

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОЦЕНКА КОМПЛАЕНСА ЖЕНЩИН, ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ В КОРРЕКЦИИ МАССЫ ТЕЛА

Е.А. Змазнева¹, Л.Л. Мацевская², А.В. Трусова^{1,3}

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

² Медицинский университет Караганды, г. Караганда, Казахстан

³ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. В настоящее время представлено множество различных программ по снижению веса, однако их эффективность редко оказывается стабильной и зачастую вскоре после прохождения курса люди снова возвращаются к прежним показателям веса либо даже более высоким. На наш взгляд, это не всегда связано с качеством предлагаемых программ, а объясняется многими факторами, в том числе индивидуально-психологическими особенностями женщин, заинтересованных в снижении массы тела, а также проблемами формирования эффективного комплаенса. **Цель:** изучить индивидуально-психологические особенности и уровень комплаенса женщин, заинтересованных в коррекции массы тела. **Материалы и методы:** Проведено исследование, в котором приняло участие 142 женщины в возрасте 20–60 лет, средний возраст которых составил 41,5 года ($SD = 12,19$). Сравнивались три группы: женщины с индексом массы тела (ИМТ) > 25 ед., обратившиеся за помощью к специалистам по снижению веса ($n = 42$); женщины с ИМТ > 25 , не обращавшиеся за помощью ($n = 47$); женщины с ИМТ 18,5–25, не обращавшиеся за помощью ($n = 53$). Использовались следующие методики: «Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ)», «Оценка расстройств приема пищи (EDE-Q)», «Шкала импульсивности Баррата (BIS-11)», «Маркеры факторов “Большой пятерки”» (МФБП). Попарный сравнительный анализ исследуемых групп выполнялся при помощи двустороннего двухвыборочного U-критерия Манна – Уитни. Для сопоставления более чем двух условий измерения объектов с ранжированием по индивидуальным значениям измерений применялся критерий Хи-квадрат Фридмана. **Результаты.** Установлено, что у женщин, обратившихся за помощью в снижении веса, эмоции влияют на пищевое поведение, они склонны к самоограничениям в питании, обеспокоены своей фигурой и весом, имеют выраженные нарушения пищевого поведения (НПП) и характеризуются высокой импульсивностью, а также склонны проявлять уступчивость. Анализ динамики комплаенса показал, что уровень комплаенса был максимальным через три месяца после окончания психокоррекционной программы, далее стал снижаться. Вес женщин через полгода после окончания работы начал возвращаться, несмотря на существенное снижение в начале. **Заключение.** Женщины, заинтересованные в коррекции массы тела, склонны реагировать на эмоции приёмом пищи, обеспокоены своей фигурой, весом, имеют выраженные НПП в целом. Они также эмпатичны и альтруистичны, импульсивны, их внимание неустойчиво, в результате чего им сложнее менять своё поведение, пищевые привычки, следовать рекомендациям по питанию, то есть их комплаенс неэффективен.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, переедание, индекс массы тела, снижение веса, комплаенс.

Введение

С одной стороны, долгое время и по сей день многие женщины являются заложницами культуры худобы. Стандарты тела транслируются посредством моды, СМИ, рекламы и т. д. Социальная успешность женщины зачастую связана с внешней привлекательностью, одной из составляющих которой является стройность.

С другой стороны, в противовес этим социальным стереотипам в последние годы активно разви-

ваются и транслируются другие установки – в частности, так называемый бодипозитив, в котором особое внимание уделяется положительному отношению к телу независимо от его размера и формы, что вызывает противоречивое отношение [1]. В массе людей свойственно оценочное отношение к телу, и эта оценка не является универсальной и обычно различается у людей с разным ИМТ [2].

Люди с высоким ИМТ подвергаются стигматизации, чувствуют себя неуверенно, испытывают

трудности в социальном взаимодействии и др. Стигматизирующее отношение окружающих, касающееся веса, выражается в негативной оценке, неприятии, различных предрассудках, а также дискриминации людей, обладающих ИМТ > 25 ед. [3, 4]. Кроме того, они могут подвергаться негативным оценкам со стороны медицинских работников, которые могут обладать различной степенью категоричных суждений в отношении высокого ИМТ [5, 6]. Эти и другие факторы, которые определяют желание женщин стремиться «к норме», порождают рынок услуг, направленных на снижение веса.

На данный момент функционирует большое количество различных центров, специализирующихся на помощи в снижении массы тела. Несмотря на профессиональную помощь специалистов (диетологов, психологов, психотерапевтов и др.) и достижение у пациентов определенных результатов, процент рецидивов в данных центрах остаётся достаточно высоким, а результат редко оказывается эффективным надолго, и вскоре после прохождения курса люди снова возвращаются к прежним показателям либо даже более высоким [7, 8]. На наш взгляд, это не всегда связано с качеством предлагаемых программ, а объясняется многими факторами, в том числе индивидуально-психологическими особенностями женщин, заинтересованных в снижении массы тела.

В современных исследованиях сформулированы некоторые отличительные особенности, характерные для женщин с избыточной массой тела. В частности, в исследовании Ю.Л. Савчиковой (2004), согласно которому у женщин с ИМТ > 25 ед. наблюдается выраженное экстернальное и эмоциогенное пищевое поведение, подчёркивается связь переедания с чувствительностью женщин к отвержению [9]. По мнению автора, данные результаты связаны с тем, что во время принятия пищи происходит редукция негативных переживаний, вызванных различными факторами, в том числе, отношениями с окружающими. Таким образом, «заедание» эмоций, т. е. неумение справляться с эмоциональной нагрузкой, часто становится одной из основных причин переедания. Хроническое переедание часто выступает в качестве способа регуляции эмоций [10, 11].

У людей, имеющих ИМТ > 25 ед., достаточно часто наблюдаются аффективные расстройства из-за дополнительных стрессов, связанных с увеличением массы тела, что также отягощает существующие соматические расстройства. Клиническое исследование А.Е. Боброва с коллегами (2014) показало, что аффективные и тревожные расстройства встречались у 65,8 % обследуемых с высоким ИМТ [12], а в некоторых случаях присутствовал ипохондрический синдром [13].

С одной стороны, известно, что аффективные расстройства вторичны, а с другой стороны, есть и первичные аффективные расстройства [14] – дос-

таточно часто встречаются нарушения приема пищи как следствие эмоциональных расстройств: хронического стресса, тревожности, депрессии, и бывает сложно отделить аффективное расстройство от нарушения пищевого поведения (далее НПП), в частности, переедания. Исследователи выделяют взаимосвязи между НПП и аффективными расстройствами [15, 16].

Теоретическими предпосылками исследования выступила когнитивно-поведенческая модель (С.Г. Fairburn), которая впоследствии была расширена до трансдиагностической модели, а также на психосоматической теории Н.Л. Kaplan, Н.С. Kaplan и современных зарубежных исследований, объясняющих взаимосвязь между эмоциями и приемом пищи [17, 18].

Исходя из этого, целью данного исследования стало изучение индивидуально-психологических особенностей и уровня комплаенса женщин, заинтересованных в коррекции массы тела.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 142 женщины в возрасте 20–60 лет, средний возраст женщин в целом по выборке составил 41,5 года ($SD = 12,19$), жительницы г. Санкт-Петербурга. Среди них была выделена основная группа (ОГ) женщин с ИМТ > 25 ед., заинтересованные в снижении массы тела и прошедшие коррекционную программу в одном из Центров снижения веса в г. Санкт-Петербург, а также две контрольные группы (КГ) – женщины, набранные случайным образом с ИМТ > 25 и с ИМТ 18,5–25,0 ед. с отсутствием желания корректировать вес, не проходившие подобных программ. Все респонденты ознакомились с условиями проведения исследования и дали свое письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями включения в исследование для основной группы (ОГ) являлись: женский пол, возраст от 18 до 60 лет, ИМТ > 25 ед., заинтересованность в снижении веса, обращение за помощью в Центр снижения веса, прохождение комплексной программы снижения веса, добровольное согласие на беседу и психодиагностическое обследование.

Критериями включения в исследование для первой контрольной группы (КГ-1) являлись: женский пол, возраст от 18 до 60 лет, ИМТ > 25 ед., непрохождение программы снижения веса, добровольное согласие на беседу и психодиагностическое обследование.

Критериями включения в исследование для второй контрольной группы (КГ-2) являлись: женский пол, возраст от 18 до 60 лет, ИМТ 18,5–25,0 ед., отсутствие желания корректировать вес, непрохождение программы по снижению веса, добровольное согласие на беседу и психодиагностическое обследование.

Критериями невключения в исследование являлись: менопауза, миома, гормональные наруше-

ния, заболевания щитовидной железы, учёт в психоневрологическом диспансере, инфаркты миокарда в течение последних двух лет, инсульты в течение последних двух лет, сахарный диабет, онкологические заболевания, бронхиальная астма, интенсивная фармакологическая терапия.

Для выявления индивидуально-психологических особенностей респондентов использовались три группы психодиагностических методик, направленных на исследование особенностей пищевого поведения, эмоционального состояния, а также личностных особенностей участников исследования.

Особенности пищевого поведения респондентов исследовались следующими методиками: «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ) [19], «Оценка расстройств приема пищи» (EDE-Q)¹.

Для исследования эмоционального состояния респондентов использовалась «Шкала импульсивности Баррата» (BIS-11) [20].

Для выявления личностных особенностей респондентов использовался опросник «Маркеры факторов “Большой пятерки”» (МФБП) [21].

Математико-статистическая обработка данных выполнялась при помощи программы IBM SPSS Statistics v. 23.0. Предварительная проверка нормальности распределения показала, что распределение данных по большинству шкал отличается от нормального. В связи с этим было принято решение использовать непараметрические методы обработки данных. На основании этого переменные описывались медианой, первым и третьим квартилями $Me [Q1; Q3]$. Парный сравнительный анализ исследуемых групп выполнялся при помощи двустороннего двухвыборочного U-критерия Манна – Уитни. Для сопоставления более чем двух условий измерения объектов с ранжированием по индивидуальным значениям измерений применялся критерий Хи-квадрат Фридмана. Нулевые гипотезы отклонялись при $p < 0,05$.

Результаты

Первоначально проводился анализ характеристик женщин исследуемых групп по индексу массы тела, возрасту, росту и весу.

Парный сравнительный анализ основной группы с контрольными группами 1 и 2 при помощи U-критерия Манна – Уитни показал, что респонденты основной группы характеризуются статистически более высоким весом ($p < 0,001$) и индексом массы тела ($p < 0,001$), при этом различий по возрасту и росту обнаружено не было. Полученные результаты говорят о том, что различия

в ИМТ вызваны именно различиями в весе женщин и не связаны с их ростом.

В табл. 1 представлен сравнительный анализ особенностей пищевого поведения, индивидуально-психологических характеристик женщин исследуемых групп.

Сравнительный анализ ОГ и КГ-1 с использованием U-критерия Манна – Уитни выявил статистически значимые различия в особенностях пищевого поведения женщин по методике EDE-Q, а именно по шкалам: ограничение ($p = 0,004$), обеспокоенность питанием ($p = 0,004$), обеспокоенность фигурой ($p = 0,051$), общая шкала НПП ($p = 0,005$). Значимых различий по обеспокоенности весом тела в ОГ и КГ-1 не обнаружено.

Данные показатели выше в основной группе: участницы этой группы в большей степени склонны к самоограничениям в питании, а также более обеспокоены внешним видом своей фигуры и тем, как они питаются. У них в целом выше выражены нарушения пищевого поведения. Их обеспокоенность своим весом находится на том же уровне, что и у женщин КГ-1.

В группах ОГ и КГ-1 выявлены также статистически значимые различия по уровню импульсивности внимания ($p = 0,001$) и общему уровню импульсивности ($p = 0,003$). Оба показателя выше у участниц ОГ: их внимание неустойчиво, а также они более импульсивны в целом.

Сравнительный анализ ОГ и КГ-2 с использованием критерия Манна – Уитни выявил статистически значимые различия в особенностях пищевого поведения женщин по шкале методики DEBQ «Эмоциогенное нарушение пищевого поведения» ($p = 0,046$). Данный показатель выше у женщин ОГ, их эмоции влияют на их пищевое поведение, т. е. стимулом к приему пищи у них выступает не голод, а эмоциональный дискомфорт.

Также в ОГ и КГ-2 были выявлены статистически значимые различия по всем шкалам методики EDE-Q: ограничение ($p < 0,001$), обеспокоенность питанием ($p < 0,001$), обеспокоенность фигурой ($p < 0,001$), обеспокоенность весом тела ($p < 0,001$), общая шкала нарушений пищевого поведения ($p < 0,001$). Данные показатели выше у женщин ОГ.

Сравнительный анализ выявил различия по уровню импульсивности женщин ОГ и КГ-2, а именно по импульсивности внимания ($p = 0,006$) и общему уровню импульсивности ($p = 0,028$). Оба показателя выше в ОГ: женщины этой группы обладают неустойчивым вниманием, а также более импульсивны в целом.

Сравнительный анализ ОГ и КГ-2 с использованием U-критерия Манна – Уитни выявил статистически значимое различие по уровню уступчивости ($p = 0,018$). Женщины ОГ более уступчивы (эмпатичны и альтруистичны), чем женщины КГ-2.

¹ Fairburn C.G., Beglin S. Eating disorder examination questionnaire // Cognitive behavior therapy and eating disorders / Ed. by C.G. Fairburn. New York: Guilford Press, 2008. P. 309–313. DOI: 10.1037/t03974-000.

**Сравнительный анализ индивидуально-психологических особенностей женщин исследуемых групп (Me [Q1; Q3])
Comparative analysis of individual psychological peculiarities of women of the studied groups (Me [Q1; Q3])**

Показатель / Indicator	ОГ / MG (n = 42)	КГ-1 / CG-1 (n = 47)	КГ-2 / CG-2 (n = 53)	Значение U-критерия / U-criterion	
				ОГ – КГ-1/ MG – CG-1	ОГ – КГ-2/ MG – CG-2
DEBQ – Ограничительное НПП / Restrained ED	3,0 [2,5; 3,3]	2,9 [2,3; 3,4]	3,0 [2,0; 3,5]	U = 886; p = 0,406	U = 1000; p = 0,397
DEBQ – Эмоциогенное НПП / Emotional ED	2,4 [1,9; 3,5]	2,8 [1,8; 3,7]	2,0 [1,5; 3,2]	U = 937; p = 0,681	U = 847,5; p = 0,046
DEBQ – Экстернальное НПП / External ED	3,2 [3; 3,7]	3,4 [3; 4,2]	3,1 [2,7; 3,6]	U = 818; p = 0,164	U = 993; p = 0,368
DEBQ – Общая выраженность НПП / Total ED	98,5 [82,0; 110,0]	99,0 [83,0; 114,0]	91,0 [76,5; 105,0]	U = 960; p = 0,824	U = 880; p = 0,081
EDE-Q – Ограничение / Restraint	2,5 [1,7; 3,2]	1,4 [0,8; 2,2]	1, [0; 2,4]	U = 633; p = 0,004	U = 592,5; p < 0,001
EDE-Q – Обеспокоенность питанием / Eating Concern	0,9 [0,2; 2,1]	0,4 [0; 0,8]	0,2 [0; 0,4]	U = 642; p = 0,004	U = 593; p < 0,001
EDE-Q – Обеспокоенность фигурой / Shape Concern	3,9 [2,5; 4,6]	3,0 [1,6; 4,3]	1,9 [0,9; 2,6]	U = 749,5; p = 0,051	U = 426,5; p < 0,001
EDE-Q – Обеспокоенность весом тела / Weight Concern	2,9 [2,2; 3,6]	2,6 [1,4; 3,8]	1,4 [0,4; 2,5]	U = 904; p = 0,495	U = 480; p < 0,001
EDE-Q – Общая шкала НПП / Total	2,6 [1,8; 3,2]	2,1 [1,1; 2,6]	1,3 [0,5; 1,9]	U = 648; p = 0,005	U = 383,5; p < 0,001
BIS-11 – Импульсивность внимания / Attentional impulsivity	18,0 [16,0; 21,0]	15,0 [13,0; 17,0]	16,0 [14,0; 18,0]	U = 573; p = 0,001*	U = 751; p = 0,006
BIS-11 – Двигательная импульсивность / Motor impulsivity	24,0 [20,0; 26,0]	22,0 [20,0; 25,0]	23,0 [19,0; 26,5]	U = 817,5; p = 0,162	U = 918; p = 0,143
BIS-11 – Импульсивность мышления / Non-planning impulsivity	28,0 [21,0; 32,0]	24,5 [20,8; 27,3]	26,0 [23,0; 31,0]	U = 727; p = 0,032	U = 942,5; p = 0,2
BIS-11 – Общая импульсивность / Total impulsivity	69,0 [59,0; 77,0]	62,0 [55,8; 69,0]	65,0 [56,5; 74,5]	U = 632; p = 0,003	U = 820,5; p = 0,028
МФБП – Экстраверсия / BFFM – Extraversion	69,0 [56,8; 77,0]	62,0 [53,0; 74,0]	68,0 [51,5; 76,5]	U = 847,5; p = 0,251	U = 1007,5; p = 0,429
МФБП – Уступчивость / BFFM – Compliance	81,0 [73,0; 88,0]	77,0 [70,0; 86,0]	77,0 [69,5; 81,5]	U = 817,5; p = 0,163	U = 798,5; p = 0,018
МФБП – Сознательность / BFFM – Conscientiousness	74,0 [62,8; 86,3]	66,0 [54,0; 83,0]	68,0 [54,0; 83,0]	U = 806; p = 0,137	U = 888,5; p = 0,092
МФБП – Эмоциональная стабильность / BFFM – Emotional stability	62,5 [49,0; 70,0]	55,0 [41,0; 64,0]	56,0 [42,0; 69,0]	U = 774,5; p = 0,081	U = 955,5; p = 0,238
МФБП – Интеллект / BFFM – Intellect	70,5 [64,0; 81,0]	69,0 [61,0; 76,0]	72,0 [61,0; 78,5]	U = 901; p = 0,479	U = 1095,5; p = 0,896

Примечание. Me [Q1; Q3] – медиана [1; 3 квантиль]; ОГ – основная группа; КГ-1 – контрольная группа 1; КГ-2 – контрольная группа 2; НПП – нарушение пищевого поведения.

Note. Me [Q1; Q3] – Median, [1; 3 quartile]; MG – main group; CG-1 – control group 1; CG-2 – control group 2; ED – eating disorder.

Далее проводилась оценка комплаенса в ОГ. Для этого анализировались 3 показателя: ИМТ женщин (до начала коррекционной работы, а также через 3, 6, 9 и 12 месяцев после окончания работы); удовлетворённость весом и следование плану программы через 3, 6, 9 и 12 месяцев после окончания коррекционной работы.

Первоначально анализировалась динамика ИМТ женщин, проходивших программу по снижению веса (табл. 2). Через 3 месяца после программы у женщин данной группы наблюдалось существенное снижение ИМТ, к 6-му месяцу снижение ИМТ удерживалось. Через 9 месяцев после окончания программы показатель ИМТ у женщин этой группы незначительно вырос, а через 12 месяцев возрос ещё больше и практически вернулся к первоначальному значению.

Критерий χ^2 Фридмана показал статистически значимые сдвиги в показателях ИМТ испытуемых ($\chi^2 = 105,933$; $p < 0,001$).

Таким образом, первые три месяца индекс массы тела у женщин снижался, однако через пол-

года после прохождения программы начал вновь повышаться, несмотря на существенное снижение вначале.

Оценка комплаенса женщин ОГ после коррекционной работы представлена в табл. 3.

Наиболее высокая удовлетворённость лечением и точность следования плану программы наблюдаются у женщин через 3 месяца после завершения коррекционной работы. К шестому месяцу показатели начинают снижаться, а во втором полугодии достигают минимальных значений. Критерий χ^2 Фридмана выявил статистически значимые сдвиги в показателях удовлетворённости весом ($\chi^2 = 80,013$; $p < 0,001$) и показателях следования плану коррекционной программы ($\chi^2 = 89,931$; $p < 0,001$). Данный результат сохраняется на протяжении второго полугодия.

Таким образом, было выявлено, что уровень комплаенса был максимальным через три месяца после коррекционной работы, через полгода началось его снижение и через год он стал минимальным, т. е. неэффективным.

Таблица 2
Table 2

Динамика ИМТ у женщин основной группы до и после коррекционной работы по снижению массы тела, Ме [Q1; Q3]
Dynamics of BMI in women of the main group before and after corrective work to reduce body weight, Me [Q1; Q3]

Период / Period	ИМТ у женщин / BMI in women (n = 42)
До коррекционной работы / Before correctional work	32,2 [29,6; 39,5]
Через 3 месяца после коррекционной работы / 3 months after a weight loss program	29,2 [25,8; 33,7]
Через 6 месяцев после коррекционной работы / 6 months after a weight loss program	29,2 [25,1; 34,4]
Через 9 месяцев после коррекционной работы / 9 months after a weight loss program	30,1 [27; 37,5]
Через 12 месяцев после коррекционной работы / 12 months after a weight loss program	31,2 [26,7; 37,2]

Примечание. Ме [Q1; Q3] – медиана [1; 3 квартиль].
Note. Me [Q1; Q3] – Median, [1; 3 quartile].

Таблица 3
Table 3

Оценка комплаенса женщин основной группы после коррекционной работы по снижению массы тела, Ме [Q1; Q3]
Assessment of compliance among women of the main group after the correction work on weight loss, Me [Q1; Q3]

Период после коррекционной работы / After a weight loss program	Удовлетворённость весом / Weight satisfaction (n = 42)	Следование плану коррекционной программы / рекомендациям врача / Follow the program / doctor recommendations in the MG (n=42)
Через 3 месяца / 3 months after	8,5 [7,0; 10,0]	8,0 [7,0; 9,0]
Через 6 месяцев / 6 months after	5,0 [4,0; 8,0]	7,0 [6,0; 8,0]
Через 9 месяцев / 9 months after	2,5 [1,8; 6,0]	5,0 [4,0; 6,0]
Через 12 месяцев / 12 months after	2,0 [0; 5,0]	5,0 [2,0; 6,3]

Примечание. Ме [Q1; Q3] – Медиана [1; 3 квартиль].
Note. Me [Q1; Q3] – Median, [1; 3 quartile].

Обсуждение

Получены следующие результаты исследования. Женщины, заинтересованные в коррекции массы тела и обратившиеся за помощью к специалистам по снижению веса, в большей степени, чем женщины, не заинтересованные в подобной помощи и не обращавшиеся за ней, склонны прибегать к самоограничениям в еде. Они в большей степени обеспокоены тем, как они питаются и внешним видом своей фигуры, а также характеризуются более выраженными нарушениями пищевого поведения. При этом обе группы женщин (ОГ и КГ-1) в равной степени обеспокоены своим весом. Однако у женщин ОГ вид своей фигуры и рацион питания вызывает большее беспокойство. Вероятно, именно этот факт и способствовал их обращению за помощью: их беспокоит внешний вид и то впечатление, которое они производят на окружающих.

У женщин, заинтересованных в коррекции массы тела, по сравнению с женщинами других групп, преобладает импульсивность внимания, а также общая импульсивность. Таким образом, им сложно сосредоточиться на одной задаче и идти к поставленной цели, что вызывает у них трудности в изменении своего пищевого поведения и формировании полезных пищевых привычек. Вероятно, эта особенность способствует их обращению за профессиональной помощью, так как они понимают, что самостоятельно не смогут снизить вес.

О высокой импульсивности женщин с ИМТ > 25 ед. говорится в работах Н.С. Фонталовой с соавторами [22], а также О.Ю. Гуровой (2010)².

Было установлено, что женщины с ИМТ > 25 ед., обратившиеся за помощью к специалистам по снижению веса, чаще, чем женщины с ИМТ 18,5–25,0 ед. испытывают желание принять пищу, вызванное эмоциональными переживаниями.

Изучение комплаенса в группе женщин, проходивших коррекционную программу по снижению веса, показало следующие результаты: через полгода после окончания коррекционной программы вес женщин начал возвращаться, несмотря на существенное снижение вначале. При этом уровень комплаенса женщин был максимальным в начале работы, а затем снижался и ко второму полугодю достиг минимальных значений. Вначале высокий темп снижения веса давал женщинам высокую удовлетворённость эффективностью коррекционной программы и мотивацию прикладывать усилия в выбранном направлении. Затем темп снижения веса стал снижаться, а вместе с ним и мотивация женщин, что приводило к нарушениям плана коррекционной работы и как следствие – к

ещё большей неудовлетворённости своим весом, достигнутыми результатами. Это может быть обусловлено проблемами неустойчивой мотивации к снижению веса. Причины неустойчивой мотивации могут быть различными и, возможно, обусловлены остановкой в снижении веса.

В статье Г.О. Самсоновой с соавторами (2018) отмечается, что возможными психологическими причинами возвращения к исходным показателям ИМТ являются: нарушение способности к длительным систематическим усилиям, недостаточность долговременного планирования жизни, несформированность нового образа себя, недостаточное чувство удовольствия от новых ощущений похудевшего тела [7].

Заключение

Таким образом, по результатам данного исследования можно сделать вывод о том, что женщины, заинтересованные в коррекции массы тела, склонны реагировать на эмоции принятием пищи, они эмпатичны и альтруистичны, они в большей степени склонны к самоограничениям в питании, обеспокоены своей фигурой, весом и имеют выраженные нарушения пищевого поведения в целом, характеризуются высокой импульсивностью.

Динамика снижения веса имеет индивидуальный характер. Иногда в процессе снижения веса пациенты сталкиваются с остановками в снижении веса, которые могут быть вызваны различными факторами, в том числе физиологическими. Женщинам, которые привязывают свою мотивацию к снижению веса и сталкиваются с внезапным прекращением его снижения, сложнее выполнять рекомендации врачей и следовать плану программы. В результате у таких женщин остановка в снижении веса и, вследствие этого, снижение мотивации влияют на оценку удовлетворённости результатами снижения веса и эффективности программы в целом.

Полученные результаты требуют более глубокого изучения и рассмотрения. Интересным представляется более широкое изучение индивидуально-психологических особенностей женщин с ИМТ > 25 ед., таких как гибкость, ригидность, готовность к переменам и изучение вторичных выгод от избыточной массы тела для того, чтобы учитывать данные факторы в процессе психологической работы с такими женщинами. Также исходя из результатов исследования можно сделать вывод о том, что на эффективность лечения оказывают влияние не только индивидуально-психологические характеристики женщин, но и длительность и качественное содержание психотерапевтической поддержки, а также форма психологической работы. Нам представляется важным определить оптимальную продолжительность психологической поддержки для того, чтобы разработать более эффективные методы лечения и уменьшить рецидивы переедания. Для этого также необ-

² Гурова, О.Ю. Метаболические и психические особенности пациентов с ожирением: автореф. дис.... канд. мед. наук. – М., 2010. – 22 с. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19333410>

ходимо сравнить групповую и индивидуальную форму психологической работы с целью выявления наиболее эффективной.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Литература

1. Marcus S. *Thinspiration vs. thickspiration: Comparing pro-anorexic and fat acceptance image posts on a photo-sharing site* // *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*. 2016. Vol. 10, № 2. № art. 5. DOI: 10.5817/CP2016-2-5.
2. Stewart S.F., Ogden J. *The Role of BMI Group on the Impact of Weight Bias Versus Body Positivity Terminology on Behavioral Intentions and Beliefs: An Experimental Study* // *Frontiers in psychology*. 2019. Vol. 10. № art. 634. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00634.
3. Thedinga H., Zehl R., Thiel A. *Weight stigma experiences and self-exclusion from sport and exercise settings among people with obesity* // *BMC Public Health*. 2020. Vol. 21. № art. 565. DOI: 10.1186/s12889-021-10565-7.
4. *The Role of Disgust in Eating Disorders* / L. Anderson, H. Berg, T. Brown et al. // *Current Psychiatry Reports*. 2021. Vol. 23 (2). № art. 4. DOI: 10.1007/s11920-020-01217-5.
5. *Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care* / M. Schwenke, M. Luppa, A. Pabst et al. // *BMC Family Practice*. 2020. Vol. 21. № art. 169. DOI: 10.1186/s12875-020-01239-1.
6. *Weight Stigma Experiences and Physical (In)activity: A Biographical Analysis* / A. Thiel, J. John, J. Carl, H. Thedinga // *Obesity Facts*. 2020. Vol. 13. P. 1–17. DOI: 10.1159/000507936.
7. Самсонова Г.О., Языкова Т.А., Азасаров Л.Г. *Психологические аспекты алиментарного ожирения (обзор литературы)* // *Вестник новых медицинских технологий*. 2018. Т. 12, № 3. С. 133–139. DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16027.
8. *An Overview of Factors Associated with Adherence to Lifestyle Modification Programs for Weight Management in Adults* / A.W.Y. Leung, R.S.M. Chan, M.M.M. Sea, J. Woo // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017. Vol. 14 (8). № art. 922. DOI: 10.3390/ijerph14080922.
9. Савчикова Ю.Л. *Личностные особенности женщин с избыточной массой тела* // *Международный медицинский журнал*. 2004. Т. 10, № 3. С. 83–87. <http://www.imj.kh.ua/archive/issue/2004/3>
10. Braden A., O'Brien W. *Pilot Study of a Treatment Using Dialectical Behavioral Therapy Skills for Adults with Overweight/Obesity and Emotional Eating* // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2021. Vol. 51. P. 21–29. DOI: 10.1007/s10879-020-09477-1.
11. Frayn M., Knäuper B. *Emotional Eating and Weight in Adults: a Review* // *Current Psychology*. 2018. Vol. 37. P. 924–933. DOI: 10.1007/s12144-017-9577-9.
12. Особенности поведения больных с избыточной массой тела и ожирением / А.Е. Бобров, Н.В. Гегель, О.Ю. Гурова [и др.] // *Альманах клинической медицины*. 2014. № 32. С. 3–7. DOI: 10.18786/2072-0505-2014-32-3-7.
13. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Пустовит Е.В. *Этиопатогенетическая основа применения антидепрессантов в комплексном лечении больных с метаболическим синдромом* // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2017. № 7 (143). – С. 146–150. <https://elibrary.ru/item.asp?id=30507334>.
14. *Physical health in affective disorders: a narrative review of the literature* / L. Colomer, G. Anmella, E. Vieta, I. Grande // *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-1246.
15. *Psychiatric Aspects of Obesity: A Narrative Review of Pathophysiology and Psychopathology* / F. Weiss, M. Barbuti, G. Carignani et al. // *Journal of Clinical Medicine*. 2020. Vol. 9 (8). № art. 2344. DOI: 10.3390/jcm9082344.
16. *The brain-adipocyte-gut network: Linking obesity and depression subtypes* / C.M. Patist, N.J.C. Stapelberg, E.F. Du Toit, J.P. Headrick // *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 2018. Vol. 18. P. 1121–1144. DOI: 10.3758/s13415-018-0626-0.
17. Dingemans A., Danner U., Parks M. *Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review* // *Nutrients*. 2017. Vol. 9 (11). № art. 1274. DOI: 10.3390/nu9111274.
18. *Emotion and overeating behavior: effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity* / M. Casagrande, I. Boncompagni, G. Forte et al. // *Eating and Weight Disorders*. 2020. Vol. 25. P. 1333–1345. DOI: 10.1007/s40519-019-00767-9.
19. *The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior* / T. Van Strien, J.E.R. Frijters, G.P.A. Bergers, P.B. Defares // *International Journal of Eating Disorders*. 1986. Vol. 5 (2). P. 295–315. DOI: 10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T.
20. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. *Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Баррата» (BIS-11)* // *Психология и право*. 2015. Т. 5, № 3. С. 75–89. DOI: 10.17759/psylaw.2015050307.
21. Князев Г.Г., Митрофанова Л.Г., Бочаров В.А. *Валидизация русскоязычной версии опросника Л.Голдберга «Маркеры факторов “Большой пятерки”»* // *Психологический журнал*. 2010. Т. 31, № 5. С. 100–110. <https://elibrary.ru/item.asp?id=15192498>.
22. Фонталова Н.С., Шишкина А.О., Фонталов Р.Н. *Социально-психологические особенности людей с различной степенью избыточной массы тела* // *Baikal Research Journal*. 2017. № 1. С. 28. DOI: 10.17150/2411-6262.2017.8(1).28.

Змазнева Екатерина Алексеевна, аспирант, Санкт-Петербургский государственный университет (Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9), zmazneva.ekaterina@gmail.com, ORCID 0000-0001-5739-6833

Мацневская Лариса Леонардовна, кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии; Медицинский университет Караганды (Казахстан, 100000, г. Караганда, ул. Гоголя, 40), macievskaya@qmu.kz, ORCID 0000-0002-9221-8618

Трусова Анна Владимировна, кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9); старший научный сотрудник, отделение лечения больных алкоголизмом НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3), anna.v.trusova@gmail.com, ORCID 0000-0002-0921-4203

Поступила в редакцию 12 мая 2021 г.; принята 26 июля 2021 г.

DOI: 10.14529/jpps210303

EMOTIONAL INTELLIGENCE AS A RESOURCE FOR CREATIVE LEADERSHIP

E.A. Zmazneva¹, zmazneva.ekaterina@gmail.com, ORCID 0000-0001-5739-6833

L.L. Matsiyevskaya², macievskaya@qmu.kz, ORCID 0000-0002-9221-8618

A.V. Trusova^{1,3}, anna.v.trusova@gmail.com, ORCID 0000-0002-0921-4203

¹ St. Petersburg University (Universitetskaya nab., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russian Federation)

² Karaganda Medical University (Gogol str. 40, Karaganda 100000, Kazakhstan)

³ V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (Bekhtereva str., 3, Saint Petersburg, 192019, Russian Federation)

Abstract. The article shows the individual psychological characteristics of female participants in a weight loss program and determines their level of compliance. **Background:** People who are interested in body weight loss consider overweight as their main problem, although often overweight is only a result of misbalance in other areas of their lives, which leads to overeating. Therefore, attempts to lose weight often do not have a lasting effect. **Aim.** The paper aims to find the individual psychological characteristics and the level of compliance among women who have addressed for specialized help. **Materials and methods.** A study of 142 women aged 20–60 years was conducted (average age – 41.5 years). 3 groups were compared: women with BMI > 25 seeking help from weight loss experts (n = 42); women with BMI > 25 who did not seek help (n = 47); women with BMI under 25 who did not seek help (n = 53). The following methods were used: Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Big-Five factor markers (BFFM). **Results.** It was found that women who asked for help weight loss experts were concerned about their body shape and demonstrated more pronounced eating disorders and higher impulsivity than women of other groups, while their compliance was lower than that of women with a BMI of up to 25. The level of compliance in the group of women who sought help from experts increased for six months and then began to decline. **Conclusion:** Women with psychogenic overeating are concerned about their body shape, have pronounced eating disorders and are characterized by higher impulsivity and compliance.

Keywords: eating disorders, overeating, overweight, compliance.

Conflict of interest. The authors declares no conflict of interest.

References

1. Marcus S. Thinspiration vs. thickspiration: Comparing pro-anorexic and fat acceptance image posts on a photo-sharing site. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*. 2016; 10 (2): 5. DOI: 10.5817/CP2016-2-5.
2. Stewart S.F., Ogden J. The Role of BMI Group on the Impact of Weight Bias Versus Body Positivity Terminology on Behavioral Intentions and Beliefs: An Experimental Study. *Frontiers in psychology*. 2019; 10: 634. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00634.
3. Thedinga H., Zehl R., Thiel A. Weight stigma experiences and self-exclusion from sport and exercise settings among people with obesity. *BMC Public Health*. 2020; 21: 656. DOI: 10.1186/s12889-021-10565-7.
4. Anderson L., Berg H., Brown T., Menzel J., Reilly E. The Role of Disgust in Eating Disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2021; 23 (2): 4. DOI: 10.1007/s11920-020-01217-5.
5. Schwenke M., Luppá M., Pabst A. et al. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Family Practice*. 2020; 21: 169. DOI: 10.1186/s12875-020-01239-1.
6. Thiel A., John J., Carl J., Thedinga H. Weight Stigma Experiences and Physical (In)activity: A Biographical Analysis. *Obesity Facts*. 2020; 13: 1–17. DOI: 10.1159/000507936.
7. Samsonova G.O., Yazykova T.A., Agasarov L.G. Psychological aspects of alimentary obesity (literature review). *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii = Journal of New Medical Technologies*. 2018; 12 (3): 133–139. (in Russ.). DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16027.
8. Leung A.W.Y., Chan R.S.M., Sea M.M.M., Woo J. An Overview of Factors Associated with Adherence to Lifestyle Modification Programs for Weight Management in Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017; 14 (8): 922. DOI: 10.3390/ijerph14080922.
9. Savchikova Yu.L. Personal Features of Women with Overweight. *Mezhdunarodnyy meditsinskiy zhurnal = International Medical Journal*. 2004; 10 (3): 83–87. (in Russ.). <http://www.imj.kh.ua/archive/issue/2004/3>
10. Braden A., O'Brien W. Pilot Study of a Treatment Using Dialectical Behavioral Therapy Skills for Adults with Overweight/Obesity and Emotional Eating. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2021; 51: 21–29. DOI: 10.1007/s10879-020-09477-1.
11. Frayn M., Knäuper B. Emotional Eating and Weight in Adults: a Review. *Current Psychology*. 2018; 37: 924–933. DOI: 10.1007/s12144-017-9577-9.
12. Bobrov A.E., Gegel N.V., Gurova O.Yu. et al. Behavioral peculiarities in patients with surplus body mass and obesity. *Al'manakh klinicheskoi meditsiny = Almanac of Clinical Medicine*. 2014; 32: 3–7. (in Russ.). DOI: 10.18786/2072-0505-2014-32-3-7.
13. Uspenskii Yu.P., Fominykh Yu.A., Pustovit E.V. Etiopathogenetic basis for the use of antidepressants in a complex treatment of patients with metabolic syndrome. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya = Experimental & clinical gastroenterology*. 2017; 7 (143): 146–150. (in Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=30507334>.
14. Colomer L., Anmella G., Vieta E., Grande I. Physical health in affective disorders: a narrative review of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-1246.
15. Weiss F., Barbuti M., Carignani G. et al. Psychiatric Aspects of Obesity: A Narrative Review of Pathophysiology and Psychopathology. *Journal of Clinical Medicine*. 2020; 9 (8): 2344. DOI: 10.3390/jcm9082344.
16. Patist C.M., Stapelberg N.J.C., Du Toit E.F., Headrick J.P. The brain-adipocyte-gut network: Linking obesity and depression subtypes. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 2018; 18: 1121–1144. DOI: 10.3758/s13415-018-0626-0.
17. Dingemans A., Danner U., Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*. 2017; 9 (11): 1274. DOI: 10.3390/nu9111274.
18. Casagrande M., Boncompagni I., Forte G. et al. Emotion and overeating behavior: effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eating and Weight Disorders*. 2020; 25: 1333–1345. DOI: 10.1007/s40519-019-00767-9.
19. Van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1986; 5 (2): 295–315. DOI: 10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T.

20. Enikolopov S.N., Medvedeva T.I. Approbation of the Russian-language version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *Psikhologiya i pravo = Psychology and Law*. 2015; 5 (3); 75–89. (in Russ.). DOI: 10.17759/psylaw.2015050307.

21. Knyazev G.G., Mitrofanova L.G., Bocharov V.A. Validization of Russian version of Goldberg's "Big-Five Factor Markers". *Psikhologicheskii zhurnal = Psychological Journal*. 2010; 31 (5): 100–110. (in Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=15192498>.

22. Fontalova N.S., Shishkina A.O., Fontalov R.N. Socio-psychological features of people with different degree of overweight. *Baikal Research Journal*. 2017; 1: 28. (in Russ.). DOI: 10.17150/2411-6262.2017.8(1).28.

Received 12 May 2021; accepted 26 July 2021

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Змазнева, Е.А. Индивидуально-психологические особенности и оценка комплаенса женщин, заинтересованных в коррекции массы тела / Е.А. Змазнева, Л.Л. Мациевская, А.В. Трусова // Психология. Психофизиология. – 2021. – Т. 14, № 3. – С. 29–38. DOI: 10.14529/jpps210303

FOR CITATION

Zmazneva E.A., Matsiyevskay L.L., Trusova A.V. Emotional Intelligence as a Resource for Creative Leadership. *Psychology. Psychophysiology*. 2021, vol. 14, no. 3, pp. 29–38. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps210303