

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

Святенко Людмила Владимировна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ
ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ**

Специальность 19.00.04 – «Медицинская психология»

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург

2012

Работа выполнена на кафедре медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор,
Вассерман Людвиг Иосифович

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
кафедры общей психологии СПбГУ
Бызова Валентина Михайловна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда
СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Ташлыков Виктор Анатольевич

Ведущее учреждение: Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена

Защита состоится « ____ » _____ 2012 г. в ____ часов на заседании совета Д. 212.232.22 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6, факультет психологии, ауд. 227

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: Санкт-Петербург, Университетская набережная, д.7/9.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук, доцент

И.В. Грандилевская

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В настоящее время имеет место неуклонный рост числа пациентов, страдающих избыточной массой тела и ожирением (Благосклонная Я. В., 2001; Бутрова С.А., 2001; Гинзбург М. М., 2002). В экономически развитых странах каждый третий житель имеет массу тела, превосходящую максимально допустимую (Lean M. E. J., 1998; Bray G. A., 1998). В группе лиц старше 40 лет ожирение различной степени тяжести выявляется уже у 40 - 60%. Причем число людей с избыточным весом увеличивается в среднем на 10% ежегодно, что, несомненно, является значимой проблемой для здоровья населения (Беляков Н. А., Мазуров В. И. и др., 2003; Mokdad A.H. et al., 2001). По данным литературы ожирение у психически больных встречается в 2 – 3 раза чаще, оно обусловлено преимущественно низкой физической активностью и психофармакозависимостью (Романов Д. В., 2011).

Ожирение относят к полиэтиологическим заболеваниям со сложным патогенезом метаболических и коморбидных ему расстройств, а также эмоционально-аффективных и поведенческих расстройств, обусловленных фрустрирующей ситуацией; именно это по мнению ряда авторов (Александровский Ю.А., 2007; Краснов В.Н., 2010 и др.) является основными факторами нарушений психической адаптации. Отсутствие единого мнения в вопросах патогенеза и недостаточный учет роли стрессовых факторов в нарушении регуляции пищевого поведения и процессов жирового обмена – наиболее существенные причины малой эффективности терапии (Минабутдинов Ш.Р., 1996; Булгакова С.В., 2000; Egger G. et al., 1997). Ожирение у психически больных часто связано с активной психофармакотерапией, а также с отказом от лечения в период ремиссий. По данным литературы, например, больные с депрессивными расстройствами при лечении рядом антидепрессантов склонны быстро увеличивать массу тела (Романов Д.В., 2011). Поэтому, несмотря на значимость проблемы, успехи в лечении ожирения остаются весьма скромными, отсюда наблюдается и высокий процент рецидивов (Баранов В.Г. и др., 1986; Гинзбург М. М. и др., 2000, 2002; Беляков Н.А., Мазуров В. И. и др., 2003; Беляков Н.А. и др., 2005; Bray G., 1998).

Особого внимания заслуживает изучение причин и механизмов, определяющих пищевое поведение и адаптивность женщин репродуктивного возраста, страдающих ожирением, значимости самооценки внешности в иерархии их системы ценностей, как компонента самосознания. Представления женщин о собственном «Я» в системе значимых отношений, переживания полноты существенно зависят от структуры личности,

индивидуально-типологических особенностей, а также от когнитивных установок и интериоризации стандартов «идеальной» телесности, представленных в определенной культуре (Тхостов А.Ш., 2002).

Таким образом, ожирение обоснованно рассматривается как стрессогенный фактор или фактор риска психической дезадаптации, который усиливается при сочетании с комплексом симптомов хронических метаболических нарушений, создающих психофизиологическую почву для развития вторично обусловленных соматопсихических расстройств, коморбидных с ожирением.

С ожирением связано повышение риска и частоты развития таких заболеваний, как артериальная гипертензия, ИБС, сахарный диабет 2 типа, бесплодие и др. По данным Д.В. Романова (2011), ожирение в США вызывает от 280 до 329 тысяч смертельных исходов в год. Отсюда следует, что витальная угроза – дополнительный дистресс. Причем в данном контексте установление причинно-следственных связей тяжелой соматической патологии и ожирения является трудной проблемой. В связи с этим актуальной задачей является изучение механизмов стрессоустойчивости личности; ее компенсаторных и защитных механизмов (Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010; Исаева Е.Р., 2010; Stone N. J. et al., 2003). Риск развития опасных для жизни заболеваний, несущих витальную угрозу, как известно, определяет специфику эмоционально-аффективных реакций пациентов на заболевание и актуализацию механизмов психологической защиты личности (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., 2010). Кроме того, перспектива снижения профессионального статуса и потребностей в самоактуализации также служат психосоциально обусловленными фрустрирующими факторами, которые опосредованно влияют на особенности пищевого поведения и фон настроения.

Учитывая сказанное, особую актуальность приобретает изучение механизмов и факторов нарушения психической адаптации в связи с избыточным весом у женщин репродуктивного возраста, страдающих алиментарным ожирением, а также женщин репродуктивного возраста, страдающих ожирением в связи с расстройствами метаболического плана и другими ассоциированными с ожирением расстройствами. Решение указанных задач представляется адекватным в соответствии с биопсихосоциальным и адаптационным подходом как общей методологической основой медицинской психодиагностики в ее системном понимании (Березин Ф.Б., 1988, Вассерман Л.Ю., Березин М.Н., Косенков Н.И., 1994, Александровский Ю.А., 2000, 2007; Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003; Вассерман Л.И. с соавт., 2010).

Вопросам этиологии и патогенеза ожирения посвящено много публикаций (Беляков Н.А., Мазуров В. И. и др., 2003; Беляков Н.А. и др., 2005), но структура

психопатологических расстройств при ожирении в контексте их психосоциальной обусловленности в соотношениях с индивидуально-личностными характеристиками указанных пациенток изучена недостаточно, например, роль индивидуально-психологических характеристик женщин репродуктивного возраста, страдающих ожирением отражена фрагментарно, особенно в плане целенаправленной психологической диагностики. Мало изучены особенности совладающего со стрессом и защитного поведения и их влияние на процесс адаптации к избыточному весу, самооценка в структуре самосознания и оценка жизненных перспектив, психологические факторы резистентности к терапии, а также отношение к коморбидным расстройствам.

В связи со сказанным, целью настоящей работы является клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение роли индивидуально-личностных и психосоциальных факторов нарушений психической адаптации у женщин репродуктивного возраста, страдающих ожирением и ассоциированными с ним заболеваниями.

Реализация данной цели предполагала решение следующих **задач**:

1. На основе анализа данных специальной формализованной карты изучить клинико-психологическим методом специфику жалоб, их частотность, причину обращаемости за помощью, наличие коморбидной патологии, демографические и психосоциальные характеристики.
2. Проанализировать особенности пищевого поведения женщин, страдающих ожирением и ассоциированными расстройствами в сравнительном клинико-психологическом аспекте.
3. Провести экспериментально-психологическое исследование структуры неврозоподобных расстройств у женщин с алиментарным ожирением в сравнительном плане, а также их взаимосвязи с течением заболевания и резистентностью к терапии.
4. Изучить в сравнительном аспекте влияние самооценки телесности в структуре самосознания личности; проанализировать ее влияние на возникновение рецидивов ожирения у женщин трех исследуемых групп.
5. Выявить специфику совладающего со стрессом поведения пациенток и содержательно проанализировать преобладающие копинг-стратегии как клинико-психологические характеристики, имеющие прогностическое и психотерапевтическое значение.
6. Провести сравнительное изучение механизмов психологической защиты у женщин репродуктивного возраста с алиментарным ожирением и ассоциированными с ним заболеваниями в соотношениях с их клинико-психологическими и психосоциальными характеристиками.

7. Проанализировать самоотношение испытуемых с избыточным весом тела к индивидуальной оценке времени в его ценностном контексте в связи с задачами прогноза эффективности лечения и оценкой качества жизни.

8. Проанализировать взаимосвязи характеристик пищевого поведения, эмоционально-личностные и личностно-типологические характеристики женщин, страдающих ожирением с целью определения психологических «мишеней» для психокоррекционной работы.

Объект исследования – женщины репродуктивного возраста страдающие ожирением различного генеза.

Предмет исследования – психологические и психосоциальные факторы расстройств адаптации (специфика пищевого поведения, оценка телесности, невротические черты личности, защитно-совладающее поведение и т.д.) женщин репродуктивного возраста с ожирением и избыточной массой тела.

Гипотезы исследования:

1. Женщины, не имеющие семьи, психологической поддержки со стороны значимого социального окружения, стабильной профессиональной занятости, проблем в сфере самореализации испытывают более выраженный соматический и эмоциональный дискомфорт, социальную и коммуникативную фрустрированность в своей внешней непривлекательности. Все сказанное определяет частоту и содержательный характер жалоб пациенток, обратившихся за помощью.

2. Существуют взаимосвязи между типом пищевого поведения у женщин, страдающих ожирением, их отношением к ситуации ожирения, личностными особенностями, предпочитаемыми способами совладания со стрессом и своеобразными механизмами психологической защиты. Выраженность и типология нарушений пищевого поведения отличаются у женщин с алиментарным ожирением и ожирением, сочетанным с ассоциированными расстройствами. Факторами риска деструктивного пищевого поведения и эмоциональных расстройств является интериоризация системы социальных стереотипов в психосоциальном контексте.

3. Субъективное восприятие телесности может служить препятствием для создания семьи и профессиональной самореализации. Самоотношение к образу физического «Я» поддается коррекции с помощью психотерапии, для чего необходимы соответствующие личности мишени.

4. В развитии ожирения и резистентности к его коррекции существенную роль играют личностно-типологические особенности, проявляющиеся в актуализации невротических черт личности. Ожирение, в свою очередь, как хронический эмоциональный дистресс влияет на возникновение невротических и неврозоподобных

расстройств, преимущественно тревожно-депрессивного регистра, отличающихся своеобразием у различных групп исследованных.

5. Стратегии совладания со стрессом у женщин с алиментарным ожирением и ожирением, сочетанным с ассоциированными расстройствами, отличаются преимущественно доминированием различных по содержанию способов совладающего со стрессом поведения и механизмов психологических защит личности, что позволяет рассматривать их не только как дезадаптивные факторы, но и как личностные ресурсы; одним из индикаторов адаптационного потенциала является интуитивное переживание своего будущего времени как форма проекции актуального переживания тревоги.

Общей теоретической и методологической основой исследования явились концепция отношений личности В.М. Мясищева (1960, 1973), развиваемая его последователями и учениками (Карвасарский Б.Д., 1982, 1985; Вассерман Л.И. с соавт., 1989; Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999), а также концепция психической адаптации человека (Березин Ф.Б., 1988; Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И., 1994; Александровский Ю.А., 2000; Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010). Более общей теоретической основой исследования является современное понимание патогенеза развития психических, пограничных и психосоматических расстройств, которое основывается на системной биопсихосоциальной модели здоровья и болезни (Нуллер Ю.Л., 1991; Кабанов М.М., 1998; Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П., 2007; Вассерман Л.И., с соавт. 2010). Обозначенная методологическая основа исследования предполагает необходимость многомерного комплексного изучения соотношений биологических, индивидуально-личностных и психосоциальных составляющих в системном описании личности женщин репродуктивного возраста, страдающих ожирением.

Научная новизна исследования

Впервые на многомерной основе проведено целенаправленное и дифференцированное изучение личностных особенностей женщин репродуктивного возраста, страдающих алиментарным ожирением и ожирением, ассоциированным с другими расстройствами психосоматического и соматопсихического регистров.

Впервые на основе данных многомерной информации, формализованной истории болезни изучены специфика жалоб и структура переживаний больных, фрустрированных ситуацией ожирения. Детально, в сравнительном аспекте, изучены нарушенные формы пищевого поведения у женщин репродуктивного возраста с ожирением, уточнена их типология в соотношениях с эмоционально-личностными характеристиками. Впервые на основе экспериментально-психологического подхода проанализированы субъективные переживания и отношение к своей телесности женщин с алиментарным ожирением в

сравнительном исследовании с пациентками, страдающими ожирением с коморбидными расстройствами. Новым является изучение уровневых и содержательных характеристик личности женщин с ожирением, в частности выраженность невротических черт личности и их влияние на психогенез эмоционально-личностных расстройств. Детально, на основании применения стандартизированной методики «Совладание со стрессом» изучены выраженность и структурные особенности осознаваемых личностью совладающих со стрессом механизмов (копинг-механизмов) в их влиянии на развитие ожирения. Также новыми являются выявленные соотношения копинг-стратегий, психологических защит, невротических черт личности у женщин с ожирением и ассоциированными заболеваниями; сформирован условный «психологический профиль» женщин с ожирением, который может служить объективным критерием оценки факторов риска психической дезадаптации, с одной стороны, и личностных ресурсов - с другой. Определены вероятностные механизмы влияния отношения к ожирению на прогноз и течение заболевания; определены психотерапевтические «мишени» для снижения избыточного веса и психологической коррекции симптомов невротического, связанного со стрессом соматоформного характера.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Проведенное исследование позволяет получить новую информацию о роли индивидуально-личностных и эмоционально-поведенческих факторов в нарушениях психической адаптации у женщин репродуктивного возраста, страдающих алиментарным ожирением и сочетанной патологией. Изучен комплекс психосоциальных соотношений, определяющих нарушения пищевого поведения и расстройства психической адаптации женщин, страдающих избыточным весом. Определена особая значимость самооценки телесности (внешности) для этих испытуемых в иерархии их актуальных ценностей.

Изученные индивидуально-типологические и личностные особенности, в их оценочном и содержательном планах имеют существенное значение для формирования представлений о патогенезе указанных расстройств с позиций биопсихосоциального подхода и его реализации на основе современных системных механизмов психической адаптации человека к кризисным и индивидуальным проблемным в оценке здоровья. Сказанное имеет непосредственное значение для теории и практики психотерапии, одного из ведущих методов коррекции ожирения.

Также проведенное исследование выявило психологические особенности и психокоррекционные «мишени», прицельная работа с которыми позволит оптимизировать процесс лечения больных с ожирением. В исследовании показана адекватность применения новых психодиагностических методик, например, опросника «Семантический

дифференциал времени», «Опросника невротических черт личности (НЧЛ)», «Индекс жизненного стиля», «Анкета самооценки внешности» для изучения особенностей личности и аффективного состояния больных для определения психокоррекционных мишеней, а также динамики состояния в ходе лечения.

Методы исследования. Для решения задач исследования были использованы клинико-психологический, экспериментально-психологический и математико-статистический методы (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003).

Для уточнения клинической и психосоциальной predisposition ожирения в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений были использованы психодиагностические методики, направленные на изучение многомерных и системных, по сути, механизмов формирования дезадаптивных тенденций, эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях, преодоления проблемных, кризисных ситуаций и психологической защиты.

С целью проведения комплексного обследования больных была разработана специальная кодировочная карта, включающая социально-демографический, клинический, клинико-психологический и экспериментально-психологический блоки информации (Приложение 1). Карту заполняли врач и медицинский психолог. Формализованная карта, обеспечивая единообразие и полноту обследования, сделала возможным создание банка многомерной информации о больных и проведение анализа материалов на основе новых информационных технологий (Вассерман Л.И., Дюк В.А., Иовлев Б.В., Червинская К.Р., 1997).

Все пациенты также были обследованы с помощью оригинальной авторской анкеты, созданной с целью изучения влияния избыточного веса на самореализацию пациентов и их качество жизни. Она состоит из 13 вопросов, которые отражают субъективное восприятие личностью своей чрезмерной полноты и характер его влияния на мотивацию деятельности, систему ценностей и средств их достижения, иерархию и уровни потребностей, социальное функционирование обследуемых.

Экспериментально-психологический метод представлен методическим комплексом из следующих методик:

1. «Голландский опросник пищевого поведения» (ГОПП) (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire - DEBQ) (Диагностика и коррекция нарушений пищевого поведения в общесоматической практике. Усовершенствованная медицинская технология//Захарченко В.М., Захарченко М.М., Соловьева С.Л., и др., 2008). Он был предложен T. Van Strein в 1986 г. и адаптирован в 1996 г. в России (Минабутдинов Ш.Р., 1996; Савчикова Ю.Л., 2005). Этот опросник используется для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстерналистского факторов в пищевом поведении.

2. «Анкета самооценки внешности», позволяющая выявлять степень удовлетворенности женщины собственной внешностью, ряд суждений анкеты отражают интегральную оценку внешности, самоощущения и предполагаемые оценки со стороны других людей (Куликов Л.В., 2003)

3. Опросник невротических черт личности (НЧЛ). Разработан в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева и представлен в методических рекомендациях «Психологическая диагностика невротических черт личности» (Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Щелкова О. Ю., Червинская К.Р., 2003). Опросник предназначен для выявления эмоционально-аффективных и социально-психологических свойств личности, обуславливающих риск развития невротических и невротоподобных расстройств.

4. Опросник «Стратегии совладающего поведения» («The Ways of Coping Questionnaire» - WCQ), разработанный R. Lazarus, S. Folkman (1984). Рестандартизирован и адаптирован в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева на репрезентативной российской выборке (Методическое пособие МЗ и СР РФ. Вассерман Л.И. с соавт., 2009). Предназначен для дифференцированной оценки ведущих тенденций в совладающем поведении личности и позволяет относительно объективно выявить содержательные и уровневые характеристики личности в контексте ее устойчивости к стрессу и возможности конструктивного преодоления экстремальных и критических ситуаций.

5. Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) - позволяет диагностировать механизмы психологической защиты и оценить степень их выраженности (Вассерман Л. И. с соавт., 1999, Пособие для врачей и психологов).

6. Методика «Семантический дифференциал времени» - предназначена для изучения механизмов формирования таких компонентов самосознания, как оценка индивидуальных параметров проживания собственной жизни (Вассерман Л. И. с соавт., 2005, Пособие для врачей и психологов).

Полученные результаты были обработаны с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 11.0 (SPSS inc., 2001), Statistica 6.0 (Statsoft, 1999) и Excel XP (Microsoft, 2001).

Материалы исследования. Всего обследовано 116 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 45 лет) с избыточной массой тела и ожирением. Сформированы 3 группы: с алиментарным ожирением и с коморбидными расстройствами – гипертонической болезнью и гинекологической патологией. В нашей работе мы использовали современную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Так, по классификации МКБ-10 для описания данной патологии наиболее уместно применить шифр E-66 (Ожирение) плюс сопутствующие заболевания: I10-I15 (Болезни,

характеризующиеся повышением кровяного давления), N70-N77 (Воспалительные болезни женских тазовых органов) и N80-N98 (Невоспалительные болезни женских тазовых органов) соответственно для групп 2 и 3, а также F43.5 (8) – соматоформные вегетативные расстройства.

Обследование проводилось преимущественно амбулаторно в 122-й МСЧ и женских консультациях СПб. Диагноз и квалификация соматического здоровья испытуемых устанавливались врачами соответствующих учреждений. Психологическое исследование проводилось с информированного согласия пациенток.

Характеристика группы. Выборку составили пациентки репродуктивного возраста, представляющие в здоровой популяции наиболее социально активную часть населения. Испытуемые делились на 3 группы: 40 пациенток, страдающих алиментарным ожирением без клинических признаков коморбидных соматических или психических расстройств; 36 пациенток с ожирением, осложненным преимущественно гипертонической болезнью и 40 пациенток с ожирением, осложненным гинекологическими заболеваниями. Длительность заболевания у исследуемых составляет более 1 года (81,1%), в частности более 10 лет – 44,9%, ИМТ 30,0-34,9 кг/м². У 2/3 (60,3%) исследуемых пациенток наблюдается абдоминальный тип ожирения, который является наиболее опасным при определении риска сердечно-сосудистых заболеваний и зачастую напрямую связан с риск-коронарным типом поведенческой активности (тип А). (Положенцев С.Д., Руднев Д.А., 1990; Вассерман Л.И с соавт., 1994). У подавляющего большинства исследуемых (78,4%) наблюдается значительный по отношению к норме риск развития метаболических осложнений.

Большая часть из обследованных профессионально занята (95,7%), причем в бюджетных сферах – 45,7%. Большинство из них (83,7%) имеют высшее и среднее специальное образование, больше половины (58,6%) состоят в браке и имеют детей (63,8%).

Причем, наибольшее количество, так называемых, «несемейных» женщин (не замужем, разведена, вдова) – в группе с алиментарным ожирением (26 – 55,0%), семейных (законный, гражданский и повторный браки) – в группе с сочетанной кардиопатологией (28 – 77,7%). В группе с алиментарным ожирением (55,0%) детей не имеют, а в группах с сочетанными заболеваниями (72,2% и 75,0%) детей имеют. Большое количество пациенток, не состоящих по разным причинам в браке и не имеющих детей (48 – 41,4%) указывает на нарушения межличностных и семейных контактов, затруднения в выполнении женских ролевых функций.

Контингент исследованных женщин в группах отвечает критериям исследования и не имеет статистически значимых различий по основным демографическим характеристикам, что позволяет рассматривать группы как сопоставимые.

Если говорить об особенностях основной выборки, то ими являются:

- репродуктивный и социально-активный возраст пациенток;
- продолжительность зафиксированного ожирения более 1 года;
- значительный процент профессионально занятых женщин;
- значительный процент женщин, неудовлетворенных материальным положением, семейным статусом и жилищно-бытовыми условиями;
- выраженность у пациентов ассоциированных заболеваний, таких как гипертоническая болезнь I-II ст. (2 группа клинического контроля) и гинекологические заболевания (аднекситы, миомы) (3 группа клинического контроля).

Таблица 1

Распределение женщин страдающих ожирением в соответствии с клиническим диагнозом.

№	Клинический диагноз	абс.	%
1	Алиментарное ожирение (гр. 1)	40	34,5
2	Ожирение, осложненное преимущественно гипертонической болезнью (гр. 2)	36	31
3	Ожирение, осложненное преимущественно гинекологическими заболеваниями (гр.3)	40	34,5

Большинство членов группы испытывали неудовлетворенность своим материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, затруднения в выполнении женских ролевых функций, при этом имели работу, преимущественно связанную с эмоциональными и умственными перегрузками, ненормированным рабочим днем, что создает высокий риск социальной фрустрированности женщин. Следует отметить, что данную выборку больных можно рассматривать, как репрезентативную в отношении популяции лиц с избыточным весом, ориентированных на участие в психопрофилактическом и психокоррекционном процессах.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Клинико-психологическое исследование женщин репродуктивного возраста, страдающих ожирением различного генеза, показало, что основные жалобы и субъективные проявления соматического и эмоционального дискомфорта существенно не отличаются у пациенток с алиментарным ожирением и ожирением, осложненным гипертонической болезнью и гинекологическими заболеваниями. При этом наибольшее количество жалоб на психологический дискомфорт: раздражительность, снижение работоспособности и психической активности, слабость, повышенная утомляемость,

сниженное настроение, сонливость днем и бессонница ночью предъявляли женщины, не имеющие психологической поддержки со стороны значимого социального окружения и стабильной профессиональной занятости, что говорит о психологических проблемах женщин в сфере самоактуализации и самореализации как личности.

2. Эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение существенно более выражено у пациенток с ожирением, осложненным гинекологическими расстройствами, у пациенток с алиментарным ожирением более выражены эмоциогенные нарушения, связанные с факторами оценки своей телесности.

3. Женщины с алиментарным ожирением видят основную причину социальной и коммуникативной фрустрированности в своей внешней непривлекательности – повышенной массе тела. Именно эти обстоятельства (субъективное восприятие) препятствуют созданию семьи, профессиональной самореализации и могут служить отчетливым мотивом для поиска способов коррекции избыточной массы тела. У женщин с гипертонической болезнью отчетливо проявляются ипохондрические расстройства настроения, включая страхи, обусловленные субъективным восприятием витальной угрозы, в то время как у женщин с гинекологическими заболеваниями доминируют опасения за выполнение репродуктивной функции.

4. В личностно-типологическом плане женщины с ожирением независимо от наличия или отсутствия сочетанной патологии отличаются от нормативной выборки большей степенью выраженности таких невротических черт как неуверенность в себе, познавательная и социальная пассивность, аффективная неустойчивость, ипохондричность и социальная неадаптивность. При этом у женщин с гипертонической болезнью и гинекологической патологией на первый план выступают неуверенность в себе и ипохондричность.

Содержательный анализ характеристик невротических черт личности отражает и адаптивный потенциал испытуемых: интровертированную направленность и невротический сверхконтроль, которые особенно отчетливы у женщин, мотивированных на лечение.

5. Анализ взаимосвязей между эмоционально-личностными характеристиками женщин, страдающих ожирением и характером нарушений пищевого поведения показал, что между ними существуют специфические взаимосвязи, проявляющиеся в отношении к ситуации ожирения. Наиболее отчетливо это отразилось на поведенческих стратегиях совладания со стрессом и механизмах психологической защиты.

6. Ранжированные оценки способов совладающего со стрессом поведения (копинг-поведение) показывают, что ведущими копинг стратегиями в порядке их убывания являются «дистанцирование», «бегство-избегание» и «конфронтативный копинг».

Наиболее редко используемыми копинг-стратегиями у наших испытуемых являются поиск «социальной поддержки», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка».

7. У исследуемых женщин всех трех групп преобладающим механизмом психологической защиты личности является «проекция». Женщин молодого (репродуктивного) возраста с гипертонической болезнью отличает противоречивость механизмов психологической защиты в диадах «отрицание» – «проекция», «вытеснение» – «замещение».

8. Психологическими факторами резистентности к терапии у женщин с избыточным весом являются особенности пищевого поведения (преобладание эмоциогенного и экстернального типов); низкая самооценка телесности; специфическая структура невротических черт личности, отражающая личностную типологию, неконструктивные копинг-стратегии в их соотношениях с доминированием МПЗ «проекция». Данные особенности можно использовать как «мишени» для психотерапии.

Апробация работы. Результаты исследования были доложены и обсуждены на заседании кафедры медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета в 2010 г, на ежегодных конференциях «Медицинские проблемы психосоматики в общемедицинской практике» в СПб МАПО, в публикациях в журналах «Вестник Санкт-Петербургского Университета», «Вестник Южно-Уральского государственного университета», «Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. Академика И.П. Павлова», «Сибирский психологический журнал», в том числе включенных в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий ВАК России.

Достоверность научных результатов обеспечивается методологическим подходом, опирающимся на фундаментальные положения современной общей и медицинской психологии, адекватностью выбранных методов поставленным задачам, репрезентативностью экспериментальных выборок, корректным использованием методов статистической обработки полученных экспериментальных результатов.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, четырех глав, выводов. Работа изложена на 187 страницах (основной текст 170 стр.), содержит 78 таблиц, 15 рисунков. Библиография насчитывает 257 наименований, из них 77 – на иностранном языке и 2 приложения.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность проблемы исследования, определяется цель, гипотезы и задачи, объект, предмет, характеризуются методологические основы исследования, раскрывается научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, формулируются положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Литературный обзор» рассматриваются современные концепции патогенеза и клинические проявления нарушений пищевого поведения и ожирения, освещены вопросы нарушений пищевого поведения в контексте концепции психической адаптации, психосоматических и соматопсихических соотношений, а также эмоционально-личностные и поведенческие расстройства у женщин, страдающих ожирением, показана роль психологических факторов в возникновении и течении ожирения, а также возрастные различия, гендерные особенности, социальная перцепция и психосоциальная адаптация лиц, страдающих ожирением (Карвасарский Б.Д., 1985, 2002; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2009, 2010; Вознесенская Т.Г., 2004; Крылов В.И., 1995, 2005).

Во второй главе «Материалы и методы исследования» рассматриваются материалы и методы исследования и обоснование в соответствии с целью и задачами данной работы. Описаны применяемые методы исследования и выбранные методы математической статистики, адекватные поставленным задачам и материалу проведенного исследования. Дана подробная характеристика исследуемой группы.

В третьей главе «Результаты сравнительного клинко-психологического и экспериментального исследования женщин, страдающих ожирением» представлены основные результаты работы. В **главе 3.1.** отражены результаты исследования особенностей пищевого поведения женщин, страдающих ожирением и ассоциированными расстройствами, а также структуры невротических черт личности, механизмов психологической защиты, стратегий стресс-преодолевающего поведения данного контингента испытуемых.

В результате анализа амбулаторных карт в группу исследуемых были отобраны пациентки с диагнозом ожирение (E0.66).

В 1995 году Всемирная организация здравоохранения рекомендовала классифицировать ожирение как заболевание по индексу массы тела (ИМТ = вес/рост²). ИМТ является объективным критерием для оценки риска медицинских осложнений и степени тяжести заболевания. В настоящее время этот метод применяется во всем мире. При ИМТ 30,0 – 34,9 кг/м² диагностируется ожирение I степени, при ИМТ 35,0 – 39,9 кг/м² – ожирение II степени, при ИМТ >40,0 кг/м² – ожирение III степени. В то же время,

есть вполне обоснованное мнение (Петров Д.П., Назаренко Л.И., 1999; Потемкин В.В., 1999), что ожирение I степени должно диагностироваться при ИМТ 27,5 – 29,3 кг/м², а также при ИМТ 26,0 – 29,0 кг/м² (Алмазов В.А. и др., 1999).

Кроме оценки роста-весовых показателей для определения типа ожирения используется вычисление соотношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Значение ОТ/ОБ у женщин более 0,85 свидетельствует об абдоминальном типе ожирения, наиболее опасном при определении риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и более ранней смертности.

Диагноз ставился лечащим врачом на основании жалоб, антропометрических и клинико-лабораторных исследований.

Полученные при помощи специально разработанной клинико-психологической карты данные дают основание говорить о характерных связях клинических, психологических и социальных факторов для данной патологии. Так, существенную роль в развитии ожирения играет наследственный фактор. Большинство пациенток (74,1%) еще задолго до осознания собственных проблем с излишней массой тела были знакомы с проявлениями ожирения, артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), алкоголизма. Эти заболевания в той или иной мере присутствовали в их семьях. Постоянно соприкасаясь с хроническими заболеваниями в семье, пациентки не акцентировали внимание на них как болезни и в дальнейшем не считали себя больными.

Группа пациенток с алиментарным ожирением (гр. 1) наиболее благополучна в плане отягощенности наследственными заболеваниями: в половине случаев отягощенность наследственными заболеваниями не наблюдается, у оставшейся части преимущественно (45,0%) отягощена ожирением и ожирением, сочетанным с ГБ.

В группе пациенток с ожирением, осложненным преимущественно гипертонической болезнью (гр. 2), наследственность по линии родителей отягощена гипертонической болезнью (27,8%), гипертонической болезнью, сочетанной с сахарным диабетом (5,6%), гипертонической болезнью, сочетанной с ожирением (33,3%), гипертонической болезнью, сочетанной с сахарным диабетом и ожирением (11,1%). Таким образом, в группе 2 наследственность значительно отягощена гипертонической болезнью (77,8%) и ожирением (61,1%).

В группе пациенток с ожирением, осложненным гинекологическими заболеваниями (аднекситами, миомами) (гр.3), наследственность преимущественно отягощена ожирением (57,5%) и алкоголизмом (7,5%), наследственная отягощенность отсутствует у 20,0% .

Группа пациенток с алиментарным ожирением (гр.1) наиболее благополучна и в плане отсутствия сопутствующих заболеваний, у 47,5% такие заболевания отсутствуют, у 37,5% - наблюдается патология ЖКТ, которая является наиболее выраженной в

процентном отношении и в группах с коморбидной патологией (27,8% и 27,5%). Далее по наличию выраженности сопутствующих заболеваний в группе женщин с ожирением и гипертонической болезнью находятся невротоподобные расстройства (25,0%), затем - умеренно выраженная эндокринная патология (16,7%). В группе женщин с ожирением и гинекологическими заболеваниями отмечается также вегето-сосудистая дистония (20%) и невротоподобные расстройства (15%).

Таблица 2

Наличие заболеваний в исследуемых группах.

№	Заболевания	Гр. 1 алимент.		Гр. 2 кардио.		Гр. 3 гинеколог.		Всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Вегето-сосудистая дистония	4	10,0	2	5,6	8	20,0	14	12,1
2	Патология ЖКТ	15	37,5	10	27,8	11	27,5	36	31,0
3	Эндокринная патология	2	5,0	6	16,7	3	7,5	11	9,5
4	Органические заболевания мозга	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Невротические расстройства	0	0	9	25,0	6	15,0	15	12,9
6	Психогенная булимия	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Отсутствуют	19	47,5	9	25,0	12	30,0	40	34,5

Большинство обследованных составили женщины, представляющие в здоровой популяции наиболее социально активную часть населения, для которых в этом возрасте приоритетным фактором с точки зрения психологической и социальной значимости, является работа. Исследование удовлетворенности женщин, страдающих ожирением в различных сферах жизнедеятельности, показывают относительно высокий уровень социальной фрустрированности, что отражается на эмоциональном фоне исследуемых. Более половины обследованных женщин не удовлетворены своим материальным положением (55,2%), семейным положением (62,9%), жилищно-бытовыми условиями (66,4%).

Нарушения эмоционального фона присущи большей части выборки (75,9%), причем они больше выражены при наличии коморбидной патологии (что само по себе может быть дополнительным фрустратором).

Так, по субъективным ощущениям наших испытуемых на наличие лабильности жалуется 38,8%, тревоги 29,3% женщин, причем в группах с коморбидной патологией лабильность занимает первое место (58,0% - 2 группа, 40% - 3 группа), тревога – второе (16,7% - 2 группа, 35% - 3 группа), в группе женщин с алиментарным ожирением - наоборот: тревога – 35%, неустойчивое настроение – 20%. На третьем месте у наших испытуемых – депрессия и агрессия (3,4% и 4,3%).

По степени выраженности на слабовыраженное снижение настроения жалуются 65,5% исследуемых, в группе женщин с сердечно-сосудистыми проблемами выраженное снижение настроения отмечают 25% пациенток, аналогичная закономерность выявляется и при анализе выраженности тревоги и раздражительности в исследуемых группах.

Обратная картина наблюдается при анализе астенических и апатических проявлений, большая часть исследуемых считает, что таковые отсутствуют (60,3% и 83,6% соответственно), наименьшее число жалоб – в группе женщин с ожирением и гипертонической болезнью (слабо выражено – 25% и 13,9% соответственно). На нарушение сна жалуется большая часть испытуемых (74 пациентки, что составляет 63,8% выборки).

Для исследования особенностей основных факторов, препятствующих успешной самореализации и жизнедеятельности у женщин с ожирением в зависимости от наличия тех или иных ассоциированных заболеваний, нами была разработана специальная анкета «Моя полнота». Как значимые факторы отмечены: отрицательное влияние полноты на здоровье и самочувствие, на выполнение физических нагрузок и чувство недовольства собственным телом. Пациентки с коморбидной патологией достоверно чаще считают, что их полнота способствует снижению их работоспособности. Причем пациентки с сосудистой патологией (гр.2) достоверно чаще считают, что их полнота отрицательно сказывается на выполнении физических нагрузок ($p < 0.01$), что вероятно обусловлено заболеванием.

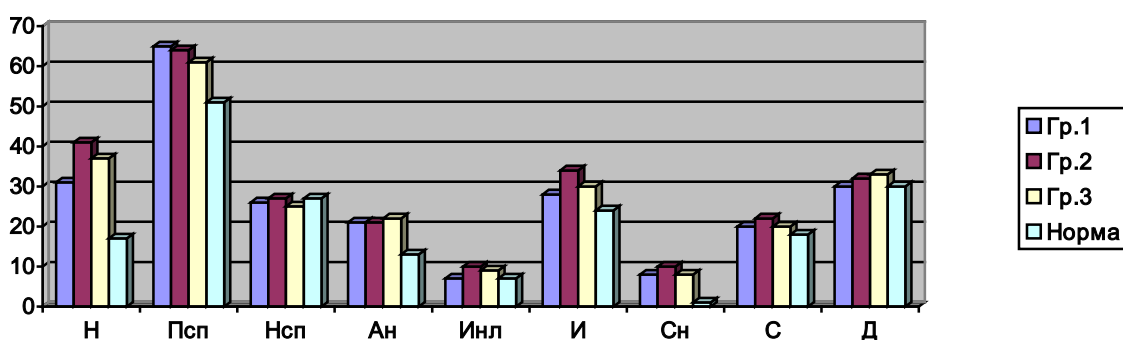
Появление и усиление эмоционального дискомфорта, внутреннего напряжения, подавленности сопровождается у испытуемых изменением напряженности пищевого влечения – усилением аппетита. Для всех групп с высокой степенью достоверности ($3,15 \pm 0,05$) доминирующим является эмоциогенный тип пищевого поведения как своеобразная, социально приемлемая патологическая форма защиты от стресса, которая свойственна высоко социально ориентированным, склонным к тревожно-депрессивным реакциям личностям.

Таблица 3

Уровень выраженности разных типов пищевого поведения в исследуемых группах

	Группа 1 алимент.	Группа 2 кардио.	Группа 3 гинекол.	Исследуемая выборка в целом
Ограничительное ПП	1,55±0,09	1,81±0,09	1,75±0,09	1,70±0,05
Эмоциогенное ПП	3,02±0,11	3,26±0,06	3,19±0,08	3,15±0,05
Экстернальное ПП	2,46±0,13	2,18±0,12	2,45±0,12	2,37±0,07

При диагностике невротических черт личности были выявлены определенные закономерности, которые характерны для всех исследуемых групп (Рис.1): во-первых, большая степень выраженности невротических черт личности по сравнению со здоровыми женщинами, а во-вторых, определенная структура невротических черт личности, которая представлена такими личностными свойствами, как «неуверенность в себе» ($31,4 \pm 2,1$ – Гр.1, $40,6 \pm 1,9$ – Гр.2, $37,0 \pm 1,9$ – Гр.3, $16,6 \pm 2,5$ – норма; $p < 0.001$), «познавательная и социальная пассивность» ($65,3 \pm 2,4$ – Гр.1, $63,9 \pm 2,7$ – Гр.2, $60,7 \pm 1,9$ – Гр.3, $51,1 \pm 1,8$ – норма; $p < 0.01$), «аффективная неустойчивость» ($21,3 \pm 1,3$ – Гр.1, $20,9 \pm 1,1$ – Гр.2, $21,6 \pm 1,2$ – Гр.3, $12,9 \pm 2,0$ – норма, $p < 0.01$), «ипохондричность» ($28,3 \pm 1,1$ – Гр.1, $33,9 \pm 1,2$ – Гр.2, $29,9 \pm 1,0$ – Гр.3, $24,3 \pm 1,4$ – норма; $p < 0.05$) и «социальная неадаптивность» ($7,8 \pm 1,3$ – Гр.1, $9,7 \pm 1,1$ – Гр.2, $8,5 \pm 1,3$ – Гр.3, $1,4 \pm 1,1$ – норма; $p < 0.01$).



Н – неуверенность в себе; Псп – познавательная и социальная пассивность; Нсп – невротический «сверхконтроль» поведения; Ан – аффективная неустойчивость; Инл – интровертированная направленность личности; И – ипохондричность; Сн – социальная неадаптивность; С – симуляция; Д – диссимуляция.

Рис.1. Средние данные, отражающие специфику и степень выраженности невротических черт личности у пациенток с алиментарным ожирением по данным опросника НЧЛ в сравнении с нормативными данными.

Вероятно, вышеуказанные особенности пациенток явились тем преморбидным фоном, который, в известной мере, способствует инициации ожирения, «работает» на поддержание этой фрустрирующей ситуации и препятствует своевременной коррекции. Вместе с тем, можно предположить, что именно наличие ожирения, послужило усилению вышеуказанных характеристик пациенток. Существенная выраженность вышеуказанных характеристик у пациенток всех трех исследуемых групп может являться одним из факторов, формирующим у них невротоподобные расстройства и способствующим психической дезадаптации.

Сниженная способность к преодолению фрустрирующей личностной ситуации в психосоциальном плане отражает недостаток конструктивных способов совладания со стрессом, что может приводить к усилению переживания, т.е. «заеданию проблем», снятию таким способом нервно-психического напряжения.

У всех трех исследуемых групп женщин наряду с большей выраженностью в структуре личности вышеуказанных дезадаптивных характеристик по сравнению с женщинами без лишнего веса, присутствуют и отдельные черты, потенциально значимые для их успешной адаптации: пациентки не отличаются от здоровых женщин по средним показателями шкал «интровертированная направленность личности» и «невротический сверхконтроль».

Характерно, что пациентки с коморбидной патологией статистически достоверно ($p < 0.01$ – группа с сосудистой патологией (Гр.2) и $p < 0.05$ – группа с гинекологическими проблемами (Гр.3)) отличаются от здоровых женщин по средним показателям шкалы «симуляция» ($22,0 \pm 0,8$ – Гр.2, $20,4 \pm 0,6$ – Гр.3, $17,9 \pm 1,0$ - норма), что отражает их чрезмерную откровенность в ответах, стремление подчеркнуть недостатки собственной личности, возможное наличие эмоционально насыщенных проблем и трудности социальной адаптации. Можно предположить снижение самооценки, критическое отношение к себе, неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией, потребность в психотерапевтической помощи.

При исследовании ведущих механизмов преодоления стресса у пациенток с ожирением, при помощи опросника «Стратегии совладающего со стрессом поведения» (ССП) было выявлено, что полученные показатели по шкалам методики ССП не выходят за пределы нормативного интервала 40 – 60 Т-баллов, что позволяет сделать вывод об умеренной степени предпочтительности всех копинг-стратегий у испытуемых.

Наиболее часто используемыми копинг-стратегиями являлись: «дистанцирование», «бегство-избегание», «конфронтативный копинг». Наиболее редко использовались: положительная переоценка, поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы. Результаты основаны на ранговых оценках в порядке их убывания.

Содержательно выявлено, что большинство женщин, страдающих ожирением достоверно чаще используют стратегию «дистанцирования» ($56,5 \pm 0,9$). Более того, указанная стратегия находится у них на первой ранговой позиции по частоте использования, что свидетельствует о склонности к преодолению негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в неё, использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания.

Стратегия «бегство-избегание» занимает второе ранговое место ($55,3 \pm 1,0$) по частоте использования, что предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с возникшими трудностями за счет уклонения.

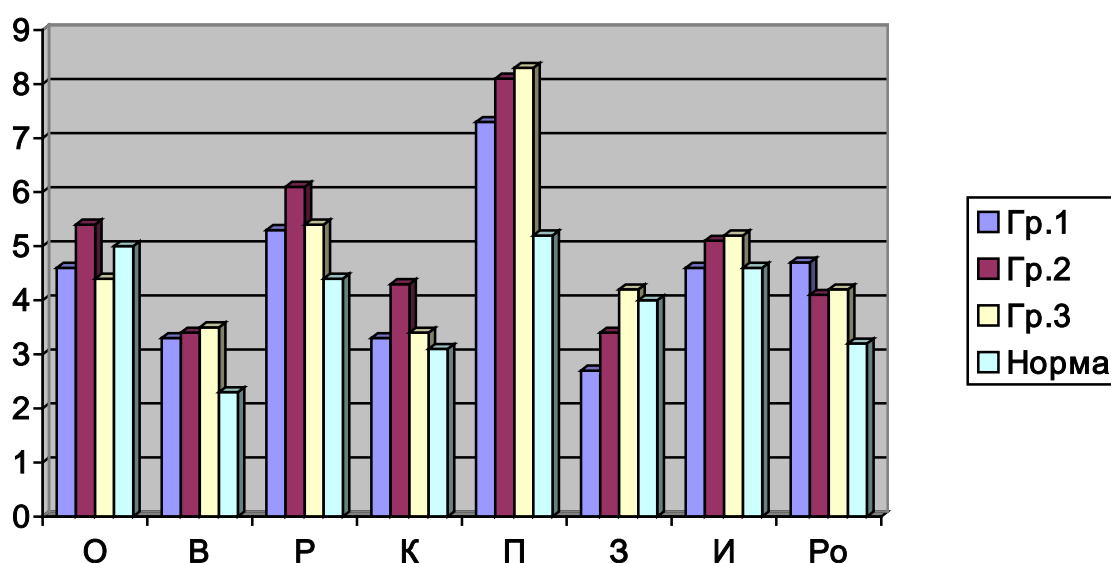
Стратегия «конфронтации» ($51,7 \pm 0,9$) занимает у наших пациенток третье место, что предполагает определенные попытки активного совладания с проблемной ситуацией с

их стороны, осуществление конкретных действий (готовность соблюдать диету, подсчитывать калорийность пищи, увеличить физическую нагрузку и т.д.), направленных на изменение ситуации, но чаще - на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями, что позволяет им справляться с тревогой.

Следует отметить, что более частое использование стратегии «дистанцирования» при более редком использовании стратегии планирования решения проблемы (что наблюдается и в нашем случае) является весьма характерным для лиц с расстройствами адаптации.

Достоверных различий в структуре стресс-преодолевающего поведения групп 1, 2, 3 выявлено не было. Вместе с тем при сравнительном анализе стилей совладания со стрессом пациентки с ожирением, осложненным преимущественно гинекологическими заболеваниями (гр.3) и ожирением, осложненным преимущественно гипертонической болезнью (гр.2) предпочитают использовать в качестве стресс-преодолевающего поведения «самоконтроль» ($50,6 \pm 1,7$ и $51,5 \pm 1,6$ соответственно), а в группе с алиментарным ожирением без клинических признаков коморбидных соматических или психических расстройств (гр.1) - «конфронтативный копинг» ($53,4 \pm 1,3$).

При исследовании механизмов психологической защиты (МПЗ) у пациенток с ожирением (методика ИЖС) было выявлено, что для всех трех исследуемых групп женщин, страдающих ожирением, по сравнению со здоровыми с высокой степенью значимости ($p < 0,05$), свойственно более активное и частое использование МПЗ «проекция» ($7,3 \pm 0,6$ – Гр.1, $8,1 \pm 0,5$ – Гр.2, $8,3 \pm 0,4$ – Гр.3, $5,2 \pm 0,6$ – норма, $p < 0,05$), которая допускает травмирующую информацию в сознание, но интерпретирует ее как бы «безболезненным» для себя способом.



О – отрицание; В – вытеснение; Р – регрессия; К – компенсация; П – проекция; З – замещение; И – интеллектуализация; Ро – реактивные образования.

Рис.2. Средние показатели выраженности механизмов психологической защиты у пациенток с алиментарным ожирением в сравнении с нормативными данными.

В целом профиль защитной структуры личности пациенток характеризуется более высокой напряженностью МПЗ по сравнению со здоровыми женщинами, что свидетельствует о наличии актуальной психотравмирующей ситуации, по-видимому, связанной с болезненными проявлениями, ограничениями, накладываемыми болезнью и препятствующими реализации актуальных потребностей личности, различными опасениями и переживаниями пациенток. При этом наибольшая противоречивость и напряженность МПЗ свойственна пациенткам 2 группы, страдающим ожирением, осложненным преимущественно гипертонической болезнью, что, по-видимому, связано с элементами витальной угрозы и большими ограничениями, вызванными болезнью. Также для всех трех исследуемых групп пациенток в той или иной степени, свойственно наличие в защитной структуре личности МПЗ, не допускающих поступления травмирующей информации, связанной с болезнью, т.е. таких МПЗ, как «отрицание», «вытеснение», «реактивные образования» и «регрессия», что может являться фактором, препятствующим адаптации к болезни.

Изучение субъективных представлений испытуемых о будущем (методика «Семантический дифференциал времени» показали, что для пациенток с ожирением характерно сохранение в интуитивном представлении положительного отношения к своему будущему времени ($5,7 \pm 0,5$), что соответствует психически здоровым женщинам.

Позитивное отношение к своему будущему у наших пациенток включается в личностную мотивацию как совладающий компонент «Я» (личностный ресурс), тесно связанный с надеждой и дающий человеку уверенность в своих психических силах для преодоления трудностей, в адаптации и защите от чрезмерной тревоги. При этом следует отметить, что шкальные значения будущего являются более высокими в гр.1 по сравнению с гр.2 и гр.3.

В разделе 3 главы 3 отражены результаты корреляционного анализа. Основное внимание при анализе было уделено выявлению комплексов эмоционально-личностных характеристик, сопряженных с различными вариантами нарушенного пищевого поведения (эмоциогенного, экстернального, ограничительного), с конечной целью обоснования дифференцированных подходов к его коррекции, определения специфических «мишеней» для психологического вмешательства в системе лечебных мероприятий и профилактики рецидивов ожирения.

В четвертой главе «Обсуждение результатов исследования» производится обсуждение полученных результатов проведенного исследования, подводятся итоги, формулируются практические рекомендации и выводы. Полученные результаты выявили, что прогностически неблагоприятными психологическими факторами, влияющими на

возникновение и течение ожирения являются: особенности пищевого поведения (преобладание эмоциогенного и экстернального типов); низкая самооценка телесности; специфическая структура невротических черт личности, отражающая личностную типологию: «неуверенность в себе», «познавательная социальная пассивность», «аффективная неустойчивость», «ипохондричность», «социальная неадаптивность»; доминирование в МПЗ «проекции»; неконструктивные копинг-стратегии в их соотношениях, что полностью подтверждает выдвинутые нами гипотезы.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное с помощью специально разработанной карты сравнительное и многомерное клинико-психологическое исследование женщин репродуктивного возраста, страдающих ожирением, показало, что частота встречаемости основных жалоб и субъективных ощущений соматического и психологического дискомфорта у женщин всех исследуемых групп оказывается сходной. Среди пациенток, предъявлявших наибольшее количество жалоб на психологический дискомфорт (неустойчивое настроение, раздражительность, снижение работоспособности и т.д.) преобладали женщины, не имеющие семьи, стабильной и социально значимой работы, социальной поддержки со стороны значимого микросоциального окружения.

2. Для женщин с эмоциогенным и экстернальным типом пищевого поведения характерно отрицание негативных последствий ожирения; при ограничительном типе отмечается осознаваемая фрустрированность ситуацией ожирения. Женщины с экстернальным типом пищевого поведения в большей степени отличаются аффективной неустойчивостью и импульсивностью, в формировании которых, по-видимому, существенную роль играют генотипические (биологически детерминированные) механизмы личностного реагирования. Эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение существенно более выражено у пациенток с ожирением, ассоциированным с гинекологической патологией.

Для женщин с ограничительным типом пищевого поведения характерна более развитая по сравнению с двумя другими группами способность к рациональному анализу проблемных ситуаций и эффективному преодолению стресса, однако противоречивый характер переживаний и тенденция к «невротическому сверхконтролю» поведения определяет невозможность планомерной реализации стратегий адекватного самоконтроля пищевого поведения, что обуславливает эмоциональную дестабилизацию и периодические срывы.

3. Экспериментальное исследование субъективной оценки телесности показало, что женщины с алиментарным ожирением считают, что основной причиной, препятствующей их успешному коммуникативному поведению и социальному функционированию

являются особенности их телесности, препятствующей реализации актуальных потребностей в создании семьи. У женщин с ожирением, осложненным гипертонической болезнью доминируют мотивы ипохондрического характера (страх развития осложнений болезни, в том числе витальная угроза); у женщин с ожирением, ассоциированным с гинекологической патологией ипохондрическая фиксация касается прогноза состояния репродуктивной функции.

4. Сравнительное экспериментально-психологическое исследование структуры невротических черт личности у женщин, страдающих ожирением показало, что доминирующими являются «неуверенность в себе», «познавательная и социальная пассивность», «аффективная неустойчивость», «ипохондричность» и «социальная неадаптивность». Именно большая выраженность указанных характеристик отличает женщин с избыточной массой тела от здоровых. Женщины, страдающие ожирением, ассоциированным с гипертонической болезнью и гинекологической патологией отличаются достоверно более высокими показателями по шкалам «неуверенность в себе» и «ипохондричность».

5. Оценка уровневых и содержательных характеристик совладающего со стрессом поведения выявила преобладание таких стратегий как «дистанцирование», «бегство-избегание», «конфронтативный копинг». Относительно редко используемыми стратегиями были «положительная переоценка», «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы». Достоверных различий в частотах выбора копинг-стратегий (по ранговым частотам) между исследуемыми группами выявлено не было.

6. Специфика механизмов психологической защиты сравниваемых групп отличается общей тенденцией доминирования в профиле у пациенток с ожирением «проекции» во всех группах. Пациентки с ожирением, осложненным гипертонической болезнью отличаются от других групп сверхнапряженностью МПЗ (противоречивость: «отрицание» - «проекция», «вытеснение» - «замещение», «регрессия»). Общий фон эмоционального напряжения при эмоциогенном пищевом поведении определяется относительно неспецифической высокой напряженностью механизмов психологической защиты.

7. Исследования показали, что у женщин с ожирением интуитивное представление и положительное отношение к своему будущему времени существенно не отличается от представления здоровых женщин, что может включаться в личностную мотивацию как совладающий компонент «Я» (личностный ресурс) в адаптации и защите от чрезмерной тревоги, причем женщины с алиментарным ожирением более оптимистично относятся к своему будущему, чем женщины с ассоциированными расстройствами.

8. Прогностически неблагоприятными психологическими факторами, влияющими на возникновение и течение ожирения являются: особенности пищевого поведения

(преобладание эмоциогенного и экстернального типов); низкая самооценка телесности; специфическая структура невротических черт личности, отражающая личностную типологию: «неуверенность в себе», «познавательная социальная пассивность», «аффективная неустойчивость», «ипохондричность», «социальная неадаптивность»; доминирование в МПЗ «проекции»; неконструктивные копинг-стратегии в их соотношениях.

Изученные психосоциальные, индивидуально-личностные и эмоционально-поведенческие характеристики исследованных женщин являются необходимым и существенным компонентом при определении «мишеней» для целенаправленной психотерапии и оценке ее эффективности.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- 1. Святенко Л.В. Психологическая диагностика невротических черт личности у женщин репродуктивного возраста, страдающих ожирением //Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». Выпуск 11. №40(206). 2010. С.80-83. (в соавт. Вассерман Л.И.)**
- 2. Святенко Л.В. Избыточный вес тела как психосоматическая проблема в контексте психодинамической концепции личности.//Вестник Санкт-Петербургского Университета. 2009. Вып. 3.Ч.П. С. 186-195. (в соавт. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А.)**
- 3. Святенко Л.В. Методология психодиагностических исследований женщин репродуктивного возраста с избыточным весом тела.//Вестник Санкт-Петербургского Университета. 2007. Вып. 2.Ч.П. С. 101-103. (в соавт. Вассерман Л.И.)**
- 4. Святенко Л.В. Индивидуально-личностные и психосоциальные факторы нарушений психической адаптации женщин, страдающих избыточным весом различного генеза // Сибирский психологический журнал №25. Томск: «ТМЛ-Пресс», 2007. С.63-71. (в соавт. Вассерман Л.И.)**
- 5. Святенко Л.В. К вопросу о психологических аспектах переедания и избыточного веса // Психосоматические и соматопсихические расстройства в общей медицинской практике: Тез. докл. международной конференции. – СПб., 2007. С.48-50. (в соавт. Сергеева Л.С.)**
- 6. Святенко Л.В. Биологические и психосоциальные аспекты проблемы избыточного веса // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. Академика И.П. Павлова. Том XIII. №1. 2006. С.18-23.**
- 7. Святенко Л.В. Влияние восприятия болевых ощущений на качество жизни пациентов с метаболическими нарушениями // Психосоматические аспекты боли в общей медицинской практике: Тез. докл. международной конференции. – СПб., 2006. С.42-45. (в соавт. Сергеева Л.С.)**