

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ

И.Г. Малкина-Пых (Санкт-Петербург)

Аннотация. Представлены результаты исследования влияния индивидуально-психологических характеристик пациентов на успешность прохождения ими программы коррекции пищевого поведения и алиментарного ожирения. Получены достоверные коэффициенты корреляции между снижением массы тела, характеристиками психотипа и показателями нарушений пищевого поведения и стереотипов адаптации.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, алиментарное ожирение, индивидуально-психологические характеристики, программа коррекции массы тела.

В последней четверти XX в. ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития, включая Россию [3, 18]. С избыточной массой тела связано многократное повышение частоты развития артериальной гипертонии, инсулинонезависимого сахарного диабета, атеросклероза и ишемической болезни сердца, остеохондроза позвоночника и полиартрита, дискинезии желчного пузыря, хронического холецистита и желчно-каменной болезни, различных опухолей и ряда других заболеваний.

Умеренное ожирение уменьшает продолжительность жизни в среднем на 3–5 лет, выраженное – до 15 лет. Актуальность проблемы ожирения заключается еще и в том, что численность людей с избыточной массой тела прогрессивно увеличивается (на 10% от прежнего количества за каждые 10 лет). Если данная тенденция сохранится, то к середине столетия практически все население экономически развитых стран будет болеть ожирением.

Отчасти эту ситуацию можно объяснить тем, что большинство способов нормализации массы тела устраняют следствие, а не причину. Наиболее устойчивые результаты дает психологическая коррекция. Это понятно, поскольку большинство ученых, работающих над проблемой алиментарного (связанного с переизбытком) ожирения, несмотря на различные представления о причинах этого состояния, сходятся в одном: избыточный вес является результатом нарушений пищевого поведения, приводящих к переизбытку.

Под *пищевым поведением* понимают ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа [9]. Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Пищевое поведение оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное (отклоняющееся) в зависимости от множества параметров, в частности от места, которое занимает процесс приема пищи в иерархии ценностей человека, от количественных и качественных показателей питания и т.д.

Потребность в пище является одной из первичных биологических потребностей и направлена на поддер-

жание гомеостаза. Однако ежедневный рацион человека, как правило, не ограничивается лишь жизненно необходимыми калориями и питательными веществами. Количество съеденного, время приема пищи, предпочтение определенных продуктов питания и их сочетаний индивидуальны для каждого человека. Пищевое поведение определяют не только потребности, но и полученные в прошлом знания и стратегии мышления [15].

Стиль питания отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека; ни одна другая биологическая функция в ранние годы жизни не играет столь важной роли в эмоциональном состоянии, как питание. Ребенок впервые испытывает избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления; так удовлетворение голода обретает крепкую связь с ощущением комфорта и защищенности. Страх голодной смерти становится основой чувства незащищенности (страх перед будущим), даже если учесть, что в современной цивилизации смерть от голода – явление редкое. Для ребенка акт насыщения эквивалентен ситуации «меня любят»; фактически чувство защищенности, связанное с насыщением, основано на этом тождестве (оральная чувствительность) [1].

Необходимо также отметить социальное значение еды. Питание человека с самого рождения связано с межличностным взаимодействием. При анализе психосоциальных аспектов ожирения выделяют такие функции пищевого поведения, как поддержание гомеостаза, релаксация, получение удовольствия, коммуникация, самоутверждение (оно связано с представлением о престижности пищи и «солидной» внешности), познание, поддержание ритуала или привычки, компенсация, награда, защита и удовлетворение эстетической потребности [6].

Пищевая потребность, чисто биологическая по своей природе у животных, у человека предстаёт в более сложном виде, выступая как средство: разрядки психоэмоционального напряжения; чувственного наслаждения, выступающего как самоцель; общения, когда еда связана с пребыванием в коллективе; самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи и соответствующей «солидной» внешности; поддержания определённых ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции); компенса-

ции неудовлетворённых потребностей (в общении, родительской заботе и т.д.); награды или поощрения; удовлетворения эстетической потребности [12].

В настоящее время выделены диагностические критерии наиболее часто встречающихся форм нарушения пищевого поведения.

«Международная классификация психических болезней» 10-го пересмотра (МКБ-10), используемая в нашей стране, рассматривает «Расстройства приема пищи» (F50) в разделе F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» и включает нервную анорексию и нервную булимию.

В «Справочнике по диагностике и систематике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) описаны 3 вида нарушений пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия и неутонченные расстройства пищевого поведения, в частности расстройство по типу переедания, так называемые «пищевые кутежи», или компульсивное переедание (Binge Eating) [8].

Алиментарное ожирение является результатом нарушений пищевого поведения прежде всего по типу переедания – «пищевых кутежей», или компульсивного переедания.

Помимо форм, существует три основных типа нарушений пищевого поведения, которые были выявлены у пациентов с ожирением: экстернальное, эмоциогенное и ограничительное [13].

Экстернальное пищевое поведение связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи: человек ест в ответ не на внутренние стимулы (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, пустой желудок и т.д.), а на внешние (витрина продуктового магазина, хорошо накрытый стол, вид человека, принимающего пищу, реклама пищевых продуктов и т.д.).

Другим типом нарушения пищевого поведения является *эмоциогенное*: стимулом к приему пищи служит не голод, а эмоциональный дискомфорт (человек ест потому, что неспокоен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен, раздосадован, разочарован, потерпел неудачу, ему скучно, одиноко и т.д.).

К эмоциогенному можно отнести также компульсивное пищевое поведение и синдром ночной еды. Компульсивное пищевое поведение клинически проявляется как четко локализованные во времени довольно короткие повторяющиеся приступы переедания, которые длятся не более двух часов. Эпизоды переедания сопровождаются тремя любыми из приведенных признаков: прием пищи совершается быстрее, чем обычно; прием пищи до ощущения неприятного переполнения желудка; прием больших количеств пищи без чувства голода; переедание в одиночестве из-за стыда перед окружающими. Синдром ночной еды проявляется как клиническая триада симптомов: утренняя анорексия (нежелание есть,

отсутствие аппетита), вечерняя и ночная булимия (повышенный аппетит с перееданием), нарушения сна.

Третий тип нарушения пищевого поведения – *ограничительное*. Так называют избыточное пищевое самоограничение и бессистемное соблюдение чрезмерно строгой диеты, которую невозможно соблюдать долгое время, достаточно быстро ей на смену приходят периоды выраженного переедания.

Были выделены разнообразные по силе и длительности воздействия факторы, способствующие развитию нарушений пищевого поведения: конституционально-биологические, социально-психологические, микросоциальные, психогенные и соматогенные. Роль этих факторов и их сочетаний в генезе нарушений пищевого поведения неоднозначна. Механизмы возникновения пищевых нарушений также до конца не изучены. В частности, существует мнение, что они связаны с нарушением трансмиссии серотонина в структурах головного мозга, отвечающих за регуляцию пищевого поведения [8].

С другой стороны, по современным представлениям, алиментарно-конституциональное ожирение является классическим психосоматическим заболеванием, приводящим к формированию вторичных невротических расстройств [5, 16]. Причина его возникновения – нарушение пищевого поведения, приравняемое к психическим расстройствам пограничного уровня [17]. Таким образом, переедание (гипералиментацию) можно рассматривать как неполноценную форму психоэмоциональной адаптации [2]. Нарушение пищевого поведения является одним из видов патологической адаптации, социально приемлемым видом аддиктивного поведения [11].

Немаловажную роль в развитии нарушений пищевого поведения играют особенности личности: высокая подверженность стрессам, склонность к тревожным реакциям, неуверенность в себе и ряд других. Наличие этих особенностей, а также развитие у многих людей с ожирением психовегетативных расстройств при отказе от привычных продуктов питания позволяют поставить пищевую зависимость в один ряд с алкогольной, никотиновой, лекарственной и наркотической формами зависимости.

Целью нашего исследования было изучение влияния индивидуально-психологических характеристик пациентов с ожирением на успешность прохождения ими психологической программы коррекции массы тела.

Материалы и методы исследования

Эксперимент проводился на базе системы клиник МЕДИ и отдела «Экология человека» Центра междисциплинарных исследований по проблемам окружающей среды (ИНЭНКО) РАН (Санкт-Петербург). В период с июня 2006 по август 2008 г. автор данной статьи реализовала программу психологической коррекции пищевого поведения с 74 клиентами (48 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 26 до 50 лет, обратившимися за психологи-

ческой помощью в связи с проблемой избыточного веса. Все испытуемые имели ожирение I–IV степени и были практически здоровы: отсутствовали органические поражения ЦНС, первичные соматические и эндокринные патологии, психические заболевания.

Данная программа коррекции веса является индивидуальной формой психологической коррекции пищевого поведения, рассчитанной на период от 1 до 6 месяцев. Методики психологической коррекции подробно описаны в [8]. Для оценки изменения массы тела была выбрана единица измерения кг/мес.

В исследовании были использованы следующие психодиагностические методики: «Тест-опросник Кейрси» (определение психологического типа); тест «Диагностика мотивации снижения веса», разработанный специалистами для программы коррекции массы тела и модифицированный вариант «Теста на особенности вашего пищевого поведения» [7, 8].

Тест-опросник Кейрси предназначен для оценки 4 дихотомических признаков типологии К.Г. Юнга: «экстраверсия–интроверсия» (Extraversion–Introversion), т.е. предпочтительная направленность внимания; «сенсорика–интуиция» (Sensing–Intuition), т.е. предпочтительный способ восприятия информации; «мышление–чувствование» (Thinking–Feeling), т.е. предпочтительный способ принятия решений; предпочитаемый способ ориентации в окружающем мире «рациональность–иррациональность» (Judging–Perceiving). Опросник позволяет оценить психологическую структуру личности и проанализировать личностные особенности, которые отражают как конституциональные черты личности, так и целостное реагирование ее на изменение внутреннего состояния и внешнего социально-психологического окружения [14].

Для исследования мотивов снижения массы тела нами использовался тест-опросник «Диагностика мотивации снижения веса», состоящий из 16 вопросов и позволяющий оценить, какой тип мотивации – внешний или внутренний – преобладает у респондента [8]. Восемь вопросов теста относятся к внутренней мотивации, например, «Негативно отношусь к своей полной фигуре или отдельным частям тела, хочу исправить свою фигуру», и восемь вопросов – к внешней, например, «Хочу завоевать уважение коллег на работе».

Использовали мы и модифицированный вариант «Теста на особенности вашего пищевого поведения», позволяющий определить 7 стереотипов нарушений пищевого поведения (23 утверждения) и 7 стереотипов нарушения адаптации (22 утверждения) [7]. Варианты ответов распределяются по шкале от 0 (совершенно не согласен) до 3 (абсолютно согласен). Каждый стереотип имеет «бытовое» (общедоступное) и «техническое» (предназначенное для специалистов и тесно связанное с научно установленным значением) названия. Стереотипы, набравшие наибольшее количество баллов, считаются ведущими в нарушении пищевого поведения.

Данный тест позволяет оценить не только наличие различных подтипов ограничительного, эмоциогенного или эндогенного нарушений пищевого поведения, но и неадаптивность стратегий преодоления стрессов.

Тест адаптирован автором настоящей статьи. Поскольку объем статьи не позволяет подробно рассмотреть процедуру адаптации теста, кратко представим лишь данные о надежности методики для российской выборки.

Надежность теста определяется критерием его внутренней согласованности [4], значение которого вычисляется как коэффициент корреляции К. Пирсона между результатами каждой из субшкал и суммарным результатом теста. Для опросника «Теста на особенности вашего пищевого поведения» получены следующие значения коэффициентов корреляции: шкала стереотипов питания (СП) – общая шкала пищевого поведения (ОПП) = 0,92, $p < 0,01$; шкала стереотипов адаптации (СА) – шкала ОПП = 0,92, $p < 0,01$.

Для оценки надежности на основе внутренней согласованности для всей шкалы рассчитывается коэффициент альфа Л. Кронбаха. Для опросника «Теста на особенности вашего пищевого поведения» получены следующие значения коэффициента альфа Кронбаха: шкала СП – 0,88; шкала СА – 0,85; шкала ОПП – 0,94. Таким образом, можно утверждать, что русскоязычная версия «Теста на особенности вашего пищевого поведения» обладает достаточно высокой надежностью.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ SPSS 11.0 for Windows [10]. Достоверность различий определялась по критерию Манна–Уитни; взаимосвязи между факторами оценивались при помощи коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение

Для исследования влияния личностных особенностей на успешность прохождения программы коррекции массы тела нами был проведен анализ корреляционных связей между показателем снижения массы тела (кг/мес), характеристиками психологического типа личности, типами мотивации, показателями нарушения пищевого поведения и стереотипов адаптации (см. табл.). Были определены также группы респондентов, успешно снизивших вес (группа 1) и практически не снизивших либо снизивших массу тела весьма незначительно (группа 2).

Успешность снижения массы тела достоверно положительно коррелирует с такой психологической функцией, как мышление ($p < 0,01$).

Успешнее снижают вес люди с внутренней мотивацией ($p < 0,01$), чем с внешней ($p < 0,01$).

Чем сильнее выражены нарушения пищевого поведения, тем труднее человеку сбросить вес. Успешность снижения массы тела достоверно отрицательно связана практически со всеми типами нарушений пищевого по-

Средние значения индивидуально-психологических характеристик в группах с высоким (1) и низким (2) показателем снижения массы тела

Индивидуально-психологические характеристики	Группа 1 M±SD (n = 38)	Группа 2 M±SD (n = 36)	Коэффициент корреляции
Показатель снижения массы тела (кг/мес)***	3,2±1,3	0,6±0,8	
<i>Типологические функции</i>			
Экстраверсия (E)**	5,2±2,6	6,6±1,7	-0,06
Интроверсия (I)**	4,8±2,6	3,4±1,7	0,06
Сенсорика (S)	12,4±3,2	11,6±4,4	-0,17
Интуиция (N)	7,6±3,2	8,4±4,4	0,17
Мышление (T)***	10,3±3,3	7,3±2,5	0,32**
Чувствование (F)***	9,7±3,3	12,7±2,5	-0,32**
Решающая (J)	15,1±3,3	13,7±4,5	-0,04
Воспринимающая (P)	4,9±3,3	6,3±4,5	0,04
<i>Мотивация снижения массы тела</i>			
Внешняя**	51,6±9,0	56,8±8,5	-0,26*
Внутренняя**	68,4±9,0	63,2±8,4	0,26*
<i>Стереотипы питания</i>			
«Бессистемник»**	3,7±2,7	5,9±3,3	-0,41**
«Ночной кусочник»***	2,8±2,2	5,4±2,7	-0,55**
«Удобный потребитель»	1,4±2,3	1,7±2,4	-0,25*
«Бесфруктовый чревоугодник»	2,4±2,0	2,8±2,3	-0,16
«Бессознательный жевун»***	1,3±1,8	3,3±3,0	-0,40**
«Интенсивный поедатель»*	3,9±3,4	5,5±2,7	-0,29*
«Обделенный воришка»*	3,4±2,4	4,7±2,6	-0,28*
Суммарный показатель нарушений пищевого поведения**	19,0±10,8	29,2±13,7	-0,44**
<i>Стереотипы адаптации</i>			
«Чувствительный страдалец»	3,5±3,2	4,3±3,9	-0,06
«Мученик низкой самооценки»*	3,6±3,4	4,9±3,1	-0,33**
«Упорный волокитчик»*	1,2±1,4	2,5±2,7	-0,30**
«Безотказный»*	3,5±2,8	5,4±3,3	-0,25*
«Торопыга»*	1,5±1,7	3,9±2,9	-0,30**
«Мыслитель-пессимист»***	2,5±1,8	5,3±1,8	-0,61**
«Заоблачный победитель»*	2,7±1,7	3,8±2,4	-0,19
Суммарный показатель нарушений адаптации***	18,5±9,7	29,2±14,3	-0,45**

Примечание. M – выборочное среднее; SD – среднее квадратичное отклонение; *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

ведения: «Бессистемник» ($p < 0,01$), «Ночной кусочник» ($p < 0,01$), «Удобный потребитель» ($p < 0,05$), «Бессознательный жевун» ($p < 0,01$), «Интенсивный поедатель» ($p < 0,05$) и «Обделенный воришка» ($p < 0,05$).

Получено достоверное отрицательное значение коэффициента корреляции между суммарным показателем нарушения пищевого поведения и успешностью снижения веса ($p < 0,05$).

Кроме того, чем сильнее выражены нарушения способностей адаптации, тем труднее человеку успешно сбросить вес. Успешность снижения массы тела достоверно отрицательно связана с большинством нарушений стереотипов адаптации: «Мученик низкой самооценки» ($p < 0,01$), «Упорный волокитчик» ($p < 0,05$) «Безотказный» ($p < 0,05$), «Торопыга» ($p < 0,05$) и «Мыслитель-пессимист» ($p < 0,05$).

Определено достоверное отрицательное значение коэффициента корреляции между суммарным показателем нарушения стереотипов адаптации и успешностью снижения веса ($p < 0,01$).

Таким образом, проведенное исследование показало, что существует возможность прогноза успешности программы коррекции массы тела на основе индивидуально-психологических характеристик личности. Данный прогноз позволяет планировать продолжительность программы для каждого пациента и индивидуально подбирать наиболее эффективные методы психологической коррекции.

Эксперимент показал, что более успешно могут снижать вес люди с мыслительным типом личности. Внутренняя мотивация снижения веса дает возможность прогнозировать более успешное снижение веса, чем внешняя. Чем более выражены нарушения пищевого поведения и стереотипов адаптации, тем, при прочих равных условиях, хуже оказывается прогноз благополучного завершения программы коррекции массы тела.

Полученные данные могут быть использованы как для планирования продолжительности программы для каждого пациента, так и для индивидуального подбора наиболее эффективных методов психологической коррекции.

Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение. М.: Эксмо, 2002.
2. Вознесенская Т.Г., Дорожнев А.Н. Роль особенностей личности в патогенезе церебрального ожирения // Советская медицина. 1987. № 3. С. 28–32.
3. Гинзбург М.М., Козуница Г.С., Крюков Н.Н. Ожирение и метаболический синдром: Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение. Самара, 1999.
4. Кондаков И.М. Создание психологических опросников с помощью статистического пакета SPSS for Windows 11.5.0. М.: МГППУ, 2006.
5. Красноперова Н.Ю. Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2001.
6. Креславский Е.С. Психосоциальные аспекты ожирения // Социально-гигиенические аспекты ожирения: Сб. научных трудов. Л.: ЛСГМИ, 1981.
7. Кушнер Р., Кушнер Н. Ваша индивидуальная диета. М.: АСТ; Транзиткнига, 2005.
8. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. М.: Эксмо, 2007.
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МедПресс-информ, 2005.
10. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования: Анализ и интерпретация данных. СПб.: Речь, 2006.
11. Ротов А.В., Гаврилов М.А., Бобровский А.В., Гудков С.В. Агрессия как форма адаптивной психологической защиты у женщин с избыточной массой тела // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. 1999. № 1. С. 81–83.
12. Савенков Ю.И. Избыточный вес – угроза здоровью. Барнаул: Алт. кн. изд-во, 1985.
13. Савчикова Ю.Л. Психологические особенности женщин с проблемами веса: Дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2005.
14. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2004.
15. Фрэнкин Р.Е. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. 5-е изд. СПб.: Питер, 2003.
16. Kaplan H.I., Kaplan H.S. The psychosomatic concept of obesity // J. Nerv. Ment. Dis. 1957. Vol. 125(2). P. 181–201.
17. Stunkard A., Coll M., Lindquist L., Meyers A. Obesity and eating style // Arch. Gen. Psychiatry. 1980. Vol. 37. P. 1127–1129.
18. WHO: Obesity: preventing and managing the global epidemic // Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

RESEARCH ON THE IMPACT OF PERSONALITY TRAITS ON THE RESULTS OF PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF EATING BEHAVIOR DISORDERS AND OBESITY

Malkina-Pykh I.G. (Sankt-Petesberg)

Summary. The study assesses the impact of personality traits on the results of psychological treatment program of the eating behavior disorders and obesity. The significant correlations between weight reduction, personality type, eating behavior patterns and adaptation stereotypes were obtained.

Key words: eating behaviors disorder, obesity, personality traits, weight reduction program.