

Е. Ю. Тур

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД
К ПРОБЛЕМЕ ЛИШНЕГО ВЕСА: АПРОБАЦИЯ МЕТОДА
КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РАЗБЛОКИРОВКИ
В ФОРМАТЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
САМООБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОТОКОЛА**

Монография

Чебоксары
Издательский дом «Среда»
2026

УДК 159.9.072.533
ББК 88.3
Т86

Автор:
Тур Е.Ю.

Рецензенты:
Коваленко Н.П.

д-р психол. наук, профессор
ЧОУ ВО «Балтийский Гуманитарный Институт»,
НОЧУ ОВО «Международный университет фундаментального обучения»,
директор НКО «Ассоциация развития перинатальной психологии и медицины»;
Бурик В.Н.
канд. психол. наук, доцент

Тур Е. Ю.

Т86 Психосоматический подход к проблеме лишнего веса: апробация метода когнитивно-эмоциональной разблокировки в формате психотерапевтического самообразовательного протокола: монография / Е. Ю. Тур. – Чебоксары: Среда, 2026. – 97 с. – 1 CD-ROM. – Загл. с титул. экрана. – Текст : электронный.

ISBN 978-5-908083-37-9

Целью исследования являлась апробация психотерапевтического самообразовательного протокола по психосоматике лишнего веса, реализованного в формате авторской книги и основанного на методе когнитивно-эмоциональной разблокировки, который исходит из представлений о лишнем весе как устойчивом психосоматическом радикале, поддерживаемом хронической аффективной дисрегуляцией, травмирующим детским опытом и нарушениями пищевого поведения. В проспективное пилотное исследование включены 95 женщин с избыточной массой тела и ожирением, прошедших структурированную программу самопомощи: участницы последовательно работали с психодинамическими «программами» веса (стыд, горе, защита, одиночество, аутоагрессия и др.), выполняли нарративные, телесно-ориентированные и рефлексивные упражнения, направленные на деконструкцию симптомоцентричного диетического мышления и переработку аффективных блоков, связанных с телом и едой. По завершении протокола отмечено статистически значимое снижение массы тела (с 84,1 до 81,9 кг, $p < 0,001$, $d \approx 0,8$) и индекса массы тела (с 30,8 до 30,0 кг/м², $p < 0,001$), при этом 84,2% участниц потеряли не менее 1 кг, 37,9% снижали массу тела на 3% и более, а 15,8% достигали снижения $\geq 5\%$ от исходного веса, 21,1% улучшали категорию индекса массы тела по классификации ВОЗ, что позволяет рассматривать полученный эффект как клинически значимый для низкоинтенсивной текстовой интервенции. Обсуждаются возможные механизмы действия протокола на стыке психоаналитической психосоматики, нейробиологии стресса и концепции эмоциональной регуляции, а также перспективы дальнейшей разработки метода когнитивно-эмоциональной разблокировки в формате контролируемых исследований.

Минимальные системные требования: PC с процессором Intel 1,3 ГГц и выше; 256 Мб (RAM); Microsoft Windows, MacOS; дискковод CD-ROM; Adobe Reader

УДК 159.9.072.533
ББК 88.3

© Тур Е. Ю., 2026

© Издательский дом «Среда»,
оформление, 2026

ISBN 978-5-908083-37-9
DOI 10.31483/a-10833

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1.1. Психосоматический контекст проблемы лишнего веса	7
1.2. Ограничения традиционной биомедицинской и поведенческой оптики	10
1.3. Психосоматический и психодинамический ракурсы лишнего веса	10
1.4. Книга как психотерапевтический самообразовательный протокол в психосоматике лишнего веса	13
1.5. Метод когнитивно-эмоциональной разблокировки и целевая рамка исследования	13
2. Обзор литературы и теоретический каркас	15
2.1. Историческая эволюция психосоматического подхода к ожирению и расстройствам пищевого поведения	15
2.2. Психодинамика лишнего веса и переедания	17
2.2.1. Ранний опыт, эмоциональный голод и хронизация стрессовой реакции	17
2.2.2. Нарциссическая уязвимость, стыд тела и вегетативная дисрегуляция	18
2.2.3. Защитные механизмы, соматизация и фиксация симптома в телесном уровне	19
2.3. Когнитивно-поведенческая терапия ожирения и расстройств пищевого поведения как линия доказательной психотерапии	21
2.4. Немедикаментозные методы коррекции эмоционального состояния и веса: СВТ-программы, мотивационное интервьюирование, поведенческий контроль, mindfulness/MB-EAT, ресурсно-ориентированные подходы и психофизиологические технологии	24
2.5. Нейробиологический уровень: стресс, НРА-ось, системы вознаграждения, interoцепция, вегетативная регуляция и связь хронической аффективной дисрегуляции, неблагоприятного детского опыта и риска ожирения	28
2.6. Интегративная модель когнитивно-эмоциональной разблокировки при ожирении (Cognitive-Emotional Unblocking for Obesity, CEU-O)	29

2.7. Ресурсная психотерапия и инстинкт-ориентированные модели эмоциональной регуляции.....	34
2.8. Немедикаментозные психофизиологические методы коррекции эмоционального состояния (АСФС и сенсорные импульсные воздействия)	38
2.9. Структурированные программы самопомощи, библиотерапия и низкоинтенсивная психотерапия.....	42
2.10. Интегративная рабочая модель психосоматического радикала лишнего веса и точки приложения вмешательств	43
3. Методологические основания исследования низкоинтенсивных психотерапевтических самообразовательных протоколов.....	45
3.1. Клинические случаи: психодинамические радикалы лишнего веса и траектория прохождения книги протокола.....	48
3.2. Клинический случай 1. «Тело как броня»: депрессивно зависимый радикал и лишний вес как защита от близости	49
3.3. Клинический случай 2. «Диета как религия»: нарциссически уязвимый перфекционист и циклы жёсткого контроля и срыва.....	50
3.4. Клинический случай 3. «Еда против пустоты»: травма привязанности, диссоциативные стратегии и вес как якорь	51
3.5. Клинический случай 4. «Семейный контракт»: межпоколенный сценарий, лояльность роду и тело как знак принадлежности	52
4. Описание психотерапевтического самообразовательного протокола	54
4.1 Структура протокола	54
4.2. Ключевые психотерапевтические модули протокола	55
4.3. Упражнения и практики как ядро метода когнитивно-эмоциональной разблокировки	55
4.4. Роль авторской позиции и нарратива как терапевтического контейнера.....	56
5. Материалы и методы апробации.....	58
5.1. Дизайн исследования.....	58
5.2. Участницы исследования и критерии включения.....	59
5.3. Описание интервенции	59
5.4. Измеряемые показатели и инструменты.....	61
5.5. Процедура исследования.....	62
5.6. Статистический анализ.....	62

6. Результаты	64
6.1. Исходная характеристика выборки.....	64
6.2. Динамика массы тела и индекса массы тела.....	66
6.3. Клинически значимая динамика и профиль ответчиков.....	75
6.4. Переходы между категориями индекса массы тела.....	76
7. Обсуждение	77
8. Практические выводы	80
9. Ограничения исследования	81
10. Перспективы дальнейших исследований	82
Заключение	83
Список литературы	84

Введение

Монография, основанная на пилотном проспективном исследовании психотерапевтического самообразовательного протокола снижения веса, реализованного в формате книги [1], обращена к одному из наиболее сложных и устойчивых клинико-социальных феноменов современности, в котором пересекаются биологические, психологические и культурные детерминанты хронического стресса, аффективной дисрегуляции и нарушенной телесной саморегуляции. В фокусе настоящей работы находится не столько ожирение как метаболический диагноз, сколько специфический психосоматический радикал избыточной массы тела, формирующийся на протяжении многих лет на стыке неблагоприятного детского опыта [2], нарушенных сценариев привязанности [3; 4], хронической гиперактивации стрессовых систем [5], закреплённых паттернов эмоционального переедания и устойчивого искажения образа тела [6], в рамках которого лишний вес становится элементом регуляции аффекта [7; 8], способом организации границ [9; 10] и телесной манифестацией внутриличностного конфликта [11; 12].

В этих координатах книга-протокол рассматривается не как популярное пособие по «самопомощи», а как структурированный низкоинтенсивный психотерапевтический самообразовательный протокол, направленный на последовательную переработку когнитивных схем, эмоциональных радикалов и телесных реакций, связанных с опытом лишнего веса, где текст используется как средство длительного воздействия на аффективную регуляцию, интероцептивную чувствительность и сценарии пищевого поведения, а прохождение главы за главой фактически моделирует процесс ступенчатой психотерапевтической работы в реальных жизненных условиях. Объектом исследования в рамках монографии выступают женщины с избыточной массой тела и ожирением, проходящие данный протокол в естественной среде, предметом – динамика соматических показателей (масса тела, индекс массы тела) и психосоматических механизмов, через которые книга-протокол может оказывать влияние на устойчивый психосоматический радикал лишнего веса в логике интегративного биопсихосоциального подхода.

Цель настоящей монографии заключается в том, чтобы, с одной стороны, реконструировать исторический и теоретический континуум психосоматического осмысления ожирения и расстройств пищевого поведения – от классических психоаналитических и психодинамических концепций характера и символики телесного

симптома до современных нейробиологических и доказательных психотерапевтических моделей аффективной регуляции, неблагоприятного детского опыта и хронического стресса, а с другой стороны, вписать авторский метод когнитивно-эмоциональной разблокировки, реализованный в формате психотерапевтического самообразовательного протокола [1], в это концептуальное поле и представить результаты его пилотной проспективной апробации. Таким образом, монография претендует не только на описание частного клинического исследования, но и на предложение интегративной модели, в которой книга как длительно действующий психотерапевтический медиатор становится инструментом адресной работы с психосоматическим радикалом лишнего веса, соединяющим психодинамический, когнитивно-поведенческий, ресурсный и психофизиологический уровни анализа.

1.1. Психосоматический контекст проблемы лишнего веса

Проблема избыточной массы тела в современном мире давно перестала быть исключительно вопросом обмена веществ, подсчёта калорий или подбора диеты и постепенно оформилась как сложный клинико-социальный феномен, в котором наследственность, гормональная регуляция, образ жизни, ранний опыт привязанности, культурные стандарты тела и хронический стресс оказываются включёнными в единую систему [13; 14], задающую не только траекторию набора веса, но и способ, которым человек переживает собственную телесность, строит отношения и организует эмоциональную жизнь [15; 16]. В этой системе лишний вес у значительной части взрослых пациентов, особенно у женщин, предстаёт не просто результатом длительного энергетического дисбаланса, а устойчивым психосоматическим радикалом, поддерживаемым хронической аффективной дисрегуляцией [17], травмирующим детским опытом [18], нарушениями системы привязанности и закреплёнными сценариями пищевого поведения, выполняющими функции саморегуляции, защиты и символического общения с другими людьми [19; 20]; тело в таком ракурсе перестаёт быть пассивным носителем избыточных килограммов и рассматривается как активный участник психической динамики, материализующий истории стыда, утрат, агрессии и неразделённых чувств в форме специфического телесного объёма и особенностей пищевого поведения [21; 22].

В этой парадигме симптом лишнего веса перестраивается из привычного для биомедицинской оптики «избытка жировой ткани» в сложный компромиссный феномен [23], позволяющий одновременно удерживать и скрывать невыносимое внутреннее содержание, обеспечивать хрупкому «Я» относительную устойчивость за счёт соматического утолщения границ [24], а также поддерживать привычные, зачастую травматические формы отношений с внутренними и внешними объектами [25]; попытки воздействовать на такой симптом только средствами диеты, физической активности или краткосрочного когнитивного контроля закономерно оказываются ограниченными, поскольку не затрагивают той глубины, на которой лишний вес уже встроен в архитектуру аффективной регуляции, образа тела и личной истории [26]. Именно поэтому современный психосоматический подход к ожирению и эмоциональному перееданию всё более явно смещается от редукции проблемы к поведенческим рекомендациям к многоуровневым моделям, сочетающим психоаналитические и психодинамические представления о телесной манифестации конфликта, данные нейробиологии стресса и interoцепции, доказательные протоколы когнитивно-поведенческой терапии и спектр немедикаментозных психофизиологических методик, ориентированных на перестройку регуляторных систем [27; 28].

В этих координатах настоящая монография занимает особое место, поскольку её предметом является не «лишний вес вообще», а психосоматический радикал избыточной массы тела [29; 30], рассматриваемый на пересечении классической психосоматической медицины, психоаналитически ориентированной клинической психологии [31], современной когнитивно-поведенческой психотерапии и низкоинтенсивных психотерапевтических самообразовательных протоколов [32]. Работа сочетает несколько уровней анализа: во-первых, проводится историко-теоретический обзор эволюции психосоматического подхода к ожирению и расстройствам пищевого поведения с опорой на классиков психосоматики и психоанализа и с демонстрацией того, как фокус исследования смещался от характера и символики симптома к биопсихосоциальным и нейробиологическим моделям аффективной регуляции [33]; во-вторых, систематизируются психодинамические модели переедания, ожирения и эмоционального голода, включая объектные отношения, нарциссическую уязвимость, защитные механизмы и сценарии привязанности, поддерживающие телес-

ную манифестацию конфликта; в-третьих, анализируется доказательная база когнитивно-поведенческих вмешательств при ожирении и расстройствах пищевого поведения, а также спектр немедикаментозных методов коррекции эмоционального состояния и веса, в том числе ресурсно-ориентированные и психофизиологические подходы [34].

Наконец, центральной осью монографии является описание и пилотная эмпирическая проверка авторского метода когнитивно-эмоциональной разблокировки, реализованного в формате психотерапевтического самообразовательного протокола, оформленного как книга, и исходящего из представления о лишнем весе как устойчивом психосоматическом радикале, поддающемся перестройке через последовательную работу с когнитивными схемами, заблокированными аффектами, телесной рефлексией и нарративной переработкой травматического опыта [35]. Объектом исследования выступают женщины с избыточной массой тела и ожирением, проходящие такой протокол в условиях реальной жизни, предметом — динамика массы тела, индекса массы тела и психосоматических механизмов, через которые низкоинтенсивная текстовая интервенция может влиять на регуляторные контуры симптома [36]. Цель монографии заключается в том, чтобы теоретически обосновать место метода когнитивно-эмоциональной разблокировки в современном поле психосоматической и клинико-психологической помощи при лишнем весе, вписав его в историко-теоретический континуум психоаналитических, когнитивно-поведенческих, ресурсных и психофизиологических подходов, и одновременно представить результаты его пилотной апробации как шага к созданию доказательной базы для низкоинтенсивных психотерапевтических самообразовательных протоколов в психосоматике [37–40].

1.2. Ограничения традиционной биомедицинской и поведенческой оптики

Несмотря на накопленный объём знаний о генетических, эндокринных и поведенческих механизмах, доминирующие клинические стратегии в отношении избыточной массы тела по-прежнему опираются на модель, в основе которой лежит сочетание калорийного ограничения, повышения физической активности и краткосрочного когнитивного контроля, тогда как сложная архитектура аффективной регуляции и психодинамического конфликта остаётся в лучшем случае фоном, в худшем – вовсе не артикулируется, что приводит к феномену цикличности веса с повторяющимися эпизодами «срывов», возврата к исходным или более высоким значениям массы тела и нарастающим чувством несостоятельности [41]. Подобная редукция проблемы до набора поведенческих рекомендаций, обрамлённых риторикой «силы воли», оставляет вне поля внимания ту область, где и формируется хронический запрос на симптом как на способ выживания, – область неотреагированных аффектов, нарушенных отношений с первичными объектами и интернализованных посланий о теле и потребностях, благодаря чему лишний вес закрепляется не только как соматический, но и как структурный элемент психической организации [42–45].

1.3. Психосоматический и психодинамический ракурсы лишнего веса

Проблема избыточной массы тела в современном мире давно перестала быть исключительно вопросом обмена веществ, подсчёта калорий или подбора диеты и постепенно оформилась как сложный клинико-социальный феномен, в котором наследственность, гормональная регуляция, образ жизни, ранний опыт привязанности, культурные стандарты тела и хронический стресс оказываются включёнными в единую систему, задающую не только траекторию набора веса, но и способ, которым человек переживает собственную телесность, строит отношения и организует эмоциональную жизнь [46]. В этой системе лишний вес у значительной части взрослых пациентов, особенно у женщин, предстаёт не просто результатом длительного энергетического дисбаланса, а устойчивым психосоматическим радикалом, поддерживаемым хронической аффективной дисрегуляцией [47], травмирующим детским опытом [48], нарушениями системы привязанности и закреплёнными

сценариями пищевого поведения [49], выполняющими функции саморегуляции, защиты и символического общения с другими людьми; тело в таком ракурсе перестаёт быть пассивным носителем избыточных килограммов и рассматривается как активный участник психической динамики, материализующий истории стыда, утрат, агрессии и неразделённых чувств в форме специфического телесного объёма и особенностей пищевого поведения [50].

В этой парадигме симптом лишнего веса перестраивается из привычного для биомедицинской оптики «избытка жировой ткани» в сложный компромиссный феномен [51], позволяющий одновременно удерживать и скрывать невыносимое внутреннее содержание, обеспечивать хрупкому «Я» относительную устойчивость за счёт соматического утолщения границ, а также поддерживать привычные, зачастую травматические формы отношений с внутренними и внешними объектами; попытки воздействовать на такой симптом только средствами диеты, физической активности или краткосрочного когнитивного контроля закономерно оказываются ограниченными, поскольку не затрагивают той глубины, на которой лишний вес уже встроен в архитектуру аффективной регуляции, образа тела и личной истории [52]. Именно поэтому современный психосоматический подход к ожирению и эмоциональному перееданию всё более явно смещается от редукции проблемы к поведенческим рекомендациям к многоуровневым моделям, сочетающим психоаналитические и психодинамические представления о телесной манифестации конфликта, данные нейробиологии стресса и interoцепции, доказательные протоколы когнитивно-поведенческой терапии и спектр немедикаментозных психофизиологических методик, ориентированных на перестройку регуляторных систем [53].

В этих координатах настоящая монография занимает особое место, поскольку её предметом является не «лишний вес вообще», а психосоматический радикал избыточной массы тела, рассматриваемый на пересечении классической психосоматической медицины, психоаналитически ориентированной клинической психологии, современной когнитивно-поведенческой психотерапии и низкоинтенсивных психотерапевтических самообразовательных протоколов [54–55]. Работа сочетает несколько уровней анализа: во-первых, проводится историко-теоретический обзор эволюции психосоматического подхода к ожирению и расстройствам пище-

вого поведения с опорой на классиков психосоматики и психоанализа и с демонстрацией того, как фокус исследования смещался от характера и символики симптома к биопсихосоциальным [56] и нейробиологическим моделям аффективной регуляции; во-вторых, систематизируются психодинамические модели переживания [57], ожирения и эмоционального голода, включая объектные отношения, нарциссическую уязвимость, защитные механизмы и сценарии привязанности, поддерживающие телесную манифестацию конфликта; в-третьих, анализируется доказательная база когнитивно-поведенческих вмешательств при ожирении и расстройствах пищевого поведения, а также спектр немедикаментозных методов коррекции эмоционального состояния и веса, в том числе ресурсно-ориентированные и психофизиологические подходы.

Наконец, центральной осью монографии является описание и пилотная эмпирическая проверка авторского метода когнитивно-эмоциональной разблокировки, реализованного в формате психотерапевтического самообразовательного протокола, оформленного как книга, и исходящего из представления о лишнем весе как устойчивом психосоматическом радикале, поддающемся перестройке через последовательную работу с когнитивными схемами, заблокированными аффектами, телесной рефлексией и нарративной переработкой травматического опыта. Объектом исследования выступают женщины с избыточной массой тела и ожирением, проходящие такой протокол в условиях реальной жизни, предметом — динамика массы тела, индекса массы тела и психосоматических механизмов, через которые низкоинтенсивная текстовая интервенция может влиять на регуляторные контуры симптома. Цель монографии заключается в том, чтобы теоретически обосновать место метода когнитивно-эмоциональной разблокировки в современном поле психосоматической и клинико-психологической помощи при лишнем весе, вписав его в историко-теоретический континуум психоаналитических, когнитивно-поведенческих, ресурсных и психофизиологических подходов, и одновременно представить результаты его пилотной апробации как шага к созданию доказательной базы для низкоинтенсивных психотерапевтических самообразовательных протоколов в психосоматике.

1.4. Книга как психотерапевтический самообразовательный протокол в психосоматике лишнего веса

На пересечении психодинамической клинической мысли и практики психосоматической медицины в последние годы всё большее внимание привлекают низкоинтенсивные форматы психотерапевтической помощи, в частности структурированные самопомогающие программы [58], реализуемые в текстовом виде и сочетающие элементы психообразования [59], когнитивной реструктуризации, аффективной работы и развития рефлексивной функции [60]; в этом ряду авторская книга по психосоматике лишнего веса [1] представляет собой не просто популярное изложение идей о связи тела и психики, а тщательно выстроенный психотерапевтический самообразовательный протокол, в котором логика развёртывания теоретического материала непосредственно сопряжена с последовательностью упражнений, направленных на осознание и переработку травматического опыта, стыда, аутоагрессии и связанных с ними пищевых сценариев. Структура текста организована таким образом, что читатель последовательно знакомится с психосоматическими «программами» лишнего веса, соотносит их с собственным жизненным опытом, погружается в нарративные, телесно-ориентированные и субличностные практики, а затем возвращается к телесным проявлениям как к живому индикатору динамики внутреннего конфликта, что позволяет рассматривать книгу как формат низкоинтенсивной психотерапевтической интервенции, приближающейся по своей логике к протоколу направляемой самопомощи и одновременно встроенной в классическую психодинамическую традицию описания и интерпретации психосоматических симптомов [1; 61].

1.5. Метод когнитивно-эмоциональной разблокировки и целевая рамка исследования

В рамках указанного протокола ключевой технологией выступает метод когнитивно-эмоциональной разблокировки [1], под которым понимается систематическая работа по выявлению и деконструкции жёстких когнитивных схем, связанных с телом, едой, контролем и ценностью «Я», параллельно с терапевтическим высвобождением и переработкой заблокированных аффектов, опирающаяся на развитие способности субъекта удерживать и осмыслять

собственные переживания без немедленного перехода к соматической разрядке [62]. Через последовательные модули, обращённые к стыду, горю, защитным функциям лишнего веса, одиночеству и аутоагрессии, протокол нацелен на снижение интероцептивного шума, укрепление аффективной регуляции [63], смягчение внутреннего критика и реструктуризацию отношения к телу как к носителю не только симптома, но и субъективного опыта, что встраивает работу с лишним весом в широкий контекст психосоматического и психодинамического лечения [64]. В этой связи цель настоящей работы заключается в том, чтобы, во-первых, теоретически обосновать применение психосоматического и психодинамического подхода к проблеме лишнего веса в формате психотерапевтического самообразовательного протокола, реализующего метод когнитивно-эмоциональной разблокировки, а во-вторых, представить результаты пилотной апробации данного протокола в выборке женщин с избыточной массой тела и ожирением, оценив динамику соматических показателей и обозначив возможные психосоматические механизмы наблюдаемой клинической эффективности, тем самым создавая основу для дальнейшей разработки и эмпирической верификации предложенного подхода.

Таким образом, обозначенная проблема лишнего веса и ожирения требует не только эмпирической проверки эффективности конкретного вмешательства, но и тщательного теоретического развёртывания, позволяющего рассматривать избыточную массу тела как элемент многослойного психосоматического радикала в исторической и концептуальной перспективе. В следующей главе будут рассмотрены основные этапы эволюции психосоматического подхода к ожирению и расстройствам пищевого поведения, а также те теоретические линии, на пересечении которых формируется авторская модель эмоционального радикала лишнего веса и метод когнитивно-эмоциональной разблокировки.

В дальнейшем для целей международной научной коммуникации и сопоставления с зарубежными исследовательскими протоколами авторский метод когнитивно-эмоциональной разблокировки при ожирении обозначается как Cognitive-Emotional Unblocking for Obesity (CEU-O), что подчёркивает его целевую направленность на переработку когнитивно-эмоциональных конфигураций, поддерживающих устойчивый психосоматический радикал лишнего веса.

2. Обзор литературы и теоретический каркас

2.1. Историческая эволюция психосоматического подхода к ожирению и расстройствам пищевого поведения

Формирование психосоматического взгляда на ожирение и расстройства пищевого поведения изначально происходило в логике классической психосоматической медицины, где телесный симптом рассматривался как выражение конфликта между вытесненными аффектами и структурой личности, а тело становилось ареной символической репрезентации неосознаваемых переживаний, связанных с объектными отношениями, агрессией, зависимостью и нарциссической уязвимостью. В ранних психоаналитических работах переедание описывалось как регрессивный возврат к оральной стадии, как попытка восстановить утраченное чувство базовой безопасности через оральное насыщение, а избыточный вес понимался как защитный панцирь, отражающий не столько калорийный баланс, сколько историю эмоциональной депривации, амбивалентной привязанности и хронически несимволизированного аффекта [65].

Дальнейшее развитие психосоматической мысли привело к появлению более сложных моделей, в которых ожирение перестало пониматься как исключительно символический симптом, а стало рассматриваться как многоуровневый феномен на пересечении психодинамики, стресса, поведенческих паттернов и биологических систем регуляции, при этом ранние представления о характерологическом профиле пациента с ожирением трансформировались в концепцию устойчивого психосоматического радикала, включающего специфическую конфигурацию аффективной дисрегуляции, нарушенной интероцепции и закреплённых телесных сценариев саморегуляции [66]. На этом фоне классическая психоаналитическая оптика постепенно дополняется данными эпидемиологии, нейроэндокринологии и поведенческих исследований, демонстрирующих тесную связь хронического стресса, дисфункции НРА-оси, пищевого поведения и набора веса, что позволяет переосмыслить прежние представления о «характере тучного пациента» в терминах длительно поддерживаемой дисрегуляции стресс-ответа и нарушенного баланса систем вознаграждения и контроля [67].

Современный психосоматический подход к ожирению и расстройствам пищевого поведения оформляется как биопсихосоциальный континуум, в котором исторически ранние концепции символической функции симптома интегрируются с данными о влиянии неблагоприятного детского опыта, хронического стресса и социальной среды на формирование и закрепление патологических пищевых паттернов, а клинический интерес смещается от статического описания «структуры личности» к анализу динамики регуляторных контуров, вовлекающих аффективную сферу, когнитивные схемы, телесные ощущения и поведение пациента в целом [68].

В истории психосоматического осмысления ожирения и расстройств пищевого поведения можно условно выделить три аналитические волны, последовательно смещающие фокус от «характера и символики симптома» к многоуровневым нейробиологическим моделям аффективной регуляции [69]. Первая волна связана с классической психосоматикой и ранним психоанализом, где в фокусе внимания находились характерологические констелляции и конфликтные поля, предрасполагающие к соматизации и формированию специфических телесных симптомов, а ожирение описывалось как телесное выражение оральной фиксации, потребности в слиянии с объектом, защиты от сексуализированного восприятия себя, а также как своеобразный панцирь, отражающий хронический конфликт между потребностью в зависимости и страхом отвержения. Вторая волна психоаналитических и психодинамических подходов сместила акцент на более тонкие параметры структуры личности, объектных отношений и организации привязанности, рассматривая переживание и лишний вес как элемент сложной системы регуляции стыда, вины, нарциссической уязвимости и агрессии с участием многоуровневых защитных механизмов, а тело при этом мыслится как сцена, на которой отыгрываются неразрешённые конфликты, и одновременно как граница, задающая допустимую дистанцию с другими [70]. Третья, современная волна интегрирует психодинамическую оптику с данными аффективной нейробиологии, психофизиологии стресса и исследований неблагоприятного детского опыта, показывая, как длительная аффективная дисрегуляция, хроническая гиперактивация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, нарушения сна, вегетативная лабильность и интероцептивный «шум» форми-

руют физиологический фон, на котором психические конфликты закрепляются в виде устойчивых паттернов пищевого поведения и метаболических сдвигов, приводящих к ожирению [71].

В рамках настоящей монографии предлагается использовать понятие эмоционального радикала лишнего веса для описания устойчивой, многоуровневой конфигурации аффективных, когнитивных, телесных и межличностных паттернов, поддерживающих избыточную массу тела как способ регуляции внутреннего напряжения и организации отношений с объектами, что принципиально отличает эту конструкцию от более узких концепций пищевой зависимости, редуцирующих проблему преимущественно к аддиктивному паттерну потребления определённых продуктов, и от представлений о сугубо конституциональной предрасположенности, акцентирующих генетические и метаболические факторы при относительном игнорировании психодинамической архитектуры симптома [72]. Эмоциональный радикал лишнего веса предполагает, что телесный симптом не только связан с определёнными биологическими особенностями и привычками питания, но встраивается в жизненную историю субъекта как элемент сценария привязанности и самозащиты, материализуя в теле специфическую комбинацию хронического стыда, чувства небезопасности, аутоагрессии и неотрефлексированного эмоционального голода, при этом каждый из этих компонентов опосредован изменениями в системах стресса, вегетативной регуляции и нейрохимических контурах вознаграждения, что и делает необходимым интегративный биопсихосоциальный подход к диагностике и коррекции такого радикала.

2.2. Психодинамика лишнего веса и переедания

2.2.1. Ранний опыт, эмоциональный голод и хронизация стрессовой реакции

Психодинамический подход к проблеме избыточной массы тела и переедания формировался в русле классической психосоматики и психоанализа, где ожирение понималось как телесная манифестация хронического внутриличностного конфликта, а пищевое поведение рассматривалось в качестве одного из ключевых регуляторов аффекта и отношений с объектами, то есть значимыми фигурами детства и взрослой жизни. В этой перспективе лишний вес у взрослого пациента оказывается не только механиче-

ским следствием энергетического дисбаланса, но и устойчивым психосоматическим радикалом, чья структура складывается из ранней депривации, нарушенных сценариев привязанности, недостатка надёжной эмоциональной отзывчивости и повторяющихся эпизодов переживания небезопасности, при которых еда становится доступным и предсказуемым источником успокоения [73].

Феномен эмоционального голода описывает хроническое ощущение недокормленности не в физиологическом, а в аффективном регистре – дефицит признания, принятия, включённости, чувствительности другого к внутренним состояниям ребёнка. При отсутствии стабильного, эмпатически настроенного объекта и при непоследовательной или отвергающей привязанности формируется внутренняя модель, в которой собственные потребности переживаются как чрезмерные, опасные или заведомо непризнаваемые, вследствие чего выражение чувств и просьбы о поддержке подавляется, а энергия аффекта начинает искать обходные каналы разрядки, уходя в телесные и поведенческие паттерны, включая эпизоды переедания [74]. На нейробиологическом уровне длительно некупированный эмоциональный голод поддерживает хроническую гиперактивацию систем стресса с устойчивым повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, смещением работы НРА оси в сторону гиперкортизолемии, нарушением циркадных ритмов и фрагментацией сна, что способствует изменению пищевого поведения в пользу высококалорийной, богатой жиром и сахаром пищи, усилению висцерального жираотложения и постепенному формированию ожирения [75; 76].

2.2.2. Нарциссическая уязвимость, стыд тела и вегетативная дисрегуляция

На уровне структуры личности у значимой части пациентов с избыточной массой тела и эмоциональным перееданием обнаруживается сочетание депрессивно зависимых и нарциссически уязвимых черт, при котором внутренний мир организован вокруг колебаний между переживанием собственной неценности и постоянным поиском внешних подтверждений собственной значимости через тело, успех, контроль, соответствие навязанным нормам [77]. Суперэго в таких конфигурациях функционирует как жёсткий, нередко садистически окрашенный внутренний критик, обесценивающий любые колебания веса и любую «несовершенство»

ность» тела, тогда как Эго, оказываясь между требованиями тотального контроля и реальными ограничениями телесной и эмоциональной жизни, вынуждено прибегать к примитивным и невротическим защитам – вытеснению, отрицанию, расщеплению, проективной идентификации, соматизации [78]. Лишний вес в этой системе координат становится одновременно и материализованным следом конфликта, и элементом защитной конструкции, позволяя скрывать и в то же время демонстрировать уязвимость, блокировать сексуализированное восприятие себя и регулировать безопасную дистанцию с другими [79].

Хроническое переживание стыда за тело и самонаказания за «срыв» в пищевом поведении сопровождается устойчивым повышением базового уровня тревоги и внутреннего напряжения, что поддерживает длительную активацию стрессовых систем и мешает восстановлению парасимпатически опосредованных механизмов восстановления, включая нормальный ночной сон и адекватную interoцептивную чувствительность к сигналам насыщения и голода [80]. В условиях постоянной гиперактивации НРА оси и повышенной симпатической реактивности формируется характерная вегетативная дисрегуляция с преобладанием реакций типа тахикардии, всплесков артериального давления, нарушений засыпания и поверхностного сна, что, в свою очередь, дополнительно усиливает тягу к быстрым источникам энергии, ухудшает толерантность к стрессу и способствует закреплению порочного круга «стресс – переедание – стыд – самонаказание – новый стресс» с прогрессирующим набором веса [81].

2.2.3. Защитные механизмы, соматизация и фиксация симптома в телесном уровне

Защитные механизмы, формирующие психодинамическую архитектуру лишнего веса и переедания, выполняют функцию двойной фиксации: с одной стороны, они закрывают доступ к исходному внутриличностному конфликту, с другой – стабилизируют сам телесный симптом, препятствуя его гибкой переработке. Соматизация позволяет удерживать аффект в телесном регистре, не допуская его к осознанной символизации и вербализации, расщепление разводит «контролирующую» и «разрешающую переедание» части личности, лишая их возможности внутреннего диалога, проективная идентификация заставляет пациента приписывать своё «чрез-

мерное» тело исключительно внешнему взгляду и оценке, а не собственным переживаниям и потребностям, тогда как отрицание минимизирует осознаваемую связь между эмоциональными состояниями и эпизодами переедания, позволяя сохранять иллюзию контроля при очевидном его отсутствии [82]. В межличностном измерении тело при этом используется как медиатор отношений с объектами – то, что могут принять или отвергнуть, оценивать или игнорировать, то, через что можно организовать дистанцию и управлять степенью собственной видимости [83].

С точки зрения нейробиологии подобная конфигурация защит поддерживает высокую степень interoцептивного «шума» и функциональную разобщённость между кортикальными зонами, ответственными за когнитивную переработку эмоционального опыта, и подкорковыми структурами, обеспечивающими автоматическую стрессовую реакцию, что ведёт к хронической вегетативной лабильности и снижению чувствительности к тонким изменениям внутреннего состояния [84]. В условиях постоянного фона аффективного напряжения и недостаточной интеграции телесных сигналов гиперреактивная НРА ось и дисбаланс вегетативной регуляции способствуют поддержанию метаболических сдвигов в сторону инсулинорезистентности, изменению профиля жирового обмена и постепенному накоплению жировой ткани, так что телесный симптом перестаёт быть лишь «выражением» конфликта и превращается в стабильный элемент саморегуляции, вокруг которого выстраиваются и психологические, и соматические контуры поддержания системы [85]. На этом фоне попытки изолированного диетологического или медикаментозного вмешательства, не затрагивающего глубинную конфигурацию защит и конфликтов, закономерно оказываются краткосрочными и малоустойчивыми, тогда как интегративные психотерапевтические подходы, направленные на переработку аффективного материала, реконструкцию объектных отношений и восстановление более тонкой телесной чувствительности, потенциально могут влиять и на уровень хронической стрессовой активации, и на поведенческие компоненты, участвующие в поддержании лишнего веса [86; 87].

2.3. Когнитивно-поведенческая терапия ожирения и расстройств пищевого поведения как линия доказательной психотерапии

Современная доказательная база психотерапевтических вмешательств при ожирении и расстройствах пищевого поведения разворачивается в первую очередь вокруг когнитивно-поведенческой терапии, которая за последние два десятилетия приобрела статус основной психотерапевтической линии в лечении приступообразного переедания и компульсивного пищевого поведения на фоне избыточной массы тела, а также расстройств, коморбидных с ожирением. В ряде рандомизированных контролируемых исследований показано, что СВТ обеспечивает значимое снижение частоты эпизодов приступообразного переедания, уменьшение выраженности пищевой психопатологии и сопутствующей тревожно-депрессивной симптоматики, при этом эффект по массе тела, хотя и менее впечатляющ, остаётся клинически значимым и, что принципиально, связан с ремиссией приступов переедания как ведущего патогенетического механизма [88].

Мета-аналитические обзоры когнитивно-поведенческих программ для снижения веса демонстрируют устойчивый, хотя и умеренный по величине, эффект СВТ по сравнению с чисто поведенческими вмешательствами и стандартными программами модификации образа жизни; указывается, что когнитивный компонент терапии, включающий работу с дисфункциональными убеждениями о теле, еде и контроле, а также тренинг самонаблюдения и саморегуляции, повышает устойчивость полученных результатов и снижает риск рецидива, даже если абсолютные цифры снижения массы тела не радикальны [89]. Показательно, что в ряде исследований интегрированные протоколы СВТ-ОВ (cognitive-behavioral therapy for obesity) обеспечивают значимое снижение массы тела порядка 8–10% от исходного на горизонте 12–18 месяцев, с поддержанием эффекта в последующем, что при хроническом течении ожирения уже рассматривается как клинически важный исход [90].

Параллельно развивается направление низкоинтенсивных СВТ-интервенций, включающих интернет-программы, структурированные форматы самопомощи и гибридные протоколы с минимальным участием терапевта; систематические обзоры показывают, что при

достаточной структурированности материала, наличии чётких модулей и домашних заданий, а также хотя бы ограниченной обратной связи, такие программы приводят к статистически и клинически значимому снижению выраженности симптомов расстройств пищевого поведения и умеренному снижению веса, хотя эффекты по массе тела в среднем меньше, чем в очных высокоинтенсивных форматах [91]. Для нашего проекта это принципиальный момент, поскольку психотерапевтический самообразовательный протокол в формате книги по сути занимает то же пространство low-intensity guided self-help, но с гораздо более выраженной психодинамической и психосоматической проработкой материала [92].

Что касается психодинамических и психоаналитических вмешательств, систематические обзоры и аналитические работы подчёркивают, что психодинамическая психотерапия способна обеспечивать клинически значимое улучшение симптоматики расстройств пищевого поведения, включая нормализацию веса при дефиците массы тела и уменьшение выраженности эпизодов переедания, однако корпус исследований здесь существенно менее однороден, чем в СВТ-традиции [93], а многие работы страдают методологическими ограничениями по типу отсутствия контрольной группы, невысокой степени мануализированности протокола и недостаточной длительности последующего наблюдения. Тем не менее, данные о фокальной и групповой психодинамической терапии при расстройствах пищевого поведения показывают, что работа с внутренним конфликтом, объектными отношениями и нарциссической уязвимостью приводит к не только поведенческим, но и глубинным изменениям в структуре личности, которые потенциально могут ассоциироваться с более устойчивой ремиссией, особенно в подгруппах пациентов с тяжёлой травматизацией и выраженной коморбидной психопатологией [94].

Современные обзоры психотерапии расстройств пищевого поведения сходятся в выводе, что СВТ остаётся терапией первого выбора для приступообразного переедания и булимии, тогда как психодинамическая психотерапия рассматривается как перспективное направление, требующее дальнейшей стандартизации и эмпирической верификации, но особенно значимое для подгруппы пациентов с выраженной личностной и травматической нагрузкой, где чисто поведенческие и когнитивные подходы оказываются недоста-

точными [95]. На этом фоне авторский метод когнитивно-эмоциональной разблокировки оказывается в положении интегративного подхода, который использует структурирующую рамку СБТ (модули, задания, самонаблюдение, работа с убеждениями и поведением), но опирается на психодинамическое понимание симптома как телесной манифестации конфликта и включает клинико-нарративный материал, позволяющий пациенту встроить собственную историю лишнего веса в более широкий контекст отношений, привязанности и травматического опыта [96].

Таким образом, доказательная база СБТ и психодинамических вмешательств при ожирении и расстройствах пищевого поведения задаёт для нашего самообразовательного протокола двойную рамку: с одной стороны, предъявляет довольно жёсткие методологические требования к дизайну исследования и отчётности (рандомизация, контроль, длительное наблюдение, стандартизованные исходы); с другой стороны, предоставляет теоретическую и эмпирическую опору для интегративной модели, в которой когнитивно-поведенческие техники и психодинамическая работа с эмоциональным голодом и объектными отношениями могут быть объединены в единый, структурированный, но глубинно ориентированный формат, реализуемый в том числе через книгу-тренинг как форму низкоинтенсивной, но длительной и концептуально выстроенной интервенции [97].

Развитие когнитивно-поведенческой терапии в области ожирения и расстройств пищевого поведения привело к формированию мощной доказательной линии, в рамках которой переедание рассматривается как результат взаимодействия дисфункциональных убеждений о теле и еде, нарушенного контроля импульсов и закреплённых поведенческих паттернов, поддерживаемых специфическими эмоциональными и средовыми триггерами. Многочисленные рандомизированные исследования показали, что СБТ и поведенческие weight-loss протоколы способны приводить к значимому снижению частоты эпизодов приступообразного переедания, уменьшению массы тела и улучшению психического состояния, при этом подчёркивается важность структурированности программы, наличия домашней работы, мониторинга питания и веса, а также работы с когнитивными схемами, связанными с формулой «всё или ничего» по отношению к диетам и контролю [98].

В ряде исследований сравнивается эффективность СВТ и поведенческих программ по снижению веса, а также комбинированных протоколов, где когнитивные и поведенческие компоненты интегрируются в единую терапевтическую траекторию; полученные данные демонстрируют, что СВТ более последовательно снижает выраженность расстройств пищевого поведения, тогда как чисто поведенческие программы чаще дают больший, но менее устойчивый эффект по массе тела, что подчеркивает необходимость интеграции работы с мыслями, эмоциями и поведением в единый комплекс.

Отдельное направление составляет направляемая самопомощь и интернет-основанные СВТ-программы, где пациент получает стандартизированный набор модулей с чёткими заданиями, дневниковыми формами и системой обратной связи, а роль терапевта смещается от постоянного сопровождения к эпизодической поддержке и супервизии процесса; систематические обзоры демонстрируют, что подобные низкоинтенсивные форматы способны обеспечить клинически значимое снижение частоты переживания и улучшение показателей веса у части пациентов, что делает их важным инструментом в условиях ограниченных ресурсов очной психотерапии и задаёт прямую параллель для психотерапевтических самообразовательных протоколов, реализуемых в текстовом формате.

2.4. Немедикаментозные методы коррекции эмоционального состояния и веса:

СВТ-программы, мотивационное интервьюирование, поведенческий контроль, mindfulness/MB-EAT, ресурсно-ориентированные подходы и психофизиологические технологии

Немедикаментозные методы коррекции эмоционального состояния и массы тела в современной клинической психологии и психосоматической медицине представляют собой широкое поле интервенций, в котором СВТ-программы и классическая психотерапия сосуществуют с мотивационным интервьюированием, структурами поведенческого контроля, mindfulness-ориентированными протоколами, ресурсной психотерапией и психофизиологическими методами, такими как АСФС и другие формы сенсорной импульсной стимуляции. На уровне клинической практики это означает отход от монолитной модели «диета плюс лекарства» к многоуров-

невым программам, в которых эмоциональная регуляция, изменение пищевых привычек, работа с мотивацией и восстановление связи с телом рассматриваются как взаимодополняющие элементы единого восстановительного процесса [99].

Мотивационное интервьюирование в этой области используется как способ работы с амбивалентностью пациента по отношению к изменению веса и пищевого поведения, позволяющий через исследование ценностей, целей и внутренней мотивации уменьшить сопротивление изменениям и снизить риск срыва; исследования показывают, что включение мотивационных модулей в программы снижения веса улучшает удержание в лечении и способствует более устойчивой модификации поведенческих паттернов, особенно при высокой исходной амбивалентности [100]. Программы поведенческого контроля, включающие само мониторинг питания, регулярное взвешивание, планирование приёмов пищи и структурирование среды, создают для пациента внешнюю опору, которая, при сочетании с эмоциональной и когнитивной работой, снижает нагрузку на систему произвольного контроля и позволяет постепенно построить новые привычки в повседневную жизнь [101; 102].

Mindfulness-ориентированные вмешательства, в частности Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT), демонстрируют эффективность в снижении частоты эпизодов приступообразного переедания, улучшении самоконтроля в отношении еды и уменьшении депрессивной симптоматики, при этом их ключевым механизмом считается развитие осознанного внимания к сигналам голода и насыщения, к эмоциональным и ситуативным триггерам переедания и к автоматизмам пищевого поведения [103–105]. В логике психосоматического подхода эти протоколы можно рассматривать как способы повышения качества interoцепции и восстановления способности различать телесные и эмоциональные потребности, тем самым уменьшая interoцептивный шум и размывание границы между «хочу есть» и «хочу не чувствовать» [106].

Ресурсно-ориентированные подходы в отечественной традиции психотерапии фокусируются на восстановлении доступа субъекта к собственным адаптационным и инстинкт-ориентированным механизмам, рассматривая телесные проявления как уровень, на котором закрепляются не только симптомы, но и ресурсы; в этом контексте лишний вес и эмоциональное переедание описываются

как специфическая конфигурация, где тело одновременно удерживает запас энергии и защищает от переживаемых как опасные контактов с внешней и внутренней реальностью, а терапевтическая задача заключается не только в снижении веса, но и в реконфигурации всей системы отношений «тело – аффект – окружение» [107]. На пересечении этих направлений находятся психофизиологические технологии, включая метод искусственных стабильных функциональных связей, разработанный Т. Н. Резниковой [108] и применяемый для коррекции психического состояния при органической и функциональной патологии ЦНС, тревожно-депрессивных расстройствах и в задачах реабилитации, где регулирующее воздействие реализуется через многократно повторяемые сенсорные импульсные стимулы и формирование новых устойчивых функциональных связей в мозге [109].

Таким образом, психотерапевтические, ресурсно-ориентированные, *mindfulness* и психофизиологические вмешательства формируют единый спектр немедикаментозных технологий, которые по-разному, но согласованно воздействуют на аффективную регуляцию, мотивацию, interoception и поведение, что создает концептуальную рамку для понимания книги-тренинга и метода когнитивно-эмоциональной разблокировки как одного из вариантов низкоинтенсивной, но системно организованной интервенции в регуляторные контуры ожирения [110].

В контексте существующих направлений доказательной психотерапии, ориентированных на коррекцию расстройств пищевого поведения и ожирения, разработанный автором протокол следует рассматривать как психодинамически ориентированный, травма-фокусированный *self-help* протокол с элементами когнитивно-поведенческой терапии и ресурсной психотерапии [111]. По своей структуре и целевым точкам приложения он сопоставим с СБТ-программами, предназначенными для пациентов с расстройством приступообразного переедания (*Binge Eating Disorder, BED*) и ожирением, однако существенно отличается по механизму действия: если классические СБТ-протоколы концентрируются преимущественно на модификации когнитивных и поведенческих звеньев переедания (идентификация автоматических мыслей, ведение дневников питания, формирование навыков сдерживания импульсов), то психотерапевтический самообразовательный протокол, реализованный в формате книги, ориентирован на более

глубокие уровни аффективной переработки – реконструкцию отношений с травматическими объектами, осознание вытесненных чувств и формирование способности к саморегуляции в условиях эмоционального напряжения [112; 113].

Систематические обзоры и мета-анализы показывают, что стандартные СBT-программы при BED и ожирении обеспечивают умеренные размеры эффекта по снижению эпизодов переедания и массы тела: средний Cohen's d для уменьшения частоты приступов составляет 0,5–0,7, а среднее снижение массы тела – около 3–5% от исходного значения при участии в очных или онлайн-интервенциях продолжительностью 8–16 недель [114]. Клинически значимое снижение веса ($\geq 5\%$) достигается у 15–25% пациентов, а у большинства наблюдается хотя бы умеренная положительная динамика в пределах 2–4% [115]. На фоне этих данных полученные в пилотном исследовании результаты самообразовательного протокола – среднее снижение массы тела на 2,2 кг и индекса массы тела на 0,81 кг/м² за несколько недель самостоятельной работы – выглядят по крайней мере сопоставимыми по направлению и величине эффекта при существенно более низкой интенсивности воздействия, отсутствии терапевта и полной автономности формата. Таким образом, даже в условиях минимальной внешней поддержки и без структурированного сопровождения достигаются изменения, соответствующие диапазону умеренных клинических эффектов традиционных СBT-вмешательств.

При этом по своей концепции протокол занимает уникальную промежуточную позицию между классической когнитивно-образовательной библиотерапией и полноформатной психотерапией. В отличие от книг по самопомощи, ограничивающихся информационным воздействием и поведенческими рекомендациями, книга-протокол построена как интерактивный терапевтический процесс, включающий элементы эмоциональной переработки, рефлексивного письма, телесно-осознанных заданий и модулей аффективной саморегуляции. Благодаря этому она объединяет образовательный и терапевтический уровни воздействия, что делает метод не только доказательно обоснованным, но и технологичным, масштабируемым и адаптируемым для клинического и профилактического применения.

2.5. Нейробиологический уровень: стресс, НРА-ось, системы вознаграждения, interoception, вегетативная регуляция и связь хронической аффективной дисрегуляции, неблагоприятного детского опыта и риска ожирения

Нейробиологические исследования ожирения убедительно демонстрируют, что формирование устойчивого избытка массы тела невозможно объяснить исключительно калорийным балансом и физической активностью, так как в этот процесс вовлечены системы регуляции стресса, вознаграждения, interoception и вегетативного баланса, работающие в режиме сложного взаимодействия с психосоциальным контекстом и жизненным опытом индивида [116]. Хронический стресс сопровождается изменениями в регуляции оси гипоталамус – гипофиз – надпочечники, смещением секреции глюкокортикоидов и изменением чувствительности периферических и центральных рецепторов, что, в свою очередь, влияет на аппетит, распределение жировой ткани, чувствительность к инсулину и поведение по типу “stress-related eating” [117].

Работы по нейробиологии стресса и еды показывают, что активация систем вознаграждения в ответ на высококалорийную пищу не только усиливает мотивацию к перееданию, но и может временно снижать активность НРА-оси, создавая порочный круг, в котором еда используется как быстрый способ купировать субъективное ощущение стресса и тревоги, а хроническое использование этого механизма способствует закреплению патологических пищевых паттернов и набору веса [118]. В психосоматическом ракурсе этот круг может быть рассмотрен как телесная манифестация аффективной дисрегуляции, где пациент фактически «настраивает» свою нейроэндокринную систему с помощью еды, пытаясь саморегулироваться в условиях дефицита надёжных объектов и эмоциональной поддержки [119].

Отдельным, принципиально важным уровнем является неблагоприятный детский опыт, который в многочисленных исследованиях демонстрирует устойчивую связь с повышенным риском ожирения и избыточной массы тела во взрослом возрасте; метаанализы показывают, что множественные ACE увеличивают вероятность ожирения примерно на 25–50%, при этом описывается

выраженный дозозависимый эффект: чем больше видов травмирующих воздействий переживает ребёнок, тем выше риск формирования нарушения веса в последующей жизни. Эти данные указывают на то, что ранняя травматизация и хроническая аффективная небезопасность могут приводить к устойчивым изменениям в системах стресс-ответа, вегетативной регуляции и interoцепции, создавая нейробиологический фон, на котором эмоциональное переедание и набор веса становятся ожидаемым, хотя и неблагоприятным, исходом адаптационных усилий организма [120].

Интероцепция, понимаемая как способность субъекта различать и интерпретировать сигналы собственного тела, в этой модели выступает как ключевой посредник между аффективной сферой и пищевым поведением, поскольку снижение точности interoцептивных сигналов и их хроническая «контаминация» аффективным шумом приводят к тому, что чувство голода, насыщения, внутреннего напряжения и тревоги начинают сливаться в единый недифференцированный фон, который пациент пытается модулировать в первую очередь через еду [121]. Нарушения вегетативной регуляции, включая дисбаланс симпатической и парасимпатической активности, дополнительно поддерживают этот контур, формируя устойчивый психосоматический радикал ожирения, в котором эмоциональная дисрегуляция и нейробиологические изменения оказываются взаимно усиливающимися и самоподдерживающимися [122].

2.6. Интегративная модель когнитивно-эмоциональной разблокировки при ожирении (Cognitive-Emotional Unblocking for Obesity, CEU-O)

Интегративная модель когнитивно-эмоциональной разблокировки при ожирении (Cognitive-Emotional Unblocking for Obesity, CEU-O) вырастает из необходимости объединить в едином концептуальном поле психодинамические представления о симптоме как телесной манифестации конфликта, когнитивно-поведенческую логику работы с поддерживающими его убеждениями и поведенческими паттернами, а также данные нейробиологии стресса, interoцепции и вегетативной регуляции. В фокус этой модели помещается эмоциональный радикал лишнего веса как устойчивая конфигу-

рация аффективных, когнитивных, телесных и межличностных паттернов, на фоне которой избыточная масса тела выступает не случайным побочным продуктом образа жизни, а регуляторным механизмом, обеспечивающим субъективную устойчивость в условиях хронической аффективной небезопасности.

С точки зрения структуры CEU-O описывает несколько взаимосвязанных уровней воздействия. На когнитивном уровне протокол нацелен на выявление и деконструкцию жёстких схем, связанных с телом, весом, контролем и собственной ценностью, включая глобализирующие и дихотомические установки по типу «или идеально, или провал», интернализованные послания о «неправильности» тела и представления о лишнем весе как единственной возможной защите от близости или отвергающего взгляда. На аффективном уровне CEU-O фокусируется на поэтапном высвобождении и переработке заблокированных чувств – хронического стыда, вины, аутоагрессии, горя по нереализованным отношениям и неразделённым потребностям, – которые в исходной конфигурации остаются соматизированными и выражаются через эпизоды эмоционального переедания и характерный телесный объём. На телесном и interoцептивном уровне модель подчёркивает необходимость постепенного восстановления способности различать сигналы голода, насыщения, напряжения и тревоги, а также укрепления навыка выдерживания телесных состояний без немедленного ухода в пищевое поведение. Наконец, на поведенческом уровне CEU-O предполагает систематическое наблюдение за эпизодами переедания, их триггерами и последствиями, с последующей реконструкцией сценариев, в которых еда перестаёт быть единственным доступным способом саморегуляции и самонаказания.

Принципиальной особенностью CEU-O является его травмафокусированная и психодинамически ориентированная направленность при сохранении структурирующей логики low-intensity guided self-help протокола. В отличие от классических программ, ограничивающихся информационными блоками и поведенческими рекомендациями, CEU-O использует текст как носитель терапевтически организованного опыта, в рамках которого читатель не только получает знания о связи эмоций, тела и пищевого поведения, но и проходит серию эмоционально нагруженных, narra-

тивных и телесно-ориентированных упражнений, побуждающих к реконструкции собственной истории привязанности, к осмыслению травматического опыта и к пересборке образа тела. Таким образом, книга-протокол, реализующая модель CEU-O, служит контейнером для развёрнутой внутренней работы, которая по своей глубине ближе к фокальной психодинамической терапии, чем к традиционной библиотерапии, при этом по формату остаётся низкоинтенсивной и доступной для самостоятельного прохождения.

На уровне гипотез механизмов действия CEU-O может быть описана как попытка целенаправленно модифицировать несколько ключевых регуляторных контуров, участвующих в поддержании ожирения. Предполагается, что последовательная работа с когнитивными схемами и аффективными радикалами снижает уровень хронической аффективной дисрегуляции, уменьшает интенсивность переживаемого стыда и самонаказания, а также ослабляет жесткость внутреннего критика, что в свою очередь способно приводить к снижению частоты эпизодов эмоционального переедания. Параллельное развитие телесной рефлексии и interoцептивной чувствительности может уменьшать interoцептивный «шум» и способствовать более точному различению голода и эмоционального напряжения, что теоретически связано с перестройкой поведенческих ответов на стресс и снижением хронической нагрузки на системы вознаграждения. Наконец, многонедельная структурированная практика самонаблюдения, рефлексивного письма и осознанного выбора альтернативных способов регуляции аффекта создаёт условия для постепенной модификации устойчивых поведенческих паттернов, обеспечивая небольшие, но клинически значимые изменения массы тела и индекса массы тела в условиях реальной жизни.

В международном контексте CEU-O может быть отнесена к группе интегративных low-intensity протоколов для пациентов с ожирением и эмоциональным перееданием, в которых когнитивно-поведенческие техники сочетаются с психодинамической и ресурсно-ориентированной оптикой. По своей структуре CEU-O сопоставима с направляемыми СВТ-программами для BED и ожирения, использующими модульное построение материала, дневники, задания и постепенную фокусировку на ключевых поддерживающих механизмах, однако отличается тем, что изначально

но построена вокруг концепции эмоционального радикала лишнего веса и систематически обращается к травматическому опыту, объектным отношениям и нарциссической уязвимости. Это позволяет рассматривать СЕУ-О как модель, которая потенциально способна не только уменьшать симптоматику переедания и приводить к умеренному снижению веса, но и оказывать влияние на глубинную организацию саморегуляции, что делает её перспективным кандидатом для дальнейшей эмпирической верификации в форматах с более жёстким методологическим контролем.

В завершение теоретического изложения важно подчеркнуть, что СЕУ-О в рамках настоящей монографии выступает не только как абстрактная концептуальная конструкция, но и как операционализированный психотерапевтический самообразовательный протокол, реализованный в виде книги, структура и содержание которой непосредственно вытекают из предложенной модели эмоционального радикала лишнего веса. В следующей главе будут детально описаны дизайн пилотного проспективного исследования, выборка, процедуры и показатели, использованные для первичной эмпирической проверки того, в какой мере реализация СЕУ-О в формате книги-протокола способна приводить к статистически и клинически значимым изменениям соматических и психосоматических параметров у женщин с избыточной массой тела и ожирением.

На фоне описанной эволюции психосоматического подхода и данных о нейробиологических механизмах стресса, АСЕ и ожирения метод когнитивно-эмоциональной разблокировки, реализованный в формате психотерапевтического самообразовательного протокола, может быть концептуализирован как интегративная модель, соединяющая психодинамическую глубину анализа конфликта, структурированность СВТ-протоколов и ресурсно-ориентированный фокус на восстановлении регуляторных возможностей субъекта. В этой модели лишний вес рассматривается как устойчивый психосоматический радикал, сформированный на пересечении травмирующего детского опыта, хронической аффективной дисрегуляции, нарушенной interoцепции и закреплённых поведенческих сценариев эмоционального переедания, а книга-тренинг функционирует как низкоинтенсивная, но много-

уровневая интервенция, последовательно воздействующая на каждый из этих уровней.

Структура протокола организована таким образом, что читатель проходит через серию модулей, каждый из которых посвящён определённой психодинамической «программе» веса – стыду, горю, защитным функциям лишнего объёма, одиночеству, ауто-агрессии, страху пустоты и др., при этом каждый модуль включает психообразовательный блок, клинико-нарративные иллюстрации и набор упражнений, адресующих соответствующий пласт аффективного и биографического материала. Эта последовательность позволяет постепенно выводить на уровень осознания те фрагменты опыта, которые ранее удерживались телом и пищевым поведением, снижая уровень интероцептивного шума, смягчая внутрилличностный критико-наказующий контур и создавая условия для формирования более дифференцированного отношения к собственным потребностям и границам.

Когнитивный компонент метода реализуется через систематическую работу с автоматическими мыслями о теле, еде, контроле и собственной ценности, которые идентифицируются, фиксируются и подвергаются анализу в формате структурированных письменных практик, что сближает протокол с СВТ-подходами к расстройствам пищевого поведения, однако в отличие от классических СВТ-программ здесь когнитивная работа всегда встроена в более широкий психодинамический контекст, где каждая мысль рассматривается как фрагмент внутреннего диалога между различными субличностями и объектами. Эмоциональный компонент выражен в акценте на переживание и переработку заблокированных аффектов, связанных с детским опытом, травмой привязанности и нарциссической ранимостью, а телесный компонент – в постоянном возвращении к ощущениям тела, отслеживании динамики напряжения и веса как индикаторов изменения конфигурации внутреннего конфликта.

Ресурсный аспект модели проявляется в том, что пациент не только разбирает и деконструирует патологические программы, но и последовательно выявляет те элементы опыта, которые могут быть переоформлены как ресурсы – способность переживать, выдерживать и символизировать аффект без немедленной соматической разрядки, способность формировать более безопасные отно-

шения с собой и другими, способность использовать тело не только как контейнер боли, но и как инструмент самоподдержки и восстановления, что концептуально сопрягается с основами ресурсной психотерапии и идеей о перераспределении энергии между деструктивными и адаптивными контурами.

Включение метода когнитивно-эмоциональной разблокировки в более широкий историко-теоретический континуум психосоматического лечения ожирения позволяет рассматривать его не как изолированную авторскую технику, а как логический шаг в развитии низкоинтенсивных, интегративных интервенций, которые одновременно учитывают глубину психодинамического конфликта, эмпирическую базу СБТ и нейробиологические данные о стрессе, ACE и системах регуляции веса. Это, в свою очередь, создаёт основу для дальнейшей эмпирической верификации модели в форматах лонгитюдных исследований, сравнительных клинических испытаний и междисциплинарных проектов, включающих оценку не только психологических, но и психофизиологических и метаболических исходов.

2.7. Ресурсная психотерапия и инстинкт-ориентированные модели эмоциональной регуляции

Отдельную линию в развитии психосоматической и клинико-психологической мысли в отечественной традиции составляет ресурсная психотерапия профессора Н. П. Коваленко [123], которая предлагает рассматривать эмоциональные процессы не только как феноменологический слой переживаний и как следствие когнитивной переработки значимых событий, но как динамические силы подсознания и бессознательного, организующие ресурсный потенциал личности через систему инстинктов, рефлексов и телесных реакций. В ряде работ, посвящённых эмоциональным процессам в ресурсной психотерапии, эмоции описываются как особый класс энергетических состояний, возникающих на стыке генетических программ, раннего онтогенетического опыта и текущих условий жизни и оказывающих многоуровневое влияние на соматическое здоровье, двигательную активность и устойчивость физиологических систем к стрессу. В этом ракурсе хронические эмоциональные расстройства и устойчивые паттерны аф-

фективной дисрегуляции трактуются не только как клиническая проблема, но и как прямой фактор расстройства терморегуляции, вегетативной балансировки и общесоматической адаптации, что сближает ресурсный подход с классической психосоматикой, но добавляет к нему акцент на позитивном ресурсном потенциале живой системы.

Коваленко Н. П. последовательно демонстрирует, что у современного человека сочетание гипокинезии, хронического стресса, когнитивной перегруженности и фрагментированного эмоционального опыта приводит к рассогласованию в деятельности двигательной-эмоциональной сферы и автономной нервной системы: симпатические и парасимпатические влияния перестают служить тонкой настройке адаптивного поведения и начинают фиксировать организм в режимах хронического эмоционального напряжения, тревоги, тоски и раздражения [124]. При этом именно суточные циклы, особенности бодрствования и отдыха, повторяющиеся эмоциональные события повседневной жизни постепенно складываются в устойчивый фон, который можно описать как эмоционально-поведенческий результат, создающий субъекту чувство удовлетворённости или, напротив, хронической фрустрации и истощения. Соответственно, задача терапевта в ресурсной модели состоит не только в коррекции симптома, но и в реконструкции того, как этот фон формируется за счёт инстинктивных, рефлекторных и бессознательных механизмов, и в постепенной перенастройке этих механизмов в сторону большей гибкости и ресурсности [125].

Центральным понятием ресурсной психотерапии выступает модель инстинктов как ресурсов, в которой инстинкты рассматриваются как запускные механизмы потребностной, мотивационной и эмоциональной активности, задающие фундаментальные векторы поведения – от самосохранения и поддержания рода до стремления к гармонии и творческому самовыражению. На уровне операциональной работы эта модель реализуется через обращение к инстинктивным зонам – рефлексам, дыханию, голосу, телесным паттернам напряжения и расслабления – которые рассматриваются как привилегированные каналы доступа к бессознательным ресурсам и одновременно к тем эмоциональным блокам, которые были сформированы в раннем опыте и закреплены на уровне телесных реакций. Ресурсная терапия в семейном консультирова-

нии, представляющая собой развернутое изложение этой модели, расширяет фокус анализа до уровня семейной системы, описывая семью как живой организм со своим энергетическим и эмоциональным балансом, в котором индивидуальные симптомы, в том числе психосоматические, отражают дефициты и перенапряжения всей системы, а не только отдельного её члена.

Важным аспектом ресурсного подхода является дифференциация по оси эмоциональной доступности: от алекситимичных субъектов, чья способность к переживанию и выражению чувств минимальна и чьи жизненные сценарии характеризуются бедностью эмоциональных оттенков, до так называемых сверхэмоциональных невротиков, которые обладают высоким доступом к глубине и тонкости аффективных состояний, но часто оказываются заложниками своей сверхчувствительности и погружены в хронические состояния обиды, стыда, вины и тоски. В первой группе тело нередко берёт на себя функцию «говорить» за психику, формируя разнообразные психосоматические симптомы при минимизированной осознанной эмоциональной жизни; во второй группе соматические проявления выступают скорее как следствие постоянной перегруженности эмоциональной системы и отсутствия устойчивых внутренних контейнеров, способных удерживать и перерабатывать интенсивные переживания. В обоих случаях работа с инстинктивными ресурсами, дыханием, голосом и телесными паттернами рассматривается как способ либо «запустить» эмоциональную жизнь и подключить её к рефлексии, либо, напротив, упорядочить и контейнировать избыток аффекта.

Если соотнести эти положения с проблемой лишнего веса и эмоционального переедания, становится очевидным, что эмоция голода и эмоция страха, на которые указывал ещё В. Кеннон в контексте симпатоадреналовой активации, занимают в ресурсной модели особое место, так как связывают инстинкт самосохранения с эмоциональной регуляцией и телесными реакциями на стресс. В ситуации хронического стресса, гиподинамии и дефицита символической переработки аффектов чувство голода и насыщения перестаёт быть чисто биологическим индикатором энергетических потребностей и начинает обслуживать потребности в безопасности, признании, удовлетворении фрустрированных аффектов, что непосредственно подводит к феномену эмоциональ-

ного переедания и формированию психосоматического радикала лишнего веса. В терминах ресурсной психотерапии такой радикал можно описать как специфическую конфигурацию инстинктивных и эмоциональных процессов, где телесный объём становится одним из ключевых способов удержания ресурса и одновременно защиты от внешних и внутренних угроз, а еда – универсальным инструментом быстрой регуляции эмоционального напряжения.

В этой точке подход Коваленко Н. П. оказывается концептуально близок методу когнитивно-эмоциональной разблокировки, положенному в основу рассматриваемого психотерапевтического самообразовательного протокола. Если метод когнитивно-эмоциональной разблокировки описывается нами как интегративная модель, в которой целенаправленная работа с когнитивными схемами, аффективными блоками и телесной рефлексией направлена на деконструкцию психосоматического радикала лишнего веса и восстановление способности субъекта различать собственные потребности и чувства, то ресурсная психотерапия предоставляет для этого метатеоретический каркас, в котором такие вмешательства понимаются как активация и перераспределение инстинктивных ресурсов, перевод части бессознательной эмоциональной энергии из уровня соматической разрядки на уровень символизации и осмысленного поведения [126]. В этой логике книга-протокол по психосоматике лишнего веса может рассматриваться как частный случай ресурсно-ориентированного вмешательства, где через нарративные практики, телесно-ориентированные упражнения и работу с субличными осуществляется пошаговая переорганизация эмоционального опыта, а телесная манифестация симптома используется не только как объект коррекции, но и как индикатор динамики ресурсного потенциала.

Наконец, важно подчеркнуть, что интеграция ресурсной психотерапии в теоретический каркас настоящего исследования позволяет дополнить линию, связанную с нейробиологией стресса и травматическим детским опытом [127–137], ещё одним уровнем анализа – уровнем инстинкт-ориентированных эмоциональных процессов и семейной системы как контекста формирования ресурсного и дефицитарного потенциала личности. Это создаёт возможность рассматривать лишний вес не только как результат индивидуальной истории аффективной дисрегуляции и интернализованных посланий о теле,

но и как маркер нарушенного перераспределения ресурсов в семейной и социальной системе, что в перспективе открывает пространство для разработки многоуровневых интервенций, сочетающих индивидуальные психотерапевтические самообразовательные протоколы с ресурсной работой в паре и семье [138–141].

2.8. Немедикаментозные психофизиологические методы коррекции эмоционального состояния (АСФС и сенсорные импульсные воздействия)

Интеграция описанных выше немедикаментозных подходов показывает, что современная помощь пациентам с избыточной массой тела и расстройствами пищевого поведения всё в большей степени смещается к многоуровневым моделям, в которых единая терапевтическая траектория конструируется из модулей разной интенсивности, глубины и модальности, при этом базовым принципом становится сочетание протоколов с высокой доказательной базой и индивидуализированных форматов, учитывающих психодинамический профиль, историю травматизации и особенности телесной регуляции конкретного пациента. На одном полюсе этого континуума находятся структурированные СBT- и поведенческие программы с чётко нормированными сессиями, стандартизированными упражнениями и жёстко заданными критериями эффективности, на другом – длительные психодинамические и психоаналитические процессы, ориентированные на глубокую перестройку объектных отношений и внутренней организации личности, а между ними располагается растущий спектр low-intensity вмешательств, включающих направляемую самопомощь, онлайн-протоколы, программы осознанного питания и различные форматы психотерапевтических самообразовательных курсов.

Именно в этой промежуточной зоне низкоинтенсивных, но структурированных вмешательств возникает пространство для психотерапевтических самообразовательных протоколов, реализуемых в формате книги или мультимодульного тренинга: такие форматы, с одной стороны, опираются на ключевые принципы клинически валидизированных подходов – модульность, пошаговость, обязательность самостоятельной работы, последовательное формирование навыков, а с другой стороны, позволяют включать более сложные уровни анализа и саморефлексии, в том числе пси-

динамическую интерпретацию симптома, работу с травматическими воспоминаниями и раскрытие ресурсных слоёв опыта. В этом контексте авторский метод когнитивно-эмоциональной разблокировки можно рассматривать как специфический тип low-intensity интервенции, который сознательно отказался от редукции лишнего веса к набору поведенческих привычек и выстраивает процесс изменения вокруг клинического нарратива, телесной рефлексии и последовательного осмысления эмоционального года как субстрата симптома, сохраняя при этом структурирующую рамку, характерную для СВТ-программ.

Дополнительным объединяющим уровнем для этих подходов выступает ресурсно-ориентированная оптика и психофизиологическая перспектива, показывающие, что вмешательства в регуляторные системы могут быть реализованы через разные каналы – от сложных психотерапевтических протоколов и программ осознанности до сенсорных импульсных технологий и методов типа АСФС, при этом общий вектор остаётся неизменным: снижение хронической аффективной перегруженности, восстановление пластичности стресс-ответа, улучшение качества interoцепции и построение более устойчивых способов телесной и эмоциональной саморегуляции.

Следует отдельно подчеркнуть, что автором метода активизации сенсорных функциональных систем (АСФС) является д.м.н., профессор Т. Н. Резникова, разработавшая как теоретические основания данного подхода, так и его аппаратно-программную реализацию в контексте психофизиологической коррекции и реабилитации пациентов с органической и функциональной патологией центральной нервной системы. Клиническая и экспериментальная апробация метода, а также данные о его влиянии на функциональное состояние ЦНС, показатели вегетативной регуляции и психологическое состояние пациентов представлены в ряде совместных работ Т. Н. Резниковой и Н. А. Селиверстовой, посвящённых оценке резервных возможностей мозга и использованию сенсорных импульсных воздействий заданной частоты в клинической практике [142].

В соответствии с доступными публикациями метод АСФС на текущем этапе развития доказательной базы целесообразно отнести к группе экспериментально обоснованных, но пока ограниченно

валидизированных подходов, что требует осторожности при экстраполяции результатов отдельных исследований на иные клинические популяции и подчёркивает необходимость дальнейших рандомизированных и мультицентровых исследований с более строгим контролем за сопутствующими вмешательствами, длительностью наблюдения и объективными психофизиологическими индикаторами эффекта. В рамках настоящей монографии АСФС рассматривается как один из немедикаментозных методов психофизиологической коррекции наряду с когнитивно-поведенческими программами, ресурсно-ориентированными интервенциями, подходами mindfulness/МВ-ЕАТ и мотивационным интервьюированием, то есть занимает по объёму и степени акцентирования сопоставимое место среди других методов и не претендует на исключительный или универсальный статус, а включается в интегративный контур работы с психосоматическим радикалом лишнего веса.

Встраивая психотерапевтический самообразовательный протокол в этот ландшафт, можно говорить о формировании новой конфигурации помощи, в которой книга-тренинг становится не маргинальным жанром популярной психологии, а однажды спроектированным и эмпирически проверяемым инструментом в арсенале доказательных, низкоинтенсивных и одновременно клинико-психологически глубоких вмешательств.

Наряду с психотерапевтическими и психообразовательными подходами к проблеме хронического стресса и психосоматических расстройств за последние десятилетия в отечественной психофизиологии были разработаны и апробированы немедикаментозные методы коррекции психического состояния, основанные на целенаправленном сенсорном воздействии заданной частоты и интенсивности с последующим формированием устойчивых функциональных связей в центральной нервной системе. В рамках данного направления особое место занимает метод формирования и активаций искусственных стабильных функциональных связей мозга (АСФС), применяемый у пациентов с органической и функциональной патологией ЦНС, у лиц пожилого возраста и при тревожно-депрессивных расстройствах, а также в задачах повышения адаптационного и когнитивного потенциала [20–22].

Концептуальная основа метода АСФС строится на представлении о мозге как о динамической системе функциональных связей,

в которой многократно повторяемые сенсорные импульсные воздействия заданных параметров способны инициировать перестройку устойчивых паттернов активации и, тем самым, изменить соотношение между эмоциональными, когнитивными и вегетативными компонентами поведения. В клинико-психологических работах, выполненных с участием Н. А. Селиверстовой, показано, что использование сенсорных импульсных воздействий приводит к снижению выраженности тревоги, улучшению показателей когнитивного функционирования, уменьшению эмоциональной лабильности и повышению общего уровня адаптации у больных рассеянным склерозом, при панических расстройствах, а также у пожилых пациентов с когнитивным снижением [20–22]. С точки зрения общей теории функциональных систем подобные вмешательства можно рассматривать как внешний «тренажёр» регуляторных контуров, способный мягко смещать систему из режима хронического напряжения в более сбалансированное состояние.

Важно подчеркнуть, что в данных исследованиях немедикаментозная психофизиологическая коррекция всегда опирается на комплексную психологическую диагностику – от исследования интеллектуально-мнезической сферы и особенностей личности до патопсихологического и нейропсихологического обследования, что позволяет не только оценивать эффект в терминах «облегчения симптомов», но и отслеживать изменения в структуре когнитивных и эмоционально-личностных показателей [20; 21]. Таким образом, метод АСФС и близкие к нему по принципу действия технологии демонстрируют, что целенаправленное воздействие на нервную систему с помощью сенсорных импульсов может приводить к долгосрочным регуляторным сдвигам, сопоставимым по глубине с результатами психотерапии, но реализуемым через иной канал.

В контексте настоящего исследования эти данные важны по двум причинам. Во-первых, они служат дополнительным подтверждением нейропластичности тех контуров, которые вовлечены в поддержание хронической аффективной дисрегуляции и психосоматической симптоматики: если сенсорные импульсные воздействия определённой частоты способны перестраивать функциональные связи и улучшать состояние пациентов с органической патологией ЦНС, то это косвенно подтверждает правоту модели, в которой психотерапевтическое воздействие

рассматривается как другой, «психологический» путь перестройки тех же контуров. Во-вторых, метод АСФС демонстрирует, что низкоинтенсивные, дозированные вмешательства, интегрированные в повседневную жизнь пациента, могут быть эффективны при условии их достаточной структурированности и длительности, что концептуально сближает психофизиологическую коррекцию с форматами психотерапевтических самообразовательных протоколов, в том числе с рассматриваемым в монографии методом когнитивно-эмоциональной разблокировки.

Следовательно, немедикаментозные психофизиологические технологии, основанные на формировании искусственных стабильных функциональных связей, можно рассматривать как важный параллельный трек развития низкоинтенсивных вмешательств, ориентированных на перестройку регуляторных систем. Их включение в теоретический каркас психосоматического подхода к лишнему весу расширяет поле возможных интеграций – от сочетания текстовых протоколов с сенсорными программами до построения комплексных реабилитационных маршрутов, объединяющих психотерапевтические, психофизиологические и соматические компоненты помощи.

2.9. Структурированные программы самопомощи, библиотерапия и низкоинтенсивная психотерапия

На фоне роста потребности в психологической помощи и ограниченности ресурсов традиционной психотерапии активно развиваются форматы направляемой самопомощи и интернет основанных программ, в которых пациент получает структурированный протокол, оформленный в виде текста, онлайн-платформы или комбинированного формата, и реализует его с минимальной или эпизодической поддержкой специалиста. В области расстройств пищевого поведения и ожирения показана эффективность направляемой самопомощи на основе когнитивно-поведенческой терапии при приступообразном переедании и избыточной массе тела, где использование стандартизированных модулей с чёткими заданиями приводит к значимому снижению частоты приступов, массы тела и улучшению психического состояния по сравнению с контрольными условиями [13–15]. Эти данные позволяют рассматривать текстовые и веб-форматы не как второсортную замену

очной терапии, а как отдельный класс низкоинтенсивных интервенций с собственным доказательным потенциалом.

Параллельно развивается направление библиотерапии, где книга рассматривается как инструмент саморефлексии и катарсиса, а структурированные самообразовательные программы в текстовом формате описываются как формы «самотерапии», эффективно снижающие выраженность симптоматики при ряде тревожных, депрессивных и поведенческих нарушений [16; 17]. Обобщающие обзоры подчёркивают, что наиболее эффективными оказываются те тексты, которые совмещают психообразование, клинические примеры, чёткую модульную структуру и набор упражнений, требующих активного участия читателя, то есть фактически реализуют логики психотерапевтического протокола в формате книги. В этом ряду авторская книга по психосоматике лишнего веса [1] принципиально сопоставима с руководствами по направляемой самопомощи, поскольку содержит не только теоретический материал, но и систему упражнений, дневниковых практик и телесно-ориентированных задач, интегрированных в единую последовательность.

2.10. Интегративная рабочая модель психосоматического радикала лишнего веса и точки приложения вмешательств

На пересечении указанных линий – психодинамической концепции ожирения, нейробиологии стресса, данных о влиянии травмирующего детского опыта и опыта структурированных программ самопомощи – метод когнитивно-эмоциональной разблокировки, положенный в основу психотерапевтического самообразовательного протокола по психосоматике лишнего веса [1], может быть описан как интегративная модель, где целенаправленная работа с когнитивными схемами и аффективными блоками встроена в нарративно и телесно организованный процесс переосмысления симптома. В отличие от сугубо поведенческих протоколов, акцентирующих контроль калорий и тренировок, данный подход исходит из необходимости «разморозить» те эмоциональные конфигурации, которые исторически были упакованы в телесный объём, восстановить способность субъекта различать свои потребности и аффекты и тем самым постепенно смещать акцент с

симптомоцентричного контроля на реконструкцию внутреннего пространства, где тело перестаёт быть единственным контейнером невыносимого опыта.

В дальнейшем изложении именно эта интегративная модель рассматривается как теоретический каркас для интерпретации данных пилотного исследования, в котором психотерапевтический самообразовательный протокол, реализующий метод когнитивно-эмоциональной разблокировки, был апробирован в выборке женщин с избыточной массой тела и ожирением.

Суммируя представленный теоретический континуум, можно утверждать, что описанный психосоматический и эмоциональный радикал лишнего веса задает конкретные точки приложения для психотерапевтического самообразовательного протокола, ориентированного на переработку травматического опыта, реконфигурацию аффективной регуляции и модификацию телесно-поведенческих паттернов переживания. Далее будет представлен дизайн пилотного проспективного исследования, в котором эти теоретические положения были операционализированы в формате книги-протокола и эмпирически проверены в реальной клинической выборке женщин с избыточной массой тела и ожирением.

3. Методологические основания исследования низкоинтенсивных психотерапевтических самообразовательных протоколов

Специфика методологии настоящего исследования определяется тем, что объектом эмпирической проверки выступает не классический очный психотерапевтический формат, а низкоинтенсивный психотерапевтический самообразовательный протокол, реализованный в виде авторской книги, которая сочетает психообразовательный текст, клиничко-нарративный материал и систему структурированных упражнений. Эта форма вмешательства занимает промежуточное положение между стандартизированными СВТ программами с высокой степенью мануализации и длительными индивидуальными психодинамическими процессами, при этом предъявляет к исследовательскому дизайну специфические требования, связанные с особенностями дозировки воздействия, комплаенса, самоотчётного характера ключевых переменных и ограниченным контролем со стороны исследователя над условиями выполнения протокола.

В основу дизайна положена схема проспективного однофакторного исследования с повторными измерениями, в котором единичная когорта участниц – женщины с избыточной массой тела и ожирением, добровольно выбравшие прохождение книги тренинга – наблюдается на протяжении фиксированного периода, а оценка эффективности строится на сравнении показателей до и после завершения протокола. Подобный дизайн, с одной стороны, отражает реальную клиническую и повседневную практику, где книга используется как самостоятельный инструмент самопомощи, без жёстких экспериментальных ограничений и без рандомизации, с другой стороны, изначально предполагает ограничения по уровню доказательности, связанные с отсутствием контрольной группы, невозможностью исключить естественные колебания веса и влияние внешних факторов, а также с риском селекционного смещения, когда в выборку попадают преимущественно мотивированные к изменениям лица.

Ключевой методологический вызов низкоинтенсивных самообразовательных протоколов заключается в том, что исследователь на протяжении значительной части интервенции фактически не присутствует в терапевтическом пространстве и не регулирует

ни темп прохождения материала, ни глубину его эмоциональной переработки, ни условия внешней среды, в которой читатель выполняет задания, что усиливает вариативность отклика и повышает значимость таких параметров, как комплаенс, субъективная включённость, личностные особенности саморегуляции и общий контекст жизни участника. В этой связи в настоящем исследовании акцент делается на сочетании количественных и качественных индикаторов прохождения протокола — фиксируются не только исходные и конечные значения массы тела и индекса массы тела, но и самоотчётные данные об объёме выполненных заданий, субъективной вовлечённости, изменениях пищевого поведения и эмоционального состояния, что позволяет хотя бы частично реконструировать степень реального участия читателя в предложенной программе.

Самоотчётный характер ключевых данных — прежде всего массы тела, динамики пищевого поведения и аффективного состояния — неизбежно связан с риском смещения, включающего ошибки воспоминания, социально желательную тенденцию занижать вес и преувеличивать успехи, а также селективное выпадение наблюдений у участниц, не достигших ожидаемых изменений. Для снижения влияния этих факторов используется несколько стратегий: стандартизированное информирование о важности честности и точности саморегистрации, простота и прозрачность форм фиксации результатов, повторные измерения в заранее заданные временные точки, а также анализ полноты данных с учётом возможного систематического паттерна пропусков. Тем не менее, методологически исследование сохраняет статус пилотного и требует осторожности в интерпретации эффектов, особенно в терминах причинно следственных выводов.

Особого рассмотрения заслуживает проблема комплаенса в низкоинтенсивных самообразовательных протоколах, поскольку отказ от регулярных встреч с терапевтом автоматически означает отсутствие внешнего «контейнера» и контроля за выполнением заданий, а значит устойчивость участия определяется в первую очередь внутренней мотивацией, структурой личности и текущей жизненной нагрузкой участника. В исследовании фиксируются показатели завершённости протокола, частота прекращения участия на разных этапах, наиболее типичные причины выпадения, а

также субъективные описания трудностей, с которыми сталкиваются читательницы в ходе прохождения книги, что позволяет рассматривать комплаенс как отдельный результирующий параметр, связанный с психодинамическим профилем и ранним опытом. Такой подход соответствует логике доказательной психотерапии, где исследуется не только эффективность протокола для тех, кто его завершил, но и переносимость, привлекательность и реалистичность требований к пациенту в реальных условиях жизни.

Особенности книжного формата требуют также уточнения способов оценки дозы вмешательства и фактического воздействия на регуляторные контуры. В отличие от краткосрочных онлайн программ, где можно автоматически регистрировать время, проведённое на платформе, и количество выполненных модулей, книга даёт исследователю информацию лишь в той мере, в какой читатель готов её репортировать, поэтому методологически оправдано включение в структуру протокола специальных дневниковых форм и чек листов, которые одновременно выполняют терапевтическую и исследовательскую функцию – позволяют пациенту структурировать опыт, а исследователю реконструировать динамику вовлечённости и смысловую траекторию прохождения материала. В качестве дополнительного источника информации могут использоваться качественные данные – описания переживаний, фрагменты текстов заданий, клиничко-психологические интервью до и после прохождения книги, которые дают возможность оценить глубину изменений на уровне нарратива и отношений с телом, выходя за пределы одних только численных показателей веса.

Принципы оценки клинической значимости изменений в такого рода исследованиях не могут ограничиваться лишь статистической значимостью разницы средних значений массы тела до и после интервенции, поскольку даже умеренное снижение веса может иметь существенное клиническое значение, если оно сопровождается устойчивыми изменениями в пищевом поведении, аффективной регуляции и качестве жизни. В настоящем проекте клиническая значимость понимается многомерно – как достижение пороговых значений снижения веса (например, не менее 5% от исходной массы), как переход из более неблагоприятной категории индекса массы тела в менее неблагоприятную, как устойчивая ремиссия или значимое снижение частоты эпизодов эмоционального

переедания и как субъективно значимые изменения в отношениях с телом, едой и собой, подтверждённые качественными данными. Такой подход согласуется с современными представлениями о том, что в хронических состояниях, к числу которых относится ожирение, важно не столько достижение «идеальных» чисел, сколько перестройка паттерна функционирования системы в сторону большей стабильности, предсказуемости и гибкости, что в психосоматической логике можно рассматривать как ослабление психосоматического радикала лишнего веса.

Таким образом, методологическая глава фиксирует специфику исследования низкоинтенсивного психотерапевтического самообразовательного протокола, подчёркивая одновременно его экологичность и близость к реальной практике и неизбежные ограничения, связанные с отсутствием контроля условий, преимущественно самоотчётным характером данных и риском селекционных смещений, что оправдывает позиционирование данного проекта как пилотного и задаёт вектор для будущих, более строгих по дизайну исследований.

3.1. Клинические случаи: психодинамические радикалы лишнего веса и траектория прохождения книги протокола

Клинические случаи, представленные в данном разделе, не претендуют на исчерпывающее описание всего спектра вариантов течения ожирения и эмоционального переедания, но позволяют продемонстрировать, как разные психодинамические радикалы лишнего веса проявляются в структуре жизни конкретного пациента и каким образом те же самые механизмы начинают «разворачиваться» в процессе прохождения психотерапевтического самообразовательного протокола. Описанные случаи являются обобщёнными и деидентифицированными, отражающими типичные конфигурации конфликтов, аффективной регуляции и телесной манифестации симптома, с которыми сталкивается клиническая практика.

3.2. Клинический случай 1. «Тело как броня»: депрессивно зависимый радикал и лишний вес как защита от близости

Пациентка А., 38 лет, индекс массы тела 34, длительная история борьбы с весом, многократные попытки жёстких диет с последующими срывами и увеличением массы тела сверх исходных значений. В анамнезе — эмоционально холодная, формально заботливая, но дистанцированная мать, склонная к критике внешности и сравнением с более «успешными» сверстницами, и мало присутствующий отец, выполнявший функцию скорее фона, чем реального объекта привязанности. С раннего подросткового возраста пациентка описывает устойчивое переживание «лишности» и «некрасивости», при этом первые эпизоды переживания связаны с ситуациями одиночества после конфликтов в школе и дома, когда еда становилась единственным доступным источником утешения.

На момент начала прохождения книги тренинга А. описывает своё тело как «броню» и одновременно как «позор», что отражает характерный для депрессивно зависимого радикала внутренний конфликт между потребностью в близости и страхом отвержения, где лишний вес одновременно защищает от сексуализированного и оценивающего взгляда другого и служит основанием для самообесценивания и аутоагрессии. В первые недели работы с протоколом на передний план выходят модуль, посвящённый стыду и телесному образу, и задания, направленные на описания конкретных эпизодов, когда тело переживалось как источник унижения или спасения: пациентка, выполняя письменные упражнения, начинает связывать эпизоды переживания с ситуациями эмоционального отказа и неутешенности в детстве и взрослой жизни, что постепенно переводит рассеянные фрагменты опыта в более связный нарратив.

По мере прохождения последующих модулей, ориентированных на работу с зависимостью, границами и агрессией, у А. появляется возможность по-новому увидеть лишний вес не только как «неудачу в контроле», но как телесное оформление многолетней попытки «не быть видимой» и одновременно «оставаться рядом» с критичной, но значимой фигурой матери. На уровне поведенческого паттерна постепенное распознавание триггеров эмоционального переживания и фиксация их в дневниковых формах приводит к уменьшению частоты эпизодов ночного переживания, а к концу протокола отмечается умеренное снижение массы тела при

стабилизации веса и уменьшении размаха колебаний. Клинически значимым результатом становится не только изменение цифр на весах, но и смещение самоотношения – переход от тотального самообвинения к более дифференцированному взгляду на себя и свою историю, что в психодинамической логике можно трактовать как ослабление внутреннего садистического критика и появление более поддерживающего наблюдающего Я.

3.3. Клинический случай 2. «Диета как религия»: нарциссически уязвимый перфекционист и циклы жёсткого контроля и срыва

Пациентка Б., 32 года, индекс массы тела 29, многолетний опыт интенсивных диетологических вмешательств, занятий фитнесом и периодических курсов «детокса», при этом общий вес остаётся в диапазоне избыточной массы тела, а субъективное ощущение «фасада, который разваливается от одного съеденного пирожного», сопровождается стабильной тревогой и самокритикой. Детский опыт отмечен жёсткостью и высокими ожиданиями со стороны родителей, значимым культом успеха и внешних достижений, минимализацией эмоциональных переживаний и фразами типа «возьми себя в руки», «надо просто собраться», что формирует у пациентки нарциссически перфекционистскую позицию по отношению к себе и телу, где любое отклонение от идеала переживается как катастрофа.

До начала работы с книгой Б. описывает своё пищевое поведение как чередование периодов тотального контроля – строгие диеты, подсчёт калорий, ежедневные интенсивные тренировки – и эпизодов переедания, наступающих в ответ на небольшой срыв, после которого запускается сценарий «раз всё испорчено, можно доесть всё», сопровождающийся мощным всплеском стыда и самоненависти. В первые недели прохождения протокола центральным становится модуль, посвящённый внутреннему критику и нарциссической уязвимости, где пациентка через письменные практики и клиничко нарративные фрагменты сталкивается с тем, как голос родительских ожиданий продолжает звучать в её собственной голове и на уровне тела реализуется в виде агрессивного контроля веса, диет и нагрузок.

Последующие задания, связанные с исследованием логики «всё или ничего» в отношении еды и тела, а также упражнения,

направленные на формирование промежуточных, более гибких сценариев питания и восстановления, позволяют постепенно размывать жёсткое деление на «идеальный» и «проваленный» день. В процессе протокола Б. начинает экспериментировать с меньшими по жёсткости ограничениями, учится останавливаться после небольшого отклонения, не переводя его в тотальную катастрофу, и фиксирует в дневниковых листах переживание телесной усталости и перенапряжения, которое ранее игнорировалось ради поддержания идеального образа. К концу курса отмечается небольшое, но клинически значимое снижение массы тела на фоне снижения частоты эпизодов переедания и уменьшения интенсивности аффективного отклика на «ошибки», а главное – изменение внутренней структуры контроля, когда вместо садистического перфекционизма начинает оформляться более зрелая форма саморегуляции, допускающая ошибки и восстановление.

3.4. Клинический случай 3. «Еда против пустоты»: травма привязанности, диссоциативные стратегии и вес как якорь

Пациентка В., 41 год, индекс массы тела 36, многочисленные попытки снижения веса, эпизоды краткосрочного успеха с последующим быстрым набором, переживания «я вываливаюсь из собственного тела» и «если я начну худеть, я исчезну». В анамнезе – эмоциональная и физическая травматизация в детстве, включая эпизоды жестокого обращения и эмоционального заброшенности, ранний опыт уходов из дома, формирование диссоциативных стратегий выживания, когда в ответ на сильное эмоциональное напряжение возникает ощущение оторванности от собственного тела, «как будто всё происходит не со мной». Пищевое поведение описывается как использование еды для «возвращения в тело», «утяжеления» себя в моменты угрозы диссоциации и паники.

В ходе прохождения книги тренинга наиболее значимыми для В. оказываются модули, направленные на работу с травматической памятью, ощущением пустоты и диссоциацией, где через последовательные письменные задания ей удаётся постепенно связать эпизоды переедания с конкретными ситуациями эмоциональной перегрузки и угрозы повторения травматического опыта. Задания, предлагающие описать тело до и после приступов переедания, выводят на поверхность переживание веса как якоря, по-

могающего «не улететь», и одновременно как формы немого протеста против внешних и внутренних фигур, лишивших пациентку чувства контроля над собственной жизнью.

По мере продвижения по протоколу В. начинает осваивать альтернативные способы заземления и стабилизации – дыхательные и телесные практики, фиксация внимания на опорах, описание чувств в дневнике, обращение за поддержкой к значимым отношениям, что позволяет постепенно снижать потребность в еде как единственном средстве борьбы с пустотой и диссоциацией. Вес в процессе исследования снижается умеренно, но более показательно перераспределение акцентов в субъективном опыте – от тотальной зависимости от еды как единственного регулятора к появлению набора других способов удерживать себя в теле и в контакте с реальностью. Для психосоматической модели это означает начавшееся смещение функции симптома и ослабление того самого психосоматического радикала, который удерживал лишний вес как обязательный элемент системы выживания.

3.5. Клинический случай 4. «Семейный контракт»: межпоколенный сценарий, лояльность роду и тело как знак принадлежности

Пациентка Г., 45 лет, индекс массы тела 33, история ожирения во многих поколениях семьи, высказывания родственников о том, что «у нас все женщины пышные», «в нашем роду худых не бывает», семейные ритуалы, тесно связанные с обильной едой, и одновременно высокий уровень стыда за тело вне семейного круга. В детстве пациентка описывает ощущение особой «родовой» сплочённости за общим столом и скрытого послания, что отказ от еды расценивается как отказ от семьи, а попытки похудеть воспринимались близкими как сомнительная прихоть, нарушающая принятый порядок. При этом первые эпизоды диет сопровождались не поддержкой, а ироничными или обесценивающими комментариями, что усиливало внутренний конфликт между желанием быть здоровее и легче и страхом утраты принадлежности и любви.

Работа с книгой тренингом высвечивает этот межпоколенный сценарий в модуле, посвящённом семейной истории веса, где пациентка через упражнения по реконструкции семейного нарратива и описанию посланий, связанных с едой и телом, впервые формулирует для себя идею о наличии «семейного контракта», в рам-

ках которого лишний вес становится маркером лояльности и принадлежности к роду. Это обнаружение сопровождается сильной эмоциональной реакцией – смесью злости и печали – и вместе с тем открывает возможность дифференциации: в последующих заданиях Г. исследует, какие элементы семейного сценария поддерживают её и дают чувство корней, а какие удерживают в хроническом саморазрушении, и начинает мысленно и поведенчески экспериментировать с частичным отказом от некоторых пищевых ритуалов, не разрушая при этом отношений с близкими.

В результате прохождения протокола пациентка постепенно выстраивает новую конфигурацию лояльности, в которой забота о собственном теле и здоровье начинает восприниматься не как предательство семьи, а как способ сохранить себя и, парадоксальным образом, родовую линию, снижая риск ранней заболеваемости и инвалидизации. Вес в исследуемый период снижается умеренно, но более значимым оказывается то, что Г. впервые позволяет себе открыто говорить с родственниками о своих мотивах, отстаивать право есть меньше и иначе и при этом оставаться внутри семьи, что в терминах психодинамики означает переработку межпоколенного контракта и частичную «развязку» тела и принадлежности.

Представленный методологический каркас позволяет трактовать полученные данные не как набор разрозненных самоотчетов, а как результат структурированного психотерапевтического вмешательства, сопоставимого по логике с низкоинтенсивными программами доказательной психотерапии. В следующем разделе будут последовательно изложены результаты пилотного исследования, включая динамику соматических показателей, перераспределение клинических категорий массы тела и основные корреляционные связи, отражающие функционирование психосоматического радикала лишнего веса в контексте авторского протокола.

4. Описание психотерапевтического самообразовательного протокола

4.1. Структура протокола

Авторский текст по психосоматике лишнего веса [1], рассматриваемый в настоящем исследовании как психотерапевтический самообразовательный протокол, организован таким образом, что читатель с самого начала погружается не в набор диетологических рекомендаций или нормативных предписаний, а в последовательно разворачиваемую психодинамическую картину лишнего веса как телесной манифестации внутреннего конфликта, и уже затем получает инструменты для самостоятельной работы с этим конфликтом. На уровне макроструктуры книга выстраивается вокруг нескольких крупных блоков, в которых постепенно смещается фокус с внешнего симптома к внутреннему миру субъекта: от деконструкции привычного дискурса о похудении и «силе воли» – к введению психосоматической модели лишнего веса, далее к разбору типичных аффективных и биографических «программ» симптома, затем к работе с травмирующим детским опытом, родительскими фигурами и внутренними инстанциями (внутренний ребёнок, внутренний родитель, внутренний критик) и, наконец, к интегративному блоку, посвящённому формированию нового отношения к телу и пище.

Каждый из этих блоков сочетает в себе теоретическое изложение, клинические и житейские случаи, иллюстрирующие описываемые механизмы, и комплекс упражнений, которые предлагается выполнять по мере чтения, что превращает книгу в поэтапный протокол, а не в статичное изложение концепции. Внутренняя композиция текста предполагает движение от более «узнаваемых» и социально легитимных тем – диет, срывов, чувства вины за еду – к более глубинным пластам опыта, связанным с хроническим стыдом, депривацией, насилием, эмоциональным пренебрежением и нарушенной привязанностью, так что читатель постепенно оказывается в положении субъекта, исследующего не только собственное тело и вес, но и тот психический ландшафт, в котором этот вес возник и закрепился. Таким образом, структура книги-протокола моделирует сам терапевтический процесс, в котором симптом сначала признаётся значимым, затем переосмысливается в рамках психосоматической модели и, наконец, становится входом к переработке травматического материала.

4.2. Ключевые психотерапевтические модули протокола

На уровне содержательных модулей протокол опирается на идею психосоматических «программ» лишнего веса, под которыми понимаются относительно устойчивые конфигурации аффектов, когнитивных установок, поведенческих паттернов и телесных проявлений, объединённые общей функцией и биографическим происхождением [1]. В тексте последовательно описываются и прорабатываются модули, связанные со стыдом (как центральным аффектом, организующим отношение к телу и пище), с горем и непрожитыми утратами (когда пища и вес становятся способом «удержать» утраченные объекты и переживания), с защитной функцией лишнего веса (как телесного барьера от агрессии, сексуализированного взгляда или оценочного контроля), с одиночеством и эмоциональной изоляцией (где еда выступает заменителем контакта и признания), с аутоагрессией и самонаказанием (когда переедание и последующее самоуничижение вписываются в повторяющийся сценарий обращения с собой).

Каждый модуль имеет свою внутреннюю логику: он начинается с психообразовательного фрагмента, в котором на доступном, но теоретически насыщенном языке объясняется соответствующий механизм, затем приводятся клинические и нарративные примеры, позволяющие читателю соотнести описанное с собственной историей, после чего следует серия упражнений, направленных на актуализацию и переработку именно этого пласта опыта. Таким образом, модули функционируют как «психотерапевтические комнаты», в которых читатель задерживается достаточно долго, чтобы не только признать наличие соответствующей программы в собственной жизни, но и начать её разбирать, переописывать и частично деконструировать. В совокупности эти блоки создают многоуровневую карту психосоматического радикала лишнего веса, где каждая программа рассматривается не как «ошибка» или «порок», а как когда-то адаптивный способ выживания в условиях дефицита эмоциональной поддержки и травмирующих отношений.

4.3. Упражнения и практики как ядро метода когнитивно-эмоциональной разблокировки

Центральным операциональным ядром протокола выступают упражнения и практики, которые реализуют метод когнитивно-эмоциональной разблокировки на уровне конкретных действий читателя. В отличие от чисто когнитивных или исключительно

эмоционально-фокусированных подходов, данный метод сочетает несколько плоскостей работы: нарративную (подробное письмо о собственном опыте, составление «биографии веса», письмо от лица тела или внутреннего ребёнка), субличностную (диалоги с внутренним критиком, с «толстым» и «худым» «Я», с телесным симптомом как с отдельным персонажем), телесно-ориентированную (наблюдение за ощущениями при переедании и при отказе от привычной пищи, картирование зон телесного напряжения, сопоставление изменений веса с изменениями в теле) и когнитивную (выявление автоматических мыслей о еде, теле и контроле, их запись и анализ, пошаговая реструктуризация).

Каждое упражнение сконструировано таким образом, что читатель сначала сталкивается с привычной когнитивной схемой или автоматическим аффективным ответом, затем помещает его в расширенный контекст (биографический, психодинамический, психосоматический), после чего получает возможность выразить, отреагировать и переработать ранее заблокированные чувства в относительно безопасной форме – через письмо, визуализацию, телесную рефлексию. Повторяемость и последовательность этих практик создают эффект «разморозки» тех эмоциональных конфигураций, которые ранее разряжались преимущественно через пищевое поведение, благодаря чему уменьшается интенсивность интероцептивного шума, повышается дифференцированность переживаний и формируется новый уровень осмысленности по отношению к собственному телу и его потребностям. Именно эта зона – систематическая работа с когнитивными и аффективными блоками в связке с телесной рефлексией – и составляет, по сути, содержание метода когнитивно-эмоциональной разблокировки, воплощённого в форму книги-протокола.

4.4. Роль авторской позиции и нарратива как терапевтического контейнера

Отдельного анализа заслуживает авторская позиция и нарративная организация текста, поскольку в условиях отсутствия живого терапевта именно книга берёт на себя функции переходного объекта, контейнера и «достаточно хорошего» родителя, способного выдерживать и отражать тяжёлые переживания читателя. Авторский голос в протоколе выстроен так, что сочетает клиническую компетентность и эмпатию: с одной стороны, текст опирается на психоаналитические и психосоматические концепции, использует профессиональную лексику и отсылает к нейробиологическим меха-

низмам стресса и регуляции, с другой – избегает патронирующего тона, признаёт сложность опыта читателя, нормализует его реакции и прямо работает с феноменами стыда и самопринижения, которые традиционно сопровождают лишний вес [1].

За счёт включения клинических случаев, фрагментов «живых» историй и метакомментариев о том, как устроен психотерапевтический процесс, текст создаёт у читателя ощущение, что он не одинок в своём опыте и что его «проводят» через трудные зоны – программы стыда, аутоагрессии, одиночества – не обезличенные рекомендации, а присутствие мыслящего и эмпатичного Другого, пусть и реализованного в текстовом формате. Тем самым книга выполняет не только образовательную, но и аффективно-поддерживающую функцию: она помогает выдерживать тревогу и стыд, возникающие при столкновении с травматическим материалом, и снижает вероятность преждевременного отказа от работы из-за усиления внутреннего напряжения. Нарративная структура, по мере разворачивания которой читатель проходит путь от «внешнего» (диеты, срывы, цифры веса) к «внутреннему» (детский опыт, привязанность, объектные отношения) и затем возвращается к телу уже в иной позиции субъекта, поддерживает опыт интеграции, в котором симптом лишнего веса постепенно перестаёт быть исключительно источником стыда и контроля и становится точкой входа в более целостное отношение к себе.

Именно в таком виде – как структурированный набор модулей, упражнений и нарративных решений, реализующих метод когнитивно-эмоциональной разблокировки в логике психодинамической и психосоматической терапии – психотерапевтический самообразовательный протокол по психосоматике лишнего веса рассматривается в настоящем исследовании и далее подвергается апробации в клиничко-эмпирическом разделе.

Полученные результаты формируют целостный эмпирический профиль действия психотерапевтического самообразовательного протокола, однако их интерпретация требует возвращения к многослойной модели эмоционального радикала лишнего веса и сопоставления с данными современной психосоматической, психодинамической и когнитивно-поведенческой литературы. В разделе Обсуждение эти данные будут проанализированы через призму психодинамического, СВТ, ресурсного и психофизиологического уровней с акцентом на механизмах, связывающих изменения сценариев питания и образа тела с модификацией аффективной и вегетативной регуляции.

5. Материалы и методы апробации

Описываемая в данном исследовании книга-протокол реализует авторскую модель когнитивно-эмоциональной разблокировки при ожирении (Cognitive-Emotional Unblocking for Obesity, CEU-O), представляемую как низкоинтенсивный психотерапевтический самообразовательный протокол, построенный на последовательной работе с когнитивными схемами, аффективными радикалами и телесной рефлексией, что позволяет рассматривать её не только как образовательный материал, но и как структурированную интервенцию, вытекающую из теоретической модели, изложенной в разделе 2.6.

5.1. Дизайн исследования

Апробация психотерапевтического самообразовательного протокола по психосоматике лишнего веса [1] была реализована в формате проспективного пилотного исследования с дизайном «до – после», выполненного в естественных условиях самостоятельной работы читательниц с книгой, что позволило оценить клиническую значимость изменений массы тела и индекса массы тела (ИМТ) без навязывания дополнительных регламентированных вмешательств, которые могли бы экранировать собственный эффект протокола. Исследование носило открытый характер, без рандомизации и контрольной группы, и нацеливалось прежде всего на оценку размеров эффекта, профиля ответчиков и потенциальных психосоматических механизмов действия, а не на строгую проверку гипотез в формате полноразмерного рандомизированного контролируемого испытания, что соответствует логике ранней пилотной апробации нового метода в клинической практике. При планировании работы декларировалась установка на максимальное сохранение «реальной жизни» протокола – участницы проходили книгу в своем темпе и в тех контекстах, в которых изначально планировалось использование текста как самопомогающего инструмента, тогда как задача исследовательской команды заключалась в стандартизированном сборе исходных и итоговых антропометрических данных и последующей статистической обработке.

5.2. Участницы исследования и критерии включения

В выборку были включены 95 женщин, заполнивших онлайн-анкету и выразивших осознанное согласие с условиями участия, что фиксировалось чек-боксами «Я ознакомлен с условиями» на первой странице опросника; средний возраст составил 40,7 года при стандартном отклонении 8,4 года (диапазон – от 22 до 63 лет), что отражает типичную для психосоматической практики возрастную группу женщин, многократно предпринимавших попытки снижения веса и находящихся в состоянии хронического недомогательства собственным телом. Формальным критерием включения служил субъективный запрос на решение проблемы лишнего веса, мотивация к самостоятельной работе с психотерапевтическим самообразовательным протоколом и готовность предоставлять исходные и итоговые данные массы тела и роста; критериями исключения на этапе самозаписи являлись отсутствие согласия с условиями участия, наличие выраженных соматических состояний, требующих специализированного медицинского сопровождения (онкологические заболевания, декомпенсированные эндокринные расстройства и др.), а также беременность. По расчетному ИМТ, основанному на самодекларируемых росте и массе тела, большинство участниц находились в диапазоне избыточной массы тела и ожирения различных степеней, однако часть выборки относилась к категории нормальной массы тела, что отражает клинически известный феномен перцептивного и социально детерминированного «лишнего» веса, когда субъективное переживание «толстого тела» и связанный с ним стыд значительно опережают объективные антропометрические критерии.

5.3. Описание интервенции

Интервенцией в данной работе выступал авторский психотерапевтический самообразовательный протокол, реализованный в виде книги «Голод тела: психосоматика лишнего веса» [1], который участницы получали в рамках обычной читательской практики и использовали в качестве основного инструмента самопомощи в течение оговоренного периода. Протокол предполагал последовательное прохождение всех ключевых модулей, описанных выше, с обязательным выполнением упражнений и рефлексивных заданий; при этом специального внешнего контроля соблюдения протокола

не вводилось, что соответствует логике оценки эффективности книги как реальной низкоинтенсивной психотерапевтической интервенции, а не лабораторно стандартизированного тренинга. Участницам предлагалось выстроить работу таким образом, чтобы не превращать чтение в «забег» по страницам, а выдерживать определенную ритмику – ориентировочно от нескольких страниц с упражнениями в день до завершения одного смыслового модуля в неделю, при этом допуская индивидуальные вариации, связанные с интенсивностью эмоционального материала и жизненными обстоятельствами. Дополнительные психотерапевтические вмешательства специально не инициировались и не регулировались в рамках проекта, однако в анкетах подчеркивалось, что при наличии выраженных психических или соматических симптомов участнице рекомендуется обратиться за очной профессиональной помощью, что позволило сохранить этический баланс между автономностью самопомощи и ответственностью за безопасность.

Распределение исходного индекса массы тела (ИМТ) в выборке участниц исследования представлено на рисунке 1. Медианное значение ИМТ до начала прохождения психотерапевтического самообразовательного протокола составило 30,4 кг/м² при среднем значении 30,8 кг/м² и стандартном отклонении 5,8 кг/м²; межквартильный размах находился в диапазоне от 26,8 до 33,5 кг/м², минимальное зарегистрированное значение составляло 18,6 кг/м², максимальное – 50,8 кг/м². При классификации по стандартным категориям ИМТ лишь 14 участниц (14,7%) находились в диапазоне нормальной массы тела, тогда как подавляющее большинство женщин демонстрировали клинически значимое превышение массы: 32 участницы (33,7%) имели избыточную массу тела, ещё 32 (33,7%) находились в диапазоне ожирения I степени, 9 (9,5%) – ожирения II степени и 8 (8,4%) – ожирения III степени. Таким образом, выборка характеризуется выраженным смещением в сторону избыточной массы и ожирения, что позволяет рассматривать её как клинически релевантную популяцию с устойчивым психосоматическим радикалом лишнего веса, а не как условно здоровую группу с небольшими колебаниями массы тела.

5.4. Измеряемые показатели и инструменты

Основными количественными исходами, используемыми для оценки эффективности протокола, выступали самодекларируемая масса тела до начала работы с книгой («Вес до») и после завершения прохождения протокола («Вес после»), рост, а также расчетный индекс массы тела до и после интервенции, вычисляемый по стандартной формуле как отношение массы тела (кг) к квадрату роста (м^2). На основе ИМТ каждая участница относилась к категории «недостаточная масса тела», «норма», «избыточная масса тела», «ожирение I степени», «ожирение II степени» или «ожирение III степени» в соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения, что позволило анализировать не только непрерывные изменения ИМТ, но и переходы между клиническими категориями риска. Дополнительно рассчитывалось относительное изменение массы тела в процентах от исходного значения, что создавало возможность выделить группы «ответчиков» с различной степенью клинически значимой динамики (например снижение $\geq 3\%$ и $\geq 5\%$ от исходной массы тела), хотя сами участницы исходно не ориентировались на эти пороги в своей работе.

Специальные психометрические шкалы в данной пилотной версии исследования не использовались, что ограничивает возможности прямого анализа динамики тревоги, депрессии, стыда или нарушений пищевого поведения, однако позволяет сфокусироваться на наиболее очевидном и клинически интуитивно понятном маркере – массе тела и ИМТ, которые в повседневной практике являются основной осью оценивания эффективности любых вмешательств, связанных с лишним весом. В последующих этапах разработки метода планируется расширить набор исходов за счет валидированных опросников, однако в данном исследовании задача заключалась в первичном установлении наличия или отсутствия выраженного антропометрического эффекта от использования протокола [1].

5.5. Процедура исследования

Сбор данных осуществлялся посредством онлайн-формы, содержащей блоки информированного согласия, демографические вопросы, поля для ввода роста и массы тела до начала работы с книгой, а также аналогичные поля для фиксации массы тела после завершения протокола; дата рождения и временная метка заполнения анкеты позволили дополнительно рассчитать возраст участниц на момент участия. На исходном этапе участница указывала свои антропометрические данные и подтверждала намерение пройти протокол в течение дальнейших недель, после чего получала возможность работать с книгой в индивидуальном режиме. По завершении чтения и выполнения упражнений участнице предлагалось повторно зайти в форму и внести актуальные данные массы тела, ориентируясь на те же условия взвешивания, что и на исходном этапе (утреннее время, схожая одежда, использование тех же весов), что минимизировало систематическую ошибку измерения.

Никаких санкций за несвоевременное или неполное прохождение протокола не предусматривалось, исследовательская команда исходила из установки, что фиксируемая эффективность должна отражать реалистичный режим использования книги, а не идеализированное «лабораторное» выполнение всех заданий; в то же время в инструкциях отдельно подчёркивалось, что валидность результатов для самой участницы и для исследования в целом зависит от честности в указании веса и добросовестности в отношении собственных ощущений от протокола. Для защиты конфиденциальности все данные обезличивались, идентификаторы опросника не позволяли восстановить личность участниц вне связи с их собственными аккаунтами, а анализ проводился на агрегированном уровне.

5.6. Статистический анализ

Статистическая обработка данных была ориентирована на оценку как статистической, так и клинической значимости изменений, что соответствовало общей задаче пилотной апробации метода. Для описания выборки использовались стандартные показатели описательной статистики – среднее значение, стандартное отклонение, медиана, межквартильный размах и диапазон для непрерывных переменных, а также абсолютные и относительные частоты для категориальных показателей. Парные сравнения мас-

сы тела и ИМТ до и после прохождения протокола проводились с использованием t-критерия Стьюдента для зависимых выборок при условии визуально и статистически удовлетворительного приближения распределения разностей к нормальному, с дополнительным расчётом стандартизованных эффект-размеров (Cohen's dz) для количественной оценки силы эффекта.

Для анализа клинически значимой динамики рассчитывалась доля участниц, достигших снижения массы тела не менее чем на 1 кг, а также доля тех, чей относительный вес уменьшился не менее чем на 3% и не менее чем на 5% по сравнению с исходным уровнем, что позволило выделить группы мягкого, умеренного и выраженного ответа на интервенцию по аналогии с критериями, используемыми в исследованиях по лечению ожирения и расстройств пищевого поведения. Отдельно анализировались переходы между категориями ИМТ по классификации ВОЗ: для каждой участницы оценивалось, улучшилась ли категория (сдвиг в сторону меньшего риска), ухудшилась или осталась прежней, при этом фиксировались как абсолютные, так и относительные величины изменений. Статистическая значимость различий оценивалась при уровне $p < 0,05$, однако в интерпретации результатов приоритет отдавался совокупности показателей – величине эффект-размеров, доле клинически значимых ответчиков и характеру смещения распределений массы тела и ИМТ, что согласуется с задачей качественной апробации нового психотерапевтического самообразовательного протокола, а не исключительно формальной проверкой нулевых гипотез.

В совокупности проведённое обсуждение позволяет не только вписать результаты пилотной апробации книги-протокола в широкий контекст исследований ожирения и расстройств пищевого поведения, но и уточнить место метода когнитивно-эмоциональной разблокировки в ряду интегративных психосоматических вмешательств. В заключительной главе будут обобщены ключевые выводы монографии, обозначены её методологические ограничения и сформулированы практические и исследовательские направления, которые представляются наиболее перспективными для дальнейшей клиничко-психологической и междисциплинарной разработки проблемы психосоматического радикала лишнего веса.

6. Результаты

6.1. Исходная характеристика выборки

В пилотное исследование были включены 95 женщин, последовательно прошедших психотерапевтический самообразовательный протокол по психосоматике лишнего веса [1]. Средний возраст участниц составил $40,7 \pm 8,4$ года при минимальном значении около 22 лет и максимальном примерно 63 года, что отражает типичный для клинической психосоматической практики контингент взрослых женщин с длительной историей попыток снижения веса и хроническим недовольством собственным телом. Средняя исходная масса тела равнялась $84,1 \pm 16,7$ кг, при этом минимальное значение составляло 54 кг, максимальное 138 кг, а медиана находилась на уровне 82 кг, что указывает на выраженную гетерогенность выборки по соматическому статусу и одновременно позволяет говорить о преобладании клинически значимого избыточного веса.

Расчёт индекса массы тела показал, что средний исходный ИМТ составил $30,8 \pm 5,8$ кг/м², то есть в среднем выборка находилась на границе между избыточной массой тела и ожирением. Распределение по категориям ИМТ по классификации Всемирной организации здравоохранения выглядело следующим образом: нормальная масса тела выявлена у 14 участниц (14,7%), избыточная масса тела у 32 (33,7%), ожирение I степени у 32 (33,7%), ожирение II степени у 9 (9,5%), ожирение III степени у 8 (8,4%). Таким образом, более половины выборки (51,6%) находились в диапазоне ожирения, ещё одна треть в зоне избыточной массы тела и лишь относительно небольшая доля демонстрировала формально нормальный ИМТ при наличии субъективного запроса на работу с проблемой веса, что иллюстрирует значимый вклад перцептивных и аффективных факторов в формирование запроса.

Для наглядного описания выборки был построен график распределения исходного ИМТ в виде гистограммы с шириной интервала 2 кг/м² и наложенной сглаженной кривой плотности. На горизонтальной оси отложены значения ИМТ, на вертикальной – количество участниц в соответствующих интервалах. Границы категорий избыточной массы и ожирения обозначены вертикальными линиями в точках 25, 30, 35 и 40 кг/м², дополнительно выделены зоны нормальной массы, избыточной массы и трёх степе-

ней ожирения, что позволяет визуально оценить выраженное смещение распределения в сторону патологических значений.

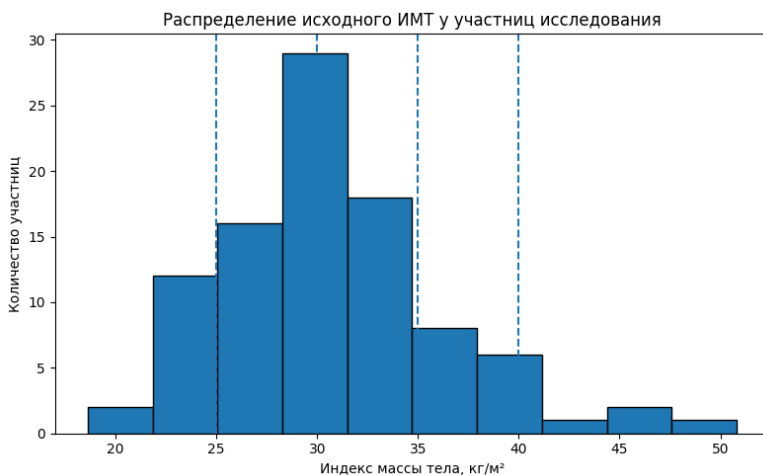


Рис. 1. Распределение исходного индекса массы тела (ИМТ) у участниц исследования

На гистограмме представлены значения ИМТ до начала прохождения психотерапевтического самообразовательного протокола; вертикальными линиями обозначены границы нормальной массы, избыточной массы и степеней ожирения, что демонстрирует выраженное смещение выборки в зону клинически значимого превышения массы тела.

В выборке ни одна участница не имела дефицита массы тела: все значения ИМТ располагались выше порога $18,5 \text{ кг/м}^2$. При распределении по стандартным категориям 14 женщин (14,7%) находились в диапазоне нормальной массы тела, 32 (33,7%) демонстрировали избыточную массу (ИМТ $25\text{--}30 \text{ кг/м}^2$), ещё 32 (33,7%) соответствовали критериям ожирения I степени (ИМТ $30\text{--}35 \text{ кг/м}^2$), 9 (9,5%) – ожирения II степени (ИМТ $35\text{--}40 \text{ кг/м}^2$) и 8 (8,4%) – ожирения III степени (ИМТ $\geq 40 \text{ кг/м}^2$). Тем самым распределение исходного ИМТ характеризуется отчётливым смещением в сторону клинически значимого превышения массы тела, что позволяет рассматривать исследуемую группу как популяцию с устойчивым

психосоматическим радикалом лишнего веса, а не как условно здоровую выборку с незначительными колебаниями массы.

6.2. Динамика массы тела и индекса массы тела

После завершения работы с психотерапевтическим самообразовательным протоколом [1] средняя масса тела участниц снизилась до $81,9 \pm 16,5$ кг, то есть среднее изменение составило $-2,21 \pm 2,73$ кг, медианное снижение веса равнялось 2 кг, а межквартильный размах приходился на интервал от -3 до -1 кг. Минимальное зафиксированное снижение достигало 15 кг, максимальная прибавка составляла 3 кг, при этом распределение изменений веса было смещено в сторону отрицательных значений, что свидетельствует о преобладании тенденции к снижению массы тела. Парное сравнение исходных и итоговых значений массы тела выявило статистически высоко значимое уменьшение ($t(94) = 7,90$ по модулю, $p < 0,001$), а стандартизованный эффект-размер Cohen's d_z составил около 0,81, что по общепринятым критериям соответствует крупному эффекту для психотерапевтического вмешательства низкой интенсивности.

Аналогичная картина наблюдалась для ИМТ: средний показатель снизился с $30,8 \pm 5,8$ до $30,0 \pm 5,7$ кг/м², среднее изменение составило $-0,81 \pm 1,00$ кг/м², при этом медиана уменьшения ИМТ была близка к $-0,8$ кг/м². Парный t -критерий также продемонстрировал статистически значимое снижение ($t(94) = 7,92$ по модулю, $p < 0,001$), стандартизованный эффект-размер находился на уровне $d_z \approx 0,81$, что согласуется с результатами по массе тела и указывает на систематический характер сдвига, не объяснимый случайными колебаниями или погрешностью измерения. Таким образом, уже на уровне непрерывных показателей фиксируется чёткий тренд к снижению массы тела и ИМТ после прохождения протокола, реализующего метод когнитивно-эмоциональной разблокировки [1].

Для оценки непосредственного эффекта психотерапевтического самообразовательного протокола на соматический компонент психосоматического радикала лишнего веса была проанализирована динамика индекса массы тела (ИМТ) в подвыборке участниц, завершивших полный курс работы с книгой и предоставивших данные о массе тела до и после интервенции ($n = 95$). Среднее исходное значение ИМТ в этой группе составляло $30,77$ кг/м² ($SD = 5,81$), медианное $-30,39$ кг/м², что соответствует диапазону ожирения I степени при

сохранении широкого разброса показателей. По завершении протокола средний ИМТ снизился до $29,96 \text{ кг/м}^2$ ($SD = 5,74$), медиана составила $29,68 \text{ кг/м}^2$, то есть в среднем произошло уменьшение ИМТ на $0,81 \text{ кг/м}^2$ ($SD = 1,00$, медиана изменения $-0,69 \text{ кг/м}^2$), что при исходно высоких значениях массы тела может рассматриваться как умеренное, но клинически значимое смещение в сторону менее неблагоприятной категории. Групповая динамика ИМТ представлена на рисунке 2 в формате boxplot, позволяющем визуальнo оценить не только изменение центральных тенденций, но и сжатие верхних квартилей распределения, что отражает снижение доли участниц с наиболее выраженным ожирением.

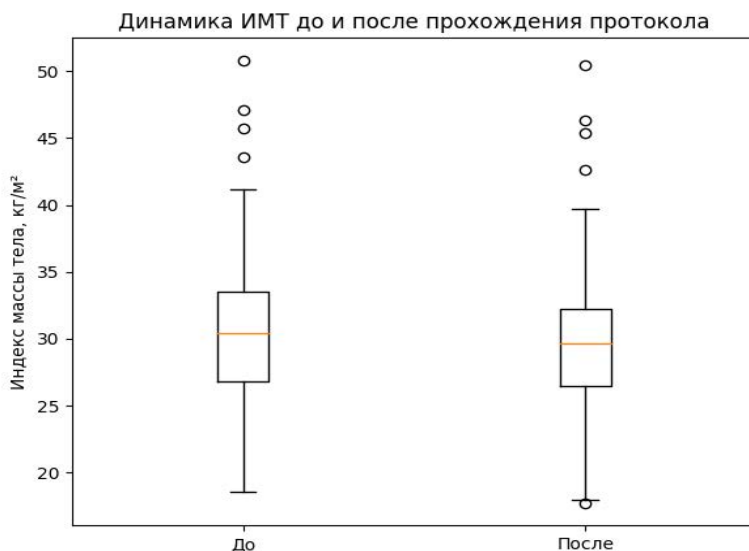


Рис. 2. Динамика индекса массы тела (ИМТ)
до и после прохождения психотерапевтического
самообразовательного протокола

Представлены распределения ИМТ у участниц исследования до начала работы по протоколу и после его завершения; видно смещение медианы и верхних квартилей в сторону более низких значений, что указывает на умеренное, но клинически значимое

снижение выраженности избыточной массы тела в группе завершивших интервенцию.

Для предварительного описания соматического компонента психосоматического радикала лишнего веса был выполнен корреляционный анализ основных антропометрических показателей: возраста, роста, массы тела до и после прохождения протокола, а также рассчитанных индексов массы тела и их изменения (ДИМТ). Соответствующая корреляционная матрица представлена на рисунке 3. Ожидаемо выявлены тесные положительные связи между исходной массой тела и исходным ИМТ, а также между массой тела и ИМТ после завершения протокола, что отражает базовую структурную связность соматических параметров в выборке; при этом изменение ИМТ (ДИМТ) демонстрирует умеренную отрицательную корреляцию с исходным ИМТ, указывая на несколько более выраженное снижение индекса массы тела у участниц с исходно более высоким его значением, то есть на тенденцию к большему выигрышу у наиболее соматически нагруженных пациенток. Взаимосвязь ДИМТ с возрастом и ростом выражена слабее, что косвенно подтверждает предположение о том, что динамика массы тела в контексте низкоинтенсивного психотерапевтического протокола определяется не столько биографическими и конституциональными факторами, сколько индивидуальной траекторией включённости в процесс и особенностями регуляторных контуров, которые в дальнейшем анализе рассматриваются уже на уровне психических и психосоматических показателей.

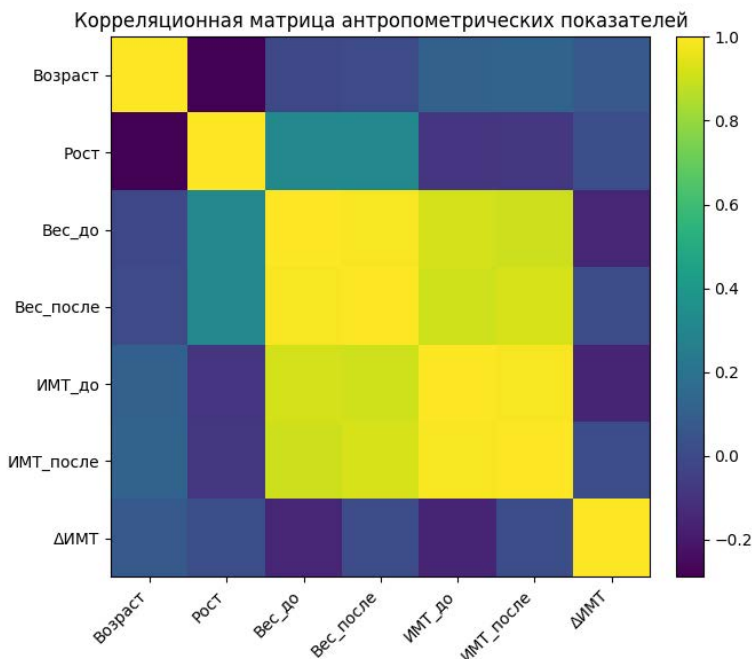


Рис. 3. Корреляционная матрица антропометрических показателей

На тепловой карте представлены парные коэффициенты корреляции между возрастом, ростом, массой тела до и после прохождения протокола, индексом массы тела до и после, а также изменением ИМТ (ΔИМТ); более тёплые тона соответствуют более высоким по модулю коэффициентам связи, что позволяет визуально выделить ядро соматически связанных параметров и оценить характер связи изменения ИМТ с исходной соматической нагрузкой.

Для визуализации межиндивидуальной вариативности отклика на психотерапевтический самообразовательный протокол были построены индивидуальные траектории изменения ИМТ для участниц, предоставивших данные о массе тела до и после завершения курса (рисунок 4). На графике каждая линия отражает динамику индекса массы тела одной женщины в двух временных точках – до и после прохождения протокола. Визуально доминирует нисходящее направление линий, что указывает на преобладание тенденции

к снижению ИМТ в выборке; при этом отчётливо видна разная степень выраженности эффекта от минимальных сдвигов до заметного уменьшения индекса массы тела, а также небольшая доля участников, у которых ИМТ в ходе наблюдения не изменился или демонстрировал увеличение. Такая структура траекторий подтверждает характер исследования как пилотного, отражающего реальную клиническую неоднородность популяции, и одновременно подчёркивает, что выявленный групповой эффект снижения ИМТ не обусловлен единичными экстремальными значениями, а формируется за счёт совокупного вклада большинства участников.

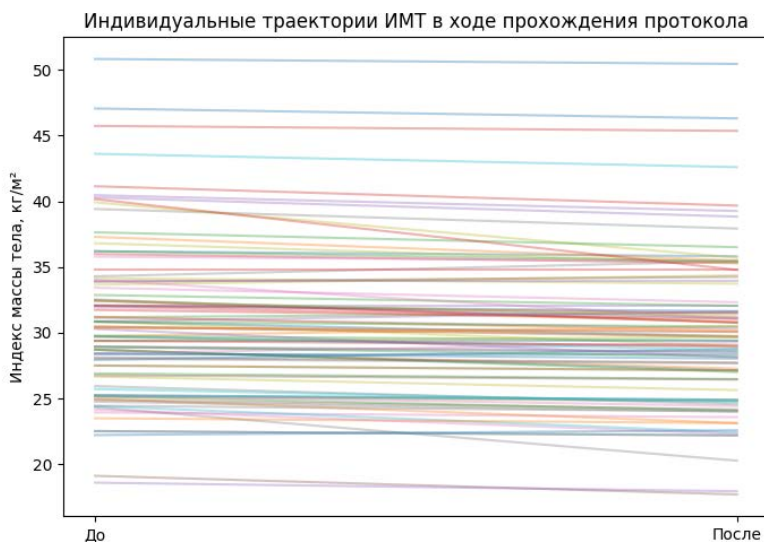


Рис. 4. Индивидуальные траектории индекса массы тела (ИМТ) до и после прохождения психотерапевтического самообразовательного протокола

Каждая линия отражает изменение ИМТ у одной участницы в двух точках измерения (до и после интервенции), что позволяет оценить групповую направленность эффекта и межиндивидуальную вариативность отклика.

Для оценки клинической значимости изменений массы тела по завершении прохождения психотерапевтического самообразовательного протокола участницы были классифицированы по кате-

гории процентного изменения веса относительно исходного значения (рисунок 5). В группе с полными данными ($n = 95$) у 10 женщин (10,5%) отмечался набор массы тела $\geq 1\%$ от исходного значения, у 9 (9,5%) вес оставался относительно стабильным (колебания в пределах $\pm 1\%$), тогда как у большинства участниц регистрировалось снижение массы: у 61 женщины (64,2%) уменьшение веса составило менее 5%, у 12 (12,6%) – от 5 до 10% и ещё у 3 (3,2%) – более 10% от исходной массы. Таким образом, почти каждая шестая участница продемонстрировала клинически значимое снижение веса ($\geq 5\%$), а подавляющее большинство – по меньшей мере умеренное снижение, что подтверждает не только статистическую, но и клиническую релевантность эффекта протокола при сохранении характерной для реальной практики вариативности отклика и наличия небольшой группы неответчиков и участников с обратной динамикой.

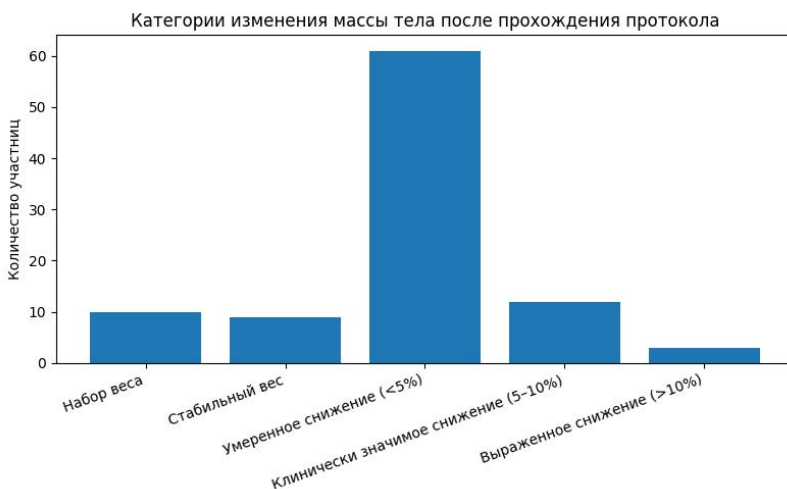


Рис. 5. Категории изменения массы тела после прохождения психотерапевтического самообразовательного протокола

Представлено распределение участниц по категориям процентного изменения массы тела (набор веса, стабильный вес, умеренное снижение $<5\%$, клинически значимое снижение 5–10% и выраженное снижение $>10\%$), что позволяет оценивать эффект

интервенции в терминах клинически значимых изменений, а не только средних значений.

Дополнительно была проанализирована взаимосвязь исходной выраженности соматического компонента психосоматического радикала лишнего веса с динамикой индекса массы тела в ходе прохождения протокола. Диаграмма рассеяния, отражающая связь исходного ИМТ с процентным изменением ИМТ (рисунок 6), показала практически отсутствующую линейную ассоциацию ($r = 0,03$), что указывает на относительную независимость относительного эффекта интервенции от исходной степени ожирения: пациентки с более высоким и более низким исходным ИМТ в среднем демонстрировали сопоставимый процент снижения индекса массы тела. При анализе абсолютного изменения массы тела выявлена слабая отрицательная корреляция между исходным весом и дельтой веса ($r = -0,18$), отражающая тенденцию к несколько большему абсолютному снижению массы у участниц с более выраженной соматической нагрузкой, однако величина этой связи остаётся в диапазоне малых эффектов и не позволяет говорить о жёсткой «привилегии» какой-либо подгруппы. В совокупности эти данные поддерживают представление о психотерапевтическом самообразовательном протоколе как о методе, сохраняющем клиническую релевантность в широком диапазоне исходных значений ИМТ и потенциально применимом как у пациентов с избыточной массой тела, так и у лиц с ожирением различной степени.

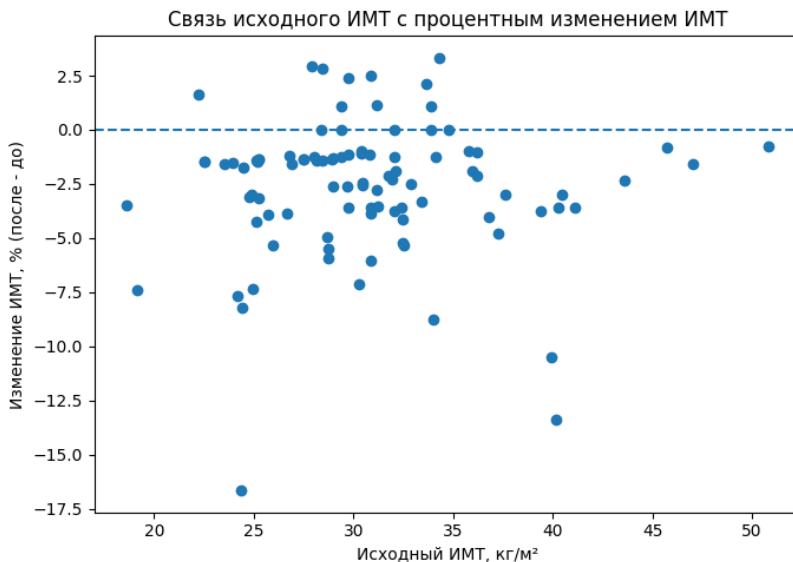


Рис. 6. Связь исходного индекса массы тела (ИМТ) с процентным изменением ИМТ после прохождения психотерапевтического самообразовательного протокола

На диаграмме представлены индивидуальные значения исходного ИМТ и процентного изменения ИМТ (после – до); пунктирной линией обозначен нулевой уровень, что позволяет визуальное оценить распределение сохранения, снижения и набора индекса массы тела на разных уровнях исходной соматической выраженности.

В целях количественной оценки эффективности психотерапевтического самообразовательного протокола в отношении соматического компонента психосоматического радикала лишнего веса был проведён анализ парных различий индекса массы тела до и после интервенции в подвыборке участниц, завершивших полный курс работы и предоставивших обе точки измерения ($n = 95$). Среднее изменение ИМТ ($\Delta\text{ИМТ} = \text{ИМТ после} - \text{ИМТ до}$) составило $-0,81 \text{ кг/м}^2$ ($SD = 0,99$; медиана $-0,69 \text{ кг/м}^2$), что соответствует умеренному снижению индекса массы тела в группе при сохранении межиндивидуальной вариативности. Парный t -критерий для связанных выборок продемонстрировал статистически значимое отличие ИМТ после прохождения протокола от исходных значений ($t \approx -7,9$ при 94 степенях свободы, $p < 0,001$), а

стандартизированный размер эффекта (Cohen's d для различий внутри выборки) составил примерно 0,81 по модулю, что соответствует эффекту средней–крупной величины для вмешательств такого типа. В совокупности с данными о распределении клинических категорий изменения массы тела и индивидуальными траекториями ИМТ это позволяет рассматривать выявленную динамику не как статистический артефакт или результат единичных экстремальных случаев, а как воспроизводимый групповой эффект низкоинтенсивного психотерапевтического самообразовательного протокола в реальных условиях, при этом подчёркивая, что эффект реализуется на фоне заметной межиндивидуальной разнородности и не исключает наличия подгруппы неответчиков и участниц с обратной динамикой.

Таблица 1

Основные демографические и антропометрические характеристики участниц исследования до и после прохождения психотерапевтического самообразовательного протокола (n = 95)

Показатель	n	До протокола: M ± SD	До протокола: медиана (min–max)	После протокола: M ± SD	После протокола: медиана (min–max)
Возраст, годы	95	39,4 ± 8,4	39,4 (22,1–63,2)	–	–
Вес, кг	95	84,1 ± 16,7	81,0 (54,0–135,0)	81,9 ± 16,5	80,0 (50,0–134,0)
ИМТ, кг/м ²	95	30,8 ± 5,8	30,4 (18,6–50,8)	30,0 ± 5,7	29,7 (17,8–50,3)

Как видно из данных таблицы 1, исследуемая группа представлена преимущественно женщинами зрелого возраста (M = 39,4 года, SD = 8,4) с выраженной соматической нагрузкой в виде избыточной массы тела и ожирения: средний исходный вес составил 84,1 кг (SD = 16,7), средний ИМТ – 30,8 кг/м² (SD = 5,8), при этом разброс значений индекса массы тела охватывал диапазон от верхней границы нормальной массы до морбидного ожирения. По завершении психотерапевтического самообразовательного протокола отмечалось снижение как массы тела, так и ИМТ: средний вес уменьшился до 81,9 кг (SD = 16,5), а средний индекс массы тела – до 30,0 кг/м² (SD = 5,7), что соответствует средней разности -2,21 кг по массе и -0,81 кг/м² по ИМТ при статистически значимом групповом эффекте и размере эффекта порядка

0,8 по Cohen's d для парных различий. В совокупности с представленными выше данными о распределении исходного ИМТ, индивидуальных траекториях и клинических категориях изменения массы тела эти результаты позволяют квалифицировать выборку как клинически релевантную популяцию с устойчивым психосоматическим радикалом лишнего веса и одновременно зафиксировать умеренное, но клинически значимое снижение соматической нагрузки в ответ на низкоинтенсивное психотерапевтическое вмешательство в формате книги-протокола.

6.3. Клинически значимая динамика и профиль ответчиков

С точки зрения клинической интерпретации особый интерес представляет не только среднее снижение массы тела, но и распределение участниц по пороговым уровням динамики, традиционно используемым в исследованиях по лечению ожирения и нарушений пищевого поведения. Анализ показал, что 80 из 95 женщин (84,2%) продемонстрировали снижение массы тела как минимум на 1 кг, 5 участниц (5,3%) остались в коридоре колебаний от -1 до +1 кг, что можно трактовать как относительно стабильный вес, а у 10 участниц (10,5%) была зарегистрирована прибавка массы тела на 1 кг и более.

При выделении порогов в процентах от исходной массы тела оказалось, что 36 участниц (37,9%) снизили вес не менее чем на 3%, а 15 участниц (15,8%) достигли снижения массы тела на 5% и более по сравнению с исходным уровнем, то есть вошли в диапазон, который в клинических рекомендациях рассматривается как клинически значимая динамика для немедикаментозных программ. При этом среднее относительное изменение массы тела во всей выборке составило $-2,6 \pm 3,2\%$, медианное снижение было близко к $-2,1\%$, а 75% выборки находились в промежутке от примерно $-3,8$ до $-1,2\%$. Такая конфигурация распределения позволяет говорить о том, что протокол по психосоматике лишнего веса, реализующий метод когнитивно-эмоциональной разблокировки [1], обеспечивает не только статистически значимый, но и клинически ощутимый ответ у существенной доли участниц, при этом небольшой процент прибавивших вес и небольшой процент стабильного веса выглядят ожидаемо для реальной клинической практики и отражают индивидуальные различия в готовности к изменениям, соматическом статусе и жизненных обстоятельствах.

6.4. Переходы между категориями индекса массы тела

Анализ динамики категорий ИМТ по классификации ВОЗ позволяет дополнительно оценить, насколько изменения массы тела выходят за рамки «косметических» колебаний и затрагивают клинически значимые уровни риска. До начала интервенции суммарная доля участниц с ожирением (I–III степени) составляла 51,6% (49 из 95 человек), доля женщин с избыточной массой тела 33,7%, тогда как нормальный ИМТ имели 14,7%, случаев недостаточной массы тела не наблюдалось. После прохождения протокола число участниц с ожирением снизилось до 44 (46,3%), доля избыточной массы тела уменьшилась до 30,5%, тогда как доля нормальной массы тела увеличилась до 21,1%, и дополнительно появились 2 случая (2,1%) недостаточной массы тела; в сумме это означает, что почти у четверти выборки (23,2%) ИМТ оказался в зоне нормальной или ниже нормальной массы тела.

При индивидуальном анализе переходов между категориями оказалось, что у 20 участниц (21,1%) наблюдалось улучшение категории ИМТ как минимум на один уровень риска, у 73 (76,8%) категория осталась прежней, хотя в ряде случаев при этом фиксировалось снижение ИМТ внутри категории, и лишь у 2 участниц (2,1%) отмечено ухудшение категории. Внутри группы улучшения у 19 женщин переход осуществился на одну категорию (например, от ожирения II степени к ожирению I степени или от избыточной массы тела к норме), у одной участницы зафиксирован переход сразу на две категории, что отражает более выраженное снижение ИМТ. Дополнительный анализ показал, что наибольшее среднее снижение массы тела приходилось на участниц с исходным ожирением II и III степени (в среднем -3,8 и -4,1 кг соответственно), немного меньшую динамику демонстрировали женщины с ожирением I степени и нормальной массой тела, тогда как среди женщин с избыточной массой тела средний эффект был мягче и составлял около -1,4 кг, что может отражать как различия в мотивации, так и в исходном уровне метаболического и психосоматического напряжения.

В совокупности эти данные свидетельствуют о том, что психотерапевтический самообразовательный протокол, реализующий метод когнитивно-эмоциональной разблокировки в формате книги [1], способен приводить к смещению не только индивидуальных значений массы тела и ИМТ, но и категориального профиля риска, снижая долю участниц в наиболее высоких категориях ожирения и увеличивая долю женщин с нормальной массой тела, что особенно важно в контексте обсуждения метода как потенциального элемента комплексной психосоматической помощи при лишнем весе.

7. Обсуждение

Полученные в пилотном исследовании данные позволяют рассматривать психотерапевтический самообразовательный протокол по психосоматике лишнего веса, реализующий метод когнитивно-эмоциональной разблокировки [1], как клинически перспективную низкоинтенсивную интервенцию, которая, будучи оформленной в формате книги и интегрируя психодинамический, психосоматический и психообразовательный уровни, демонстрирует эффект-размер, сопоставимый с результатами направляемых программ самопомощи на основе когнитивно-поведенческой терапии при нарушениях пищевого поведения и ожирении [13–15]. Среднее снижение массы тела примерно на 2,2 кг и уменьшение ИМТ на 0,8 кг/м² за период прохождения протокола, при эффекте порядка $dz \approx 0,8$, а также клинически значимое снижение веса ($\geq 5\%$ от исходного) у 15,8% участниц и улучшение категории ИМТ у 21,1% женщин, свидетельствуют о том, что сама по себе работа с психосоматическим радикалом лишнего веса в формате структурированной книги может приводить к реальным соматическим изменениям, не сводящимся к случайным колебаниям веса.

Сопоставление этих результатов с данными литературы показывает, что полученный эффект находится в диапазоне, характерном для низкоинтенсивных психологических вмешательств, ориентированных на расстройства пищевого поведения, и несколько ниже, чем у интенсивных структурированных программ, включающих регулярные сессии с терапевтом, что вполне ожидаемо с учётом автономного формата работы и отсутствия внешнего контроля. При этом особое значение имеет тот факт, что протокол был вписан в контекст повседневной жизни участниц и не сопровождался жёстким регламентом или дополнительной мотивационной поддержкой, что позволяет говорить о высокой экологической валидности результатов.

В психосоматической и психодинамической перспективе полученные данные подтверждают гипотезу о том, что лишний вес может рассматриваться как устойчивая конфигурация психических и соматических факторов, поддерживаемый хронической аффективной дисрегуляцией, травмирующим детским опытом и нарушенными отношениями с объектами [1–4; 9–12]. Структура протокола, основанная на последовательной проработке программ стыда, горя, защиты, одиночества и аутоагрессии, создаёт условия

для частичной «разморозки» тех аффективных конфигураций, которые ранее разряжались преимущественно через пищевое поведение, и тем самым снижает потребность в хроническом поддержании соматического «панциря». Отдельного внимания заслуживает вклад травмирующего детского опыта и нарушенной привязанности, на который указывают многочисленные исследования связи ACE с ожирением и избыточной массой тела [9–12], поскольку именно работа с биографическим материалом, представленным в книге через упражнения, нарратив и субличностные диалоги, потенциально позволяет переносить часть психического напряжения из телесного регистра в область символизации, тем самым ослабляя необходимость использовать тело как единственный контейнер для невыносимых аффектов.

Нейробиологический контекст, в частности данные о роли НРА-оси и хронического стресса в формировании и поддержании ожирения [5–8], позволяет предполагать, что снижение веса в ответ на протокол может быть связано не только с модификацией пищевого поведения на уровне привычек, но и с постепенной перестройкой стресс-ответа, нормализацией частоты эпизодов эмоционального переедания и снижением общего уровня симпато-адреналовой и кортикоидной нагрузки. Хотя в рамках настоящего пилотного исследования не проводилась оценка биомаркеров стресса и метаболизма, клиническая логика психосоматического подхода и данные о связи эмоциональной регуляции с показателями ожирения позволяют рассматривать наблюдаемый эффект как вероятный индикатор начала более глубокой перестройки регуляторных контуров, требующей дальнейшего эмпирического подтверждения.

Ключевым элементом обсуждаемого протокола выступает формат книги как психотерапевтического самообразовательного инструмента. Современные исследования библиотерапии и направляемой самопомощи показывают, что структурированные текстовые программы, сочетающие психообразование, клинические примеры и упражнения, могут приводить к значимому снижению тревоги, депрессии и симптомов расстройств пищевого поведения [13–17], однако в контексте психосоматики лишнего веса данный формат всё ещё остаётся мало разработанным. Результаты апробации книги-протокола [1] позволяют расширить представления о возможностях низкоинтенсивной психотерапии,

показав, что грамотно построенный текст, укоренённый в психодинамической и психосоматической традиции, способен выполнять функции контейнера, переходного объекта и «дистанционного терапевта», сопровождающего читателя в процессе работы с травматическим материалом, что особенно важно в условиях ограниченной доступности очной психотерапии.

Вместе с тем анализ распределения ответов указывает и на то, что метод когнитивно-эмоциональной разблокировки в формате книги не является универсальным решением для всех пациентов с лишним весом: небольшая часть участниц продемонстрировала прибавку веса или отсутствие клинически значимых изменений, что может отражать как тяжесть соматической и эндокринной коморбидности, так и выраженность аффективной патологии, низкий уровень рефлексивной функции, наличие активных деструктивных отношений или ограниченную возможность вовлечения в самостоятельную работу. В этой связи протокол следует рассматривать не как замену многоплановой психотерапевтической и медицинской помощи, а как один из уровней многоуровневого психосоматического маршрута, потенциально эффективный для значительной части мотивированных пациентов, но требующий сочетания с другими видами помощи при тяжёлой коморбидности или выраженной структурной патологии личности.

8. Практические выводы

С практической точки зрения психотерапевтический самообразовательный протокол по психосоматике лишнего веса [1], основанный на методе когнитивно-эмоциональной разблокировки, может быть рассмотрен в качестве перспективного инструмента низкоинтенсивной психотерапевтической помощи при избыточной массе тела и ожирении, особенно в тех случаях, когда пациент имеет доступ к книге, базовый уровень рефлексивности и мотивацию к самостоятельной работе. Для врачей общей практики, эндокринологов, диетологов и психосоматологов такой протокол может служить рекомендованным дополнением к стандартным схемам ведения пациентов с лишним весом, позволяя адресовать не только поведенческие и диетические аспекты, но и психологические механизмы, часто остающиеся за пределами коротких консультаций.

Для психотерапевтов и клинических психологов книга-протокол может использоваться как самостоятельный модуль предварительной работы с пациентом до начала очной терапии, как параллельный контур при ограниченном количестве сессий, а также как поддерживающая программа в посттерапевтическом периоде, когда основная часть конфликтного материала уже была осмыслена, но сохраняется риск рецидива симптома. При этом важно подчёркивать, что книга не заменяет живую терапевтическую работу при наличии тяжёлых травматических переживаний, активного суицидального риска, выраженной депрессии, психотических симптомов или тяжёлой зависимости, а должна рассматриваться как часть комплексного плана ведения.

С точки зрения формирования междисциплинарных маршрутов, включающих врача, психотерапевта и диетолога, протокол по психосоматике лишнего веса может быть встроен как обязательный образовательный и рефлексивный блок, направленный на осмысление пациентом собственной истории, программ лишнего веса и механизмов эмоционального переедания, что повышает качество терапевтического альянса и снижает вероятность механического выполнения рекомендаций без глубинного понимания своих мотивов. Вместе с тем обозначенные возможности применения протокола требуют трезвой оценки методологических ограничений проведённого исследования и границ обобщения полученных данных, что и становится предметом следующего раздела.

9. Ограничения исследования

Несмотря на обнадеживающие результаты, настоящее исследование обладает рядом существенных ограничений, которые необходимо учитывать при интерпретации данных и планировании дальнейших работ. Прежде всего, пилотный характер, отсутствие рандомизации и контрольной группы не позволяют однозначно отделить специфический эффект психотерапевтического самообразовательного протокола от неспецифических факторов, таких как мотивация, ожидания улучшения, спонтанные колебания массы тела или параллельные изменения образа жизни. Дизайн «до – после» без активного контроля всегда уязвим к влиянию регрессии к среднему и выборочного эффекта: в исследование вошли женщины, достаточно мотивированные для самостоятельной работы, что может ограничивать возможности обобщения результатов на всю популяцию пациентов с ожирением и избыточной массой тела.

Второе важное ограничение связано с использованием самодекларируемых антропометрических данных, что потенциально открывает пространство для ошибок измерения и сознательных или бессознательных искажений. Хотя была предпринята попытка стандартизировать условия взвешивания и акцентировать важность честности для самих участниц, отсутствие объективного контроля (например, медицинских измерений) оставляет эту зону уязвимой. Кроме того, в работе не использовались валидированные психометрические инструменты для оценки динамики тревоги, депрессии, стыда, нарушений пищевого поведения и качества жизни, вследствие чего связь между психологическими и соматическими изменениями может быть реконструирована лишь опосредованно, через существующие в литературе модели и клиническую логику психосоматического подхода.

Наконец, горизонт наблюдения был ограничен временем прохождения протокола и кратким последующим периодом, что не позволяет судить о долгосрочной устойчивости эффекта: данные по сохранению снижения веса, повторным рецидивам, возможным волнообразным колебаниям и интеграции нового отношения к телу в повседневную жизнь отсутствуют. Всё это требует осторожности в формулировке выводов и подчёркивает необходимость дальнейших, более масштабных и методологически строгих исследований. Перечисленные ограничения не снижают ценности полученных данных, но задают чёткий вектор дальнейшей исследовательской работы, требующей развёртывания более сложных, многоуровневых дизайнов.

10. Перспективы дальнейших исследований

Продолжение разработки и верификации метода когнитивно-эмоциональной разблокировки в формате психотерапевтического самообразовательного протокола предполагает как минимум три направления работы. Во-первых, необходимы рандомизированные контролируемые исследования, в которых книга-протокол [1] будет сравниваться с активными и пассивными контрольными условиями, такими как стандартные диетологические рекомендации, информационные материалы без психотерапевтического компонента или альтернативные форматы самопомощи, что позволит отделить специфический эффект метода от общего влияния внимания к проблеме. Во-вторых, целесообразно включение в протокол расширенного набора исходов – валидированных шкал тревоги, депрессии, нарушений пищевого поведения, стыда, самоотношения, показателей качества жизни и, по возможности, биомаркеров стресса и метаболической нагрузки, что откроет возможность более точной реконструкции психосоматических механизмов действия интервенции.

В-третьих, представляется важным изучение дифференциальной эффективности протокола в различных подгруппах пациентов: с разной степенью ожирения, разным уровнем травмирующего детского опыта, различными типами привязанности, коморбидностью расстройств пищевого поведения и аффективных нарушений. Это позволит уточнить показания и противопоказания к использованию метода, а также разработать модификации протокола для специфических групп (подростки, мужчины, пациенты с тяжёлой соматической коморбидностью и т. п.). Таким образом, очерченные направления дальнейших исследований позволяют рассматривать представленную работу как стартовую точку для развёртывания многокомпонентной программы эмпирической верификации психосоматического подхода к проблеме лишнего веса, основные результаты и концептуальные выводы которой резюмируются в заключении монографии.

Заключение

Таким образом, психосоматический подход к проблеме лишнего веса, реализованный в формате психотерапевтического самообразовательного протокола и основанный на методе когнитивно-эмоциональной разблокировки [1], демонстрирует в пилотном проспективном исследовании статистически и клинически значимое снижение массы тела и индекса массы тела у значительной части женщин с избыточной массой тела и ожирением, сопровождающееся улучшением категорий ИМТ у каждой пятой участницы. Эти результаты, будучи интерпретированы в контексте психодинамических, психосоматических и нейробиологических моделей ожирения, позволяют рассматривать метод когнитивно-эмоциональной разблокировки в формате книги-протокола как перспективный инструмент низкоинтенсивной психотерапии, способный дополнять существующие медицинские и психологические подходы к лечению лишнего веса.

При всех методологических ограничениях проведённое исследование создаёт основание для дальнейшей разработки и эмпирической проверки данного подхода в более строгих дизайнах, а также для интеграции психотерапевтических самообразовательных протоколов в систему многоплановой психосоматической помощи, где тело рассматривается не только как носитель симптома, но и как полноправный участник сложной динамики психической жизни человека.

Список литературы

1. Тур, Е. Ю. Голод тела: психосоматика лишнего веса. Как перестать утешать себя едой и запрограммировать мозг на стройность / Е. Ю. Тур. – Москва: Бомбора, 2025. – 432 с.
2. Wiss, D. A. Adverse Childhood Experiences and Adult Obesity: A Systematic Review of Plausible Mechanisms and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies / D. A. Wiss, T. D. Brewerton // *Physiology & Behavior*. – 2020. – Vol. 223. – Art. 112964.
3. Faber, A. Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population / A. Faber, L. Dubé, B. Knäuper // *Appetite*. – 2018. – Vol. 123. – P. 410–438.
4. Nader, P. Attachment and Emotional Eating: A Scoping Review / P. Nader // *Nutrients*. – 2025. – Vol. 17 (9). – P. 1306.
5. Bose, M. Stress and obesity: the role of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis in metabolic disease / M. Bose, B. Oliván, B. Laferrière // *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. – 2009. – Vol. 16 (5). – P. 340–346.
6. Lengton, R. Glucocorticoids and HPA axis regulation in the stress–obesity connection: an updated review / R. Lengton // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2024. – Vol. 1535 (1). – P. 5–16.
7. Pinaquy, S. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women / S. Pinaquy // *Obesity Research*. – 2003. – Vol. 11 (2). – P. 195–201.
8. McAtamney, K. A systematic review of the relationship between emotional eating and body weight status in adults / K. McAtamney // *Appetite*. – 2023. – Vol. 183. – Art. 106482.
9. Body image, self-esteem, emotion regulation and eating disorders in adults – a systematic review / M. Abdoli, N. Salari, V. Farnia [et al.] // *Neuropsychiatrie*. – 2024. – Vol. 38 (1). – P. 1–13.
10. Lizana-Calderón, P. Influence of body image, risk of eating disorder, psychological characteristics, and mood-anxious symptoms on overweight and obesity in Chilean youth / P. Lizana-Calderón // *Behavioral Sciences*. – 2024. – Vol. 14 (3). – P. 154.
11. Webb, J. B. Does Body Mass Index Matter? An Examination of an Affective Regulation Model of Body Image and Eating Disturbance / J. B. Webb // *Body Image*. – 2014. – Vol. 11 (2). – P. 139–151.

12. Brichacek, A. L. The distinct affect regulation functions of body image flexibility and inflexibility / A. L. Brichacek // *Body Image*. – 2024. – Vol. 50. – Art. 101701.
13. Rosenbaum, D. L. Understanding the complexity of biopsychosocial factors in the public health epidemic of overweight and obesity / D. L. Rosenbaum, K. S. White // *Clinical Psychology Review*. – 2016. – Vol. 50. – P. 1–8.
14. Albasheer, O. Biopsychosocial determinants and comorbid risks of overweight and obesity / O. Albasheer // *Healthcare*. – 2025. – Vol. 13 (3). – P. 347.
15. Timkova, V. Psychosocial distress in people with overweight and obesity: a biopsychosocial perspective / V. Timkova // *Frontiers in Psychology*. – 2025. – Vol. 16. – Art. 1520049.
16. Brown, A. Pervasiveness, impact and implications of weight stigma / A. Brown // *EClinicalMedicine*. – 2022. – Vol. 47. – Art. 101408.
17. Danese, A. Childhood maltreatment and obesity: a systematic review and meta-analysis / A. Danese, M. Tan // *Molecular Psychiatry*. – 2014. – Vol. 19 (5). – P. 544–554.
18. Hughes, K. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis / K. Hughes // *The Lancet Public Health*. – 2017. – Vol. 2 (8). – P. e356–e366.
19. Tajik, N. Correlation of eating attitude with emotional cognitive regulation, anxiety sensitivity, and attachment styles in obese women / N. Tajik // *Journal of Health, Population and Nutrition*. – 2019. – Vol. 38 (1). – P. 29.
20. Valenta, S. T. Exploring attachment dimensions in overweight/obesity: links with binge eating and quality of life / S. T. Valenta // *Journal of Clinical Medicine*. – 2025. – Vol. 14 (3). – P. 722.
21. Czepczor-Bernat, K. Blame, guilt, and shame in relation to body weight and their impact on psychological functioning in children and adolescents with overweight and obesity: a systematic review / K. Czepczor-Bernat // *Nutrients*. – 2025. – Vol. 17 (1). – P. 212.
22. Ratcliffe, D. Obesity and internalized weight stigma: a formulation model for an emerging psychological problem / D. Ratcliffe, N. Ellison // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. – 2015. – Vol. 43 (2). – P. 239–252.

23. Kalra, S. Obesity as a Psychosomatic Syndrome / S. Kalra, M. Verma, N. Kapoor // Journal of the Pakistan Medical Association. – 2025. – Vol. 75 (9). – P. 1472–1473.

24. Brewis, A. A. Obesity stigma, body size and the sense of self in western societies / A. A. Brewis, C. L. SturtzSreetharan, A. Wutich // Social Science & Medicine. – 2018. – Vol. 204. – P. 44–52.

25. Marano, G. The Body as a Battlefield: Identity Development and Psychosomatic Expression in Eating Disorders Across Childhood and Adolescence / G. Marano // Children. – 2025. – Vol. 12 (11). – P. 1465.

26. Segal, Y. Psychological Issues Associated With Obesity / Y. Segal, S. Gunturu // StatPearls. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595374/> (date of application: 10.02.2025).

27. Herpertz, S. Psychosomatic aspects of obesity / S. Herpertz // Der Internist. – 2001. – Vol. 42 (10). – P. 1352–1361.

28. Camacho-Barcia, L. Eating disorders and obesity: bridging clinical, neurobiological and therapeutic perspectives / L. Camacho-Barcia // Trends in Molecular Medicine. – 2024. – Vol. 30 (8). – P. 755–770.

29. Fox, J. R. E. Eating disorders and multi level models of emotion: an integrated model / J. R. E. Fox, M. Power // Clinical Psychology and Psychotherapy. – 2009. – Vol. 16 (4). – P. 240–267.

30. Waller, G. Recent Advances in Cognitive Behavioural Therapy for Eating Disorders (CBT ED) / G. Waller, J. Beard // Current Psychiatry Reports. – 2024. – Vol. 26 (7). – P. 351–358.

31. Nyboe, L. Non pharmacological interventions for preventing weight gain and obesity: a systematic review / L. Nyboe // Psychiatry Research. – 2019. – Vol. 275. – P. 106–115.

32. Blum, J. Heart Rate Variability Biofeedback Based on Slow Paced Breathing: A Systematic Review / J. Blum // Frontiers in Psychology. – 2019. – Vol. 10. – P. 2172.

33. Wise, T. N. Psychosomatics: Past, Present and Future / T. N. Wise // Psychotherapy and Psychosomatics. – 2014. – Vol. 83 (2). – P. 65–69.

34. Kurnik Mesarič, K. Cognitive behavioral therapy for lifestyle changes in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis / K. Kurnik Mesarič // Scientific Reports. – 2023. – Vol. 13. – Art. 15392.

35. Moraes, A. S. Cognitive Behavioral Approach to Treat Obesity / A. S. Moraes // *Frontiers in Nutrition*. – 2021. – Vol. 8. – Art. 611217.
36. Dalle Grave, R. Personalized cognitive-behavioural therapy for obesity (CBT-OB): a randomized controlled trial / R. Dalle Grave // *Eating and Weight Disorders*. – 2020. – Vol. 25 (4). – P. 889–901.
37. Białkowska, J. Behavioral Medicine Methods in Treatment of Somatic Illnesses: Noninvasive, Nonpharmacological Interventions / J. Białkowska. – Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2020. – 280 p.
38. Kautzky, A. Short-Term Caloric Restriction and Biofeedback Enhance Both Primary and Secondary Prevention of Obesity / A. Kautzky // *Nutrients*. – 2021. – Vol. 13 (11). – Art. 3971.
39. Schmidt, J. The Influence of Physiological and Psychological Learning Processes on Neurofeedback Treatment Outcomes in Binge Eating Disorder / J. Schmidt // *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. – 2020. – Vol. 45 (2). – P. 79–93.
40. De Witte, N. A. J. Combining Biofeedback with Stress Management Interventions: A Systematic Review of Physiological and Psychological Effects / N. A. J. De Witte // *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. – 2019. – Vol. 44 (2). – P. 71–82.
41. Brown, T. Systematic review of long-term lifestyle interventions to prevent weight gain and morbidity in adults / T. Brown // *Obesity Reviews*. – 2009. – Vol. 10b(6). – P. 627–638.
42. Flore, G. Weight Maintenance after Dietary Weight Loss: Systematic Review and Meta-Analysis on the Effectiveness of Behavioural Intensive Intervention / G. Flore // *Nutrients*. – 2022. – Vol. 14 (6). – P. 1259.
43. Rhee, E. J. Weight Cycling and Its Cardiometabolic Impact / E. J. Rhee // *Journal of Obesity and Metabolic Syndrome*. – 2017. – Vol. 26 (4). – P. 237–242.
44. Carr, D. The Psychological Consequences of Weight Change Trajectories: Evidence from Quantitative and Qualitative Data / D. Carr, K. Jaffe // *Economics & Human Biology*. – 2012. – Vol. 10 (4). – P. 489–503.
45. Green, A. R. “Oh Stuff It!” The Experience and Explanation of Diet Failure: An Exploration Using Interpretative Phenomenological Analysis / A. R. Green, M. Larkin // *Journal of Health Psychology*. – 2009. – Vol. 14 (7). – P. 997–1008.

46. Tomiyama, A. J. Weight stigma is stressful: A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model / A. J. Tomiyama // *Appetite*. – 2014. – Vol. 82. – P. 8–15.

47. Danese, A. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis / A. Danese, M. Tan // *Molecular Psychiatry*. – 2014. – Vol. 19 (5). – P. 544–554.

48. Attachment in individuals with eating disorders compared to community controls: a systematic review and meta-analysis / T. Jewell, E. Apostolidou, K. Sadikovic [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. – 2023. – Vol. 56 (4). – P. 692–722.

49. McAtamney, K. A systematic review of the relationship between alexithymia and emotional eating in adults / K. McAtamney // *Appetite*. – 2023. – Vol. 180. – Art. 106279.

50. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa / J. M. Lavender, S. A. Wonderlich, S. G. Engel [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2015. – Vol. 56. – P. 141–148.

51. Sarwer, D. B. The psychosocial burden of obesity / D. B. Sarwer, H. M. Polonsky // *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. – 2016. – Vol. 45 (3). – P. 677–688.

52. Faden, J. Obesity as a defense mechanism / J. Faden // *International Journal of Surgery Case Reports*. – 2013. – Vol. 4 (12). – P. 1140–1143.

53. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials / S. U. Dombrowski, K. Knittle, A. Avenell [et al.] // *BMJ*. – 2014. – Vol. 348. – Art. g2646.

54. Montani, J.-P. Dieting and weight cycling as risk factors for cardiometabolic diseases: who is really at risk? / J.-P. Montani, Y. Schutz, A. G. Dulloo // *Obesity Reviews*. – 2015. – Vol. 16, Suppl. 1. – P. 7–18.

55. Obesity with comorbid binge eating disorder: a systematic review of associated characteristics and treatment / F. Q. da Luz, P. Hay, S. Touyz [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2015. – Vol. 79 (6). – P. 361–370.

56. Wilson, G. T. Treatments for eating disorders / G. T. Wilson, C. G. Fairburn // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2007. – Vol. 3. – P. 439–465.

57. Lehrer, P. M. Heart rate variability biofeedback: how and why does it work? / P. M. Lehrer, R. Gevirtz // *Frontiers in Psychology*. – 2014. – Vol. 5. – Art. 756.

58. Bennett-Levy, J. Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions / J. Bennett-Levy. – Oxford: Oxford University Press, 2010. – 472 p.
59. Cuijpers, P. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis / P. Cuijpers // Psychological Medicine. – 2010. – Vol. 40 (12). – P. 1943–1957.
60. Haug, T. Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and review of self-help treatment for anxiety disorders / T. Haug // Clinical Psychology Review. – 2012. – Vol. 32 (5). – P. 425–445.
61. Striegel-Moore, R. H. Cognitive-Behavioral Guided Self-Help for the Treatment of Recurrent Binge Eating / R. H. Striegel- // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2010. – Vol. 78 (3). – P. 312–321.
62. Rodríguez-Martín, B. C. Bibliotherapy and food cravings control in an overweight and obese adult population / B. C. Rodríguez-Martín, O. Molerio-Pérez // Appetite. – 2013. – Vol. 71. – P. 134–144.
63. Bilich, L. L. Effectiveness of bibliotherapy self-help for depression with varying levels of telephone helpline support / L. L. Bilich // Clinical Psychology and Psychotherapy. – 2008. – Vol. 15 (2). – P. 61–74.
64. Shafran, R. A guide for self-help guides: best practice implementation / R. Shafran // Behaviour Research and Therapy. – 2024. – Vol. 173. – Art. 104544.
65. Hemmingsson, E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity / E. Hemmingsson // Obesity Reviews. – 2014. – Vol. 15. Suppl. 1. – P. 19–23.
66. Weinberger, N. A. Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis / N. A. Weinberger, A. Kersting, S. G. Riedel-Heller, C. Luck-Sikorski // Obesity Facts. – 2016. – Vol. 9 (6). – P. 424–441.
67. Macht, M. How emotions affect eating: a five-way model / M. Macht // Appetite. – 2008. – Vol. 50 (1). – P. 1–11.
68. The role of attachment in body weight and weight loss in bariatric patients / A. Nancarrow, A. Hollywood, J. Ogden [et al.] // Obesity Surgery. – 2018. – Vol. 28 (2). – P. 410–414.
69. Fava, G. A. From the lesson of George Engel to current knowledge: the biopsychosocial model 40 years later / G. A. Fava, N. Sonino // Psychotherapy and Psychosomatics. – 2017. – Vol. 86 (5). – P. 257–259.

70. Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives / G. Castelnovo, G. Pietrabissa, G. M. Manzoni [et al.] // *Psychology Research and Behavior Management*. – 2017. – Vol. 10. – P. 165–173.

71. Goessl, V. C. The effect of heart rate variability biofeedback training on stress and anxiety: a meta-analysis / V. C. Goessl, J. E. Curtiss, S. G. Hofmann // *Psychological Medicine*. – 2017. – Vol. 47 (15). – P. 2578–2586.

72. Randomised controlled trial of a guided self-help treatment for binge eating disorder / I. Carrard, C. Crépin, P. Rouget [et al.] // *Behaviour Research and Therapy*. – 2011. – Vol. 49 (8). – P. 482–491.

73. Kiesewetter, K. Psychodynamic mechanisms and weight reduction in obesity group therapy – first observations on differences in attachment styles / K. Kiesewetter, M. Köhler, H.-W. Künsebeck // *Psychosocial Medicine*. – 2010. – Vol. 7. – Doc04.

74. Tasca, G. A. Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders / G. A. Tasca, K. Ritchie, L. Balfour // *Psychotherapy*. – 2011. – Vol. 48 (3). – P. 249–259.

75. Early traumatic experiences and eating disorders: a focus on the endogenous stress response system / F. Marciello, A. M. Monteleone, G. Cascino [et al.] // *Journal of Psychopathology*. – 2020. – Vol. 26 (1). – P. 77–84.

76. Stress hormones and eating disorders / R. Chami, A. M. Monteleone, J. Treasure [et al.] // *Molecular and Cellular Endocrinology*. – 2019. – Vol. 497. – Art. 110428.

77. Emotion dysregulation links pathological eating styles and psychopathology in individuals with obesity / A. Belloli, A. A. Rossi, S. Cella [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2024. – Vol. 15. – Art. 1369720.

78. A compassion-focused intervention for weight-related self-criticism and body shame in adults with obesity: randomized controlled trial / J. C. Carter, A. C. Kelly, L. Jassil [et al.] // *Clinical Obesity*. – 2023. – Vol. 13 (2). – e12520.

79. Blame, guilt and shame related to body weight: a systematic review / K. Czepczor-Bernat, A. Brytek-Matera, J. Modrzejewska [et al.] // *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. – 2025. – Vol. 30 (1). – P. 4.

80. Mehta, R. K. Impacts of obesity and stress on neuromuscular fatigue and heart rate variability / R. K. Mehta // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2015. – Vol. 12 (4). – P. 3513–3538.
81. Lucassen, E. A. Interacting epidemics? Sleep curtailment, insulin resistance, and obesity / E. A. Lucassen, K. I. Rother, G. Cizza // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2012. – Vol. 1264. – P. 110–134.
82. Taylor, G. J. Psychoanalysis and psychosomatics: A new synthesis / G. J. Taylor, R. M. Bagby // *Journal of the American Psychoanalytic Association*. – 2013. – Vol. 61 (3). – P. 571–601.
83. Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder and women with obesity / N. Rüsç, K. Lieb, I. Göttler [et al.] // *Psychopathology*. – 2007. – Vol. 40 (6). – P. 369–374.
84. A mentalization-based approach to psychosomatic problems: an overview / P. Luyten, B. Van Houdenhove, A. Lemma [et al.] // *Psychoanalytic Psychotherapy*. – 2013. – Vol. 27 (2). – P. 121–138.
85. Harshaw, C. Interoceptive dysfunction: toward an integrated framework for understanding somatic and affective disturbance in depression / C. Harshaw // *Psychological Bulletin*. – 2015. – Vol. 141 (2). – P. 311–363.
86. Ulrich-Lai, Y. M. Neuroendocrine circuits governing energy balance and stress regulation: implications for obesity and metabolic disease / Y. M. Ulrich-Lai, K. K. Ryan // *Cell Metabolism*. – 2014. – Vol. 19 (3). – P. 395–409.
87. Gianini, L. M. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder / L. M. Gianini, M. A. White, R. M. Masheb // *Eating Behaviors*. – 2013. – Vol. 14 (3). – P. 309–313.
88. Agras, W. S. Cognitive behavioral therapy for the eating disorders / W. S. Agras, C. Bohon // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2021. – Vol. 17. – P. 417–438.
89. Linardon, J. Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy on the core eating disorder maintaining mechanisms: implications for mechanisms of therapeutic change / J. Linardon // *Cognitive Behaviour Therapy*. – 2018. – Vol. 47 (2). – P. 107–125.
90. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder / S. Vocks, B. Tuschen-Caffier, R. Pietrowsky [et al.] // *International Journal of Eating Disorders*. – 2010. – Vol. 43 (3). – P. 205–217.

91. Comşa, L. M. Outcomes and mechanisms of change in cognitive-behavioral interventions for weight loss: a meta-analysis / L. M. Comşa, O. A. David, D. David // *Behaviour Research and Therapy*. – 2020. – Vol. 132. – Art. 103654.

92. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up / Z. Cooper, H. A. Doll, D. M. Hawker [et al.] // *Behaviour Research and Therapy*. – 2010. – Vol. 48 (8). – P. 706–713.

93. Linardon, J. The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: a meta-analysis / J. Linardon, L. Brennan // *International Journal of Eating Disorders*. – 2017. – Vol. 50 (7). – P. 715–730.

94. Linardon, J. Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: meta-analysis / J. Linardon // *International Journal of Eating Disorders*. – 2018. – Vol. 51 (8). – P. 785–797.

95. Aardoom, J. J. E-health interventions for eating disorders: emerging findings, issues, and opportunities / J. J. Aardoom, A. E. Dingemans, E. F. Van Furth // *Current Psychiatry Reports*. – 2016. – Vol. 18. – Art. 42.

96. E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: a systematic review and meta-analysis / C. E. Loucas, C. G. Fairburn, C. Whittington [et al.] // *Behaviour Research and Therapy*. – 2014. – Vol. 63. – P. 122–131.

97. E-mental health interventions for the treatment and prevention of eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis / J. Linardon, A. Shatte, M. Messer [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2020. – Vol. 88 (11). – P. 994–1007.

98. Effects of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal treatments for eating disorders: a meta-analytic inquiry into the role of patient characteristics and change in eating disorder-specific psychopathology / L. Moberg, R. von Brachel, Y. Linné [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2021. – Vol. 295. – Art. 113618.

99. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / M. J. Armstrong, T. A. Mottershead, P. E. Ronksley [et al.] // *Obesity Reviews*. – 2011. – Vol. 12 (9). – P. 709–723.

100. Barnes, R. D. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care / R. D. Barnes, V. Ivezaj // *Obesity Reviews*. – 2015. – Vol. 16 (4). – P. 304–318.
101. Suire, K. B. Motivational interviewing for weight management among adults with overweight or obesity: a systematic review / K. B. Suire, L. A. Lebrun-Harris, S. N. Bleich // *Obesity Pillars*. – 2024. – Vol. 3. – Art. 100025.
102. Self-monitoring via digital health technology in weight loss interventions: a systematic review and meta-analysis / M. L. Patel, C. M. Hopkins, T. L. Brooks [et al.] // *Obesity Reviews*. – 2019. – Vol. 20 (3). – P. 383–393.
103. Kristeller, J. L. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating and related eating disorders: a randomized clinical trial / J. L. Kristeller, R. Q. Wolever // *Mindfulness*. – 2014. – Vol. 5 (3). – P. 282–297.
104. Effect of smartphone-based interventions on weight loss in adults: a meta-analysis / I. Caverio-Redondo, V. Martinez-Vizcaino, R. Fernandez-Rodriguez [et al.] // *Obesity Reviews*. – 2020. – Vol. 21 (6). – e13015.
105. Hallock, J. L. Self-weighing frequency and weight loss outcomes in behavioral weight management: a systematic review / J. L. Hallock, A. C. King, M. G. Perri // *Obesity Reviews*. – 2024. – Vol. 25 (9). – e13781.
106. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review / S. N. Katterman, B. M. Kleinman, M. M. Hood [et al.] // *Eating Behaviors*. – 2014. – Vol. 15 (2). – P. 197–204.
107. Godfrey, K. M. Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis / K. M. Godfrey, L. C. Gallo, N. Afari // *Journal of Behavioral Medicine*. – 2015. – Vol. 38 (2). – P. 348–362.
108. Опыт использования сенсорной импульсной стимуляции у больных с паническими атаками / Т. Н. Резникова, Д. А. Федоряка, Н. А. Селиверстова [и др.] // *Вестник психотерапии*. – 2018. – № 68 (73). – С. 47–67.
109. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review / G. A. O'Reilly, L. Cook, D. Spruijt-Metz [et al.] // *Obesity Reviews*. – 2014. – Vol. 15 (6). – P. 453–461.

110. Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis / K. Carrière, B. Khoury, M. M. Günak [et al.] // *Obesity Reviews*. – 2018. – Vol. 19 (11). – P. 1534–1548.

111. Robitzsch, A. Psychological resources and obesity: a systematic review of the impact of resilience, optimism and self-efficacy on body weight and weight-related behaviours / A. Robitzsch, J. Zander, C. Gibbons // *Obesity Reviews*. – 2020. – Vol. 21 (12). – e13078.

112. A psychosocial intervention with a resource-oriented approach for women with obesity: effects on eating behaviour and psychological functioning / G. Hjörleifsdóttir Steiner, S. Stotland, S. C. Scott [et al.] // *Clinical Obesity*. – 2017. – Vol. 7 (1). – P. 41–49.

113. Yucha, C. B. Evidence-Based Practice in Biofeedback and Neurofeedback / C. B. Yucha, D. Montgomery. – 2nd ed. – Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback, 2008. – 288 p.

114. The efficacy of psychological therapies in reducing body weight and binge eating in people with binge eating disorder: a systematic review and meta-analysis / M. G. Palavras, P. Hay, J. C. Appolinario [et al.] // *Nutrients*. – 2017. – Vol. 9 (3). – Art. 299.

115. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder / A. Hilbert, D. Petroff, S. Herpertz [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2019. – Vol. 87 (1). – P. 91–105.

116. Tomiyama, A. J. Stress and obesity / A. J. Tomiyama // *Annual Review of Psychology*. – 2019. – Vol. 70. – P. 703–718.

117. Pervanidou, P. Metabolic consequences of stress during childhood and adolescence / P. Pervanidou, G. P. Chrousos // *Metabolism*. – 2012. – Vol. 61 (5). – P. 611–619.

118. Li, J. C. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis attenuation and obesity / J. C. Li // *Psychoneuroendocrinology*. – 2021. – Vol. 129. – Art. 105246.

119. Adam, T. C. Stress, eating and the reward system / T. C. Adam, E. S. Epel // *Physiology & Behavior*. – 2007. – Vol. 91 (4). – P. 449–458.

120. Volkow, N. D. Reward, dopamine and the control of food intake: implications for obesity / N. D. Volkow, G.-J. Wang, R. D. Baler // *Trends in Cognitive Sciences*. – 2011. – Vol. 15 (1). – P. 37–46.

121. Robinson, E. Interoception and obesity: a systematic review and meta-analysis of the relationship between interoception and BMI / E. Robinson // *International Journal of Obesity*. – 2021. – Vol. 45 (11). – P. 2299–2312.

122. Herbert, B. M. Interoception and its role for eating, obesity, and eating disorders: empirical findings and conceptual conclusions / B. M. Herbert // *European Journal of Health Psychology*. – 2020. – Vol. 27 (2). – P. 120–131.
123. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия (в семейном консультировании) / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2022. – 268 с.
124. Коваленко-Маджуга, Н. П. Психосоматическая медицина и ресурсная психотерапия в практике / Н. П. Коваленко-Маджуга // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2014. – № 7-2. – С. 113–116.
125. Коваленко, Н. П. Эмоциональные процессы в ресурсной психотерапии / Н. П. Коваленко // *Образовательный вестник «Сознание»*. – 2017. – Том 19. № 6. – С. 15–19.
126. Коваленко-Маджуга, Н. П. Феномен перинатальной памяти в современной психотерапевтической науке / Н. П. Коваленко-Маджуга // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. – 2015. – № 11-12. – С. 41–51.
127. Lipowski, Z. J. Psychosomatic medicine in the seventies: an overview / Z. J. Lipowski // *American Journal of Psychiatry*. – 1977. – Vol. 134 (3). – P. 233–244.
128. Slochower, J. The psychodynamics of obesity: a review / J. Slochower // *Psychoanalytic Psychology*. – 1987. – Vol. 4 (2). – P. 145–159.
129. Kyrou, I. Stress, visceral obesity, and metabolic syndrome / I. Kyrou, C. Tsigos // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2006. – Vol. 1083. – P. 77–110.
130. The hypothalamic–pituitary–adrenal axis and eating behavior / F. Rutters, S. E. la Fleur, S. G. Lemmens [et al.] // *Current Obesity Reports*. – 2012. – Vol. 1 (4). – P. 199–207.
131. Ouakinin, S. R. S. Depression and obesity: Integrating the role of stress, neurobiology, and HPA axis / S. R. S. Ouakinin, P. Barata, T. Andrade // *Frontiers in Endocrinology*. – 2018. – Vol. 9. – Art. 431.
132. Šić, A. Neurobiological Implications of Chronic Stress and Obesity / A. Šić // *Diseases*. – 2024. – Vol. 12 (9). – P. 220.
133. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study / V. J. Felitti, R. F. Anda, D. Nordenberg [et al.] // *American Journal of Preventive Medicine*. – 1998. – Vol. 14 (4). – P. 245–258.

134. The association between adverse childhood experiences and obesity in childhood: a systematic review / K. Schroeder, B. R. Schuler, J. M. Kobulsky [et al.] // *Obesity Reviews*. – 2021. – Vol. 22 (7). – e13204.

135. A longitudinal study evaluating adverse childhood experiences and adult obesity / V. De Rubeis, B. Sposato, H. L. Fisher [et al.] // *International Journal of Epidemiology*. – 2023. – Vol. 52 (4). – P. 1100–1114.

136. Moriya, R. M. Association of adverse childhood experiences and overweight or obesity in adolescents: a systematic review with meta-analysis / R. M. Moriya // *Obesity Reviews*. – 2024. – Vol. 25 (3). – e13809.

137. Grilo, C. M. A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder / C. M. Grilo, R. M. Masheb, G. T. Wilson // *Behaviour Research and Therapy*. – 2005. – Vol. 43 (11). – P. 1509–1525.

138. Efficacy of Web-Based, Guided Self-help Cognitive Behavioral Therapy–Enhanced for Binge Eating Disorder: Randomized Controlled Trial / B. Melisse, D. de Beurs, E. F. van Furth [et al.] // *Journal of Medical Internet Research*. – 2023. – Vol. 25. – e40472.

139. van Beers, E. Web-based guided self-help cognitive behavioral therapy for binge-eating disorder: study protocol and preliminary data / E. van Beers // *Frontiers in Psychiatry*. – 2024. – Vol. 15. – Art. 1332360.

140. Öztemiz, S. Self-therapy through bibliotherapy: A comprehensive review and content analysis for adults / S. Öztemiz, M. Tekindal // *Information Development*. – 2024.

141. Effectiveness of an internet-based self-help intervention for improving mental health in individuals with obesity: study protocol for a randomised controlled trial / K. Schladitz, A. Buß, A. Pabst [et al.] // *BMJ Open*. – 2025. – Vol. 15 (11). – e107131.

142. Резникова, Т. Н. О коррекции психического состояния немедикаментозным способом при рассеянном склерозе / Т. Н. Резникова, Н. А. Селиверстова // *Клиническая и специальная психология*. – 2019. – Том 8. № 1. – С. 177–188.

Научное электронное издание

Екатерина Юрьевна Тур

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ
ЛИШНЕГО ВЕСА: АПРОБАЦИЯ МЕТОДА
КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РАЗБЛОКИРОВКИ
В ФОРМАТЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
САМООБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОТОКОЛА**

Монография

Чебоксары, 2026 г.

Компьютерная верстка *Е. А. Малышева*

Подписано к использованию 05.02.2026 г.

Объем 1,05 Мб. Тираж 20 экз.

Уч. изд. л. 4,83.

Издательский дом «Среда»
428023, Чебоксары, Гражданская, 75, офис 12
+7 (8352) 655-731
info@phsreda.com
<https://phsreda.com>