

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

*У статті розглянуто психологічні особливості осіб з надлишковою масою тіла. Виявлено, що в осіб з надлишковою масою тіла спостерігаються тривожність, невпевненість, нав'язливі стани, психічна та фізична слабкість, що спонукає до компенсації негативних емоцій шляхом споживання більшої кількості їжі. Зазначено, що психологічну реабілітацію осіб з надлишковою масою тіла слід здійснювати методами когнітивно-поведінкової терапії.*

**Ключові слова:** харчова поведінка, порушення харчової поведінки, надлишкова вага, когнітивно-поведінкова терапія.

**Постановка проблеми.** Порушення харчової поведінки сьогодні розглядають як комплексну проблему, що поєднує в собі як психологічні, так і фізіологічні фактори. Зміни у харчовій поведінці є одним із видів патологічної адаптації і лежать в основі харчової залежності, залишаючись водночас соціально прийнятним видом адиктивної поведінки. Серед видів порушень харчової поведінки є такі, що стають заміником позитивних емоцій, варіантом адаптації до несприятливих соціальних умов чи психічного неблагополуччя, призводячи до важких розладів.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Існують різноманітні за силою і тривалістю впливу чинники, що сприяють розвитку порушень харчової поведінки: конституційно-біологічні, соціально-психологічні, мікросоціальні, психогенні і соматогенні. Існує думка, що вони пов'язані з порушенням трансмісії серотоніну в структурах головного мозку, що відповідають за регуляцію харчової поведінки. Роль цих чинників та їх поєднань в генезі порушень харчової поведінки неоднозначна. Надлишкова маса тіла вважається соціальною проблемою в багатьох країнах з високим рівнем економічного розвитку. За різними даними щонайменше у 30% населення спостерігається надлишкова вага [1 с. 19–33].

Надлишкова маса – це підвищення нормальної маси тіла людини на 10%, а ожиріння – більше як на 10%, яке найчастіше виникає внаслідок надлишкового харчування і малорухливого способу життя [2, с. 366–372].

Призвести до накопичення надлишкової маси тіла можуть декілька чинників. Насамперед це спадкова схильність до ожиріння або «сімейне ожиріння». Від 40% до 80% огрядних дітей мають батьків з ожирінням. Успадковується не саме ожиріння, а схильність до повноти – здатність організму накопичувати жир за нормального режиму харчування.

Важливе значення має вікове ожиріння, яке пов'язане зі зниженням діяльності щитовидної залози, що виробляє гормони, які беруть участь в обміні речовин. Швидкість обмінних процесів зменшується, тому з віком закономірно підвищується поширеність ожиріння як серед чоловіків, так і серед жінок.

Вважається, що надлишкова маса тіла частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків, оскільки швидкість метаболізму у жінок нижча. Крім того, важливе місце займають гормональні зміни: збільшення швидкості метаболізму асоційоване з лютеїновою фазою менструального циклу, тому під час вікової перебудови, зі зниженням вироблення лютеїну, відбувається закономірне наростання маси тіла.

Дослідниця Т.Г. Вознесенська виділяє емоціогенний, екстернальний та обмежувальний види харчової поведінки, котрі пов'язані з емоційним дискомфортом, підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів та самообмеженні в їжі [3, С. 19–24].

Було доведено, що психологічний стрес впливає на рівень глюкози в крові, що може сприяти розвитку метаболічного синдрому. A.R. Sutin пов'язує з метаболічним синдромом такі риси особистості, як імпульсивність і ворожість. Дослідження, проведене в Сан-Франциско, також доводить вираженість гніву, ворожості і песимізму у пацієнтів з метаболічним синдромом. Водночас підкреслюється зв'язок тривожності з метаболічним синдромом у чоловіків, але не в жінок. Люди з високим рівнем депресії, гніву і ворожості більше схильні до вживання алкоголю, наркотиків і куріння, що також підвищує ризик розвитку метаболічного синдрому.

У своєму дослідженні Є.Н. Смирнова виявила поведінкові і психологічні особливості хворих на ожиріння, що впливають на результат немедикаментозного лікування. Дослідниця виявила переважання емоціогенного типу харчової поведінки

з нерегулярним харчуванням і синдромом нічної їжі. Спостерігається заперечення свого стану як хвороби, причому в прямій залежності від збільшення маси тіла. У психологічному профілі характерною є похмура недовірливість до лікарського втручання, бажання зберегти самостійність і незалежність, обійтися своїми засобами.

В останні роки були виявлені кореляції між депресією, тривожними розладами та ожирінням. Більшість накопичених даних свідчить про те, що частота психічних розладів у осіб з ожирінням значно перевищує поширеність порушень психіки серед осіб з нормальною масою тіла.

Більшість робіт присвячено зв'язку ожиріння з депресією. Її поширеність в популяції протягом життя становить 17%, а в осіб з ожирінням – 29–56%. Виявлено, що найбільш схильні до психічних розладів жінки, особи з преморбідним ожирінням і «активні» пацієнти з прагненням знизити вагу.

Зокрема, Schwalberg і колеги виявили, що у 75% пацієнтів з булімією і 64% індивідів, що страждають ожирінням і переїданням, було встановлено один або більше тривожних розладів. Ці розлади передували появі розладів харчової поведінки принаймні за один рік у 59% пацієнтів. Серед хворих на булімію в 63,6% випадків генералізований тривожний розлад і в 87,5% випадків соціофобія передували появі розладів харчової поведінки. Серед страждаючих ожирінням і переїданням пацієнтів відповідні показники були 87,5% для генералізованого тривожного розладу і 75% для соціофобії. У проведеному у Франції дослідженні 83% пацієнтів, які страждають на нервову анорексію, і 71% з нервовою булімією мали в анамнезі принаймні один тривожний розлад. Найчастіше зустрічалася соціофобія у 55% пацієнтів з анорексією і у 59% – з булімією [4, с. 35–50].

У чоловіків зустрічаються прямі і непрямі симптоми депресії і тривоги – порушення сну, диспепсія, прийом анксиолітиків, антидепресантів, які достовірно корелюють з наявністю саме абдомінального ожиріння.

Наявність депресії у дітей та підлітків удвічі підвищує ризик формування ожиріння. Розглядаючи харчову поведінку як процес вживання їжі, наслідки якого відбиваються на фізичному стані людини, можна відзначити, що надмірна або недостатня вага є результатом порушень харчової поведінки [5, с. 20–37].

Дослідження задоволеності життям у досліджуваних з різним індексом маси тіла показало значущий зворотний зв'язок між рівнем задоволення життям та індексом маси тіла. Тобто особи, які мають більшу вагу, менш задоволені життям, ніж особи з меншою вагою. Автор вважає, що зайва вага може виступати як фактор, котрий перешкоджає відчуттю задоволеності життям, тоді як і незадоволеність життям може бути чин-

ником, котрий викликає порушення харчової поведінки [1, с. 30–33].

Серед психологічних факторів, які впливають на виникнення порушень харчової поведінки, можна віднести такі: низька самооцінка, почуття відсутності або недостатності контролю над власним життям, депресії, страхи, гнів, самотність, конфліктні відносини в родині, насмішки з приводу форм або ваги, труднощі у вираженні емоцій та почуттів, незадоволеність життям [6, с. 26–29].

Культурні чинники включають загальнопоширені фактори, такі як дієта, а також підходи до маси і форми тіла. На когнітивний стиль і особистість впливають як гени, так і явища зовнішнього середовища.

Існує кореляція між біологічними (функція серотоніну), середовищними (несприятливий досвід дитячого віку) факторами, особливостями особистості (наприклад, імпульсивність) і афектом. Ці фактори піддаються впливу генів і опосередковуються ними.

**Мета статті** полягає у вивченні особливостей емоційної сфери та особистісної сфери осіб, які страждають надлишковою вагою.

**Виклад основного матеріалу.** У дослідженні взяло участь 60 осіб, які мають надлишкову масу тіла. До контрольної групи ввійшло 30 осіб, у яких маса тіла знаходиться в нормі. До дослідної групи ввійшли 10 чоловіків (n=10) і 20 жінок (n= 20), та 10 чоловіків (n=10) і 20 жінок (n=20) належали до контрольної групи. Обстежені належали до різновікового періоду (від 18 до 55 років) та різних професій. Місце проживання – м. Рогатин Івано-Франківської області.

Індивідуально-особистісні характеристики досліджували за допомогою опитувальника невротичних станів К.К. Яхіна – В.Д. Менделевича, шкали для визначення депресивних проявів Бека (BDI), шкали наявності психологічного стресу PSM 25, тесту Люшера.

За даними, отриманими за допомогою «Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ», низькі показники по обмеженому типу харчової поведінки спостерігаються у обстежених віком 18–25 рр. в 23%, у віці 26–35 – у 20%, у віці 36–55 – у 3% обстежених. Результати нижче норми по обмежувальному типу харчової поведінки свідчать про те, що такі люди схильні їсти безконтрольно, без обмежень, погано розуміючи, для чого і як вони їдять.

Високі показники по шкалі емоційної харчової поведінки простежуються у віці 18–25 рр. у 37%, у віці 26–35 р. – у 23 % обстежених, тоді як у віці 36–55 р. їх всього 13%. Такі результати за даною шкалою свідчать, що таким людям важко переробляти емоції без допомоги їжі. Їда в їхньому житті виступає другом. Таких людей називають «емоційними їдаками».

Високі показники за шкалою «екстернальна харчова поведінка» спостерігаються у віці 18–25 рр. в 17%, а у віці 26–35 рр. в 27 %, тоді як після 36 років такий тип поведінки характерний тільки для 6% обстежених.

Високі показники по цій шкалі говорять про те, що такі люди «безвідмовні їдці», яким важко зупинитись, почавши їсти, та важко втриматись, коли вони бачать смачну їжу. Такі люди вважають переважно, що їм не можна мати вдома смачної їжі, бо вона буде з'їдена в перший же день.

Найбільш поширеним типом є емоційна поведінка стосовно їжі у віці 18–25 рр., що свідчить про схильність «заїдати» свої емоції. У віці 26–35 рр. починає простежуватися екстернальний тип поведінки, який свідчить про те, що таким людям важко втриматись від того, щоб поїсти де-небудь і що-небудь. Такі люди вважають, що їм не можна мати вдома смачної їжі, бо вона буде з'їдена в перший же день.

Слід зазначити, що у більш дорослому віці (після 36–55 років) суттєво знижується кількість осіб за емоційним та екстернальним типом харчової поведінки, відповідно 13,0% та 6,0%. Зовсім низьким є показник за обмежувальним типом – 3,0%. Така ситуація може свідчити про те, що з віком люди більш прискіпливо ставляться до якості та калорійності їжі, яку вони споживають.

Показники, отримані під час обстеження людей з нормальною вагою, знаходяться в нормі по усім трьом шкалам, що говорить про відсутність проблем з їжею, які харчуються достатньо розумно, не схильні заїдати емоції та не схильні переїдати в соціальних ситуаціях чи коли їжа знаходиться на виду і доступна.

Згідно з опитувальником К.К.Яхіна – В.Д. Менделевича» у 73,3% обстежених спостерігалися високі показники по шкалі «Тривога».

Невротична депресія спостерігалася у 36,6% обстежених. Як відомо, невротична депресія носить психогенний характер, симптомами якого є поганий настрій, почуття туги і занепад сил, може з'являтися надмірна дратівливість, тривожний стан. Така ситуація разом із підвищеною тривожністю цілком здатна викликати переїдання.

Обсесивно-фобічні порушення простежувалися у 53,3% обстежених. Нав'язливі стани проявляються невпевненістю в собі, постійними сумні-

вами, тривожністю, підозрілістю. Характерний він для людей тривожних, недовірливих, боязких, підвищено совісних. Такі люди можуть бути схильні до заїдання своїх проблем, страхів і тривоги.

За даними шкали психологічного стресу PSM-25 високий рівень стресу характерний для 30% молодих осіб віком від 18 до 25 років та 20% осіб віком від 26 до 36 років. Характерним є зниження психологічного стресу у віці від 36 до 55 років. Загалом в дослідній групі простежується зниження емоційного стресу із збільшенням хронологічного віку. Цілком протилежна ситуація спостерігається в контрольній групі. Тут характерне збільшення емоційного стресу до 55 років: 18–25 р. – у 6%, 26–35 р. – 0, 36–55 р. – 10% осіб. Вірогідно, що емоційний стрес тут може бути викликаний іншими життєвими ситуаціями.

Таким чином, в осіб, які мають надлишкову вагу, характерні порушення емоційного стану. Вони тривожні, невпевнені в собі, простежуються нав'язливі стани, психічна та фізична слабкість, дратівливість, в результаті чого виникає заїдання стресу, страху та інших емоцій.

За даними шкали депресії Бека (BDI) депресія у віці 18–25 рр. спостерігається тільки у 6% обстежених. Легка депресія або субдепресія простежується у віці 18–25 рр. у 17%, тоді як у віці 26–36 рр. вона зростає до 23%. У віці 36–55 рр. знову знижується і спостерігається у 6 % обстежених.

Як відомо, депресія – це хворобливий стан пригніченості, безвиході, коли людина почуває себе глибоко нещасною і цілковито нездатною відчувати задоволення, такою, що втратила мету та зміст життя. Депресія впливає на функції усього тіла, зокрема і до змін апетиту. Це може призводити до переїдання та появи надлишкової ваги або, навпаки, до зникнення апетиту та втрати маси тіла. Депресія здатна викликати перебої у роботі гормональної системи та інші фізіологічні зміни.

Отже, у вибірці осіб від 18 до 25 років характерним є високий рівень стресу (30%), субдепресивний стан (27%). Водночас спостерігається найвищий відсоток осіб з емоційним типом поведінки.

Таким чином, вживання великої кількості їжі у молодих людей під час стресових ситуацій може ставати джерелом позитивних емоцій, варіантом адаптації у неблагополучних соціальних умовах

Таблиця 1.1

## Розподіл обстежуваних за типами харчової поведінки

Типи харчової поведінки	Обстежувані						
	N	Вік від 18-25р.		Вік від 26-35 р.		Вік від 36-55 р.	
		N	P(%)	n	P(%)	n	P(%)
Обмежувальна (нижче норми)	30	7	23,0	6	20,0	1	3,0
Емоційна поведінка (вище норми)	30	11	37,0	7	23,0	4	13,0
Екстернальна поведінка (вище норми)	30	5	7,0	8	27,0	2	6,0

чи умовах психічного неблагополуччя. З іншого боку, воно є класичним психосоматичним розладом, який може призводити до появи надлишкової ваги та харчової залежності.

Одним із найбільш ефективних психологічних методів усунення переїдання виступає когнітивно-поведнікова терапія, яка включає в себе програму, запропоновану Uexkull (1990). Розглянемо основні положення цієї програми.

Особам, які вирішили зменшити вагу власного тіла, насамперед необхідно вести письмовий опис поведінки під час їжі. Пацієнти повинні докладно записувати, що вони їли, про що говорили.

Перша реакція пацієнтів на цю трудомістку процедуру – нарікання і невдоволення. Однак зазвичай через два тижні вони відзначають значний позитивний ефект від ведення подібного щоденника. Важливо контролювати стимули, що передують акту їжі, виявляти та усувати провокуючі їжу стимули: легкодоступні запаси висококалорійної їжі, солодощів. Кількість таких продуктів вдома необхідно обмежити. У разі, коли неможливо протистояти бажанням щось з'їсти, слід використовувати низькокалорійні продукти, такі як селера або сира морква. Доцільно створити також нові стимули і посилити їх винятковий вплив. Наприклад, пацієнтові можна порадити використовувати для їжі окремий вишуканий посуд, срібні столові прилади, серветки яскравого кольору. Використовувати цей посуд навіть для найбільш незначних прийомів їжі і перекусів. Дехто навіть може брати свої столові прибори з собою, якщо вони їдять поза домом.

Пацієнтів навчають навички самостійно контролювати прийом їжі. Для цього їх просять зважати під час їжі на кожен ковток і шматок. Після кожного третього шматка потрібно відкладати столовий прибор, поки цей шматочок НЕ буде пережований і проковтнутий. Поступово паузи подовжуються, досягаючи спочатку хвилини, а потім і довше. Краще починати подовжувати паузи в кінці їжі, оскільки тоді вони переносяться легше. Згодом паузи стають довшими, частішими і починаються раніше. Слід також відмовлятися під час їжі від всіх одночасних занять, таких як читання газети або перегляду телепередачі. Вся увага має бути зосереджена на процесі їжі і на отриманні задоволення від неї. Необхідно створити навколо затишну, приємну, спокійну і розслаблену атмосферу і, звичайно ж, уникати розмов за столом.

Пацієнтам пропонується також система формальних заохочень за зміну своєї поведінки і схуднення. Пацієнти отримують бали за кожне досягнення в зміні і контролі своєї поведінки: ведення щоденника, підрахунок ковтків і шматків, паузи під час їжі, прийом їжі тільки в одному місці і з певного посуду і так далі. Додаткові бали можна заробити, якщо вдалося подолати велику спокусу та знайти

альтернативу їжі. Тоді всі попередні бали можуть, наприклад, подвоїтися. Накопичені бали підсумовуються і перетворюються за допомогою членів родини в матеріальну цінність. Для дітей це може бути похід в кіно, для жінок – звільнення від домашньої роботи. Бали можна переводити також в гроші.

Заохочуються дискусії. Терапевт допомагає при цьому підшукати відповідні контраргументи в монолозі пацієнта. Наприклад, якщо мова йде про схуднення, то у відповідь на твердження: «Потрібно так багато часу, щоб схуднути», контраргумент міг би звучати так: «Але ж я все ж худну, а тепер я вчуся зберігати досягнуту вагу». Щодо здатності до схуднення сумнів може бути таким: «У мене ніколи нічого не виходило. Чому повинно вийти зараз?» Контраргумент: «Все має свій початок, а зараз мені допоможе ефективна програма». Якщо мова заходить про цілі роботи, то у відповідь на заперечення: «Я не можу припинити крадькома брати шматочки їжі», контраргумент може бути таким: «А це і нереально. Я просто буду намагатися робити це якомога рідше». З приводу виникаючих думок про їжу: «Я постійно помічаю, що думаю про смачну шоколадку», можна запропонувати такий контраргумент: «Стоп! Такі думки тільки фруструють мене. Краще подумати про те, як я засмагаю на пляжі» (або про будь-яку іншу діяльність, яка особливо приємна пацієнтові). Якщо виникають відмовки: «У моїй родині всі повні. У мене це спадкове», контраргумент міг би бути: «Це ускладнює схуднення, але не робить його неможливим. Якщо я витримаю, то досягну успіху».

Слід зазначити, що на всіх етапах лікування використовуються елементи нейро-лінгвістичного програмування як сучасного напряму поведінкової психотерапії необіхевіористської орієнтації. Успішно використовуються також методи гештальт-терапії, транзактного аналізу, арт-терапії, психодрами, тілесно-орієнтованої терапії, танцювальної терапії та сімейної психотерапії.

**Висновки та пропозиції.** Дослідження особливостей емоційної сфери та особистісної сфери осіб, які страждають надлишковою вагою, показало, що високі показники по шкалі емоційної харчової поведінки простежуються найчастіше у віці 18–25 рр., що свідчить про схильність «заїдати» свої емоції. Таким людям важко втриматись від того, щоб поїсти де-небудь і що-небудь. Характерні порушення емоційного стану, тривожність, невпевненість, нав'язливі стани, психічна та фізична слабкість, дратівливість, що спонукає до компенсації негативних емоцій шляхом споживання більшої кількості їжі. Одним із найбільш ефективних психологічних методів усунення надлишкової маси тіла є когнітивно-поведінкова терапія.

Перспективами подальших досліджень є вивчення особливостей порушень харчової поведінки в дитячому та підлітковому віці.



**Література:**

1. Абсалямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології. Вип. 25. 2014. С.19–33
2. Козярін І.П. Надлишкова маса тіла – соціальна проблема XXI століття. Гігієна населених місць. №59. 2012. С.366–372
3. Вознесенская Т.Г. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении. Журнал неврологии и психиатрии. 2001. № 12. С.19–24.
4. Марков А.А. Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении. Дис. канд.мед наук. Томск, 2006. 219 с. URL: <http://www.dissercat.com/content/pogranichnye-nervno-psikhicheskie-rasstroistva-pri-izbytochnom-vese-i-ozhirenii#ixzz5NOTAJPEB>.
5. Лоскучерявая Т.Д., Медведев В.П., Чернова Л.А. Нарушения пищевого поведения у подростков: Учебное пособие. СПбМАПО, 2010. 58 с.
6. Малкина-Пых И.Г. Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда. Москва, 2012. 90 с.

---

**Матейко Н. М. Особенности психологической реабилитации лиц с избыточной массой тела**

*В статье рассмотрены психологические особенности лиц с избыточной массой тела. Установлено, что у лиц с избыточной массой тела наблюдаются тревожность, неуверенность, навязчивые состояния, психическая и физическая слабость, что побуждает к компенсации негативных эмоций путем потребления большего количества пищи. Отмечено, что психологическую реабилитацию лиц с избыточной массой тела следует осуществлять методами когнитивно-поведенческой терапии.*

**Ключевые слова:** пищевое поведение, нарушение пищевого поведения, избыточный вес, когнитивно-поведенческая терапия.

**Mateiko N. M. Features of psychological rehabilitation of persons with overweight**

*The article deals with the psychological features of persons with excess body mass. It has been established that in persons with excess body mass anxiety, insecurity, obsessive states, mental and physical weakness are observed, which leads to compensation of negative emotions by consuming more food. It was noted that the psychological rehabilitation of persons with excess body mass should be carried out using methods of cognitive-behavioral therapy.*

**Key words:** eating behavior, eating disorder, overweight, cognitive-behavioral therapy.