

# Сидоров А.В. Типология психологических особенностей пациентов с алиментарным ожирением



English version: [Sidorov A.V. The typology of psychological features in patients with alimentary obesity](#)  
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург,  
Россия

[Сведения об авторе](#)  
[Литература](#)  
[Ссылка для цитирования](#)

Дается обзор исследований психологических аспектов проблемы ожирения. Изучаются взаимосвязи между индексом массы тела, стилем питания, психологическими характеристиками, уровнем семейной тревоги у женщин и мужчин с алиментарным ожирением. По критерию различий в стиле пищевого поведения построена типология психологических особенностей клиентов с алиментарным ожирением. Определены специфичные для каждого типа клиентов с алиментарным ожирением цели психологического консультирования на поведенческом и личностном уровнях.

**Ключевые слова:** психология здоровья, пищевое поведение, ожирение, психологические особенности, типология, психологическое консультирование

Традиционно исследования ожирения и пищевого поведения не были связаны друг с другом и проводились в рамках разных подходов. Ожирение рассматривалось как медицинское заболевание, имеющее генетическую и метаболическую природу, наиболее эффективными способами лечения которого считались диета, лекарственные средства или хирургическое вмешательство [Бессесен, Кушнер, 2006; Ожирение (клинические очерки), 2007]. В противоположность этому в психиатрии и психотерапии нарушения пищевого поведения (нервная анорексия и булимия) рассматривались как синдромы, существующие преимущественно в западной культуре, возникающие в обществах с чрезмерным акцентом на проблемах веса, формы и внешнего вида, эффективно излечиваемые с помощью когнитивно-поведенческой и семейной психотерапии [Малкина-Пых, 2005; Менделевич, 2005].

В настоящее время считается, что такая поляризация в корне неудачна, так как наряду с другими причинами она обуславливает то, что в медицинской психологии существует явный дефицит исследований роли личности в формировании пищевого поведения клиентов с ожирением, у которых нет выраженной психопатологии и которые составляют большинство популяции людей с ожирением.

С точки зрения необходимости конвергентных исследований ожирения и нарушений питания важное значение имеют разработанные Т. van Strien, с соавт. понятия стилей пищевого поведения, обуславливающих переизбыток и рост избыточной массы тела. Были выделены три стиля пищевого поведения: ограничительный, эмоциогенный и экстернальный, и разработан Нидерландский опросник пищевого поведения (DEBQ) для их диагностики [Van Strien et al., 1986]. Несмотря на то что DEBQ является одним из немногочисленных методов диагностики субклинических форм нарушения питания при ожирении (методы диагностики клинических форм достаточно многочисленны) и получил широкое распространение среди исследователей, вопрос о том, какие

личностные особенности клиентов с ожирением связаны с различными стилями пищевого поведения, остается не изученным. На практике такая ситуация затрудняет переход от диагностики к консультированию и психотерапии клиентов на личностном уровне и вынуждает медицинских психологов ограничиваться общими поведенческими рекомендациями по правильному питанию.

## Психологические аспекты ожирения

Первые эмпирические исследования психологических аспектов проблемы ожирения были нацелены на изучение связи депрессии и ожирения. Предполагалось, что люди с ожирением имеют более высокий уровень психопатологии, так как чрезмерная масса тела является следствием защиты от психологического дистресса. Также исследователи стремились обнаружить унифицированность или общность в психологических профилях людей с ожирением. Но сравнение людей с избыточным и нормальным весом дало противоречивые и несовместимые результаты, которые зависели от характеристик испытуемых. Таким образом, было показано, что общего личностного профиля у людей с ожирением не существует [Fabricatore, Wadden, 2004].

В последнее время фокус исследований переместился с вопроса о том, связано ли ожирение с психологическим дистрессом, на вопрос, какие люди с ожирением имеют повышенный риск психопатологии. В рамках этого подхода J.Istvan с сотрудниками [Istvan et al., 1992] рассмотрели взаимосвязи между индексом массы тела и депрессией на репрезентативной совокупности у взрослых 25–74 лет. Они не обнаружили взаимосвязи между индексом массы тела и депрессией среди мужчин, но обнаружили, что женщины с индексом массы тела больше 28,96 кг/м<sup>2</sup> в 38% случаев имели клинически значимые депрессивные симптомы в сравнении с женщинами с меньшим индексом массы тела. Результаты лонгитюдных исследований показали, что депрессия предшествует ожирению у девочек-подростков, но не у мальчиков, и что ожирение предшествует депрессии у взрослых [Richardson et al., 2003; Roberts et al., 2003]. Чрезмерное, неконтролируемое переедание (binge eating) и морбидное ожирение (индекс массы тела незначительно меньше чем 40 кг/м<sup>2</sup>) являются надежными маркерами психопатологии среди людей с ожирением [Specker et al., 1994; Wadden, et al., 2001].

Исследования роли личностных особенностей в развитии и поддержании нарушений пищевого поведения у людей с ожирением проводились в рамках модели экстернальности, а в исследованиях клиентов, страдающих нервной анорексией, булимией и чрезмерным неконтролируемым перееданием, переменные «перфекционизм» и «импульсивность» используются для объяснения возникновения и хронификации клинических форм нарушений питания (eating disorders).

Согласно модели экстернальности люди с ожирением развивают возрастающую реактивность на пищу. Для них запах, вид и присутствие пищи ведет к непосредственной реакции, которая вызывает поедание, игнорирующее внутреннее чувство сытости. Они могли бы быть охарактеризованы как «экстернально-едящие» с экстернальностью как личностной особенностью [Rodin, 1981]. Типичное исследование 70-х годов – эксперимент со 107 девушками в возрасте от 9 до 15 лет. В летнем лагере было изобилие пищи в течение 8 недель. Детям было позволено есть без ограничений «что душе угодно». Девушки, высоко оцениваемые по экстернальности, впоследствии явно больше прибавили в весе, чем другие.

Гипотеза экстернальности была предметом серьезной критики, так как в отношении ожирения она недостаточно объясняет универсальность или причинную связь. Хотя люди с ожирением в самом деле проявляют более экстернальный стиль пищевого поведения, до сих пор открыт для обсуждения вопрос о том, влияет ли экстернальный стиль на ожирение или обуславливается им. Следует отметить, что хотя экстернальность еще не объяснена с помощью приемлемой теории, терапевтические техники, сфокусированные на уменьшении экстернальной реактивности на пищевые раздражители, были очень эффективными [Braet, 2005].

В рамках когнитивной теории нарушений питания было выдвинуто предположение о том, что перфекционизм (в форме стремления обладать идеальной фигурой) и дихотомическое мышление (поляризованное суждение о собственном теле – «безобразно толстый – идеально стройный») могут порождать озабоченность формой тела и весом, заставляя клиентов придерживаться слишком жестких диетических ограничений и запускать пищевые срывы и набор избыточного веса [Гаранян, 2006].

Также у людей с расстройствами питания в опросных измерениях выявляется такая черта, как импульсивность, и они часто злоупотребляют наркотиками и алкоголем. У пациентов с нервной булимией была выявлена значимая связь между импульсивностью и детским травматическим опытом переживания насилия и унижения, и отсутствие такой связи отмечено у пациентов, страдающих нервной анорексией [Corstorphine, et al., 2007].

Некоторые авторы подчеркивают важную роль семьи в развитии и поддержании нарушений питания и ожирения. По данным L.Birch, пища часто используется родителями для укрепления желательного или нежелательного поведения детей. Автор подчеркивает, что навыки задержки удовлетворения потребностей, терпимость к голоду, совладание с фрустрацией, сопротивляемость уговорам съесть что-либо являются способностями саморегуляции, которые постепенно приобретаются через обучение и воспитание. Внутри этого контекста перманентная еда может быть рассмотрена как поведенческий дефицит, который является невыученной нормальной пищевой привычкой [Birch, 1987].

Исследования в сфере семейной психотерапии показали, что семьи людей с ожирением характеризуются недостаточной связью между подсистемами и малой автономией членов семьи. Интеракции в семьях с детьми, имеющими ожирение, более конфликтны и враждебны, родители часто открыто отвергают своих детей [Kinston et al., 1988].

W.J.Doherty и J.Harkaway предложили использовать семейную FIRO-модель для понимания и оценки того, как семья организует себя в ответ на ожирение одного или нескольких ее членов [Doherty, Harkaway, 1990]. Данная модель является адаптацией FIRO-модели Шутца к семейным системам. В семейном взаимодействии выделяются три центральных (ядерных) процесса: включенность – описывает семейную организацию и семейные связи; контроль – взаимодействия, связанные с властью и влиянием, описывает то, как члены семьи взаимодействуют, когда имеют различные потребности и цели; интимность – относится к глубоким эмоциональным связям между членами семьи и характеризуется степенью эмоциональной открытости. Авторы семейной FIRO-модели на основе клинического опыта выделяют различные семейные паттерны ожирения. Так, например, ожирение может быть маркером союза или альянса в семье, защищать семейную границу, задерживая выход ребенка во внешний мир, обеспечивать безопасность супружества и т.п.

В отечественной медицинской психологии и психиатрии были проведены исследования различных аспектов психопатологии при нарушениях питания и ожирении [Карвасарский, Простомолотов, 1988; Гумницкая, 2001; Марков, 2006; Приленская, 2009].

С помощью Нидерландского опросника пищевого поведения исследовались такие расстройства пищевого поведения при ожирении, как ограничительный стиль питания, характеризующийся преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании, эмоциогенный стиль, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния, и экстернальный стиль, при котором желание поесть стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, ее запахом, текстурой либо видом других людей, принимающих пищу [Вознесенская, 2007].

Были исследованы структура личностных [Лобин, 2006] и клинико-психологических характеристик у женщин с алиментарно-конституциональным ожирением [Вахмистров, Вознесенская, Посохов,

2001; Савчикова, 2005; Шипачев, 2007; Салмина-Хвостова, 2009]; копинг-стратегии (способы совладания со стрессом) у женщин с избыточной массой тела [Савчикова, 2005] и у детей с дискинезией желчевыводящих путей и ожирением [Эйдемиллер, Билецкая, 2007].

В этих исследованиях личностные и психологические характеристики изучались с помощью различных клинических тестов и методик: Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММПИ), Гессенского личностного опросника (ГЛО), шкалы оценки тревоги Спилбергера, шкалы оценки депрессии Бека, Торонтской алекситимической шкалы (TAS) и др. Поэтому результаты, полученные в данных исследованиях, в большей степени характеризуют уровень и характер психопатологических нарушений у женщин с ожирением, нежели специфические для данной категории пациентов особенности личности.

В настоящее время наблюдается явный дефицит исследования психологических характеристик клиентов с ожирением с помощью неклинических методов, которые не предполагают установление диагноза. Так, только в одном исследовании применялся 16-факторный личностный опросник Кеттелла для определения индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих экзогенно-конституциональным ожирением второй и третьей степени [Григорьян и др., 2008]. Было показано, что усредненные психологические профили испытуемых с нормальным весом и испытуемых с ожирением существенно различаются по факторам: С (эмоциональная устойчивость), Q3 (импульсивность).

По нашему мнению, вышеуказанные исследования недостаточно учитывали два важных момента. Во-первых, личностные особенности связаны с ожирением не непосредственно, а эта связь опосредуется нарушениями пищевого поведения. Во-вторых, люди с ожирением представляют собой гетерогенную группу [Braet, 2005; Thompson-Brenner, 2005], поэтому их трудно отнести к определенному личностному типу.

Данные тезисы стали методологическим основанием для проведенного исследования, нацеленного на изучение и типологизацию взаимосвязи между индексом массы тела, стилем питания, когнитивно-эмоциональными и личностными особенностями, уровнем семейной тревоги у женщин и мужчин с алиментарным ожирением и на этой основе построение типологии личностных особенностей клиентов данной категории.

## **Цели исследования**

1. Проведение сравнительного анализа показателей стиля пищевого поведения, перфекционизма и импульсивности в группах испытуемых с нормальным индексом массы тела и с высоким индексом массы тела (ожирением).
2. Выявление взаимосвязей между стилями пищевого поведения, когнитивно-эмоциональными и личностными особенностями, различными реакциями на актуальную семейную ситуацию у испытуемых с высоким индексом массы тела.
3. Построение типологии психологических особенностей клиентов программ снижения веса и пациентов с ожирением в зависимости от ведущего стиля питания и определение целей психологического консультирования клиентов различных типов.

## **Схема и методы исследования**

Было проведено групповое ретроспективное исследование клиентов программ снижения веса медико-психологического центра «Доктор Борменталь» и пациентов, состоящих на учете в связи с

алиментарным ожирением в Центре семейной медицины г. Санкт-Петербурга. В основную группу испытуемых вошли 64 женщины и 30 мужчин, в возрасте от 19 до 55 лет, индекс массы тела (ИМТ) которых был больше или равен 30 кг/м<sup>2</sup>. Группа сравнения состояла из 64 женщин и 30 мужчин в возрасте от 19 до 55 лет с ИМТ  $\leq 27$  кг/м<sup>2</sup> и формировалась так, чтобы профессиональные и образовательные характеристики вошедших в нее испытуемых были сопоставимы с аналогичными характеристиками испытуемых основной группы.

Критериями исключения при формировании выборки испытуемых были: 1) наличие установленных медицинских диагнозов заболеваний эндокринной системы, которые могут влиять на развитие ожирения, 2) психические заболевания, 3) вынужденная гиподинамия.

Изучение взаимосвязей между стилями пищевого поведения, психологическими особенностями и восприятием семейной ситуации испытуемых проводилось с помощью следующих методов.

1. Карта обследования – содержит биологические данные испытуемых (вес, рост, индекс массы тела), социально-демографические характеристики (данные об образовании, профессиональном и семейном статусе). Также в карте фиксировались период времени, в течение которого у испытуемых имеется «проблема избыточного веса», их представления о ее причинах и возможных способах решения.

2. Нидерландский опросник пищевого поведения (DEBQ) был разработан T. Van Strien и коллегами [Van Strien, 1986] для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения. Надежность и факторная валидность DEBQ в нашей стране была проверена Ю.Л.Савчиковой [Савчикова, 2005].

3. Многомерная шкала перфекционизма (Multidimensional perfectionism scale) в адаптации И.И.Грачевой позволяет измерить уровень перфекционизма и определить характер соотношения его составляющих. Авторы методики определяют перфекционизм как стремление быть совершенным, безупречным во всем и описывают три составляющих перфекционизма: перфекционизм, ориентированный на себя (ПОС), когда человеку свойственно предъявлять чрезвычайно высокие требования к себе (когда я над чем-нибудь работаю, я не могу расслабиться, пока не доведу это до совершенства); перфекционизм, ориентированный на других (ПОД) – чрезвычайно высокие требования предъявляются к окружающим (все, что делают окружающие, должно быть сделано качественно); социально предписанный перфекционизм (СПП) – человек расценивает требования, предъявляемые к нему окружающими как завышенные и нереалистичные (чем лучше я что-то делаю, тем большего от меня ждут) [Грачева, 2006].

4. Опросник для исследования уровня импульсивности В.А.Лосенкова [Саморегуляция ... , 1979], в котором импульсивность определяется как черта, противоположная волевым качествам целеустремленности и настойчивости, которая характеризует человека с недостаточным самоконтролем в общении и деятельности.

5. Опросник «Шестнадцать личностных факторов» (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16 PF) Р.Кеттела (1950). Факторы опросника: А – Аффектотимия, В – Высокий интеллект, С – Сила «Я», Е – Доминантность, F – Беспечность, G – Сила «сверх-Я», H – Смелость, I – Мягкосердечность, L – Подозрительность, M – Мечтательность, N – Проницательность, O – Гипотимия, Q1 – Радикализм, Q2 – Самодостаточность, Q3 – Контроль желаний, Q4 – Фрустрированность [Мельников, Ямпольский, 1985].

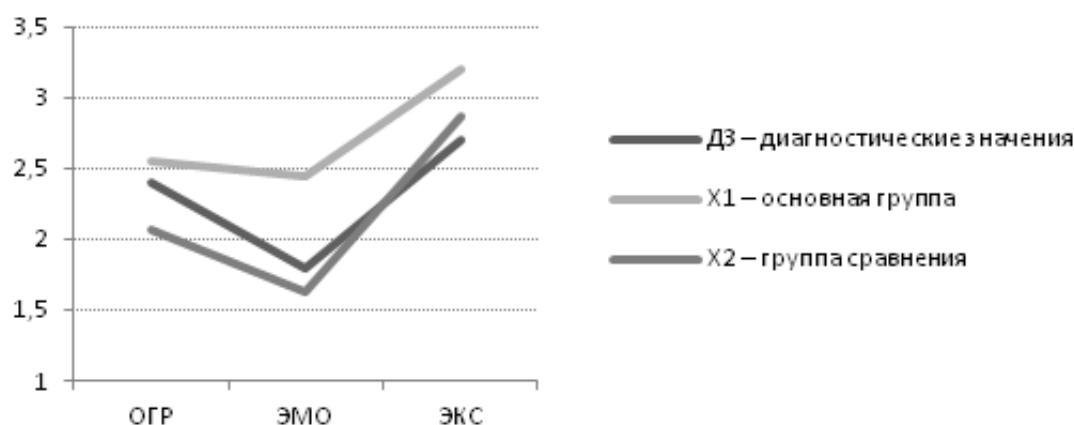
6. Опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ) был разработан Э.Эйдемиллером и В.Юстицкисом [Эйдемиллер, Юстицкис, 2009], предназначен для изучения общего фона переживаний индивида, связанного с его позицией в семье, с тем, как он воспринимает себя в семье. Под «семейной тревогой» авторы методики понимают состояния тревоги у одного или нескольких членов семьи, нередко плохо осознаваемые и трудно локализуемые.

Полученные в процессе исследования данные обрабатывались на ЭВМ с помощью программной системы STATISTICA for Windows (версия 6.01).

# Результаты

## Межгрупповые различия

Анализ тестовых значений по шкалам ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения у испытуемых с ожирением (Индекс массы тела  $\geq 30,0$  кг/м<sup>2</sup>), вошедших в основную группу, и испытуемых с нормальной массой тела (ИМТ  $\leq 27,0$  кг/м<sup>2</sup>), составивших группу сравнения, показал, что средние значения по всем трем шкалам пищевого поведения выше в основной группе испытуемых (см. рис. 1).



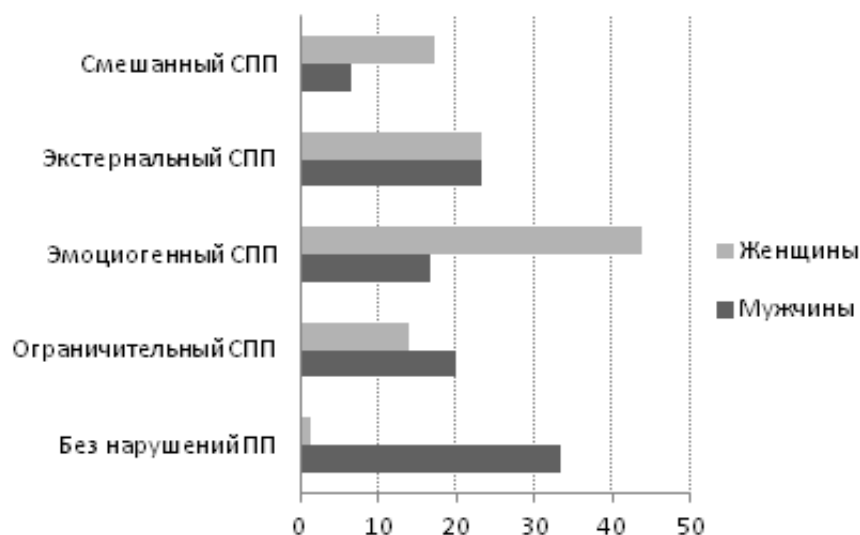
**Рис. 1.** Диагностические и средние значения показателей стилей питания по группам.

*Примечания.* ДЗ – диагностические значения; X1 – основная группа испытуемых; X2 – группа сравнения; ОГР – ограничительное пищевое поведение; ЭМО – эмоциогенное пищевое поведение; ЭКС – экстернальное пищевое поведение.

Применение U-критерия Манна–Уитни показало, что различия между основной группой и группой сравнения достоверны по шкале «Ограничительное пищевое поведение» при  $p = 0,000$ , по шкале «Эмоциогенное пищевое поведение» при  $p = 0,000$ , по шкале «Экстернальное пищевое поведение» при  $p = 0,000$ .

Были выявлены значимые различия между основной группой испытуемых и группой сравнения по субшкале «Социально предписанный перфекционизм» при  $p = 0,017$ ; по общему уровню перфекционизма при  $p = 0,042$ . По субшкалам «Перфекционизм, ориентированный на себя» и «Перфекционизм, ориентированный на других» значимых различий по критерию U-Манна–Уитни не выявлено. Также значимых различий между основной группой и группой сравнения не было выявлено и по параметру «Импульсивность».

Анализ результатов диагностики стилей пищевого поведения показал различия в представленности данных стилей в группах между мужчинами и женщинами (см. рис. 2).



**Рис. 2.** Представленность стилей пищевого поведения (в %) у мужчин и женщин с индексом массы тела  $\geq 30,0$ .

*Примечания.* СПП – стиль пищевого поведения; ПП – пищевое поведение.

Как видно на рис. 2, среди женщин в сравнении с мужчинами существенно преобладает эмоциогенный стиль пищевого поведения (43,8% против 16,7%) и смешанный стиль пищевого поведения (17,2% против 6,7%). Практически в одинаковой пропорции выражен среди женщин и мужчин экстернальный стиль пищевого поведения (23,4% и 23,3% соответственно). Также среди мужчин преобладает число случаев, в которых не выявляются нарушения стиля пищевого поведения, то есть набранные по шкалам Нидерландского опросника пищевого поведения баллы не превышают диагностические значения (33,3% у мужчин и 1,5% у женщин). Для объяснения данного различия в качестве гипотезы, требующей проверки, можно предположить, что мужчины в значительно большей степени, чем женщины, склонны отрицать связь ожирения с психологическими проблемами.

Для определения возможных взаимосвязей между стилями пищевого поведения и показателями перфекционизма, импульсивности, личностными особенностями, семейной тревогой у испытуемых с ИМТ  $\geq 30,0$  кг/м<sup>2</sup> был использован ранговый коэффициент корреляции тау-Кендалла. В таблице 2 значимые корреляции выделены жирным шрифтом.

**Таблица 1**

Взаимосвязей между стилями пищевого поведения и личностными характеристиками (коэффициенты корреляции тау-Кендалла)

| Личностные характеристики                | Стиль питания   |              |               |
|------------------------------------------|-----------------|--------------|---------------|
|                                          | Ограничительный | Эмоциогенный | Экстернальный |
| Перфекционизм, ориентированный на себя   | <b>0,147</b>    | 0,071        | -0,008        |
| Перфекционизм, ориентированный на других | 0,039           | 0,115        | -0,034        |
| Социально предписанный перфекционизм     | 0,082           | <b>0,176</b> | 0,078         |
| Общий уровень перфекционизма             | 0,128           | <b>0,146</b> | -0,002        |
| Импульсивность                           | 0,061           | <b>0,291</b> | <b>0,250</b>  |
| А: аффектотимия                          | 0,052           | <b>0,221</b> | 0,099         |
| В: высокий интеллект                     | -0,080          | 0,034        | 0,089         |
| С: сила «Я»                              | -0,028          | -0,119       | -0,057        |
| Е: доминантность                         | -0,123          | 0,026        | -0,039        |

|                       |              |               |               |
|-----------------------|--------------|---------------|---------------|
| F: беспечность        | –0,043       | –0,000        | –0,095        |
| G: сила «Сверх Я»     | <b>0,167</b> | 0,088         | 0,017         |
| H: смелость           | 0,011        | 0,011         | –0,078        |
| I: мягкосердечность   | 0,044        | –0,129        | –0,087        |
| L: подозрительность   | <b>0,148</b> | 0,084         | 0,093         |
| M: мечтательность     | 0,022        | <b>0,165</b>  | 0,106         |
| N: проницательность   | 0,007        | 0,011         | –0,041        |
| O: гипотимия          | 0,048        | <b>0,156</b>  | 0,071         |
| Q1: радикализм        | 0,009        | 0,007         | 0,047         |
| Q2: самодостаточность | –0,108       | <b>–0,180</b> | –0,098        |
| Q3: контроль желаний  | <b>0,148</b> | –0,114        | <b>–0,141</b> |
| Q4: фрустрированность | 0,038        | 0,077         | 0,066         |
| Семейная вина         | 0,084        | <b>0,187</b>  | 0,015         |
| Семейная тревога      | –0,010       | <b>0,158</b>  | –0,027        |
| Семейное напряжение   | 0,034        | 0,059         | –0,029        |

*Примечания.* Жирным шрифтом выделены значимые различия ( $p < 0,05$ ).

Как видно из табл.1, были выявлены следующие значимые связи:

1. Существует прямая корреляционная связь между переменной «Ограничительный стиль питания» и следующими переменными: «Перфекционизм, ориентированный на себя», фактор G (сила «сверх-Я»), фактор L (подозрительность), фактор Q3 (контроль желаний).
2. Выявлена прямая корреляционная связь между переменной «Эмоциогенный стиль питания» и переменными «Социально предписанный перфекционизм», «Общий уровень перфекционизма», «Импульсивность», факторами А (аффектотимия), М (мечтательность), О (гипотимия), переменными «Семейная вина», «Семейная тревога», и обратная связь между переменной «Эмоциогенный стиль питания» и фактором Q2 (самодостаточность).
3. Обнаружена прямая корреляционная связь между переменной «Экстернальный стиль питания» и переменной «Импульсивность» и обратная связь переменной «Экстернальный стиль питания» с фактором Q3 (контроль желаний).

## Типология

Известно, что в соответствии с требованиями к конструированию тестов шкалы Нидерландского опросника пищевого поведения являются независимыми друг от друга, а в результате исследования были выявлены достоверные различия в показателях по всем трем шкалам пищевого поведения между группой испытуемых с  $ИМТ \leq 27,0 \text{ кг/м}^2$ , группой испытуемых с  $ИМТ \geq 30,0 \text{ кг/м}^2$ . В свою очередь, корреляционный анализ показал, что существуют значимые связи между определенными когнитивно-эмоциональными и личностными особенностями испытуемых с  $ИМТ \geq 30,0 \text{ кг/м}^2$  и стилями пищевого поведения. Таким образом, на основе проведенного анализа возможно построение эмпирической типологии психологических особенностей испытуемых с ожирением, основанной на различиях в стиле пищевого поведения.

Группа испытуемых с  $ИМТ \geq 30,0 \text{ кг/м}^2$  может быть разделена на три подгруппы, представители



каждой из которых характеризуются общими для всех членов подгруппы стилями пищевого поведения, когнитивно-эмоциональными и личностными особенностями. Охарактеризуем каждую группу испытуемых, используя терминологию авторов диагностических методик, с помощью которых выявлены основные психологические характеристики респондентов, и сформулируем основные цели психологического консультирования, специфичные для каждой группы.

В *первую группу* испытуемых вошли женщины и мужчины, у которых ведущим стилем пищевого поведения является ограничительное питание, которое характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании, часто с помощью бессистемного соблюдения чрезмерно строгих диет.

В отличие от испытуемых других групп испытуемые первой группы действуют планомерно и упорядоченно, упорно преодолевают препятствия, доводят начатое дело до конца. Они хорошо осознают социальные требования и стараются их аккуратно выполнять, заботятся о впечатлении, которое производят своим поведением, о своей общественной репутации. Особенностью испытуемых первой группы является тенденция к высоким оценкам по личностному фактору «Подозрительность» (как противоположность доверчивости), которая частосвойственна людям, которые должны полагаться на самих себя в решении ответственных проблем.

В отношениях с людьми испытуемые первой группы склонны к доминированию, проявляют себя как настойчивые, раздражительные, не терпящие конкуренции, не поддающиеся влиянию других людей. Но очень часто такое доминирование надо рассматривать как предпочитаемый метод личностной защиты от тревожности, как разновидность компенсирующего поведения.

Также испытуемых первой группы можно охарактеризовать как людей, которые имеют внутреннее требование быть совершенными и набор высоких стандартов в отношении себя. Даже когда они достигают своих высоких целей, они не могут быть полностью удовлетворены, так как их чувства выполненности и завершенности остаются на низком уровне.

Можно предположить, что у испытуемых первой группы, сочетание перфекционизма, ориентированного на себя, с доминированием в отношениях с другими людьми обуславливает то, что они, как правило, самостоятельно принимают решение о соблюдении определенной диеты, не содействуют контролю специалистов за процессом снижения веса. Также они часто проявляют значительное упорство в стремлении жестко, посредством явно чрезмерных требований регулировать свое пищевое поведение.

При психологической помощи пациентам с ограничительным стилем пищевого поведения консультанту следует обратить особое внимание на процесс установления личностного контакта и доверительных отношений, так как стремление к доминированию у пациентов данной группы может осложнять данный процесс. Важно понимать, что стремление к доминированию и сопротивление при признании своих слабых сторон очень часто являются личностными механизмами защиты от тревожности, связанной с чувством одиночества.

Ведущими целями психологического консультирования пациентов с ограничительным стилем пищевого поведения являются: на поведенческом уровне – профилактика использования различных диетических ограничений, соблюдение которых может привести к диетической депрессии и впоследствии вызвать переедание; на личностном уровне – профилактика негативных проявлений перфекционизма, ориентированного на себя, и коррекция личностной тревоги, вызывающей у клиентов защитную реакцию в форме доминирования и чрезмерного контроля в отношениях с другими людьми.

Ведущим стилем питания испытуемых, вошедших во *вторую группу*, является эмоциогенное пищевое поведение, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния. Если эмоциогенное пищевое поведение развивается до уровня зависимости, то человек

«заедает» свои горести, несчастья и стрессы так же, как человек, привыкший к алкоголю, их «запивает».

Испытуемые второй группы имеют тенденцию к экстраверсии, любят общение, но оценивают себя как ведомых, следующих за группой. Им явно не хватает самостоятельности, и в своем поведении они ориентируются на групповое мнение, нуждаются в постоянной опоре, поддержке окружающих. Часто испытуемым второй группы не хватает уверенности в себе, и они склонны к чувству вины. Часто у них доминирует тревожно-депрессивный фон настроения. Они имеют тенденцию быть чем-нибудь озабоченными, часто подавлены, тяготятся дурными предчувствиями, склонны к самоупрекам, недооценивают свои возможности, принижают свою компетентность, знания и способности.

Когнитивно-эмоциональная сфера испытуемых второй группы характеризуется социально предписанным перфекционизмом и импульсивностью. Социально предписанный перфекционизм отражает потребность соответствовать стандартам и ожиданиям значимых других. Другие люди воспринимаются индивидом как предъявляющие ему высокие требования и стандарты, как строго оценивающие его и оказывающие давление с целью заставить его быть совершенным. Исследования показали корреляцию социально предписанного перфекционизма с прокрастинацией – откладыванием начала работы в силу желания выполнить ее безупречно.

Отличительной особенностью второй группы испытуемых от двух других является определенный уровень семейного неблагополучия. С точки зрения реакции на семейную ситуацию испытуемые второй группы характеризуются семейной виной: они имеют неадекватное ощущение ответственности за все отрицательное, что происходит в семье; и семейной тревогой: им свойственно ощущение, что ситуация в семье не зависит от их собственных усилий. Такие реакции на семейную ситуацию часто могут являться показанием к проведению семейной психотерапии для клиентов с эмоциогенным стилем пищевого поведения.

Основной целью психологического консультирования пациентов с эмоциогенным стилем питания на поведенческом уровне является профилактика переедания, обусловленного их слаборазвитой способностью дифференцировать чувства голода, сытости и эмоции. На личностном уровне цель консультирования состоит в коррекции социально предписанного перфекционизма в сфере телесности и в снижении общего уровня невротизации клиентов.

*Третью группу* составили испытуемые с экстернальным стилем пищевого поведения. Экстернальное пищевое поведение связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи, когда индивид не реагирует на внутренние стимулы (уровень глюкозы, пустой желудок и т.д.), а реагирует на внешние стимулы (витрина продуктового магазина, хорошо накрытый стол, реклама пищевых продуктов и т.д.). Индивид «ест глазами» – увидел, значит, съел. Именно эта особенность лежит в основе переедания «за компанию», перекусов на улице, избыточного приема пищи в гостях, покупки лишних продуктов в магазине.

В противоположность испытуемым первой группы, которые характеризуются высоким контролем желаний и самоконтролем поведения, испытуемые третьей группы набирают низкие оценки по фактору «самоконтроль поведения», что указывает на слабую волю и плохой самоконтроль (особенно над желаниями). Деятельность таких индивидов неупорядоченна, хаотична. Они часто теряются, действуют неравномерно, не умеют организовать свое время и порядок выполнения дел. Нередко они оставляют дело незаконченным, чтобы без достаточного обдумывания взяться за что-то другое. Также испытуемые третьей группы имеют повышенный уровень импульсивности, который характеризует человека с недостаточным самоконтролем в общении и деятельности. Импульсивные люди часто имеют неопределенные жизненные планы, у них нет устойчивых интересов, и они увлекаются то одним, то другим. Характеризуя третью группу в целом, следует отметить, что в нее вошли испытуемые с наименьшим количеством корреляционных связей между стилем пищевого поведения и психологическими особенностями, выявленными в проведенном

исследовании. Поэтому общая характеристика испытуемых данной группы ограничивается констатацией того, что они имеют общий дефицит самоконтроля и саморегуляции.

При работе с пациентами, проявляющими экстернальный стиль пищевого поведения, консультанту необходимо выяснить природу дефицита саморегуляции у таких пациентов, которая может быть связана с особенностями семейного воспитания, психотравмирующими ситуациями в детстве и другими причинами. Ведущими целями психологического консультирования пациентов с экстернальным стилем пищевого поведения являются: на поведенческом уровне – коррекции гиперчувствительности к пищевым сигналам и переедания в отсутствие голода, на личностном уровне – развитие навыков личностного самоконтроля, способствующего снижению общего уровня импульсивности.

## Выводы

1. В нашей стране исследования психологических характеристик пациентов с алиментарным ожирением, основанные на сравнении людей с избыточным и нормальным весом, недостаточно учитывали тот факт, что люди с ожирением представляют собой гетерогенную группу и поэтому их трудно отнести к определенному личностному типу, но возможно разработать типологию для данной категории клиентов.
2. Стили пищевого поведения могут являться основанием для построения типологии психологических особенностей клиентов с алиментарным ожирением, так как в результате исследования были выявлены достоверные различия между группой испытуемых с алиментарным ожирением и группой испытуемых с нормальной массой тела по всем трем шкалам Нидерландского опросника пищевого поведения.
3. Анализ распределения различных стилей пищевого поведения по фактору «пол» показал, что у мужчин по сравнению с женщинами наиболее сильно выражен смешанный стиль пищевого поведения, в то время как у женщин по сравнению с мужчинами значительно преобладают эмоциогенный и ограничительный стили пищевого поведения. Экстернальный стиль пищевого поведения достаточно часто проявлялся как у женщин, так и у мужчин.
4. Для испытуемых с эмоциогенным стилем питания характерен определенный уровень семейного неблагополучия, так как они набирают относительно более высокие оценки по шкалам «Семейная вина» и «Семейная тревога».
5. В результате проведенного исследования группа испытуемых с ИМТ  $\geq 30,0$  может быть разделена на три подгруппы, представители каждой из которых характеризуются общими для всех членов подгруппы стилями пищевого поведения и коррелирующими с этим стилем психологическими особенностями.
6. Построенная в результате исследования типология может служить медицинским психологам опорой в процессе конкретизации целей психологического консультирования пациентов с избыточной массой тела и ожирением и в выборе соответствующих методов.

## Финансирование

Исследование выполнено при поддержке Международной программы стипендий Фонда Форда.

## [Литература](#)

*Бессесен Д.Г., Кушнер Р.* Избыточный вес и ожирение. М.: БИНОМ, 2006.

*Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И.* Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журнал неврологии и психиатрии. 2001. N 12. С. 19–24.

*Вознесенская Т.Г.* Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Фарматека. 2009. N 12. С. 91–94.

*Гаранян Н.Г.* Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств. 2006. N 1. С. 23–31.

*Грачева И.И.* Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П.Хьюитта и Г.Флетта // Психологический журнал. 2006. Т. 27(6) . С. 73–81.

*Григорьян О.Н., Гладышев Д.А., Сенкевич Л.В., Моргунова Ю.В.* Индивидуально-психологические особенности женщин, страдающих экзогенно-конституциональным ожирением II и III степени // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. М.: Изд-во Моск. гос. открытого ун-та. 2008. N 4. С. 46–53.

*Гумницкая Т.М.* Психопатологические нарушения и их психотерапия у больных с алиментарно-обменным ожирением // Медицинские исследования. 2001. Т. 1, вып. 1. С. 92–93.

*Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф.* Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, 1988.

*Лобин К.В.* Структура личности женщин, страдающих алиментарным ожирением (в связи с задачами психотерапии): автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2006.

*Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика. Справочник практического психолога. М.: ЭКСМО, 2005.

*Марков А.А.* Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2006.

*Мельников В.М., Ямпольский Л.Т.* Введение в экспериментальную психологию личности. М.: Просвещение, 1985.

*Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология: учебное пособие для вузов. 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2005.

*Ожирение (клинические очерки)* / под ред. Барановского А.Ю., Ворохобиной .В. СПб.: Диалект, 2007.

*Приленская А.В.* Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым поведением (клинико-реабилитационный аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2009.

*Савчикова Ю.Л.* Психологические особенности женщин с проблемой веса: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2005.

*Салмина-Хвостова О.И.* Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, реабилитационный аспекты) // Вестник психиатрии Чувашии. 2009. N 5. С. 19–29.

*Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности* / под ред. В.А.Ядова. Ленинград: Наука, 1979.

*Шипачев Р.Ю.* Исследование клинико-психологических характеристик женщин, страдающих алиментарно-конституциональным ожирением, в связи с задачами краткосрочной психотерапии: автореф. дис. ...канд. мед. наук. СПб., 2007.

*Эйдемиллер Э.Г., Билецкая М.П.* Системная семейная психотерапия при ожирении и заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей // Ожирение (клинические очерки), под ред. Барановского А.Ю., Ворохобиной Н.В. СПб.: Диалект, 2007. С. 211–229.

*Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.* Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2009.

*Birch L.L.* The acquisition of food acceptance patterns in children // Boakes R.A, Popplewell D.A., Burton M.J. (Eds.). Eating Habits: Food, physiology and learned behavior. New York: Wiley. 1987. Vol. 5. P. 107–131.

*Braet C.* Psychological profile to become and to stay obese // International Journal of Obesity. 2005. N 29. P. 19–23.

*Corstorphine E., Waller G., Lawson R., Ganis C.* Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders // Eating Behaviors. 2007. N 8. P. 23–30.

*Doherty W., Harkaway J.* Obesity and Family Systems; A Family FIRO Approach To Assessment and Treatment Planing // Journal of Marital and Family Therapy. 1990. Vol. 16(3). P. 287–298.

*Fabricatore A.N., Wadden T.A.* Psychological aspects of obesity // Clinics in Dermatology. 2004. Vol. 22(4). P. 332–337.

*Istvan J., Zavela K., Weidner G.* Body weight and psychological distress // International Journal of Obesity. 1992. Vol. 16(12). P. 999–1003.

*Kinston W., Loader P., Miller L., Rein L.* Interaction in families with obese children // Journal of Psychosomatic Research. 1988. Vol. 32(4/5). P. 513–532.

*Richardson L.P., Davis R., Poulton R., , McCauley E., Moffitt T.E., Caspi A., Connell F.A.* A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity // Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2003. Vol. 157. P. 739–745.

*Roberts R.E., Deleger S., Strawbridge W.J., , Kaplan G.A.* Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study // Journal of Obesity. 2003. Vol. 27. P. 514–521.

*Rodin J.* Current status of the internal-external hypothesis for obesity // American Psychologist. 1981. N 36. P. 361–372.

*Specker S., de Zwaan M., Raymond N., Mitchell J.* Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder // Comprehensive Psychiatry. 1994. N 35. P. 185–190.

*Thompson-Brenner H.* Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a Naturalistic sample // The British Journal of Psychiatry. 2005. Vol. 186. P. 516–524.

*Van Strien T.* The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior // International Journal of Eating Disorders. 1986. Vol. 5(2). P. 188–204.

*Wadden T.A., Sarwer D.B., Womble L.G., Foster G.D., McGuckin B.G., Schimmel A.* Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery // Surgical Clinics of North America. 2001. Vol. 81. P. 1077–1095.

### Сведения об авторах

*Сидоров Александр Витальевич*. Аспирант (2011), кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, ул. Кирочная, д. 41, 191015 Санкт-Петербург, Россия.

E-mail: [fsgi@mail.ru](mailto:fsgi@mail.ru)

### Ссылка для цитирования

Стиль psystudy.ru

Сидоров А.В. Типология психологических особенностей пациентов с алиментарным ожирением. Психологические исследования, 2012, No. 1(21), 10. <http://psystudy.ru>. 0421200116/0010.

ГОСТ 2008

Сидоров А.В. Типология психологических особенностей пациентов с алиментарным ожирением // Психологические исследования. 2012. № 1(21). С. 10. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг). 0421200116/0010.

[Последние цифры – номер госрегистрации статьи в Реестре электронных научных изданий ФГУП НТЦ "Информрегистр". Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

[К началу страницы >>](#)