27	5,08	4,27	6,08	4,00	4,00
22	1	33	1	2,4	5	4,6	35,71	28,75	4,88	5,50	5,09	4,67	4,09	5,67	3,50	3,50
23	2	36	1	4,3	1,3	3,7	34,29	36,25	4,38	5,29	4,18	4,00	3,18	5,00	3,29	3,29
24	2	32	1	3,5	1,6	3,1	34,29	31,25	5,25	5,43	4,64	4,75	3,64	5,75	3,43	3,43
25	1	35	1	3,4	1,3	3,3	41,43	23,75	3,63	5,36	4,27	3,83	3,27	4,83	3,36	3,36
26	2	34	1	3,7	2,8	2,9	32,86	45,00	4,13	4,71	4,45	4,17	3,45	5,17	2,71	2,71
27	1	38	1	4,1	2,8	3,4	28,57	26,25	3,25	3,14	4,18	4,25	3,18	5,25	1,14	1,14
28	2	37	1	4,2	2,8	3,7	45,71	33,75	3,88	4,43	4,64	4,42	3,64	5,42	2,43	2,43
29	1	39	1	4,3	2,4	3,4	40,00	32,50	2,50	5,29	4,73	4,25	3,73	5,25	3,29	3,29
30	2	28	1	3	5	4,3	40,00	35,00	3,75	3,43	2,91	2,83	1,91	3,83	1,43	1,43
31	1	25	2	3,1	2,2	3,3	47,14	47,50	3,00	5,21	4,45	3,92	3,45	4,92	3,21	3,21
32	1	30	2	2,7	3	3,5	34,29	21,25	4,38	5,86	4,64	4,50	3,64	5,50	3,86	3,86
33	2	41	2	3,4	1,4	2,6	27,14	21,25	3,75	3,93	2,73	2,33	1,73	3,33	1,93	1,93
34	2	36	2	1,9	4,1	4,1	42,86	31,25	2,75	4,64	3,82	3,42	2,82	4,42	2,64	2,64
35	2	27	2	2,2	3,7	4,1	42,86	31,25	2,75	4,64	3,82	3,42	2,82	4,42	2,64	2,64
36	1	34	2	3,4	2,1	4,1	32,86	38,75	3,50	5,36	3,64	3,25	2,64	4,25	3,36	3,36
37	1	32	2	3,8	2,3	3,2	44,29	46,25	3,00	5,36	5,09	4,00	4,09	5,00	3,36	3,36
38	2	35	2	2,1	5	4,3	31,43	31,25	4,50	4,86	3,91	3,50	2,91	4,50	2,86	2,86

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

№ ис п.	П о л	Во зра ст	Группа (1- Э, 2 - К)	Ограничительн ое пищевое поведение	Эмоциональн ое пищевое поведение	Экстернально е пищевое поведение	Личнотсн ая тревожно сть	Ситуацион ная тревожнос ть	Интрове ртирован ность	Тревожно сть	Сенси тивно сть	Лабильно сть	Экст раверсия	Спон танно сть	Агрес сивно сть	Риг идно сть
39	2	40	2	2,5	2,1	4,3	31,43	31,25	4,50	4,86	3,91	3,50	2,91	4,50	2,86	2,86
40	2	27	2	2,2	1,2	4,2	32,86	45,00	4,13	4,71	4,45	4,17	3,45	5,17	2,71	2,71
41	1	28	2	1,4	1	2,2	28,57	26,25	3,25	3,14	4,18	4,25	3,18	5,25	1,14	1,14
42	2	31	2	2,3	1,3	3,4	45,71	33,75	3,88	4,43	4,64	4,42	3,64	5,42	2,43	2,43
43	2	30	2	3,8	2,8	2,6	40,00	32,50	2,50	5,29	4,73	4,25	3,73	5,25	3,29	3,29
44	1	34	2	3,4	5	2,7	40,00	35,00	3,75	3,43	2,91	2,83	1,91	3,83	1,43	1,43
45	2	40	2	3,1	2,5	3,5	47,14	47,50	3,00	5,21	4,45	3,92	3,45	4,92	3,21	3,21
46	1	35	2	3	3,6	3,3	34,29	21,25	4,38	5,86	4,64	4,50	3,64	5,50	3,86	3,86
47	2	32	2	3	3,7	3,6	27,14	21,25	3,75	3,93	2,73	2,33	1,73	3,33	1,93	1,93
48	2	41	2	1,8	4,8	3,8	42,86	31,25	2,75	4,64	3,82	3,42	2,82	4,42	2,64	2,64
49	2	36	2	1,9	4,8	4,3	42,86	31,25	2,75	4,64	3,82	3,42	2,82	4,42	2,64	2,64
50	1	37	2	1,9	4,7	3,6	32,86	38,75	3,50	5,36	3,64	3,25	2,64	4,25	3,36	3,36
51	1	40	2	2,6	4,9	3,9	28,57	18,75	3,75	5,36	4,36	4,00	3,36	5,00	3,36	3,36
52	1	33	2	1	5	4,6	35,71	31,25	5,25	5,36	4,82	4,75	3,82	5,75	3,36	3,36
53	2	36	2	4,3	1,3	3,7	40,00	40,00	3,63	6,00	5,27	5,08	4,27	6,08	4,00	4,00
54	2	32	2	3,5	1,6	3,1	35,71	28,75	4,88	5,50	5,09	4,67	4,09	5,67	3,50	3,50
55	1	35	2	3,4	1,3	3,3	34,29	36,25	4,38	5,29	4,18	4,00	3,18	5,00	3,29	3,29
56	2	34	2	3,7	2,8	2,9	34,29	31,25	5,25	5,43	4,64	4,75	3,64	5,75	3,43	3,43

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

№ ис п.	П о л	Во зра ст	Группа (1- Э, 2 - К)	Ограничительн ое пищевое поведение	Эмоциональн ое пищевое поведение	Экстернально е пищевое поведение	Личностн ая тревожно сть	Ситуацион ная тревожно сть	Интрове ртирован ность	Тревожно сть	Сенси тивно сть	Лабильно сть	Экст раверсия	Спонтанно сть	Агрессивно сть	Ригидно сть
57	1	38	2	4,1	2,8	3,4	41,43	23,75	3,63	5,36	4,27	3,83	3,27	4,83	3,36	3,36
58	2	37	2	4,2	2,8	3,7	32,86	45,00	4,13	4,71	4,45	4,17	3,45	5,17	2,71	2,71
59	1	39	2	4,3	2,4	3,4	28,57	26,25	3,25	3,14	4,18	4,25	3,18	5,25	1,14	1,14
60	2	28	2	3	5	4,3	45,71	33,75	3,88	4,43	4,64	4,42	3,64	5,42	2,43	2,43

