

А. И. Вассерман, А. В. Святенко, Е. А. Трифонова

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС ТЕЛА КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В КОНТЕКСТЕ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ ЛИЧНОСТИ

В настоящее время имеет место неуклонный рост числа пациентов, страдающих избыточной массой тела и ожирением [19, 28, 29]. В экономически развитых странах, в том числе и в России, каждый третий житель имеет массу тела, превосходящую максимально допустимую [2, 9]. Вместе с тем в группе лиц старше 40 лет ожирение различной степени выраженности выявляется у 40–60 %. Причем число людей с избыточным весом увеличивается в среднем на 10 % ежегодно, что, несомненно, является значимой медико-социальной проблемой [43].

Не случайно ожирение как патологический феномен и как следствие нарушений пищевого поведения связывают с более общим метаболическим синдромом, который относят к полиэтиологическим расстройствам со сложным патогенезом и полиморфностью основных проявлений. По данным, представленным в литературе, с ожирением также связывают многие заболевания, несущие потенциально витальную угрозу: сахарный диабет, гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца и др. [23, 28]. Метаболический синдром формирует нарушения психической адаптации, в том числе и при алиментарном ожирении, т. е. когда ожирение соотносится с нарушениями пищевого поведения. Очевидно, что в этом случае существенную роль играют психологические факторы — личностные фрустраторы, играющие важную роль в регуляции пищевого поведения [27]. Наличие фрустрирующей для личности ситуации и дистресса, связанного с наличием избыточного веса, отчетливо взаимосвязано с психосоциальными аспектами современного образа жизни, требует междисциплинарных исследований: медицинских, психологических и социальных.

Между тем недостаточная изученность роли индивидуально-личностных и личностно-средовых факторов (в рамках биопсихосоциального подхода) в расстройствах психической адаптации лиц, страдающих ожирением, не позволяет в коррекции пищевого поведения эффективно использовать современные методы психотерапии [17], направленные на коррекцию поведенческих расстройств, в частности, нарушений пищевого поведения в контексте концепции психосоматических соотношений.

Особого внимания, на наш взгляд, заслуживает изучение психосоциальных факторов, определяющих пищевое поведение и психосоциальную адаптивность женщин с алиментарным ожирением. Значимость внешности в иерархии актуальных ценностей в контексте гендерного подхода является новым направлением в области психологии телесности [49]. К этому следует добавить проблемы ценностного сознания женщин, их представления о собственном «Я» в системе значимых отношений личности, к которым относятся и представления об идеальной телесности, представленные в определенной культуре. Но, возможно, большую роль в этой ситуации играют стресс-факторы, связанные с угрозой самоактуализации и самореализации, в том числе в плане создания семьи и реализации репродуктивных функций [44, 41].

© А. И. Вассерман, А. В. Святенко, Е. А. Трифонова, 2009

В современной литературе расстройствам пищевого поведения уделяется значительное внимание. В МКБ-10 выделена рубрика F50.4 — «переедание в сочетании с другими психопатологическими нарушениями (чаще всего аффективного регистра)». В DSM-14 (предыдущем варианте систематики психических расстройств) более подробно дается типология расстройств пищевого поведения у пациентов с ожирением [39], делается попытка квалифицировать варианты пато- и психогенеза этих расстройств с конституционально-биологических (физиологических) и психосоциальных позиций. Последнее следует подчеркнуть, т. к. отнесение ожирения к психосоматическим расстройствам с вторичными невротическими проявлениями является давно устоявшейся в специальной литературе традицией, а рассмотрение этого феномена с позиций концепции психической адаптации [27] недостаточно аргументировано соответствующими теоретическими и экспериментально-психологическими исследованиями. А между тем, роль личности страдающих ожирением чрезвычайно важна не столько для понимания психологических механизмов формирования феноменологии этого расстройства, сколько для его комплексной коррекции, включая в первую очередь психотерапию. Вместе с тем множество форм современной психотерапии [17, 18, 35], в основе которых лежат различные теории личности, требуют для выбора конкретных психотерапевтических техник в работе с пациентами, их обоснования с концептуальных позиций, что также необходимо и для экспериментально-психологических исследований личностных детерминант — «мишеней» для психологической коррекции. Применение для целей психотерапии и оценки ее успешности только социально-психологических (анкетных) методик для выявления мотивации пищевого поведения, даже в сочетании с оценкой личностной типологии [39], сегодня не может считаться достаточным, если говорить о фундаментальной реконструкции личностных установок пациентов и механизмов их психологической защиты. Вот почему возникла необходимость рассмотрения алиментарного ожирения (избыточной массы тела) с более широких позиций теорий личности.

Развитие представлений об ожирении как о психосоматическом заболевании произошло в контексте эволюции психосоматической медицины и ее отдельных направлений и в настоящее время особых возражений не вызывает. Психосоматическими считаются заболевания, при которых психосоциальная составляющая является первичной по отношению к соматическим факторам патогенеза развития болезни [15, 21, 30, 35, 38, 40, 46].

В случае избыточного веса, как показывает опыт, психосоциальные элементы биопсихосоциальной системы оказывают настолько отчетливое влияние на развитие и течение заболевания, что приобретают значение самостоятельных терапевтических «мишеней», эффективным воздействием на которые определяется успех профилактики и лечения в целом.

Зарождение психосоматического направления, как известно, связывают с именами основоположника психодинамического направления в теории личности З. Фрейда, Адлера, Александра, Данбар, Вайцекера и многих др. [52]. По данным Б. Любана-Плоцца и В. Пельдингера [38], понятия «психосоматические нарушения» и «психосоматическая медицина» вошли в понятийный аппарат медицины и медицинской психологии в конце 20-х гг. XX в. и связаны с именем венского психоаналитика Феликса Дойча, который считал «психосоматику прикладным психоанализом в медицине» и применял эту концепцию при изучении органических неврозов.

Поставив во главу угла своей концепции идею «холизма», целостности организма и психики при рассмотрении различных заболеваний и акцентируя внимание на роли в них личности, психосоматическая медицина привлекла в свои ряды многочисленных сторонников [18, 45, 52].

Несмотря на фактическое отсутствие категории психосоматических расстройств в международной классификации болезней (F45.9 — Соматоформное, неуточненное расстройство), «психосоматика» продолжает свое существование и развитие. Это не только дань уважения идеям данного направления, но и признание его заслуг в преодолении биомедицинской односторонности и физиологического редукционизма в понимании болезни и здоровья, которое позволило поставить вопрос об улучшении адаптации пациента к уже развившемуся заболеванию и о необходимости комплексной реабилитации [18].

Условно, в *психосоматическом подходе* можно выделить две основные линии развития в зависимости от уровня рассмотрения психосоматических соотношений и методологии их исследования: психодинамическую (характерологическую или личностно-поведенческую) и психофизиологическую. Существует еще интегративный подход, значение которого не столько в том, чтобы регулировать практику клинициста, сколько в том, чтобы формировать у него особый способ мышления и особое, целостное видение пациента, что также весьма существенно для психотерапии.

Здесь мы обратим основное внимание на психодинамические концепции личности, в рамках которых обсуждаются многие проблемы излишней массы тела и предлагаются соответствующие методы психотерапии, которые распространены на Западе, а в отечественной психотерапии в этом направлении, можно сказать, делаются первые шаги [17].

Особенностью психодинамических концепций является попытка связать соматические проявления с личностными психосоциальными образованиями: определенными свойствами характера, спецификой внутриличностного конфликта, механизмами психологической защиты, нарушением детско-материнских отношений и т. д. При этом соматический симптом рассматривается как результат особого преобразования эмоционального напряжения, возникшего вследствие конфликта интрапсихических сил: противоречащих друг другу побуждений и потребностей, амбивалентных чувств и т. п. В зависимости от того, какова природа этой борьбы и каким образом возникающее напряжение преобразуется во внешние или внутренние соматические проявления, можно говорить о той или иной психодинамической концепции [35, 52].

Так, З. Фрейд указывал на то, что именно на оральной стадии развития индивида принятие пищи для него — один из немногих способов получения инстинктивного удовлетворения, что может у определенных личностей сохраняться на всю жизнь и выходит на первый план, когда человек чувствует опасность и тревогу, несмотря на развитие «Я» [52]. Приверженцы ортодоксальных психоаналитических воззрений [13] трактуют основные формы нарушений пищевого поведения как «фрустрацию оральной фазы», «защитный акт личности против выражения орально-садистических импульсов». Приступы обжорства интерпретируются как форма символического удовлетворения сексуального и агрессивного влечения, самоиндуцированные рвоты — как символическое очищение «Я» [37]. С точки зрения объектных отношений, переживание и очищение воссоздают инфантильную «битву» с матерью во время процесса сепарации — индивидуализации на фазе упражнений [4].

Н. Муггау также говорил о наличии так называемых комплексов, формирующихся в раннем детстве и бессознательно определяющих дальнейший путь развития индивида [10]. Автор выделяет три субкомплекса орального комплекса, два из которых могут объяснять природу переживания. Так, при наличии *орального комплекса поддержки* оральная активность сочетается с пассивными и зависимыми тенденциями, потребностью в поддержке, подавлении агрессивных потребностей. При *оральном комплексе агрессии* оральная активность сочетается с сильными агрессивными потребностями, амбивалентностью в отношении властных фигур [51].

Исследователи из Чикагского института психоанализа описали конфликтные модели для определенных болезней в виде векторной теории. Отмеченные ими эмоциональные проявления, связанные с основными биологическими процессами потребления (в частности, пищи), сохранения или расходования (например энергии), легко узнаваемы как функции желудочно-кишечного тракта. Еда представляет собой первое явное удовлетворение рецептивно-собирающего желания. В мыслях ребенка желание быть любимым и желание быть накормленным связаны очень глубоко. Когда в более зрелом возрасте желание получить помощь от другого в решении каких-то своих проблем или удовлетворении потребностей вызывает стыд или застенчивость, что нередко в обществе, главной ценностью которого считается независимость, желание это находит регрессивное выражение в повышенной тяге к поглощению пищи, т. е. стимулирует секрецию желудка, что приводит к образованию язвы, если человек не ест, или к ожирению, если ест усиленно [16].

Таким образом, психодинамический подход к нарушению пищевого поведения основывается на постулате о том, что в основе этого феномена лежит фрустрация ребенка на так называемой оральной стадии развития, а бессознательной основой патологически повышенного аппетита является страстное желание любви и агрессивные тенденции «поглощать» или «обладать», что разделяется далеко не всеми даже психодинамически ориентированными врачами и психологами [14]. Кроме того, учитывая важность метафоричности телесных реакций, отмечаемую во всех психодинамических моделях, можно говорить об особой показательности ожирения с точки зрения внешнего символического отражения внутриличностного конфликта. Исследуя варианты отражения психических процессов в функционировании организма, З. Фрейд [50] разделял конверсионные расстройства (сейчас по МКБ–10 в рамках диссоциативных расстройств F 44) и соматические эквиваленты тревоги.

При этом конверсия рассматривается как своеобразное преобразование психической энергии и вытеснение на соматический уровень инстинктивных побуждений бессознательного, подавляемых защитными механизмами «Я». Необходимость подобного вытеснения может быть обусловлена, например, нравственными нормами, усвоенными в родительской семье.

Осознание же внутриличностного конфликта, с точки зрения З. Фрейда, должно приводить к избавлению от соматических симптомов.

В дальнейшем Георг Гроддек [8] и Феликс Дойч [5] доказывали, что психологическая защита в форме вытеснения как ответ на угрозу со стороны бессознательного может выражаться и в психических, и в псевдосоматических, и в органических феноменах, т. е. любое соматическое заболевание имеет невротическую подоплеку, а поэтому психотерапия (психоанализ) является, если не основным, то обязательным элементом лечения.

Несмотря на свою заманчивость, эта идея представлялась многим, тем более сейчас, необоснованной. На необходимость разграничения конверсионных расстройств и, собственно, психосоматических заболеваний, в частности, указывал Франц Александер [1]. Согласно его концепции специфического психодинамического конфликта, психосоматическое заболевание («вегетативный невроз» в терминологии автора) развивается как физиологический компонент типичных для большого эмоциональных состояний, обусловленных наличием специфических психодинамических конфликтов, нарушением адекватного выражения в межличностном взаимодействии тех или иных побуждений.

Александер считал, что сдерживаемый гнев специфическим образом воздействует на сердечно-сосудистую систему; стремление к зависимости и поиску поддержки имеет специфическую взаимосвязь с функциями питания. Он выделял две основные формы вегетативного невроза, соотносящиеся с двумя типами реакций в экстремальных

ситуациях — нападением и самосохранением. Кроме этого он считал, что большинство (в том числе и пищевых) паттернов поведения во многом определяются механизмами *психологической защиты*. Эти механизмы, по его мнению, являются достаточно ригидными и ограничивающими поведение человека, хотя выполняют адаптивную функцию и поддерживают интегрированность психического «Я», защищая сознание от психотравмирующих переживаний [14].

Так, в результате исследований [20] выявлено, что у женщин, имеющих избыточный вес, по сравнению с женщинами с нормальной массой тела, наблюдаются достоверные различия по шкалам «отрицание», «регрессия», «вытеснение» и «реактивные образования». Такой защитный механизм как «вытеснение» просто не допускает в сознание те мысли, желания, чувства, которые являются психотравмирующими по причине их социальной неприемлемости. Действие механизмов защиты по типу «отрицания» заключается в непризнании, игнорировании болезненной реальности, тех фактов, мыслей, чувств, поведения больного, которые приводят к психоэмоциональной напряженности. Соответственно, психотравмирующие переживания и проблемы, как правило, отодвигаются на второй план, в то время как на первом месте для такой личности стоит повышение самооценки. Выявленные личностные особенности могут являться одной из причин, по которой негативное воздействие переживания на организм долго не замечается, поскольку пациентки склонны к отказу от признания того факта, что именно переживание является одной из самых главных причин возникновения и прогрессирования избыточного веса.

И хотя в целом психодинамическое направление в психосоматической медицине при экспериментально-психологической проверке выдвинутых гипотез показало недостаточную их обоснованность, что отмечают многие авторы [7], его значение бесспорно уже потому, что оно представляло собой первую теоретически выверенную модель, описывающую механизм перехода патологии с личностного уровня на телесный. Кроме того, в концепции Франца Александера была поставлена проблема специфичности индивидуальных эмоциональных и физиологических реакций в ситуации стресса, исследование которых способствовало уточнению механизмов, лежащих в основе предрасположенности к психосоматическим заболеваниям [34, 38, 48].

Концепция профиля личности связана с исследованиями Н. Ф. Dunbar, представленными, в частности, в монографии «Психосоматический диагноз» [6], в которой она стремилась показать, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного, предполагая развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности. Dunbar были выделены коронарный, гипертонический, аллергический, склонный к повреждениям и другие типы личности. Впоследствии немало работ, выполненных в этом направлении, было посвящено поискам «профиля личности», специфичного для того или иного психосоматического расстройства, так называемой специфической личностной структуры и внутренней личностной динамики, которые могли бы создавать почву для развития психосоматических заболеваний, в том числе и ожирения. В англо-американской литературе разных лет описывались характерные личностные профили для больных грудной жабой, гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка, спастическим колитом, ревматоидным артритом, мигренью и др., хотя многие авторы склонны заменить этот аспект исследований описанием особенностей личности психосоматического больного вообще, рассматривая в качестве базисной характеристики наличие инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции [30, 45], полагая при этом, что соматическое выражение эмоциональных переживаний уже само по себе является инфантильным [33].

И хотя в настоящее время не существует общепризнанного понимания структуры личности в целом, а также характера ее изменений при различных заболеваниях, в исследованиях Ю. Л. Савчиковой [44] получены данные, свидетельствующие о наличии ряда психологических особенностей у людей с избыточным весом: высокая тревожность (90 %); несоответствие своему идеалу и неадекватная самооценка (84 %); наличие чувства внутренней пустоты (вакуума), потерянности, подавленности (59 %); склонность к соматизации и чрезмерное беспокойство за состояние собственного здоровья (70 %); сложности в межличностных взаимоотношениях, стремление уклониться от социальных контактов и обязанностей (82 %); часто встречаемые астенические симптомы: «отсутствие сил», психологический дискомфорт, плохое самочувствие (26 %); наличие сильного чувства вины после булимических эпизодов (24 %).

Для пациенток с ожирением характерны также завышенные притязания, пассивная агрессивность, повышенная, плохо контролируемая эмоциональность, пассивные формы поведения [26].

Возвращаясь к концепции Флендерс Данбар, можно отметить, что, по мнению ряда авторов, данная концепция имела бы большие перспективы, если бы она отказалась от целостного описания «коронарной», «астматической», «язвенной» личности и использовала бы ограниченную совокупность критериев различий между представителями разных «типов», как это сделали авторы других известных личностно-поведенческих концепций: концепций алекситимии [12], концепции поведения типа А [22, 53].

Концепция алекситимии. В настоящее время внимание исследователей привлечено к так называемому алекситимическому радикалу в структуре преморбидной личности как одному из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств. Термин «алекситимия» (буквально «без слов для чувств»), ввел П. Сифнеос в 1973 г. [12]. В своей работе он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств [32, 33, 24]. Сифнеос полагал, что эмоциональная невыразительность создает конфликтную ситуацию в межличностной сфере, а эмоциональное напряжение трансформируется в патологические физиологические реакции [12]. Многие отечественные ученые считают алекситимию немаловажным фактором, предрасполагающим к развитию ожирения [27, 25]. Выяснилось, что большинство женщин, имеющих избыточный вес, испытывают трудности в описании собственных чувств, дифференциации чувств и телесных ощущений. Внутренние ощущения, характеризующие эмоциональную жизнь, излагаются ими в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, недифференцированного возбуждения или напряжения.

Зарубежные исследователи рассматривают алекситимию как фактор, затрудняющий терапию ожирения, и отмечают ее высокую распространенность в сочетании с депрессией. Первооткрыватель в изучении и лечении избыточного веса Хильда Браш разработала теорию, в которой, используя психодинамические и когнитивные понятия, по-своему объясняет возникновение алекситимического радикала. Она утверждает, что нарушения во взаимоотношениях «мать — дочь» приводят к значительному дефициту Эго у ребенка (включая недостаток независимости и контроля) и к серьезным когнитивным расстройствам, что совместно приводит к ожирению [3]. Недостаточная дифференцированность эмоциональных и соматических процессов, характерная для инфантильных личностей (теория десоматизации — ресоматизации М. Schur) связана с провалами в деятельности «Эго». В случае

разрушения защитных механизмов под влиянием стресса происходит регрессия на физиологический уровень реагирования, и возникают условия для формирования различных расстройств, в том числе и ожирения [11]. Особенно патогенно воспитание в условиях отсутствия принятия матерью ребенка, когда она не реагирует на его внутренние нужды и не отличает сигналов голода у ребенка от других эмоциональных состояний, что вызывает у него заученное смещение голода с другими негативными состояниями, персистирующие в дальнейшем и приводящие к последующей патологии пищевого поведения [3, 32]. Для лиц, страдающих избыточным весом, характерна неспособность к различению чувства голода и других эмоциональных состояний, в результате чего они реагируют на любой стресс как на голод, потребность в еде является реакцией в большей степени на конфликт и личностные проблемы, чем на внутренние физиологические стимулы, что подтверждается данными исследований А. В. Вахмистрова с соавт. [25]. Таким образом, в психоаналитической литературе причина повышенной пищевой потребности рассматривается как поиск заместительных удовольствий для неудовлетворенных эмоциональных притязаний, еда является замещением отсутствующей материнской любви, заботы, защитой от депрессии.

Особо следует отметить взгляд на данную проблему с точки зрения психологии телесности [49]. Тесное единство телесного опыта и образа «Я» было показано еще Фрейдом, подчеркивавшим важнейшую роль тела как психологического объекта в развитии эго-структур, а также в генезе психопатологии, в частности, в развитии симптомов конверсионной истерии.

Позднее А. Адлер показал существование тесной связи между образом телесного Я и самооценкой (в частности, некоторые типы человеческого поведения представляют собой попытку компенсации истинной или воображаемой ущербности тела).

С точки зрения психологии телесности, процесс поглощения, переваривания и усвоения пищи является обобщенной метафорой взаимоотношений человека с миром. Ритм кормления, его согласованность с истинным состоянием ребенка интериоризуется в базальное доверие собственным потребностям, способности своей инициативой и активностью вызвать соответствующее удовлетворяющее эти потребности поведение значимого «Другого». Кормление, его режим, его эмоциональный аккомпанемент выступают для ребенка первичной моделью его взаимоотношений с другими людьми и миром в целом.

Е. Т. Соколова [47], ссылаясь на работы ряда зарубежных авторов 60–70 гг., считает, что существует тесная связь между переменными Я-концепции и формами телесного опыта, в данном случае — особенностями границ образа тела, а также высокая положительная корреляция между удовлетворенностью телом и удовлетворенностью собой, ощущением личностной защищенности и успешностью самореализации. Утверждается также, что уровень личностной депрессии напрямую связан со степенью неудовлетворенности своим телом. В ряде работ, проанализированных Е. Т. Соколовой, показано, что при различных видах психической патологии, особенно при нервной анорексии и шизофрении, наблюдаются выраженные нарушения восприятия собственного тела. Подобные нарушения отмечаются и у лиц, страдающих ожирением. Далее автор [47] пишет, что нарушения пищевого поведения тесно связаны с расщеплением телесного опыта и целостной структуры Я, несут в себе мощнейший мотивационный заряд, нуждающийся в «дешифровке».

По данным экспериментального обследования, всем пациентам с пищевыми аддикциями свойственно значимо большее искажение образа внешности, чем испытуемым без нарушений пищевого поведения [47]. Автором также показано, что у пациентов с нарушениями пищевого поведения круг аффективно-когнитивных взаимодействий запускается преимущественно факторами аффективной природы. Они показывают высокую чувствительность самоотношения к личностному неудачу и превосходят здоровых испытуемых

по величине искажения не только за счет более выраженной субъективной значимости внешности, но также за счет более низкого уровня психологической дифференцированности, который отвечает и за высокую сензитивность, низкую устойчивость пациентов к дезорганизующему влиянию любых аффективных факторов, вызывающих легкую смену знака самоотношения, его дестабилизацию (феномен пограничного самосознания).

И все же, несмотря на обилие экспериментальных данных, доказывающих существование тесной связи между особенностями образа тела и Я концепцией, большинство исследователей не дает содержательно-психологического объяснения этой связи, ограничиваясь лишь указанием на их взаимовлияния.

Следует заметить, что В. Н. Мясищев [42], разрабатывая концепцию личности как систему отношений, рассматривал проблему движущей силы развития с философско-психологической точки зрения. И сегодня, анализируя возможный психогенез ожирения как психосоматическое расстройство, возникающее вследствие определенных переживаний личности (неразрывно связанных с условиями ее жизни), следует помнить одно из положений этой теории личности, утверждающее, что в процессе развития личности «слепые силы влечения организма превращаются в осознанные потребности, инстинктивное приспособление к природе и социальной среде; они становятся все более сознательными и планомерными, включающими не только приспособление, но и преобразование ее» [42]. Этот тезис представляется сегодня созвучным ряду положений психодинамического подхода к проблеме ожирения. Патогенность ситуации заключается в неумении рационально, иначе — продуктивно — преодолеть трудности жизнедеятельности. Это важно для психотерапии, ее патогенетических и других форм.

Таким образом, рассмотренная психодинамическая концепция личности отражает как исторический (генетический опыт личности по В. Н. Мясищеву), так и современный методологический аспекты изучения проблемы избыточного веса.

Развитие психологических знаний, как это очевидно в настоящее время, влечет за собой смещение акцентов к использованию концепций личности, прежде всего в связи с развитием психотерапии [18, 35].

Методологически основной стратегией психологического исследования в настоящее время является *интерпретативная* практика [24]. И осознание этого момента, специфичного для гуманитарных наук, родилось и переплетается с пониманием этапов развития самосознания и сущностных моментов человеческой жизни, а также с попыткой их объяснения в реальной жизненной ситуации индивида.

В связи с этим представляется необходимым использовать для изучения проблемы избыточного веса различные концепции личности (не только психодинамические), т. к. исследователь должен располагать значительной свободой выбора средств толкования феноменологии и механизмов формирования синдрома ожирения. В этом могут существенно помочь экспериментально-психологические исследования. Следует признать, что это ведет, в известной мере, к эклектичности рассмотрения феномена ожирения, но, используя различные подходы к содержательным (интерпретативным) оценкам личностных девиаций, например, нарушению пищевого поведения (а следовательно, и избыточной массе тела), можно реально сформировать психотерапевтические и психопрофилактические «мишени».

Литература

1. Alexander F. Psychosomatic medicine: Its principles and applications. New York, 1950.
2. Bray G. A. Evaluation of drugs for treating obesity // *Obes. Res.* 1995. № 3, Suppl. 4. P. 425–434.
3. Bruch H. Eating disorders. Basic Book. New York, 1973.
4. Carlat D. J., Camargo C. A. Review of bulimia nervosa in males // *Am. Journal Psychiatry.* 1991. Vol. 148. № 7. P. 831–844.

5. *Deutsch F.* Zur Bildung des Konversationssymptoms // *Int. Z. Psychoanal.* 1924. Bd.10. S. 380–392.
6. *Dunbar H. F.* Psychosomatic diagnosis. New York, 1943.
7. *Dunn S., Turtle J.* The myth of the diabetic personality. // *Diabetic Care.* 1981. Vol. 4. № 6. P. 640–646.
8. *Groddeck G.* Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatic. Wiesbaden Limes, 1917.
9. *Lean M. E. J., Han T. S., Seidell J. C.* Impairment of health and quality of life in people with large waist circumference // *Lancet.* 1998. Vol. 351. P. 853–856.
10. *Murray H.* Explorations in personality. New York, 1938.
11. *Schur M.* Comments on the metapsychology of somatization // *Psychoanal Study Child.* 1955. Vol. 10. P. 119–164.
12. *Sifneos P.* The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients // *Psychother Psychosom.* 1973. Vol. 22. P. 255–262.
13. *Thoma H., Kachele H.* Psychoanalytic Practice. Band 1 Principles, 1985. Band 2 Clinical Studies. Berlin; Heidelberg, 1988.
14. *Александр Ф.* Психосоматические расстройства. М., 2003.
15. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М., 2002.
16. *Александр Ф., Селесник Ш.* Человек и его душа // Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М., 2002.
17. *Александров А. А.* Психотерапия. СПб., 2008.
18. *Аммон Г.* Психосоматическая психотерапия. СПб., 2000.
19. *Благодолонная Я. В., Красильникова Е. И., Бабенко А. Ю.* Проблемы лишнего веса. СПб., 2001.
20. *Бобровский А. В., Гаврилов М. А.* Некоторые клинические аспекты изучения методов психологической защиты у пациенток с избыточной массой тела. СПб., 1998.
21. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина. М., 1999.
22. *Вассерман Л. И., Гуменюк Н. В.* Тестовая методика для психологической диагностики типов поведенческой активности. СПб., 1994.
23. *Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Федорова В. А.* Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // *Сибирский психол. журнал.* 2008. № 27. С. 67–71.
24. *Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю.* Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб.; М. 2004.
25. *Вахмистров А. В., Вознесенская Т. Г., Посохов С. И.* Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении. // *Журн. невропатол. и психиатрии.* 2001. № 12. Т. 101. С. 19–24.
26. *Вознесенская Т. Г.* Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // *Ожирение и метаболизм.* 2004. № 2.
27. *Вознесенская Т. Г., Сафонова В. А., Платонова Н. М.* Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2000. № 12. С. 49–52.
28. *Гинзбург М. М., Козутица Г. С., Котельников Г. П.* Ожирение как болезнь образа жизни: Современные аспекты профилактики и лечения. Самара, 1997.
29. *Гинзбург М. М., Крюков Н. Н.* Ожирение: Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. М., 2002.
30. *Губачев Ю. М., Стабровский Е. М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л., 1981.
31. *Гурвич И. Н.* Социальная психология здоровья. СПб., 1999. С. 551–560.
32. *Ересько Д. Б., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В., Карвасарский Б. Д., Карпова Э. Б. и др.* Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: метод. пособие. СПб; 1994.
33. *Карвасарский Б. Д.* Клиническая психология. СПб., 2002.
34. *Карвасарский Б. Д.* Медицинская психология. Л, 1982.
35. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия. М., 1985.
36. *Крылов В. И.* Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. СПб. 1995.
37. *Крылов В. И.* Психопатологические основы диагностики нервной анорексии и нервной булимии // *Современная практика в пограничной психиатрии: мат-лы конф.* СПб., 2005. С. 5–10.
38. *Любан-Плюцца Б., Пельдингер В., Крезгер Ф., Ледерах-Хофман К.* Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб., 2000.

39. *Малкина-Пых И. Г.* Терапия пищевого поведения. М., 2007.
40. *Менделевич В. Д., Соловьева С. А.* Неврология и психосоматическая медицина. М., 2002.
41. *Мизерене Р. В.* Психическая зависимость от еды, как объект психотерапии // Вестн. гипнологии и психотерапии. 1993. № 2. С. 64–73.
42. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л., 1960.
43. Ожирение / под. ред. Н. А. Белякова, В. И. Мазурова. СПб., 2003.
44. *Савчикова Ю. Л.* Психологические особенности женщин с проблемами веса: автореф. дис. ...канд. мед. наук. СПб., 2005.
45. *Сидоров П. И., Ишекова Н. И.* Коррекция избыточной массы тела. М., 2004.
46. *Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А.* Психосоматическая медицина: руководство для врачей. М., 2006.
47. *Соколова Е. Т.* Разделение образа телесного Я в структуре пограничной личности у лиц с пищевыми аддикциями // Хрестоматия по клинической психологии. СПб., 2000.
48. *Трифоновна Е. А.* Психосоциальные факторы нарушения психической адаптации и качества жизни больных инсулинозависимым сахарным диабетом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2005.
49. *Тхостов А. Ш.* Психология телесности. М., 2002.
50. *Фрейд А.* Психология Я и защитные механизмы. М., 1993.
51. *Холл К. С., Лидсней Г.* Теории личности. СПб., 1997.
52. *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности: Основные положения, исследования и применение. СПб., 2003.
53. *Янушкевич З. И., Блужас И. М., Бабуне А. В., Гоштауитас А. А.* Психологические аспекты ишемической болезни сердца // Первичная психологическая профилактика и реабилитация больных ИБС. Вильнюс, 1982.