

И. Г. Малкина-Пых

ТЕРАПИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

СПРАВОЧНИК ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

- Психология пищевого поведения
- Психодиагностика при нарушениях пищевого поведения
- Индивидуальная и групповая психотерапия
- Семейная терапия при нарушениях пищевого поведения и ожирении



Ирина Германовна Малкина-Пых
Терапия пищевого поведения
Серия «Справочник практического психолога»

текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=174645
Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения : Эксмо; Москва; 2007
ISBN 978-5-699-20742-8

Аннотация

В последней четверти XX века ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития, включая Россию, в которых как минимум 30 % населения имеет избыточную массу тела. С избыточным весом отчетливо связано многократное повышение риска и частоты развития многих заболеваний. Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни в среднем на 3–5 лет при небольшом избытке веса, до 15 лет – при выраженном ожирении.

Избыточный вес остается актуальной проблемой, несмотря на то, что чуть ли не каждый месяц появляется новое средство или метод, позволяющие гарантированно похудеть. Огромная индустрия производства всевозможных таблеток, поясов для похудения и других чудодейственных способов сбросить вес процветает, а масса тела среднестатистического россиянина год от года увеличивается.

Одна из причин сложившейся ситуации состоит в том, что большинство способов нормализации веса устраняют следствие, а не причину. Между тем психология и психотерапия располагают вполне реальными и весьма многочисленными подходами и методами, способными помочь человеку избавиться от переедания и лишнего веса. Именно психотерапия дает наиболее надежные результаты в преобразении собственной внешности. И в развитых странах, где еще в прошлом столетии отошли от многих способов лечения, до сих пор практикуемых в России, для снижения веса обычно обращаются к психотерапевтам. Именно психотерапия нормализует пищевое поведение и помогает отказаться от старых привычек.

В справочнике в достаточном объеме представлены теоретические вопросы психологии пищевой зависимости, но в первую очередь это сборник техник психотерапии, точнее сказать, упражнений, которые психолог (психотерапевт, консультант) может использовать в своей практической работе. Эта книга – руководство для психологов и консультантов, работающих в различных учреждениях (государственных и частных клиниках, больницах и общественных центрах здоровья) с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения и алиментарным (связанным с перееданием) ожирением.

Содержание

Об авторе	4
Введение	5
Глава 1	13
1.1. Нарушения пищевого поведения: теории и модели	19
1.1.1. Психосоматические теории и модели	20
1.1.2. Модель пищевой аддикции	39
1.1.3. Совладающее поведение и защитные механизмы личности	49
1.2. Нарушения пищевого поведения: виды и формы	62
1.2.1. Нервная анорексия	62
1.2.2. Нервная булимия	71
1.2.3. Компульсивное переедание	81
1.2.4. Другие виды нарушений пищевого поведения	82
1.2.5. Алиментарное ожирение	90
Глава 2	105
2.1. Диагностическая беседа	106
2.2. Психотелесное соответствие: темперамент, анатомическая конституция и характер	115
2.2.1. Основные теории темперамента: Гиппократ и Гален, И. П. Павлов, Я. Стреляу	117
2.2.2. Типологическая модель Э. Кречмера	120
2.2.3. Типологическая модель У. Шелдона	121
2.2.4. Типология индивидуально-личностных свойств	124
2.2.5. Типология стилей жизни	126
2.2.6. Соционическая типология	128
2.2.7. Характероанализ В. Райха и биоэнергетика А. Лоуэна	132
2.2.8. Теория базовых конфликтов К. Хорни	133
2.2.9. Типы организации характеров	134
Конец ознакомительного фрагмента.	140

Ирина Германовна Малкина-Пых

Терапия пищевого поведения

Об авторе

Ирина Германовна Малкина-Пых – психолог, доктор физико-математических наук в области системного анализа и математического моделирования сложных биофизических систем, ведущий научный сотрудник отдела «Экология человека» Центра междисциплинарных исследований по проблемам окружающей среды Российской Академии наук (ИНЭНКО РАН) (<http://www.inenco.org>, malkina@mail.admiral.ru). Автор книг серии «Справочник практического психолога», выпускаемой издательством «Эксмо», Москва: «Справочник практического психолога», 2003; «Психосоматика», 2004; «Возрастные кризисы», 2004; «Экстремальные ситуации», 2005; «Телесная терапия», 2005; «Семейная терапия», 2005; «Психология поведения жертвы», 2006; «Гендерная терапия», 2006.

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор Л.К. Серова;

доктор медицинских наук, профессор О.И. Салмина-Хвостова.

Введение

В последней четверти XX века ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития, включая Россию, в которых как минимум 30 % населения имеют избыточную массу тела (Гинзбург и др., 1999). С избыточным весом связано многократное повышение частоты развития артериальной гипертонии, инсулин-независимого сахарного диабета (ИНСД), атеросклероза и ишемической болезни сердца, остеохондроза позвоночника и полиартрита, дискинезии желчного пузыря, хронического холецистита и желчно-каменной болезни, различных опухолей и ряда других заболеваний.

Ожирение уменьшает продолжительность жизни в среднем на 3–5 лет при умеренном избытке веса и до 15 лет при выраженном ожирении. Установлено, что если бы человечеству удалось решить проблему ожирения, средняя продолжительность жизни увеличилась бы на 4 года. Для сравнения: если бы была решена проблема злокачественных опухолей, средняя продолжительность жизни увеличилась бы только на 1 год.

Актуальность проблемы ожирения заключается еще и в том, что количество людей с избыточным весом прогрессивно увеличивается. Такой прирост составляет 10 % от прежнего количества за каждые 10 лет. Подсчитано, что если данная тенденция сохранится, то к середине нынешнего столетия практически все население экономически развитых стран будет болеть ожирением.

Экономисты подсчитали: человек, который изобретет эффективное средство от избыточного веса, станет миллиардером менее чем за полторы минуты. Это отражает, с одной стороны, неэффективность большинства диет и препаратов для коррекции веса, а с другой стороны – злободневность проблемы.

Приведенные факты говорят о том, что избыточный вес остается актуальной проблемой, несмотря на то что чуть ли не каждый месяц появляется новое средство или метод, обещающие гарантированное похудение. Гигантская индустрия производства всевозможных таблеток, поясов для похудения и других чудодейственных способов сбросить вес процветает, а масса тела среднестатистического россиянина год от года увеличивается.

Отчасти эта ситуация объясняется тем, что большинство способов нормализации веса устраняют следствие, а не причину. Ведь избавиться от истинной причины переизбытка гораздо сложнее, чем надеть «волшебный» пояс, который «работает в то время, когда вы отдыхаете». Производителям выгодно держать потенциального покупателя в неведении, заставляя его «клевать» на все новое.

Между тем психология и психотерапия располагают вполне реальными разнообразными подходами и методами помощи человеку, страдающему от переизбытка и лишнего веса. Именно психотерапия дает наиболее устойчивые результаты преобразования внешности. И в развитых странах, где еще в прошлом столетии отказались от многих способов лечения, до сих пор практикуемых в России, для снижения веса обычно обращаются к психотерапевтам. Это понятно, так как большинство ученых, работающих над проблемой алиментарного (связанного с переизбытком) ожирения, несмотря на их различные представления о причинах этого состояния, сходятся в одном: лишние килограммы обусловлены привычками их «хозяина». Это привычка есть много жирной или сладкой пищи, привычка мало двигаться или «заедать» стресс, привычка вести образ жизни полного человека. Примерно в 98 % всех случаев причиной избыточной массы тела является переизбыток. Оставшиеся 2 % случаев – это эндокринные заболевания, сопровождающиеся приемом гормональных препаратов, и в этом случае необходимо лечить основной недуг. Привычка – это сложившийся тип поведения. Другими словами, переизбыток обычно является результатом нарушения пищевого пове-

дения. Именно психотерапия нормализует пищевое поведение и помогает отказаться от старых привычек.

Под **пищевым поведением** понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2005). Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Пищевое поведение оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное (отклоняющееся) в зависимости от множества параметров, в частности – от места, которое занимает процесс приема пищи в иерархии ценностей человека, от количественных и качественных показателей питания. На выработку стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса, существенное влияние оказывают этнокультурные факторы. Извечным вопросом о ценности питания является вопрос о связи питания с жизненными целями («есть, чтобы жить, или жить, чтобы есть»).

Потребность в пище является одной из первичных, *биологических* потребностей, и эта потребность направлена на поддержание гомеостаза. Люди едят для того, чтобы получать необходимую энергию, строить новые клетки и создавать все сложные химические соединения, необходимые для жизни. Согласно теории А. Маслоу, потребности, касающиеся биологического выживания человека, должны получить удовлетворение на минимальном уровне, прежде чем станут актуальными любые потребности более высокого уровня (Хьелл, Зиглер, 1997). Тем не менее ежедневный рацион человека, как правило, не ограничивается лишь жизненно необходимыми калориями и питательными веществами. Кроме того, количество съеденного, время приема пищи, предпочтение определенных продуктов питания и их сочетаний – все это отличается своеобразием у каждого человека. Пищевое поведение определяют не только потребности, но и полученные в прошлом знания и стратегии мышления (Фрэнкин, 2003).

Биологические потребности с учетом индивидуального опыта и конкретных условий относятся к *физиологическим* потребностям. Именно к их числу относятся привычки – сформированные в процессе онтогенеза стереотипные действия очень высокой степени прочности и автоматизации (Шостак, Лытаев, 1999). Пищевые привычки определяются традициями семьи и общества, религиозными представлениями, жизненным опытом, советами врачей, модой (Коньшев, 1985), экономическими и личностными причинами.

Кроме того, стиль питания отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека. Ни одна другая биологическая функция в ранние годы жизни не играет столь важной роли в эмоциональном состоянии человека, как питание. Ребенок впервые испытывает избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления; таким образом, удовлетворение голода обретает крепкую связь с ощущением комфорта и защищенности. Страх голодной смерти становится основой ощущения незащищенности (страх перед будущим), даже если учесть, что в современной цивилизации смерть от голода – явление редкое. Для ребенка ситуация насыщения эквивалентна ситуации «меня любят»; фактически чувство защищенности, связанное с насыщением, основано на этом тождестве (оральная чувствительность) (Александр, 2002).

Необходимо также отметить *социальное* значение еды. Питание человека с самого рождения связано с межличностным взаимодействием. Впоследствии еда становится неотъемлемой составляющей процесса общения, социализации: празднования различных событий, установления и формирования деловых и дружеских взаимоотношений. В свою очередь, традиции, пищевые привычки отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность, а также семейное воспитание в сфере пищевого поведения. При анализе психосоциальных аспектов ожирения выделяют следующие

функции пищевого поведения: поддержание гомеостаза, релаксация, получение удовольствия, коммуникация, самоутверждение (оно связано с представлением о престижности пищи и «солидной» внешности), познание, поддержание ритуала или привычки, компенсация, награда, защита и удовлетворение эстетической потребности (Креславский, 1981).

Таким образом, пищевое поведение человека направлено на удовлетворение отнюдь не только биологических и физиологических, но также психологических и социальных потребностей. Именно поэтому проблема изучения потребления пищи приобретает самостоятельное значение, ее следует отделить от проблем изучения процесса пищеварения (Коньшев, 1985; Вознесенская, Дорожевец, 1987). Самой простой формой пищевого поведения является прием пищи с целью удовлетворения потребности в питательных веществах, когда еда становится средством поддержания энергетического и пластического равновесия (Покровский, 1974). Однако, как уже говорилось, пищевая потребность, будучи чисто биологической по своей природе у животных, у человека предстает в более сложном виде, являясь средством:

- разрядки психоэмоционального напряжения;
- чувственного наслаждения, выступающего как самоцель;
- общения, когда еда связана с пребыванием в коллективе;
- самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи и о соответствующей «солидной» внешности;
- поддержания определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции);
- компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе и т. д.);
- награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи;
- удовлетворения эстетической потребности (Савенков, 1985).

Пищевое поведение человека находится в рамках континуума, включающего нормальные пищевые паттерны, эпизодические пищевые расстройства и, наконец, патологическое пищевое поведение. Несмотря на то что чрезвычайно сложно определить «нормальные» пищевые паттерны, и исследователи в значительной степени игнорируют отношение между нормальным и патологическим развитием пищевого поведения (Russ, 1998), существует определенная типология пищевого поведения и его нарушений.

«Справочник по диагностике и систематике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) предусматривает три вида нарушений пищевого поведения: нервную анорексию, нервную булимию и неуточненные расстройства пищевого поведения, в частности расстройство по типу переедания, так называемые пищевые кутежи, или компульсивное переедание (Binge Eating). *Нервная анорексия* (греч. отрицательная приставка *an-* и *orexix* – аппетит) представляет собой «сознательное ограничение в еде с целью похудения в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцениваемой полноты» (Цивилько и др., 1999). Булимия (бычий голод) (от греч. *Bu(s)* – бык и *limos* – голод) обозначается как навязчивое чередование еды/рвоты или еды, дефекации (Drewnowski et al., 1995).

«Международная классификация психических болезней» 10-го пересмотра (МКБ-10), используемая в нашей стране, рассматривает «Расстройства приема пищи» (F50) в разделе F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физиологическими факторами» и включает сюда нервную анорексию и нервную булимию.

Ожирение является результатом нарушений пищевого поведения, в первую очередь по типу переедания – пищевых кутежей или компульсивного переедания. Ожирение – это увеличение массы тела за счет избыточного отложения жировой ткани. Различают экзогенно-конституциональное (алиментарное) ожирение вследствие несоответствия между

поступлением и расходом энергии при наличии конституциональной предрасположенности; церебральное ожирение, связанное с заболеваниями головного мозга (воспалительный процесс, травма, опухоли); эндокринное ожирение, возникающее при патологии эндокринной системы (заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и др.).

Однако необходимо отметить, что рассмотренные три основных типа расстройств не отражают всего разнообразия нарушений пищевого поведения. Существует и множество вариантов субклинических проявлений нарушения пищевых паттернов, включая патологический голод, частые «перекусывания», самоограничения в питании и стратегии, компенсирующие переедание. *Патологический голод* выражается в настоятельной потребности съесть что-либо, возникающей между основными приемами пищи. О постоянном «*перекусывании*» можно говорить в том случае, если человек более 5 раз в сутки принимает пищу дополнительно или такие нерегулярные приемы пищи составляют более 25 % от суточного потребления калорий. «Перекусывание» не связано с каким-либо особенным настроением.

Выделяют также углеводную жажду и предменструальную гиперфагию (Wurtman et al., 1987, Greeno, Wing, 1994). Термин «*углеводная жажда*» вошел в обиход тогда, когда основную причину ожирения связывали именно с избыточным потреблением углеводов. Сейчас чаще говорят просто о пищевой жажде, полагая, что для ее удовлетворения пациентам требуется пища, которая в оптимальном случае одновременно сладкая и жирная – шоколад, мороженое, крем и т. п. В случае углеводной жажды такая пища по своему действию подобна наркотику. При ее отсутствии у пациентов развивается тягостное депрессивное состояние, чем-то напоминающее абстиненцию, эти явления проходят при потреблении сладостей (Wurtman et al., 1987).

Предменструальную гиперфагию можно рассматривать как одно из проявлений синдрома предменструального напряжения. Явления гиперфагии наблюдаются у женщин в течение 4–7 дней перед месячными, опять же предпочтение тут отдается сладкой и жирной пище (Гинзбург и др., 1999).

Среди других нарушений выделяют эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение (Савчикова, 2005).

Экстернальное пищевое поведение связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи: человек с таким поведением ест не в ответ на внутренние стимулы (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, пустой желудок и т. д.), а на внешние: витрина продуктового магазина, хорошо накрытый стол, вид едящего человека, реклама пищевых продуктов и т. д. Другими словами, человек «ест глазами» – увидел, значит съел. Именно эта особенность лежит в основе переедания «за компанию», перекусов на улице, избыточного приема пищи в гостях, покупки лишних продуктов в магазине. Такие люди никогда не пройдут мимо киоска с мороженым или пирожками, они будут есть до тех пор, пока не закончится коробка конфет, и никогда не откажутся от угощения. Практически у всех пациентов с ожирением в той или иной степени выражено экстернальное пищевое поведение. Реакцию на внешние стимулы к приему пищи определяет не только аппетит, но и медленно формирующееся, неполноценное чувство насыщения. Возникновение сытости у полных людей запаздывает по времени и ощущается исключительно как механическое переполнение желудка. Именно из-за отсутствия чувства сытости некоторые люди готовы есть всегда, если только пища доступна и попадает им на глаза.

Другим типом нарушения пищевого поведения является *эмоциогенное пищевое поведение*. Оно наблюдается у 30 % населения. Такое нарушение наиболее характерно для полных эмоциональных женщин, но встречается и у людей любого пола с абсолютно нормальным весом. У пациентов с ожирением этот вид нарушения пищевого поведения встречается гораздо чаще, а именно – в 60 % случаев. При этом типе нарушения пищевого поведения стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек

ест не потому, что голоден, а потому, что беспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен, раздосадован, разочарован, потерпел неудачу, ему скучно, одиноко и т. д. Другими словами, при эмоциогенном пищевом поведении человек заедает свои горести и несчастья, «заедает» свой стресс, так же, как человек, привыкший к алкоголю, его «запивает». Для этого используются разные виды пищи, но в основном преобладают легкоусвояемые высококалорийные продукты, богатые углеводами и жирами (пирожные, мороженое, пирожки, конфеты, торты, шоколад). Продукты питания для людей с эмоциогенным пищевым поведением являются своеобразным лекарством, так как действительно приносят им не только насыщение, но и успокоение, удовольствие, релаксацию, снимают эмоциональное напряжение, повышают настроение.

Эмоциогенное пищевое поведение может быть представлено еще двумя подвидами: это компульсивное пищевое поведение и синдром ночной еды. У больных, находящихся на строгих диетах, распространенность компульсивного пищевого поведения достигает 50 %. Компульсивное пищевое поведение клинически проявляется как четко локализованные во времени довольно короткие повторяющиеся приступы переедания, которые длятся не более двух часов. Во время такого приступа человек ест намного больше и значительно быстрее обычного. У него может возникать ощущение потери контроля над количеством съеденного, он не способен остановить прием пищи, пока не пройдет приступ. Эпизоды переедания сопровождаются тремя любыми из следующих признаков: прием пищи совершается быстрее, чем обычно; прием пищи до ощущения неприятного переполнения желудка; прием больших количеств пищи без чувства голода; переедание в одиночестве из-за стыда перед окружающими. Частота эпизодов резкого переедания, позволяющая диагностировать данную форму нарушения, – не реже двух раз в неделю на протяжении полугода.

Синдром ночной еды встречается реже и наблюдается у 9 % людей с ожирением. Он проявляется как клиническая триада симптомов: утренняя анорексия (нежелание есть, отсутствие аппетита), вечерняя и ночная булимия (повышенный аппетит с перееданием), нарушения сна. Больные с синдромом ночной еды, как правило, не принимают пищу всю первую половину дня. Во вторую половину дня аппетит значительно возрастает, и к вечеру они чувствуют сильный голод, который приводит к перееданию. При этом чем сильнее был дневной эмоциональный дискомфорт, тем ярче выражено вечернее переедание. Характерно, что больные не могут заснуть, не съев избыточного количества пищи. Их сон поверхностен, тревожен, беспокоен, они могут несколько раз просыпаться ночью и вновь принимать пищу. После приема пищи активность и работоспособность пациентов значительно снижается, появляется сонливость, нарушается профессиональная деятельность. Это является одной из причин отказа от приема пищи в течение рабочего дня. Вечернее переедание используется пациентом в качестве снотворного средства.

Третий тип нарушения пищевого поведения – *ограничительное пищевое поведение*. Так называют избыточное пищевое самоограничение и бессистемное соблюдение чрезмерно строгой диеты. Такого рода диету невозможно соблюдать долгое время, и достаточно быстро ей на смену приходят периоды выраженного переедания. В результате такого поведения человек находится в постоянном стрессе – в период ограничений он страдает от сильного голода, а во время переедания страдает от того, что опять набирает вес и все его усилия были напрасными. Эмоциональная нестабильность, возникающая на фоне применения строгих диет, получила условное название «диетической депрессии», сюда входит целый комплекс отрицательных эмоций. Она проявляется в виде повышенной раздражительности и утомляемости, внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивности и враждебности, тревожности, сниженного настроения, удрученности, подавленности и т. д. Выраженный эмоциональный дискомфорт при «диетической депрессии» приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву ожирения. Больные ожирением с эмоциогенным

пищевым поведением при применении изолированной диетотерапии в 100 % случаев испытывают симптомы «диетической депрессии» той или иной степени выраженности. Более того, у 30 % больных ожирением без клинически выраженных форм нарушения пищевого поведения они впервые возникают на фоне диетотерапии, что сопровождается ощутимым эмоциональным дискомфортом и заставляет их отказываться от терапии.

Были выделены разнообразные по силе и длительности воздействия факторы, способствующие развитию нарушений пищевого поведения: конституционально-биологические, социально-психологические, микросоциальные, психогенные и соматогенные. Роль этих факторов и их сочетаний в генезе нарушений пищевого поведения неоднозначна. Механизмы возникновения пищевых нарушений также до конца не изучены. В частности, существует мнение, что они связаны с нарушением трансмиссии серотонина в структурах головного мозга, отвечающих за регуляцию пищевого поведения (Leibowitz, Alexander, 1998).

Эмоциогенное пищевое поведение и ожирение также рассматривается в рамках гипотезы, комбинирующей теорию социального научения с концепцией стресса (Bruch, 1961, Kaplan, Kaplan, 1957). Согласно этой гипотезе, ожирение является следствием заученной неспособности к различению чувства голода и состояния тревоги, в результате чего человек реагирует на стресс как на голод увеличением потребления пищи, вследствие чего формируется избыточный вес. Переедание объясняется смешением внутренних активационных состояний и чувства голода, что обусловлено ранним опытом (Van Strein et al, 1986), такая модель подчеркивает значение отношений мать-дети в генезе ожирения. Когда мать предлагает еду в ответ на сигналы ребенка, свидетельствующие о голоде, у младенца постепенно формируется чувство голода, которое отличается от других потребностей и состояний дискомфорта. Если же реакция матери длительное время неадекватна, то по мере своего роста ребенок не обретает способности отличать состояние голода от других дискомфортных состояний. Чем шире диапазон точных реакций на различные выражения потребностей и импульсов ребенка, тем более точно ребенок учится разделять свои различные телесные переживания, ощущения, мысли и чувства.

Существенное значение в формировании эмоциогенного пищевого поведения имеет неправильное воспитание в раннем детстве; в данном случае выделяют следующие важные закономерности:

1. Пища играет доминирующую роль в жизни семьи. Она – главный источник удовольствия. Другие возможности получения удовольствия (духовные, интеллектуальные, эстетические) не развиваются в должной мере.

2. Любой физиологический или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью (или другими членами семьи) как голод. Наблюдается стереотипное кормление ребенка в ситуации его внутреннего дискомфорта, что не позволяет ребенку научиться четко отличать физиологические ощущения от эмоциональных переживаний, например – отличать голод от тревоги.

3. В семьях не происходит адекватного обучения эффективному поведению в период стресса и потому закрепляется единственный неправильный стереотип: «когда мне плохо, я должен есть».

4. Нарушены взаимоотношения между матерью и ребенком. У матери есть только две главные заботы: одеть и накормить ребенка. Привлечь внимание такой матери ребенок может только с помощью голода. Процесс приема пищи становится суррогатной заменой других проявлений любви и заботы. Это повышает символическую значимость приема пищи.

5. В семьях наблюдаются травмирующие психику ребенка конфликтные ситуации, межличностные отношения хаотичны.

6. Ребенку не разрешают выйти из-за стола, пока его тарелка не опустеет. Таким образом, стимулом к окончанию приема пищи становится не чувство сытости, а количество

доступной пищи. Ребенок не приучается замечать вовремя признаки сытости и привыкает есть до тех пор, пока видит пищу, пока она есть на тарелке, в кастрюле, на сковороде и т. д.

Немаловажную роль в развитии нарушений пищевого поведения играют особенности личности: высокая подверженность стрессам, склонность к тревожным реакциям, неуверенность в себе и ряд других. Эти особенности личности, а также развитие у многих людей с ожирением психовегетативных расстройств при отказе от привычных продуктов питания позволяют поставить пищевую зависимость в один ряд с алкогольной, никотиновой, лекарственной и наркотической формами зависимости. В частности, «диетическую депрессию» можно рассматривать как проявление синдрома отмены, это подтверждает и тот факт, что эмоциогенное пищевое поведение часто сочетается с пристрастием к алкоголю и табаку.

С другой стороны, по современным представлениям, алиментарно-конституциональное ожирение является классическим психосоматическим (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) заболеванием, приводящим к формированию вторичных невротических расстройств (Красноперова, 2001). Причиной его возникновения является нарушение пищевого поведения, приравняемое к психическим расстройствам пограничного уровня (Stunkard et al., 1980, 1986, 1990). Таким образом, переедание (гипералиментацию) можно рассматривать как неполноценную форму психоэмоциональной адаптации (Вознесенская, Дорожевец, 1987). Нарушение пищевого поведения является одним из видов патологической адаптации, социально приемлемым видом аддиктивного поведения (Ротов и др., 1999).

Поскольку психологический фактор при нарушениях пищевого поведения и возникновении избыточного веса является одним из этиологических, его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии – основного компонента лечебного и реабилитационного процесса (Пушкарев и др., 2000).

Коррекционные программы при терапии нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения в основном должны быть направлены на следующие цели и задачи:

1. Коррекция нарушений пищевого поведения и неадекватного образа жизни.
2. Коррекция образа Я.
3. Достижение объективности самооценки.
4. Реабилитацию Я в собственных глазах и достижение уверенности в себе.
5. Коррекция системы ценностей, потребностей, их иерархии, приведение притязаний в соответствие с психофизическими возможностями.
6. Коррекция отношения к другим; достижение способности к эмпатии и пониманию состояний и интересов других людей.
7. Приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов.

При лечении нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения могут использоваться все известные психотерапевтические подходы. Однако выбор конкретного психотерапевтического метода и техник зависит от ряда факторов – клинической картины болезни, личностных особенностей пациента, времени, которое планируется потратить на психотерапию, компетенции психотерапевта (владение определенными психотерапевтическими методиками).

Кроме того, при терапии пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением используют различные виды невербальной психотерапии: телесно-ориентированная терапия, танцевальная терапия, ритмо-двигательная терапия.

Предлагаемый вашему вниманию справочник состоит из четырех глав. В первой главе представлены теоретические вопросы психологии пищевого поведения. Тут рассматриваются существующие теории и модели нарушений пищевого поведения, в первую очередь психосоматические теории и модели аддикции. В данной главе представлен анализ различных форм совладающего поведения и защитных механизмов личности, в том числе у людей,

страдающих нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением. Кроме того, тут рассматриваются основные виды и формы нарушений пищевого поведения и соответствующие им картины личности.

Вторая глава справочника посвящена вопросам психодиагностики при нарушениях пищевого поведения. Вниманию читателя предлагается комплексная многоосевая модель диагностики, использующая сопоставление психофизических признаков темперамента и характера, разработанных Э. Кречмером, У. Шелдоном, В. Райхом и А. Лоуэном, с типами организации характеров, принятых в психоаналитической диагностике, а также с классификациями характера в рамках типологии индивидуально-личностных свойств, типологии стилей жизни и соционической типологии. Далее приводится набор тестов, которые могут оказаться полезными при работе с пациентами с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением.

В третьей главе справочника рассматриваются общие вопросы психотерапии при нарушениях пищевого поведения и алиментарном ожирении. Рассматриваются также вопросы консультирования и психотерапии клиентов невротического, пограничного и психотического уровней развития и клиентов с различными типами характера. В качестве методов индивидуального психологического консультирования и психотерапии в данной главе приведены техники когнитивно-поведенческой психотерапии, позитивной психотерапии, гештальт-терапии, нейролингвистического программирования (НЛП) и транзактного анализа. В качестве метода групповой терапии нарушений пищевого поведения и алиментарного ожирения предлагаются техники семейной психодрамы.

Четвертая глава посвящена вопросам применения различных направлений телесной терапии при нарушениях пищевого поведения и алиментарном ожирении. В настоящее время и исследователи-теоретики, и практики, психологи и психотерапевты, заговорили о том, что расстройства пищевого поведения в огромной степени являются результатом нарушений образа тела, и поэтому терапия, направленная на образ тела, необходима для комплексного лечения этих расстройств. В данной главе рассмотрены различные подходы к исследованию образа физического Я при нарушениях пищевого поведения и алиментарном ожирении, основные принципы телесной терапии, общие техники психотелесной диагностики и терапии. Тут представлены два направления телесной групповой терапии, хорошо зарекомендовавшие себя в работе с нарушениями пищевого поведения: танцевально-двигательная терапия и ритмо-двигательная терапия.

Хотя в справочнике в достаточном объеме отражены теоретические вопросы психологии пищевого поведения, все же в первую очередь тут представлены техники психотерапии, точнее – упражнения, которые психолог (психотерапевт, консультант) может использовать в своей практической работе. Эта книга – руководство для психологов и консультантов, работающих в различных учреждениях (государственных и частных клиниках, школах, больницах и общественных центрах здоровья) с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением. Здесь необходимо подчеркнуть, что мы следуем практике зарубежной литературы, в которой термины «терапия» и «психотерапия» используются как синонимы. Поэтому в дальнейшем в тексте термины «психотерапия» и «терапия», «психотерапевт» и «терапевт» взаимозаменяемы. Кроме того, в ряде случаев в том же значении мы используем термин «консультант». Аналогичным образом в тексте взаимозаменяемы термины «пациент» и «клиент».

Глава 1

Психология пищевого поведения

Под **пищевым поведением** понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2005). Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Пищевое поведение может быть гармоничным (адекватным) или девиантным (отклоняющимся), это зависит от множества параметров, в частности от того, какое место занимает процесс питания в иерархии ценностей индивида, а также от количественных и качественных показателей питания. Этнокультурные факторы оказывают огромное влияние на стереотип пищевого поведения, особенно в период стресса. Извечный вопрос о значении питания – это вопрос о связи питания с жизненными целями («есть, чтобы жить, или жить, чтобы есть»).

В общем поведение человека определяется как «целостная активность, направленная на удовлетворение биологических, физиологических, психологических и социальных потребностей» (Шостак, Лытаев, 1999). В свою очередь, потребность – это состояние объективной нужды организма в чем-то, что лежит вне его, составляет необходимое условие его функционирования (Гиппенрейтер, 1999) и является источником его активности (Шостак, Лытаев, 1999). Потребность в пище является одной из первичных, *биологических* потребностей, она направлена на поддержание гомеостаза. Люди едят для того, чтобы получать необходимую энергию, строить новые клетки и создавать сложные химические соединения, необходимые для жизни. Согласно теории А. Маслоу, потребности человека, касающиеся биологического выживания, должны получить удовлетворение на минимальном уровне, прежде чем станут актуальными любые потребности более высокого уровня (Хьелл, Зиглер, 1997). Тем не менее ежедневный рацион человека, как правило, не ограничивается лишь жизненно необходимыми калориями и питательными веществами. Кроме того, количество съеденного, время приема пищи, предпочтение определенных продуктов питания и их сочетаний – все это отличается своеобразием у каждого человека. Пищевое поведение определяют не только потребности, но и полученные в прошлом знания и стратегии мышления (Фрэнкин, 2003). Тогда потребности можно представить как диспозиции, которые запускают определенные формы поведения или придают им направление, но сами по себе не могут служить факторами, на основании которых можно объяснить ту или иную форму поведения. Хотя потребность в энергии и создает такое биологическое влечение, как чувство голода, на конкретное поведение (что человек будет есть) влияют сформировавшиеся привычки и стратегии мышления (Фрэнкин, 2003). Биологические потребности, с учетом индивидуального опыта и конкретных условий, относятся к *физиологическим* потребностям. С ними тесно связаны привычки – сформированные в процессе онтогенеза стереотипные действия высокой степени прочности и автоматизации (Шостак, Лытаев, 1999). Пищевые привычки определяются традициями семьи и общества, религиозными представлениями, жизненным опытом, советами врачей, модой (Конышев, 1985), экономическими и личностными причинами.

Кроме того, стиль питания отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека. Ни одна другая биологическая функция в ранние годы жизни не играет столь важной роли в эмоциональном состоянии человека, как питание. Ребенок впервые испытывает избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления; таким образом, удовлетворение голода обретает крепкую связь с ощущением комфорта и защищенности.

Страх голодной смерти становится основой ощущения незащищенности (страх перед будущим), даже если учесть, что в современной цивилизации смерть от голода – явление редкое. Для ребенка ситуация насыщения эквивалентна ситуации «меня любят»; фактически чувство защищенности, связанное с насыщением, основано на этом тождестве (оральная чувствительность) (Александр, 2002). Кроме этого, ощущения губ и языка ребенка при грудном кормлении представляют собой нечто приятное. Позднее ребенок пытается воспроизвести, повторить этот приятный опыт, когда сосет большой палец руки. Таким образом, чувства сытости, защищенности и любви в переживаниях младенца тесно связаны и смешаны между собой (Любан-Плоцца и др., 2000).

Другой чрезвычайно важной эмоциональной установкой, которая уже в раннем младенчестве обретает связь с голодом и приемом пищи, является собственничество и все, что под этим подразумевается, то есть жадность, ревность и зависть. Для ребенка обладание эквивалентно телесной (оральной) инкорпорации. Когда собственническая тенденция и желание поглощать натываются на препятствия, рождаются агрессивные импульсы: стремление взять силой то, что не дают. Кусание становится первым проявлением враждебности (оральной агрессии). Естественно, эти собственнические агрессивные импульсы, основанные на оральной инкорпорации, с развитием осознания становятся первым источником чувства вины. Этим объясняется то, почему в процессе психоанализа у невротиков, страдающих различными пищевыми нарушениями, центральной эмоциональной проблемой обычно оказывается чувство вины.

Это во многом проясняет смысл собственности, жадности, ревности, зависти и стремления к защищенности при нарушениях пищевого поведения. Каждый раз, когда вышеописанные эмоции подавляются, когда нет возможности их выразить с помощью произвольного поведения, они создают остаточное напряжение и могут тем самым оказывать хроническое негативное влияние (через вегетативную нервную систему) на различные фазы пищеварительного процесса. Эти эмоции в силу их асоциальной, агрессивной природы легко порождают конфликты с окружающим миром, что в результате ведет к их вытеснению. Ощущениями физического удовольствия, связанными с ранними формами питания (сосание), объясняется распространенность эмоциональных расстройств пищевых функций, когда конфликты затормаживают развитие генитальных функций. Подавляемые сексуальные желания в регрессивном виде выражаются в виде приема пищи и в нарушениях пищевого поведения.

Метафорическое и символическое значение еды достаточно очевидно: поддерживать жизнь, вкушать мир, ощущать вкус мира, впускать в себя, встречать мир (Перлз, 2000). В онтогенезе акт принятия пищи, как и всякая психическая функция, выступает сначала в своей естественной форме – как функция организма, для осуществления которой необходим другой человек – кормящая мать (Соколова, 1989). В первые дни и месяцы жизни ребенка кормление становится той «ведущей деятельностью», в которой формируются другие психические процессы – отношение к себе как эмоциональная матрица самоосознания. На первом году жизни отношения матери и ребенка во многом определяются приемом пищи. Кормящая мать, навязывая ребенку, вопреки его желанию, ритм кормления, тем самым учит ребенка недоверию к себе самому и к окружающему миру (Соколова, Николаева, 1995).

Существует опасность возникновения нарушений развития, если грудной ребенок переживает фрустрацию своих витальных потребностей, которую он не способен осознать. Если такой младенец получает питание, он часто глотает поспешно, не испытывая насыщения. Этот тип поведения является ответом младенца на «незащищенные», нарушенные отношения с матерью.

Установка матери относительно ребенка имеет более важное значение, чем метод кормления. На это указывал уже З. Фрейд. Если мать не проявляет любви к ребенку, если при

кормлении она в мыслях далека от него или спешит, у ребенка может появиться агрессия к матери. Эти агрессивные импульсы ребенок не может ни выразить в поведении, ни преодолеть, он может их лишь вытеснить. Это ведет к амбивалентной установке к матери. Конфликтующие чувства обуславливают различные вегетативные реакции. С одной стороны, организм готов для приема пищи. Если же ребенок бессознательно отвергает мать, это ведет к обратной реакции – к спазмам, рвоте. Это может быть первым психосоматическим проявлением более позднего невротического развития.

Кормление может поощрять и наказывать, с молоком матери ребенок «впитывает» систему значений, опосредующих естественный процесс поглощения пищи и превращающих его в орудие внешнего контроля, а затем и самоконтроля (Столин, 1983). Более того, ребенок получает мощное средство воздействия на других своим поведением во время кормления, он может вызывать тревогу, радость, повышенное внимание, то есть учится манипулировать поведением значимого взрослого (Bruch, 1973). В то же время еда для ребенка поддерживает бессознательную фантазию единения с матерью, при этом впоследствии символическим замещением матери может стать продовольственный магазин или холодильник. Для многих взрослых людей быть сытым означает находиться в безопасности и не быть покинутым матерью, поэтому удовлетворение непреодолимого желания поесть неосознанно способствует ослаблению страха (Обухов, 1999).

Необходимо также отметить *социальное* значение еды. Питание человека с самого рождения связано с межличностным взаимодействием. Впоследствии еда становится неотъемлемой составляющей процесса общения, социализации: празднования различных событий, установления и формирования деловых и дружеских взаимоотношений. В свою очередь, традиции, пищевые привычки отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность, а также семейное воспитание в сфере пищевого поведения. При анализе психосоциальных аспектов ожирения выделяют следующие функции пищевого поведения: поддержание гомеостаза, релаксация, получение удовольствия, коммуникация, самоутверждение (оно связано с представлением о престижности пищи и «солидной» внешности), познание, поддержание ритуала или привычки, компенсация, награда, защита и удовлетворение эстетической потребности (Креславский, 1981).

Таким образом, пищевое поведение человека направлено на удовлетворение не только биологических и физиологических, но также психологических и социальных потребностей.

Помимо чувства голода и стимуляции, исходящей от еды, существует множество других внутренних и внешних стимулов, вызывающих желание есть или ориентирующих на выбор определенной пищи. Желание есть и принятие пищи есть результат взаимодействия между этими стимулами и стабильными физиологическими и психологическими характеристиками индивидуума. Принятие пищи не всегда связано с утолением голода, и едой нередко злоупотребляют в целях удовлетворения широкого спектра иных потребностей.

Мотивацией называется «осознаваемая причина, лежащая в основе выбора действий и поступков личности» (Шостак, Лытаев, 1999). Согласно этому определению, пищевое поведение человека можно рассматривать как целостную активность, связанную с мотивацией приема пищи.

Хотя питание, безусловно, является физиологической потребностью, психологическая мотивация также влияет на пищевое поведение – как здоровое, так и патологическое. Например, потребность поесть может быть вызвана как положительными (например, счастье), так и отрицательными (например, злость, депрессия) эмоциями (Arnou et al., 1995; Heatherton, Baumeister, 1991; Macht, Simons, 2000; Sherwood et al., 2000), а также желанием «себя накормить» (Leham, Rodin, 1989). Тут играют роль также интернализированные социальные установки, нормы и ожидания в отношении потребления пищи (Pliner, Chaiken, 1990).

Существует четырехкомпонентная модель, описывающая мотивации пищевого поведения (Jackson et al., 2003). Она основана на аналогичной модели мотивации употребления алкоголя и включает в себя такие компоненты мотивации, как: 1) совладание с отрицательными эмоциями, 2) социализация, 3) соответствие ожиданиям других людей и 4) получение удовольствия.

Количество, качество и частота потребления пищи зависят от таких феноменов, как чувство голода, аппетит и чувство насыщения. *Физиологическим* регулятором количества потребляемой пищи является *голод* – совокупность неприятных переживаний, заключающихся в ощущении пустоты и спазмов в желудке и в инстинктивном ощущении необходимости поесть (Татонь, 1981). Чувство голода возникает тогда, когда питательные запасы организма недостаточны для энергетического равновесия. Одним из факторов голода является сокращение пустого желудка, которое механорецепторы его стенок передают в головной мозг, где и формируется чувство голода. Иногда мощные сокращения мышц желудка связаны со снижением концентрации глюкозы в крови. По данным многих исследований, чувство голода также зависит от температуры окружающей среды (Корешкин, 1998). Тем не менее необходимо отличать голод как физиологическое состояние от психологического акта восприятия и осознания голода, то есть от психологического переживания, выражающегося в неприятном и приковывающем внимание ощущении, которое человек испытывает при лишении пищи и которое приводит к поиску еды для облегчения дискомфорта. В более позитивной форме это желание называется аппетитом, который играет важную роль в получении удовольствия от еды и формировании пищевых привычек (Савчикова, 2005).

Annetum (лат. *appetitus* – «стремление, желание»), один из *психологических* факторов регуляции пищевого поведения, представляет собой «общее чувство приятных эмоциональных ощущений, связанных со стремлением человека к приему определенной пищи» (Корешкин, 1998). Аппетит может быть компонентом чувства голода, но может существовать и сам по себе, независимо от питательных запасов организма. В отличие от голода, аппетит не зависит от сохранения энергетического равновесия, он может усиливаться или ослабевать под воздействием различных условных раздражителей (Газенко, 1987). Аппетитность конкретной пищи в большой степени зависит от отношения к ней.

Противоположными по отношению к аппетиту и голоду являются состояния *насыщения* и *сытости*, для которых характерно отсутствие желания есть. Насыщение заставляет закончить прием пищи, при сытости желание есть подавляется на какое-то время. Эти состояния сопровождаются чувством удовольствия и ощущением полноты в желудке. Существует четыре стадии достижения сытости, частично перекрывающие друг друга: сенсорная, когнитивная, состояния после принятия пищи и после ее всасывания (Газенко, 1987). Прекращение приема пищи до ее всасывания и усвоения является идеальным с точки зрения физиологии питания. В случае регулярного прекращения потребления пищи лишь после ее усвоения, при повышении уровня питательных веществ в крови, неизбежны переедание и избыток веса (Корешкин, 1998).

В регуляции чувства голода, аппетита и насыщения большое значение имеет работа головного мозга. Прежде всего это центры голода и насыщения в гипоталамусе и соответствующие им образования в лимбической системе и коре больших полушарий. При этом роль основного звена с точки зрения формирования пищевой мотивации принадлежит гипоталамусу, который не только обеспечивает вегетативную основу эмоционально-поведенческих реакций, но и управляет всеми основными гомеостатическими процессами, в том числе липостатом – системой, контролирующей постоянство веса тела (Зайчик, Чурилов, 2001). В 60-70-х годах XX века ученые пришли к единому мнению о локализации центра голода (аппетита) и центра насыщения, соответственно, в вентролатеральных и вентромедиальных ядрах гипоталамуса. Повреждение вентромедиального нервного центра гипоталамуса вызы-

вает переедание, а повреждение латеральной зоны гипоталамуса приводит к потере аппетита.

Позднее было выявлено большое количество нейропептидов, регулирующих пищевое поведение. Были выделены 2 группы пептидов: стимулирующие (орексигенные) и подавляющие (анорексигенные) процесс потребления пищи. Так, в частности, установлено, что при повышении активности катехоламинов в центральной нервной системе пищевое поведение подавляется. Исследована и роль другого нейротрансмиттера – серотонина. Показано, что при повышении его уровня в гипоталамических структурах возникает чувство сытости и пищевое поведение подавляется, а при уменьшении – наоборот активизируется. Установлено, что повышение уровня серотонина особенно ярко выражено после употребления пищи, богатой углеводами или белками, что связано с особенностями обмена и прохождения через гематоэнцефалический барьер предшественника серотонина – аминокислоты триптофана (Campbell, 1991).

Наряду с катехоламинами и серотонином известен еще ряд веществ, так или иначе влияющих на пищевое поведение: нейропептид-У, холецистокинин, лептин, кортикотропин-релизинг-фактор, эндорфины, некоторые аминокислотные последовательности (фрагменты молекулы АКТГ) и др. Их влияние на потребление пищи различно. Снижение пищевой активности связывают с лептином и холецистокинином, а ее повышение – с нейропептидом У и эндогенными опиатами (эндорфинами) (Drewnowski et al., 1995; Lauterio et al., 1999).

Кроме того, сама пища, вернее – нутриенты, в ней содержащиеся, являются мощными регуляторами аппетита и пищевого поведения. Установлено, что чувство голода возникает при уменьшении содержания глюкозы в крови и в спинномозговой жидкости, а также гликогена в печени. К этому состоянию чувствительны афферентные волокна вагуса и «пищевые» ядра гипоталамуса. При восстановлении нормального содержания глюкозы наступает насыщение, и потребление пищи прекращается. Другими словами, организм довольно жестко контролирует потребление углеводов и их баланс. Обусловлено это, скорее всего, малой емкостью депо гликогена. Действительно, по оценкам разных авторов, возможности накопления гликогена в организме не превышают 120–170 г (Кендыш, 1985).

Несколько иначе обстоят дела с потреблением жира. Согласно данным ряда исследований, увеличение количества жира в пище не приводит к адекватному уменьшению потребления других нутриентов, так что в целом потребление калорий возрастает (Lawton et al., 1994; Vuemann et al., 1998; Carmichael, 1999). Эти исследования позволяют сделать вывод о том, что регуляция потребления энергии на фоне диеты с большим содержанием жира нарушается, что может привести к перееданию. При этом избирательное удаление жира из диеты не ведет к адекватному увеличению потребления других нутриентов и к полной энергетической компенсации дефицита жира (Pi-Sunyer, 1990). В отличие от углеводов, возможности накопления жира намного выше: его запасы могут достигать десятков килограммов. Видимо, этим обусловлено отсутствие тесной связи между потреблением жира и массой его запасов.

Выбор пищи зависит от комплекса физиологических, психологических и социокультурных факторов. При изучении влияния когнитивных факторов на чувствительность к внутренним и внешним признакам голода были получены данные, говорящие о том, что на субъективную оценку чувства голода и насыщения влияет не только калорийность пищи (небольшое чувство голода и выраженное ощущение сытости возникает после приема высококалорийной пищи, что указывает на нормальную чувствительность к внутреннему стимулу голода), но и представление о составе пищи; таким образом, внешние раздражители оказывают влияние на формирование ощущений голода и насыщения у человека (Ogden, Wardle, 1990).

Была создана также биопсихосоциальная модель контроля над аппетитом, где учитываются психологические, биологические, психосоциальные факторы, окружающие условия и связь между ними (Blundell, 1990). Экономические условия, жизненные события и стрессы, культурно обусловленные представления о нормах внешнего вида, образ тела – все это влияет на «концептуальную нервную систему» (когнитивные процессы, атрибуции, убеждения, настроения) и связанную с ней центральную нервную систему.

Таким образом, проблема изучения потребления пищи приобрела самостоятельное значение, она была отделена от проблем изучения процесса пищеварения (Коньшев, 1985; Вознесенская, Дорожевец, 1987). Самой простой формой пищевого поведения является прием пищи с целью удовлетворения потребности в питательных веществах, когда еда является средством поддержания энергетического и пластического равновесия (Покровский, 1974). Однако пищевая потребность, будучи чисто биологической по своей природе у животных, у человека предстает в более сложном виде, являясь средством:

- разрядки психоэмоционального напряжения;
- чувственного наслаждения, выступающего как самоцель;
- общения, когда еда связана с пребыванием в коллективе;
- самоутверждения, когда первостепенную роль играют представления о престижности пищи и о соответствующей «солидной» внешности;
- поддержания определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции);
- компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе и т. д.);
- награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи;
- удовлетворения эстетической потребности (Савенков, 1985).

1.1. Нарушения пищевого поведения: теории и модели

Пищевое поведение человека лежит в рамках континуума, включающего нормальные пищевые паттерны, эпизодические пищевые расстройства и, наконец, патологическое пищевое поведение. Несмотря на то что чрезвычайно сложно определить «нормальные» пищевые паттерны и что исследователи часто игнорируют отношения между нормальным и патологическим развитием пищевого поведения (Russ, 1998), существует определенная типология пищевого поведения и его нарушений.

«Справочник по диагностике и систематике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) предусматривает три вида нарушений пищевого поведения: нервную анорексию, нервную булимию и неуточненные расстройства пищевого поведения, в частности расстройство по типу переедания, так называемые пищевые кутежи, или компульсивное переедание (Binge Eating) (см. разделы 1.2.1.-1.2.3. настоящей главы).

«Международная классификация психических болезней» 10-го пересмотра (МКБ-10), используемая в нашей стране, рассматривает «Расстройства приема пищи» (F50) в разделе F5 («Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами») и включает сюда нервную анорексию и нервную булимию.

В современных концептуальных классификациях психических и поведенческих расстройств нервную анорексию (НА) и нервную булимию (НБ) относят к нарушениям аффективного и обсессивно-компульсивного спектра либо рассматривают как особый вариант психосоматической патологии. Например, психогенные нервную анорексию (НА) и нервную булимию (НБ) относят к вегетозам, которые определяются как широкая группа заболеваний, основным звеном патогенеза которых является нарушение взаимовлияний центральной нервной, вегетативной нервной и иммунной систем, что приводит к нарушению вегетативного обеспечения функционирования различных эффекторных систем организма в поддержании гомеостаза (Парцерняк, 2002).

С другой стороны, нервная булимия часто сочетается со злоупотреблением психоактивными веществами. Данные экспериментально-психологического обследования нарколологических и булимических больных демонстрируют выраженное сходство этих групп (повышенная импульсивность, тревожность, сниженная самооценка, коммуникативные нарушения), так что есть основания думать, что теоретически булимия укладывается в модель аддиктивного поведения (Попов, Вид, 2000).

В литературе можно встретить расширенное толкование пищевых аддикций, куда относят и нервную анорексию, и булимию (Короленко, Дмитриева, 2000; Gold et al., 1997; Reid, Burg, 2000).

Ожирение – увеличение массы тела за счет избыточного отложения жировой ткани. Различают экзогенно-конституциональное ожирение вследствие несоответствия между поступлением и расходом энергии при наличии конституциональной предрасположенности; церебральное ожирение, связанное с заболеваниями головного мозга (воспалительный процесс, травма, опухоли), эндокринное ожирение, возникающее при патологии эндокринной системы (заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и др.).

Алиментарно-конституциональное ожирение является классическим психосоматическим заболеванием, приводящим к формированию вторичных невротических расстройств (Красноперова, 2001) (см. раздел 1.2.5. настоящей главы). В то же время причиной его возникновения является нарушение пищевого поведения, приравниваемое к психическим расстройствам пограничного уровня (Stunkard et al., 1980, 1986, 1990). Таким образом, переедание (гипералиментацию) можно оценить как неполноценную форму психоэмоциональной адаптации (Вознесенская, Дорожевец, 1987). Нарушение пищевого поведения явля-

ется одним из видов патологической адаптации, социально приемлемым видом аддиктивного поведения (Ротов и др., 1999).

Некоторые исследователи (Менделевич, Соловьева, 2002) относят аддиктивное поведение, в том числе и пищевую аддикцию, к психосоматическим заболеваниям, происхождение которых рассматривается в рамках поведенческих теорий.

Психосоматическая гипотеза, комбинирующая теорию социального научения с концепцией стресса, объясняет эмоциогенное пищевое поведение (см. раздел 1.2.4. настоящей главы) и ожирение (Bruch, 1961; Kaplan, Kaplan, 1957). Согласно этой гипотезе, ожирение является следствием неспособности проводить различие между чувством голода и состоянием тревоги, в результате чего человек реагирует на стресс как на голод, увеличивая потребление пищи, вследствие чего он приобретает избыточный вес. Переедание объясняется смешением внутренних активационных состояний и чувства голода, что обусловлено ранним опытом (Van Strein et al., 1986); такая модель подчеркивает значение отношений мать-дети в генезе ожирения. Когда мать предлагает еду в ответ на сигналы ребенка, свидетельствующие о голоде, у младенца постепенно формируется чувство голода, которое отличается от других потребностей и состояний дискомфорта. Если же реакция матери длительное время неадекватна, то по мере своего роста ребенок не обретает способности отличать состояние голода от других дискомфортных состояний. Чем шире диапазон точных реакций на различные выражения потребностей и импульсов ребенка, тем более точно ребенок учится разделять свои различные телесные переживания, ощущения, мысли и чувства.

Были выделены разнообразные по силе и длительности воздействия факторы, способствующие развитию нарушений пищевого поведения: конституционально-биологические, социально-психологические, микросоциальные, психогенные, соматогенные. В генезе формирования нарушений пищевого поведения роль и сочетание этих факторов неоднозначна. Механизмы возникновения пищевых нарушений также до конца не раскрыты. В частности, есть мнение, что они связаны с нарушением трансмиссии серотонина в структурах головного мозга, отвечающих за регуляцию пищевого поведения (Leibowitz, Alexander, 1998).

Далее нам предстоит кратко рассмотреть основные теории возникновения психосоматических заболеваний, а также основные теории формирования аддикции, в первую очередь – пищевой.

1.1.1. Психосоматические теории и модели

В 1818 году немецкий врач из Лейпцига Хайнрот (Heinroth, 1818) ввел термин «психосоматический». Через 10 лет М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время дополняющее по отношению к «психосоматическому». В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь столетие спустя. Термин «психосоматический» окончательно прижился в медицине благодаря венским психоаналитикам (Deutsch, 1953), и с этого времени появилась психосоматическая медицина как «прикладной психоанализ в медицине».

Несмотря на то что слово «психосоматика» очень часто употребляется как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины,

ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»).

Итак, психосоматика (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) – научное направление, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить характеристиками какой-то одной подсистемы – психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей дает возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии (Малкина-Пых, 2004в).

Поэтому в настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением, которое:

- направлено на лечение заболеваний и, следовательно, находится в рамках медицины;
- исследует влияние эмоций на физиологические процессы, то есть является предметом исследования физиологии;
- как отрасль психологии исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции;
- как раздел психотерапии ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;
- как социальная наука исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

1. Конверсионные симптомы. Невротический конфликт включает в себя вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрацию симптомов можно понимать как попытку решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примеры: истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

2. Функциональные синдромы. К этой группе относится большая часть «проблемных пациентов», которые приходят к врачу с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, касающихся сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, двигательного аппарата, органов дыхания или мочеполовой системы. Врач нередко теряется, сталкиваясь с подобной симптоматикой, в силу многообразия этих жалоб. Часто у таких больных выявляют только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, отсутствуют. В отличие от конверсионных симптомов, тут отдельный симптом не имеет специфического значения. Александер рассматривал такие соматические симптомы как сопутствующие феномены эмоционального напряжения и называл их органными невротами (Александер, 2002).

3. Психосоматозы – психосоматические болезни в более узком смысле. В их основе лежит первично соматическая реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологическими изменениями и патологическими нарушениями в органах. Индивидуальная предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органиче-

скими изменениями, принято называть «истинными психосоматическими болезнями», или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов: бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. В последнее время этот круг расширился, и к «классическим психосоматозам» присоединились: рак, инфекционные заболевания и многие другие состояния, в том числе и нарушения пищевого поведения в виде нервной анорексии, нервной булимии, различных форм психогенного ожирения.

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана жесткая модель психосоматического заболевания. В последующем ее вытеснили представления о том, что любое заболевание развивается при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен. Он определяется:

1. неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
2. наследственной предрасположенностью к психосоматическим расстройствам;
3. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
4. личностными особенностями;
5. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
6. фоном неблагоприятных семейных и социальных факторов;
7. особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

Эмоциональная реакция, главным образом в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринной моторной реакции и характерного ощущения страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферой. Защитные физиологические механизмы предотвращают развитие чувства страха, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью этот феномен и его патогенное действие. Это процесс торможения, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему, что приводит к патологическим изменениям в различных системах органов.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую систему органов, за функциональным этапом следуют морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор тут является причиной повреждения.

К психосоматическим заболеваниям относят такие нарушения здоровья, этиопатогенез которых – соматизация переживаний, то есть соматизация, при которой защита психического равновесия ведет к нарушениям телесного здоровья. Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту – функциональный очаг патологической психической импульсации. Эта импульсация, поступающая из внутренних органов в ЦНС, усиливает негативные ощущения, что, в конечном счете, приводит к формированию патологического состояния. Таким образом, негативные эмоции висцерального происхождения как бы подкрепляются личностными реакциями таких больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астени-

зирует нервную систему, кора головного мозга становится более чувствительной к внешним воздействиям и interoцептивным сигналам. Поэтому появление выраженных соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любым незначительным нарушением деятельности внутренних органов и даже патологическим восприятием их обычной работы. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обрастает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма.

Ключевым звеном в этом процессе является долговременная память. Это всегда эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем выше вероятность активации следа памяти в дальнейшем, и пережитое человеком стрессовое состояние надежно закрепляется в долговременной памяти. На основе механизмов реверберации возбуждения и долговременной постсинаптической потенциации пережитое состояние паники, страха, ужаса сохраняется в виде энграмм – «следов памяти». В итоге запас уже сложившихся энграмм получает особое значение для развития психосоматических расстройств. Первостепенным фактором, обуславливающим преимущественную локализацию психосоматических расстройств, становится страх смерти, испытанный хотя бы раз в жизни в связи с каким-либо заболеванием.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении человека. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях эти механизмы действуют на выбранный орган разрушительно.

Выбор органа зависит от корковых связей, влияющих на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующих степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Очаг психической импульсации взаимодействует с соматическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему – патологическую, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания.

Исследователи говорят о препсихосоматическом личностном радикале – о тех особенностях личности, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патологическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте.

В современной психосоматике различают предрасположенность, а также факторы, активизирующие и задерживающие развитие болезни. Предрасположенность – это врожденная (например, генетически обусловленная), а при определенных условиях и приобретенная склонность к тому или иному органическому заболеванию или неврозу. Толчком к развитию заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. В любом случае для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия психосоматических нарушений не позволяет отрицать основной диагноз. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь факторов: предрасположенность – личность – ситуация.

Таким образом, современное понимание патогенеза психосоматических заболеваний предполагает многофакторность. Предрасположенность, влияние окружающей среды, фактическое состояние среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и

социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении – все это относится к факторам, способствующим развитию психосоматических заболеваний.

Существует достаточно большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний, а также способов их классификации. Мы рассмотрим наиболее популярные из этих концепций.

Характерология и типологии личности. В древности Гиппократ, а затем Гален описали разные типы темпераментов: сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. Это положение нашло дальнейшее развитие в психологических теориях конституции Эрнста Кречмера (Кречмер, 1995) и Уильяма Шелдона (Sheldon, Stevens, 1942) (см. разделы 2.2.1.-2.2.3. главы 2).

Классические работы характерологического направления в сфере психосоматики принадлежат американскому врачу Флендерс Данбар (F. Dunbar), которая на основе непосредственных клинических наблюдений определила у 80 % людей, имевших повторные несчастные случаи, характерный личностный профиль, который она назвала «личность, склонная к несчастьям». Это импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, любящие приключения люди, которые живут одним моментом, а не для будущего, поддаются любому спонтанному порыву, не контролируют свою агрессивность в отношении других людей, особенно пользующихся авторитетом. При этом они проявляют тенденцию к самонаказанию, исходящую из неосознанного чувства вины. Этому профилю личности Данбар противопоставляет людей, склонных к жалобам на стенокардию и к развитию инфаркта миокарда. Это люди выдержанные, способные к целенаправленной деятельности и самообладанию, они в состоянии отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели. В современной медицине применение этого подхода приобрело большое значение в исследовании определенной типологии «личностей риска», как это, например, предлагает рабочая группа R. Rosenman и M. Friedman (1959, 1978), для выявления лиц с угрозой развития инфаркта миокарда (так называемого поведения типа А) – концепция, которая и сегодня привлекает большое внимание.

При этом, по мнению Данбар, лицам, страдающим психосоматическими заболеваниями, свойственны общие черты, такие как: (а) склонность к отстранению от реальности и недостаточная вовлеченность в текущую ситуацию наряду с (б) недостаточной способностью к словесному описанию своих эмоциональных переживаний.

Психоаналитические концепции. Научная основа, на которую в дальнейшем опирались психосоматические исследования, была заложена З. Фрейдом, который утверждал, что подавленные эмоции порождают конверсионные симптомы (конверсионная модель). Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные), принимая ту или иную символическую форму, порождают симптомы (Бройтигам и др., 1999).

К теориям данного направления относятся также: теория де- и ресоматизации Шура (Schur, 1974), модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале (Engel, Schmale, 1967), концепция потери объекта Фрайбергера (Freyberger, 1976 a, b), концепция двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения, Митчерлиха (Mitscherlich, 1956 a,b).

Конверсионная модель З. Фрейда. История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции Фрейда, который совместно с Брейером доказал, что «подавленная эмоция», «психическая травма» путем «конверсии» могут проявляться как соматические симптомы. Фрейд утверждал, что для этого необходима «соматическая готовность» – физический фактор, который имеет значение для «выбора органа».

Впервые идею конверсии Фрейд изложил в работах «Психоневрозы защиты» и «Исследования истерии». Под конверсией он понимает смещение психического конфликта и попытку разрешить его через различные телесные симптомы: соматические, моторные (например, различного рода параличи) или сенсорные (например, утрата чувствительности

или локализованные боли). Тут психическое как бы превращается в соматическое. Либи́до отделяется от бессознательных, вытесненных представлений, и его энергия направляется в соматическую сферу. Благодаря такому «переносу» либидонозного содержания из области психического в область телесного патогенный конфликт удаляется из сознания. В соматическом симптоме символически представлено содержание бессознательной фантазии.

Конверсионная модель особенно хорошо объясняет нарушения произвольной моторики (невротически обусловленные параличи и речевые нарушения). Она также полезна для понимания психогенных расстройств чувствительности, нарушений походки, ощущения кома в пищеводе при истерии (*globus histericus*), определенных болевых состояний, мнимой беременности.

При этом Фрейд разработал важную концепцию диссоциации – активного процесса психологической защиты, механизма вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов. Эмоция, которую невозможно выразить, превращается в физический симптом, представлявший собой компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом перед возможными последствиями этого. Симптомы не только позволяют маскировать нежелательные эмоции, но и представляют собой определенное наказание за запретное желание. Эти же симптомы обуславливают и получение вторичных выгод от принятия роли больного. «Соматический язык» симптомов может также использоваться как средство коммуникации, когда последняя затруднена бессознательными, сознательными или социокультурными факторами. Такой способ общения свойствен инфантильной, незрелой, зависимой личности с невысоким уровнем образования и интеллекта. Коммуникативный эффект симптома проявляется в том, что, трансформируя тот или иной конфликт в физическое заболевание, он позволяет больному манипулировать социальным окружением, в какой-то мере снижая болезненность конфликтной ситуации.

Наряду с моделью конверсии Фрейд, рассматривая так называемый невроз тревоги, сформулировал вторую концепцию психосоматического возникновения симптомов, радикально отличающуюся от конверсии. Он обнаружил, что такие органические симптомы, как расстройства сердечной деятельности и дыхания, внезапные приступы потливости, дрожи, голода или поноса, головокружение, сужение сосудов и парестезия, сопровождают тревогу в качестве «эквивалентов приступа тревоги» (психосоматический симптом как эквивалент приступа) и часто полностью заменяют его. Позже Фрейд причислил конверсию к вытеснению, а соматический эквивалент тревоги – к более примитивному защитному механизму проекции. Общей чертой обеих концепций является то, что органическая симптоматика тут рассматривается не просто как следствие нарушения физиологических функциональных связей, а как следствие переживаний и поведения.

Теория ре- и десоматизации М. Шура. М. Шур предложил модель *десоматизации* и *ресоматизации*. Согласно его мнению, в раннем детстве для человека характерно единое «психофизиологическое переживание». Аффекты в значительной мере связаны с сопровождающими их соматическими процессами. Например, ребенок испытывает страх (реакция на психическом уровне) и одновременно дрожит, потеет, у него учащается дыхание (реакция на соматическом уровне).

Дальнейшее развитие ребенка, согласно Шуру, представляет собой *процесс десоматизации*, в ходе которого либидонозные и агрессивные энергетические напряжения нейтрализуются и совершенствуются. Как психические, так и соматические механизмы становятся более зрелыми, центральная и вегетативная нервная системы дифференцируются, улучшается координация и произвольное управление движениями, совершенствуются процессы восприятия и активные движения ребенка. По мере взросления вегетативные процессы отвода либидонозного и агрессивного напряжения теряют свое былое значение.

Шур считает, что активные действия и соматические реакции постепенно заменяются речью и внутренними переживаниями. Однако в результате неблагоприятного события и стрессовых факторов нормальный процесс десоматизации может обернуться регрессией в форме ресоматизации аффекта. В ситуациях внутренней или внешней опасности происходит возвращение раннего соматического способа реагирования. Психосоматический симптом возникает, согласно Шуру, когда при сильной нагрузке нарушается психодинамическое равновесие и происходит внезапный прорыв бессознательного материала в форме преэдиальных или эдипальных инстинктивных желаний и механизмы защиты Я не срабатывают. Все формы психосоматических расстройств сопровождается «нарциссический регресс», который проявляется в органической симптоматике. В рамках концепции регрессивной ресоматизации функций Я можно установить связь между конверсионными симптомами и их органическими эквивалентами.

Теория переживаний потери объекта и теория отказа от веры в будущее. Переживания потери объекта чрезвычайно часто встречаются в начале психосоматического заболевания (Freyberger, 1976). Типичные примеры подобных переживаний: потеря близких (временная или длительная потеря контакта с родными) или привычной деятельности (профессии). Психосоматические больные не в состоянии адекватно переработать эти переживания. В силу лабильной самооценки они воспринимают утрату как нарциссическую травму, поэтому потеря остается непроработанной. И тут может наступить депрессия, при которой больным свойственны чувства отказа от борьбы и «брошенности» («*giving up*» и «*given up*») (Engel, Schmale, 1967). После депрессии могут появиться телесные нарушения.

Энгель и Шмале (1967), признавая генетическую предрасположенность к заболеванию, в то же время рассматривали символический выбор локализации нарушения. Психосоматические заболевания – это, в значительной степени, нарушения в иммунной системе. Ослабление иммунной защиты связано с психологическим отказом от будущего, потерей веры и оптимизма. У пациентов возникает чувство потери, разрыва связи между прошлым и будущим, в результате чего они больше не могут позволить себе с доверием и надеждой смотреть в будущее. Жизнь кажется мрачной и больше не привлекает. При этом особое значение имеет жизненная ситуация в момент возникновения заболевания. Были описаны типичные аффективные состояния, характерные для комплекса «*giving up*» и «*given up*»: *отчаяние, депрессия, безнадежность, горе и печаль, чувство невозможной потери, беспомощность*. Именно реальная или символическая потеря объекта либо угроза такой потери приводит к «отказу» от веры в будущее, что, в свою очередь, ведет к снижению иммунитета.

«Соматопсихически-психосоматическими» Энгель и Шмале (1967) называют заболевания, при которых предрасполагающие биологические факторы не только действуют с момента рождения или с грудного возраста, но и участвуют, прямо или косвенно, в развитии психического аппарата. Это не означает, что биологические факторы непременно играют главную роль; но на каком-то этапе «проблемная» соматическая система начинает специфическим образом воздействовать на психическое развитие.

Исходя из работ Энгеля и Шмале, Фрайбергер (Freyberger, 1976) выделяет следующие психодинамические факторы у психосоматических больных: *депрессия после потери объекта и на рциссического нарушения, орально-регрессивные черты характер а, агрессивная защита, ограничение способности к интроспекции*.

Эти факторы, которые автор называет общим термином «прегенитальное нарушение созревания», влияют на предрасположенность к психосоматическим заболеваниям. С помощью «алекситимии» и «прегенитального нарушения созревания» Фрайбергер описывает «психосоматическую линию развития», которая у психосоматических больных включает такие компоненты, как «симптом», «конфликт» и «личностные особенности». При этом личностные особенности включают в себя следующие характеристики:

1. «Неуверенность Я» или «слабость Я»: недостаточная интроспекция, нарушенное «базисное доверие», сниженная толерантность к фрустрации с повышенной потребностью в зависимости, минимальная способность к освоению новых эмоциональных установок.

2. «Душевная пустота» вследствие сниженного чувственного переживания и механистичности мыслительных процессов наряду со сниженной способностью к психической переработке из-за недостаточного внутреннего соотнесения с неосознаваемыми фантазиями. Параллельно с этим имеет место компенсаторное выражение телесных ощущений и ипохондрических жалоб.

3. Орально-нарциссическое нарушение с яркой склонностью к непроработанным переживаниям потери объекта.

4. Защитное поведение, в частности – «жалобы и обвинения», за которыми стоит сильное стремление к зависимости от «ключевых фигур» с целью вновь завладеть утраченным объектом и компенсировать потерю.

Теория двухфазного вытеснения А. Митчерлиха. С ресоматизацией связана также концепция двухфазной психологической защиты (или вытеснения), предложенная Митчерлихом (Mitscherlich, 1954). При наличии неразрешенного внутриспсихического конфликта сначала можно наблюдать первую – психическую – фазу. Тут вследствие вытеснения или работы других форм психологической защиты происходит формирование эмоциональных и поведенческих расстройств, а также других невротических симптомов. Если же все эти средства недостаточны, наступает вторая – телесная – фаза конфликта, где на первый план выступают вызванные конфликтом соматические нарушения. При длительном существовании конфликта описанные фазы могут неоднократно чередоваться, что объясняет часто наблюдаемую в психосоматической клинике смену невротических симптомов и телесных расстройств (Любан-Плюцца и др., 1996).

Митчерлих представлял развитие психосоматического процесса в такой последовательности (Кулаков, 2003):

1. Сначала человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психосоциальном уровне:

1) при достаточной зрелости личности он пытается разрешить конфликт при помощи обычных средств социального взаимодействия (например, путем обсуждения соответствующих проблем, путем стратегий совладания) или посредством зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация);

2) в случаях, когда использования нормальных (здоровых) механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (например, невротические депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и т. п.);

3) иногда защитные механизмы включают всю личность в целом; в таких случаях говорят о невротическом развитии личности или неврозе характера.

2. Если по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим существованию конфликтом чисто психическими средствами, т. е. не срабатывает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона – соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе. Это защита на психосоматическом уровне.

3. Современные психоаналитики выделяют еще и третий уровень защиты – психотическое симптомообразование (Кернберг, 2000). Наблюдения за многими пациентами, страдающими психозами, показывают, что часто обострение психотического состояния у них сменяется психосоматическими расстройствами.

Когнитивный подход к специфике психосоматических расстройств – «схема тела» по П. Шильдеру. Понятие психической «схемы тела» было введено психоаналитиком П. Шильдером для описания системы представлений человека о физической стороне собствен-

ного Я, о своем теле, в виде своеобразной телесно-психологической «карты» (Schilder, 1950) (см. раздел 4.1. главы 4).

Схема тела тут рассматривается как биологическая, психологическая и социальная конструкция. Она предстает как динамически-историческая формация, складывающаяся из осязательных, зрительных, тепловых и болевых ощущений, а также импульсов со стороны вестибулярного аппарата, скелетной мускулатуры и внутренних органов. Схема тела тесно связана с инстинктивными потребностями, а также с межличностным опытом в социальной сфере. Поэтому нарушения схемы тела проявляются и в нарушениях отношений человека с самим собой, с другими людьми и с окружающим миром в целом. Опираясь на эту концепцию, Шильдер рассматривает социальные отношения в целом как отношения между схемами тела.

При этом «схема тела» не является пассивной и «застывшей», раз и навсегда заданной. Напротив, она динамична и субъективна, так как формируется самим человеком в процессе активной деятельности. «Схема тела» конструируется из отдельных фрагментов – различных осознанных проявлений телесного в разнообразных жизненных ситуациях. Соответственно, пересечение представлений о внутреннем мире (о собственном теле) и мире внешнем (о конкретных жизненных ситуациях) создает «репрезентативный ключ», с помощью которого мысленные представления об определенных внешних событиях оживляют соответствующую «память тела» (в современной терминологии можно говорить о шаблонах, или паттернах, эмоционального реагирования). Так, например, «ключом» для сердца может служить представление об опасной, угрожающей ситуации; «ключом» для органов пищеварения – представление о недоброкачественной пище. Отсюда и непровольные, стереотипно повторяющиеся представления о негативных ситуациях (навязчивые негативные мысли, страхи), которые с помощью «ключей» неблагоприятно воздействуют на внутренние органы, приводят к их повреждению. Таким образом, в основе психосоматических нарушений могут лежать ошибки и «белые пятна» на психологической «карте» тела. В то же время гибкость «схемы тела» дает потенциальную возможность ее пересмотра, исправления.

Шильдер подчеркивает, что схема тела – это крайне сложная психическая конструкция, состоящая из нескольких исторических слоев. Он предполагает, что она не только тесно связана с моторикой, но через нее могут контролироваться вегетативные функции, вероятно, через структуры промежуточного мозга. Таким образом, концепция Шильдера позволяет объяснить как нарушения моторики, проявляющиеся, например, в истерической конверсионной симптоматике, так и вегетативные расстройства в сфере психосоматических заболеваний.

Теория нарушения структуры Я Г. Аммона. Еще одна теоретическая концепция психодинамических механизмов возникновения психосоматических заболеваний была создана Г. Аммоном (Аммон, 2000). Психосоматическая реакция, в понимании автора, есть не результат вытеснения инстинктивных побуждений, а следствие нарушенного взаимодействия с окружающими, которое формируется в раннем периоде жизни, а затем закрепляется в дефицитарных функциях его личности и манифестирует во взрослом возрасте под действием социальных стрессоров.

Согласно Аммону (2000), психосоматическое заболевание – это выражение структурного нарушения Я. Оно говорит о том, что пациент уже при формировании соматического Я перенес повреждение в форме нарциссического дефицита, что сделало для него невозможным выход из симбиотической зависимости и обретение четких границ своей идентичности. Поэтому он в последующем развивает гиперадаптацию к требованиям внешней реальности в форме механического, лишённого смысла функционирования и реагирует на каждую ситуацию, в которой необходимо определить свою идентичность, бегством в ложную идентичность, характерную для психосоматического больного. Вместо вопроса «кто я?», связанного

с экзистенциальным страхом, такой человек задает себе вопрос «что со мной?», на который постоянно ищет ответ. Иными словами, вопрос о собственной идентичности подменяется вопросом о симптоме, функционирующем как эрзац идентичности. При этом симптом представляет собой интроецированную мать раннего детства, которая в симбиозе отвергла потребность ребенка в активном определении и обретении четкой идентичности и была способна проявлять любовь и заботу лишь тогда, когда ребенок заболел, так что вместо вопроса об идентичности ставился вопрос о симптоме.

Аммон (2000) выделяет две группы психосоматической симптоматики, которые он называет первичными или вторичными психосоматическими заболеваниями. В первом случае затронуты первичные функции Я – это нарушения пищевого поведения, зрения, слуха, походки, речи. Симптоматика при этом генерализована, фиксирована и малоподвижна, она находит выражение в целостном соматическом процессе. При вторичном психосоматическом заболевании ступень формирования символов достигает уровня архаического языка органов. Симптоматика сильнее привязана к ситуации, чаще наблюдается смена симптомов.

В анамнезе психосоматических пациентов часто выявляется, что мать, которая не смогла найти собственную идентичность в своей семье, несет в себе нереалистично завышенный образ идеальной матери и идеального ребенка. При этом беспомощный и телесно несовершенный новорожденный воспринимается матерью как тяжелая нарциссическая рана, в особенности если его пол не соответствует желаемому. Мать изначально воспринимает ребенка как больное существо, а его соматические потребности – как оскорбление. Защищаясь от этого, мать навязывает ребенку свое собственное бессознательное требование совершенства, по большей части в форме жесткого контроля над всеми его проявлениями, в особенности – над соматическими функциями. На протест ребенка против такого насилия, оставляющего его потребности неудовлетворенными, мать реагирует непониманием и враждой. Лишь соматическое заболевание ребенка позволяет матери подтвердить бессознательное представление о себе как об идеальной матери и вознаградить за это ребенка вниманием и заботой.

При этом психосоматическое заболевание имеет двойную функцию:

1. Оно дает матери возможность избежать внутреннего конфликта амбивалентного отношения к ребенку и предоставляет ту форму взаимодействия с ребенком, которая созвучна ее бессознательным требованиям и страхам. Как мать больного ребенка она получает поддельную идентичность, позволяющую отграничить себя от ребенка.

2. Приспособление к бессознательному конфликту амбивалентности матери в форме болезни дает ребенку свободу для развития функций своего Я в других зонах.

При этом процесс межличностного перемещения симптомов не ограничивается лишь отношениями матери и ребенка. Он входит в бессознательную динамику всей группы первичных психосоматических заболеваний. Проявления психических и соматических расстройств в каждом случае указывают на нарушения межличностного процесса психосоматического развития, и поэтому всякая форма патологии, даже в форме индивидуального заболевания, восходит к патологическому нарушению взаимодействия в группе, членом которой является больной и носителем симптомов которой он служит. То есть психосоматические нарушения индивидуума параллельны разрыву межличностных связей в группе, в которой он вырос и живет.

Теория специфического психодинамического конфликта Ф. М. Александера. Основателем современной психосоматики считается Франц Александер. Упомянутые выше психосоматические теории исходили из дифференцированных психологических конструкций, в их рамках с соматическими проблемами работали исключительно на психологическом уровне (конверсия, регрессия, ресоматизация и т. д.). Александер в 1950 г. предложил теорию, согласно которой симптомы вегетативного невроза являются не попыткой выразить

подавленное чувство, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Александер говорит о вегетативном неврозе в случае постоянного физиологического сопровождения эмоционального напряжения при отсутствии действия, направленного вовне и сбрасывающего напряжение. На втором этапе обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах (Александер, 2002).

Спектр хронически вытесняемых эмоций в значительной мере индивидуален, его специфику определяют личностные особенности пациента. Александер выявил определенную психосоматическую специфику тех или иных эмоций: вызываемые ими телесные нарушения проявляются именно в тех системах организма, с которыми данные эмоции имеют «сродство». Кроме того, существует уязвимость затронутых органов – либо конституциональная, либо приобретенная очень рано. Это было названо «икс-фактором»: уязвимость органа плюс специфические психологические особенности совместно ведут к развитию органических симптомов. При этом психосоматические пациенты обнаруживают склонность к повторению определенных негативных эмоций в конфликтных ситуациях. Подобные эмоциональные шаблоны связаны с «конфликтными констелляциями» в структуре личности, отражающими, по мнению Александера, конфликты раннего (превербального) периода жизни пациента. Впоследствии, в зрелом возрасте и в сходных жизненных ситуациях, эти ранние конфликты актуализируются. Тем самым для каждого пациента существуют определенные специфические внутриспсихические конфликты и соответствующий им набор внешних конфликтных ситуаций, «жизненных констелляций», вызывающих привычные негативные эмоции и, как следствие, – психосоматические нарушения. Поэтому данная модель психосоматики получила название «теории специфических для болезни психодинамических конфликтов». То есть помимо психической конфигурации и «икс-фактора», существует третье условие, пусковой механизм, – это ситуация-ускоритель, влияющая на пациента. Человек со специфической уязвимостью органа и характерной конфликтной моделью заболевает соответствующей болезнью только в том случае, если случайный поворот событий в его жизни мобилизует его центральный конфликт, приводя к разрушению психической защиты организма.

Александер также предложил векторную теорию развития психосоматического симптома. Он рассматривает три вектора: 1) желание объединить, получить, принять; 2) желание исключить, удалить, отдать, израсходовать энергию для нападения, для нанесения вреда или какого-то действия; 3) желание сохранить, накопить. Специфический психический конфликт между тремя векторами влечет за собой нарушения в определенных органах.

Поведенческое направление в интерпретации психосоматических заболеваний.

По мнению ряда авторов, в основе психосоматических заболеваний может лежать нарушение функционально-гедонистических соотношений, формирующих поведение, которое является результатом неправильного, неадекватного научения (Орлов, Гройсман, 1998). В рамках бихевиоризма термин «психосоматическое расстройство» трактуется достаточно широко, сюда относят разнообразные формы отклоняющегося поведения, в частности – аддиктивное поведение. Ключевыми тут являются такие понятия, как мотивация (система мотивов), адекватное или неадекватное опредмечивание (процесс, в результате которого та или иная потребность находит свой «предмет») потребностей, система ценностей личности. Поскольку данные понятия относятся к области психологических феноменов, формирующихся в процессе социализации, в ходе социально-психологического функционирования личности, в центре внимания при поведенческом подходе оказываются социальные и социально-психологические факторы психосоматической патологии.

В соответствии с этой моделью, формирование нарушений пищевого поведения может происходить еще в раннем детстве, когда пищевое поведение стимулирует страх наказания. Съедая пищу под угрозой страха, ребенок получает мотивацию защитно-оборонительного

характера, а не истинного пищевого поведения. Тот же самый феномен может наблюдаться и при противоречивом поведении родителей в семье, где, например, пищевое поведение формирует мотивация любви («кого ты больше любишь – папу или маму?»). Вследствие такого неадекватного научения ребенок будет всю жизнь «заедать» состояние тревоги, что может привести к состоянию «психологического обжорства», например – к неразборчивости в многочисленных сексуальных контактах, в социальных взаимоотношениях (Менделевич, Соловьева, 2002).

В дисгармонии потребностей, опредмеченных подобным образом, лежат истоки сахарного диабета, ожирения, анорексии, алкоголизма. Защитная реакция организма может также приводить не только к перееданию, но и к подавлению аппетита и к подростковой анорексии. Иногда гедонистические потребности извращаются, когда родители применяют отсроченное наказание ребенка и тем самым создают ситуацию, при которой боль от наказания воспринимается как удовлетворение или удовольствие на фоне тревоги, вызванной чувством вины. Происходит деформация консумматорного поведения, ведущая к формированию мазохистских склонностей, что проявляется в потреблении острых блюд (перца и острых приправ), в предпочтении водки легким спиртным напиткам.

Интегративные модели. Существует и другая самостоятельная линия развития психосоматической теории, основанная на изучении большого количества пациентов с так называемыми функциональными нарушениями без патологической органической основы. Это интегративные модели, к которым относятся: интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния Вайнера (Weiner, 1977), биопсихосоциальная модель Икскуля и Везиака (Uexkull, 1963, 1990 Wesiak, 1976), медицинская антропология В. Вайцзеккера (Weizsacker, 1949).

Интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Х. Вайнеру. Интегративный подход стремится учесть многочисленные факторы, которые влияют на предрасположенность к болезням, на поддержание болезни, особенности ее развития и их последствия для пациента, его семьи и общества, в котором он живет (Weiner, 1977). Многообразные взаимодействующие факторы могут быть генетическими, бактериальными, иммунными, пищевыми, психологическими, обусловленными поведением и социальными – одним словом, все заболевания имеют многофакторный генез.

Интегративная позиция ориентирована на процесс, а не на структуру. Сторонники этой позиции рассматривают страдание и болезнь как нарушение биологического приспособления, которое может приводить к анатомическим поражениям. Это нарушение может затрагивать разные уровни биологической организации – от психологической до иммунной, оно носит различные формы и может самыми разными путями приводить к развитию одного и того же заболевания.

Среди людей, у которых имеются очевидные факторы риска развития определенного заболевания и которые подвержены одинаковым воздействиям в жизни, заболевают лишь немногие (Weiner, 1977); причем этих немногих нельзя определить заранее, несмотря на наличие известных факторов риска. Кроме того, факторы, связанные с появлением жалоб и болезни, часто, если не всегда, отличаются от факторов, которые определяют болезненный процесс. Согласно мнению Вайнера, психосоматические связи можно проследить вплоть до клеточных и гуморальных процессов.

Это интегративное воззрение предполагает многофакторный, нелинейный характер этиологии, течения и лечения страданий и болезней и пытается совместить широкий подход к здоровью и болезни с существующими знаниями о роли социальных и психологических факторов на каждой стадии страдания и болезни.

Биопсихосоциальная модель Т. Икскуля и В. Везиака. После Второй мировой войны Т. Икскуль (Th. Uexkull) изложил и теоретически обосновал оригинальную всеобъ-

емлющую «биопсихосоциальную модель». Он критиковал основные положения «машинной модели», с помощью которой современная биологическая медицина пытается представить тело и его функциональную деятельность. Наряду с этим он критиковал и одностороннюю психоаналитическую модель болезни, которая предлагает, напротив, дифференциально-психологический образец развития человеческих отношений, оставляя тело (как неисторический механистический субстрат) вне поля зрения. Икскуль понимает психосоматическую медицину как «поиск потерянного живого тела». С этой точки зрения на первый план выступают основные задачи теории психосоматической медицины: создать модель отношений между организмом и окружающей средой и модель отношений между биологическими, психическими и социальными процессами. Что касается первой задачи, тут Икскуль и Везиак (Th. Uexkull, W. Wesiak, 1990) поддерживают модель функционального круга Якоба Икскуля (Бройтигам и др., 1999). Описание биопсихосоциальных функциональных связей авторы осуществляют с помощью теории систем и современной семиотики. Психосоматическая модель стремится разработать такую модель тела, которая бы соответствовала модели души, с тем чтобы врач мог увязать процессы, которые происходят на физиологическом и психологическом уровнях (Uexkull, Wesiak, 1991).

Икскуль (Uexkull, 1963), в соответствии с концепцией Кэннона (Cannon, 1929), говорит о реакциях в экстремальных ситуациях, о болезнях готовности. В состоянии готовности свершается переход эмоций, вызванный, например, случаем, воспринимаемым как опасность, в телесную готовность. При этом тело полагается не на рассудок и, следовательно, не на объективные представления об опасности, а на эмоции и аффекты. Такая готовность может стать хронической, если ее первоначальная цель не осуществляется. По мнению Икскуля, заболевание развивается тогда, когда разрешение состояния готовности невозможно.

От заболеваний готовности автор отличает конверсионные синдромы, которые описывает как болезни выражения. В их основе лежит конфликт мотивов, который ведет к тому, что запрещенные мотивы, то есть желания, не сопровождающиеся действиями в результате внутренних запретов, выражаются в форме истерических симптомов, как «обломки действий». Эти симптомы имеют «значение выражения», они, в отличие от симптомов болезней готовности, доступны истолкованию как зашифрованная попытка выразить какое-то содержание.

Медицинская антропология В. Вайцзеккера. В. Вайцзеккер (V. Weizsacker) разработал психосоматическое учение о болезнях, в котором телесное и душевное понимаются как взаимодействие двух субстанций. Отправным пунктом данного подхода являются исследование страдания и беседа пациента с врачом, который старается понять это страдание. Таким образом, страдание тела обретает некий смысл в контексте жизни человека (Weizsacker, 1949).

Следующим шагом Вайцзеккера было изучение «биологических актов» (поддержание равновесия, прием пищи, осязание и т. д.) – закономерностей, которые определяют взаимодействие психофизических обусловленностей в отношениях с окружающей средой. Он не рассматривает их в рамках односторонней каузальной схемы или психофизического параллелизма; это непрерывная взаимообогащаемая и законченная телесно-психическая круговая связь. Данное явление Вайцзеккер назвал «кругом образов».

Идею «круга образов» автор далее развивал, исследуя физиологию чувств, и использовал как модель психосоматических связей. Душевное и телесное могут взаимно замещать друг друга. Суть отношений тела и души не в том, что они пребывают рядом (субстанциальное значение) и действуют друг на друга (динамическое значение), но в том, что они взаимно представляют и объясняют друг друга. Можно сказать, что человек при болезненных изменениях функций находит такое применение своим органам, которое физиологией не преду-

смотрено – во всяком случае такой физиологией, которая рассматривает организм лишь как систему гомеостатического равновесия.

Все теоретические психосоматические положения Вайцзеккера основываются на беседах врача и больного, в результате чего история болезни пациента становится понятной из истории его жизни. Особую важность Вайцзеккер придавал тем периодам (он называл их термином «криз»), которые одновременно являются поворотным пунктом и характеризуются переворотом в соматических функциях. Критические пики возникают в ситуациях разлуки, при нарушениях привычного ритма жизни, которые вполне осознаются, но могут протекать и на неосознанном уровне. Вайцзеккер ввел понятие «замещение места», он понимал под этим процесс, в результате которого вместо душевных переживаний возникают соматические проявления, а вместо психофизических процессов – психические феномены, такие как желание или мысль. То, что человек вытесняет из сознания, продолжает действовать в теле, а то, что человек внедряет в сознание, теряет свою телесную силу (Weizsacker, 1940).

Кроме перечисленных выше психосоматических концепций и моделей, необходимо упомянуть следующие подходы и концепции.

Теория «функциональной асимметрии мозга»: концепции алекситимии, выученной беспомощности и поискового поведения. Изучение психологических особенностей психосоматических больных экспериментально-психологическими методами показало, что этой категории свойственны некоторые общие черты, такие как высокая личностная и эмоциональная тревожность, ригидность поведения, высокий уровень волевого контроля над эмоциями, неестественность в проявлении эмоций, наличие внутреннего конфликта, некоторое снижение интеллекта и стрессовое состояние. Все это свидетельствует о социальной дезадаптации больного, усиливающейся в период ремиссии заболевания и снижающейся в период рецидива. Это позволило высказать гипотезу о том, что в период рецидива психосоматического заболевания наблюдается восстановление социальной адаптации человека (Косенков, 2000).

На основании этих наблюдений была сформулирована следующая гипотеза возникновения психосоматической патологии (Косенков, 1997, 2000). По мере социальной адаптации происходит увеличение функциональной асимметрии мозга, которая не переходит определенной границы, обозначенной как «критическая зона». В случае социальной дезадаптации, когда функциональная асимметрия мозга переходит в «критическую зону», наблюдается возникновение психосоматической патологии, которая изменяет работу функционально асимметричных физиологических систем организма и тем самым способствует выходу функциональной асимметрии мозга из критической зоны. Это приводит к ремиссии психосоматической патологии, которая может иметь различную длительность течения.

Существует несколько теоретических конструктов, обосновывающих наличие единого неспецифического фактора риска в возникновении и развитии психосоматических заболеваний, где используются представления о функциональной асимметрии мозга. Это концепции алекситимии, выученной беспомощности и поисковой активности.

Алекситимия представляет собой психологический симптомокомплекс, проявляющийся на различных уровнях: когнитивном, аффективном и поведенческом. Существенными чертами алекситимического конструкта являются: трудности в идентификации и описании своих чувств; неспособность к дифференциации чувств и телесных ощущений; недостаточность воображения и такие черты когнитивного стиля, как ригидность и конкретность (Семенова, 1993). Согласно концепции алекситимии П. Сифнеоса (Коростелева, Ротенберг, 1993), нарушения в когнитивно-аффективной сфере, снижающие способность вербализации аффекта, усиливают физиологический ответ на негативные воздействия внешней среды (что, собственно, и обуславливает появление соматической симптоматики).

Алекситимия характеризуется четырьмя типичными признаками разной степени выраженности в каждом отдельном случае (Бройтигам и др., 1999):

1. Своеобразная ограниченность фантазии. Пациенту трудно пользоваться символами, результатом чего является своеобразный тип мышления, который можно определить как «механический», «утилитарный», «конкретный». Речь идет о связанном с текущим моментом, ориентированном на конкретные реальные вещи мышлении, которое почти не затрагивает внутренние объекты, лишено колоритности, утомляет собеседника в разговоре и часто производит впечатление тупости. Оно организовано прагматически-технично и направлено на механическую и функциональную сторону описываемого.

2. Типичная неспособность выражать свои чувства. Пациент не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами. Он переживает чувства как нечто неструктурированное, во всяком случае – не передаваемое словами. Часто пациент описывает свои чувства через окружающих («моя жена сказала... врач сказал...») либо вместо чувств описывает соматические ощущения.

3. Примечательно, что психосоматические пациенты хорошо приспособлены к товарищеским отношениям, что даже определяется как «гипернормальность». Их связи с конкретным партнером характеризуются своеобразной «пустотой отношений». Поскольку они не в состоянии разбираться в психологических структурах, их отношения остаются на уровне конкретно-предметного использования объектов.

4. Из задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки субъект-объект вытекает неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью и благодаря наличию другого человека (его «ключевой фигуры»). Это объясняет тот факт, почему потеря (вымышленная или реальная) этой «ключевой фигуры» («потеря объекта») так часто оказывается ситуацией, которая провоцирует наступление болезни (или ухудшение ее течения).

Таким образом, алекситимия есть некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, которые предрасположены к специфически психосоматическим заболеваниям. Так, в исследованиях отечественных авторов было выявлено наличие алекситимии у женщин с ожирением (Вознесенская и др., 2000; Вахмистров и др., 2001; Минабутдинов, 1996; Герус, 1995). Зарубежные авторы (de Groot et al., 1995; de Zwaan et al., 1992; Jimerson et al., 1994) также отмечали высокую распространенность алекситимии у лиц с избыточным весом, как правило, сочетающуюся с депрессией. При этом прием пищи выступает у них в роли своего рода внутреннего регулятора эмоционального напряжения (de Zwaan et al., 1992). Алекситимию рассматривают и как фактор, предрасполагающий к ожирению, и как фактор, затрудняющий возможность избавления от избыточного веса (Wheeler, Broad, 1994).

Концепцию алекситимии можно связать с концепцией выученной беспомощности. Определяя выученную беспомощность как чувство отсутствия сопряженности результата и действия в целенаправленной деятельности, М. Селигман (Seligman, 1975) и его коллеги уделяют большое внимание особенностям атрибутивного стиля как фактора, влияющего на степень генерализации выученной беспомощности (именно генерализованная и стабильная выученная беспомощность является патогенным фактором в развитии заболеваний). Было показано, что люди с экстернальным локусом контроля значительно менее подвержены беспомощности и риск возникновения генерализованной беспомощности у них значительно меньше, чем у лиц с интернальным локусом контроля. Наряду с этим, исследования (Gaillard, 1987) выявили значимую связь между преобладанием экстернального локуса и доминированием левого полушария. Исходя из этих данных, можно предположить, что склонность к формированию беспомощности у человека отрицательно связана с выражен-

ностью функций, обеспечивающихся левым полушарием. Результаты исследования зависимости невротической тревоги от силы Я и влияния перечисленных факторов на феномен перцептуальной защиты (Ajwani, 1985, цит. по Коростелевой, Ротенбергу, 1993) подтверждают связь уровня тревоги с низкой силой Я. Исходя из данных (Зенков, 1994), свидетельствующих о связи образа Я, обеспечивающего интеграцию личности, а также уровня общей перцепции с функционированием правого полушария, можно предположить, что уровень непродуктивной невротической тревоги связан не столько с доминированием левого полушария, сколько с нарушением функционирования правого. Таким образом, нельзя исключить, что одним из факторов, обуславливающих быстрое развитие беспомощности у человека, является нарушение функций, обеспечивающихся правым полушарием.

Это позволяет установить гипотетические связи между алекситимией и выученной беспомощностью. Характерные признаки алекситимии (скудость фантазии, уплощенный аффект, конкретная технократическая манера мышления) позволяют заподозрить нарушение функционирования правого полушария. Эта гипотеза подтверждается экспериментальными данными (Taylor, 1985), демонстрирующими связь между степенью выраженности алекситимии и снижением функциональной полноценности правого полушария.

Тесно связанная с представлениями М. Селигмана и его коллег концепция поисковой активности (Ротенберг, Аршавский, 1984) позволяет объемнее представить проблему, связанную с влиянием и выученной беспомощности, и алекситимии на возникновение психосоматической патологии. Под поисковой активностью понимается деятельность, направленная на изменение внешнего или внутреннего плана ситуации при отсутствии определенного прогноза результатов деятельности. Такая концепция, во-первых, включает широкий круг личностных факторов, обуславливающих устойчивость человека к отрицательным воздействиям внешней среды (в отличие от концепции выученной беспомощности, учитывающей в основном лишь особенности атрибутивного стиля), а во-вторых, предполагает, что человек, переживающий состояние стресса, является не относительно пассивным объектом воздействия внешних условий (каким его представляет концепция выученной беспомощности), но активным субъектом, реорганизуемым или пытающимся реорганизовать дискомфортную ситуацию так, чтобы она стала приемлемой. Поисковая активность является общим, неспецифическим фактором, влияющим на резистентность организма к вредным воздействиям внешней среды. Согласно концепции поисковой активности, активное поведение в условиях неопределенности (поисковое поведение) является важнейшим фактором соматического здоровья, который предотвращает возникновение психосоматических заболеваний и повышает устойчивость организма к стрессу. Напротив, отказ от поиска является неспецифической и универсальной предпосылкой развития самых разных патологических состояний.

В работах, посвященных изучению влияния выученной беспомощности на патогенез соматических заболеваний, большое значение придается способности построения адекватного прогноза результатов деятельности. Наряду с этим, построение такого прогноза в большой степени связано с гармоничным взаимодействием полушарий мозга. При нарушении функционирования правого полушария отмечается тенденция к ограничению чувственных связей с миром, уменьшается способность к принятию мира во всей сложности, сильно ограничиваются адаптивные возможности психики. Ухудшение способности к построению образного контекста обуславливает неспособность к гибкому реагированию, построению адекватной ситуации стратегии поведения, что способствует возникновению и развитию психосоматических заболеваний.

Итак, и концепция алекситимии, и концепция поисковой активности выделяют один и тот же основной фактор, провоцирующий развитие психосоматических заболеваний: расгласование функций полушарий мозга за счет нарушения функционирования правого

полушария. Концепция выученной беспомощности также учитывает этот фактор косвенным образом, поскольку взаимодействие полушарий связано с направленностью локуса контроля, во многом определяющего степень генерализации беспомощности, а также с депрессией, моделью которой считается выученная беспомощность.

Представленные основные концепции психосоматической патологии показывают, что невозможно вычленить специфические психические или физиологические констелляции, которые бы объясняли весь спектр проявлений данного вида заболеваний.

Еще одно направление в психосоматических исследованиях представляют психофизиологически ориентированные модели психосоматических расстройств.

Теория стресса (Cannon, 1929; Селье, 1960, 1979). Существуют экспериментально-психологические, клиничко-физиологические, биохимические и цитологические исследования последствий эмоционального стресса, устанавливающие влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний. К данному направлению относится большое число разнообразных подходов к изучению психосоматической патологии (например, стресс и адаптационные реакции, стресс и стрессорные повреждения, стресс-факторы и картина их субъективного переживания и т. д.).

Еще в 20-е годы физиолог У. Кэннон разработал теорию эмоций, где стенические отрицательные эмоции рассматривались как защитные реакции «борьбы или бегства». С этой точки зрения такие негативные эмоции, как гнев или страх, биологически целесообразны: они подготавливают организм к интенсификации мышечной активности, которая позволит успешнее вступить в схватку или спастись бегством. При этом активизируется симпатический отдел вегетативной нервной системы – в кровь выбрасывается адреналин, вызывающий учащенное сердцебиение, повышается артериальное давление, перераспределяется кровоток, учащается дыхание, в крови повышается уровень глюкозы и холестерина. Все эти физиологические сдвиги необходимы организму для подготовки к двигательной активности – обеспечить мышцы кислородом и питательными веществами, чтобы развить максимальное мышечное усилие: вступить в схватку или спастись бегством. Этот механизм унаследован человеком от эволюционных предшественников и работает у него так же, как и у животных. Но если у первобытного человека такой механизм был исключительно важен для физического выживания, то для человека современного он создает одни лишь проблемы, ибо вступает в противоречие с правилами поведения в цивилизованном обществе. Сегодня в большинстве ситуаций ни физическая агрессия, ни простое бегство не помогают решить проблемы. И хотя человек, столкнувшись с неприятной информацией, внутренне напрягается, готовясь к действию (а соответственно, напрягаются мышцы, повышается давление и учащается пульс, чтобы обеспечить организм энергией), самого действия не происходит. Физиологические же сдвиги, представляющие собой вегетативное обеспечение неотрагированных эмоций, остаются. Со временем подобные хронические реакции могут приводить к формированию тех или иных заболеваний.

То, какой именно вид защитно-инстинктивной реакции включается в стрессовой ситуации: борьба или бегство, – зависит не только от самой ситуации, но и от индивидуально-типических особенностей человека. Это и характерологические, и психобиологические особенности, причем и на самом глубинном уровне – особенности метаболизма.

Как известно, реакция стресса, или универсальный адаптационный синдром, описанный физиологом Гансом Селье, в буквальном переводе означает реакцию напряжения. Имеется в виду в первую очередь напряжение адаптационных физиологических механизмов. В рамках данной модели психосоматические расстройства рассматриваются как «болезни адаптации». Таким образом, описанная выше реакция «борьбы или бегства» входит в реакцию напряжения как ее составная часть.

В соответствии со схемой протекания стресса, по Г. Селье первоначальную стадию стрессовой реакции составляет фаза тревоги. Это экстренная и в то же время краткосрочная адаптация, во время которой происходит «запуск» описанной реакции напряжения. Она обеспечивается, по представлениям Селье, за счет «поверхностной», легко доступной (как бы «по первому требованию») адаптационной энергии. На эндокринном уровне основными «действующими лицами» этой физиологической перестройки выступают в первую очередь гормоны мозгового вещества надпочечников – адреналин и норадреналин.

Далее в результате мобилизации ресурсов организма наступает фаза резистентности. Это стадия средне- и долгосрочной адаптации, на протяжении которой сохраняются и утилизируются рассмотренные физиологические сдвиги, способствующие повышенной сопротивляемости организма (реакция напряжения). На эндокринном уровне это обеспечивается повышением выработки гормонов коры надпочечников. По Селье на обеспечение подобного состояния затрачивается «глубокая» адаптационная энергия, истощение запасов которой может быть необратимым. Соответственно, если состояние повышенной сопротивляемости сохраняется длительное время, превышающее приспособительные возможности организма, истощающее его ресурсы, наступает фаза истощения, или срыв адаптации.

Учитывая, что основным видом стресса для современного человека является стресс психоэмоциональный (Бодров, 1995), психосоматические расстройства можно с полным правом назвать «болезнями неотреагированных эмоций». В современной трактовке они описываются как аффективно обусловленные или аффективно-соматические нарушения (Антропов, Шевченко, 2002). Способствуют формированию эмоционально-стрессовых расстройств особенности эмоционального реагирования человека, тесно связанные с типологическими особенностями его личности.

Классическая условно-рефлекторная модель и кортико-висцеральная теория (И. П. Павлов). В 20-30-е годы XX в. И. П. Павлов с учениками создали физиологическую модель внутреннего психологического конфликта. В опытах над животными было обнаружено, что к развитию соматических нарушений приводит «сшибка» рефлекторных процессов, иначе говоря, одновременная активизация с помощью одного и того же условного стимула конфликтующих между собой безусловных рефлексов – например, пищевого и оборонительного. Таким образом, согласно этой модели, в основе психосоматических расстройств человека также лежит «сшибка» условных рефлексов, имитирующая ситуацию неопределенности, содержащую логически неразрешимые противоречия. Еще один физиологический механизм психологических срывов – образование «патологических» условных рефлексов.

Клиническим приложением павловской условно-рефлекторной теории стала кортико-висцеральная теория К. М. Быкова и И. Т. Курцина (1950-е годы), объясняющая происхождение внутренних (точнее – психосоматических) болезней следующим образом: кора головного мозга может непосредственно влиять на состояние внутренних органов (по механизму условных рефлексов), поэтому непосредственной причиной психосоматических заболеваний является нарушение динамики физиологических процессов (баланса возбуждения и торможения) на уровне коры головного мозга. Исходя из этих представлений был предложен неспецифический метод лечения внутренних болезней с помощью охранительного торможения (длительного искусственного сна).

Психоэндокринное и психоиммунное направление. Сюда относятся исследования (В. М. Успенский, Я. С. Циммерман, В. А. Виноградов, И. П. Мягкая) широкого спектра нейроэндокринных и нейрогуморальных феноменов у больных психосоматическими заболеваниями (психоэндокринное тестирование особенностей и уровня синтеза катехоламинов, гипофизарных и тиреоидных гормонов, специфика иммуограмм). Поиск «специфического нейрогормонального обеспечения» эмоционального реагирования показал, что

высокий уровень личностной и ситуативной тревожности связан с разнонаправленными нейрогормональными сдвигами.

Синдром дефицита удовлетворенности, по К. Блему (reward deficiency), является еще одной физиологической моделью психосоматических и собственно психологических расстройств (Сандомирский, 2005).

Опыты на животных продемонстрировали нейрофизиологический механизм, который в естественных условиях лежит в основе возникновения чувства удовлетворения. «Центры удовольствия» мозга выделяют такие нейромедиаторы, как дофамин и серотонин, которые затем инициируют выброс так называемых эндогенных опиатов, или эндорфинов («эндоморфинов»). Что же касается человека, выброс эндогенных опиатов – «медиаторов счастья» создает у него ощущение физического благополучия, вызывает чувство удовлетворения (вплоть до блаженства), эмоциональную приподнятость (доходящую до эйфории). Недостаток же эндогенных опиатов вызывает тревогу и депрессию. Под действием различных факторов, связанных с неестественным (неэкологичным, нефизиологичным) образом жизни современного человека, этот биохимический механизм сбивается. Биологический «маятник» начинает раскачиваться между крайними положениями – «удовлетворенность» и «дискомфорт» – чаще и с большей амплитудой. В результате человек начинает обостренно чувствовать именно моменты дискомфорта и стараться скорее вернуться к удовлетворенности, однако нейромедиаторные ресурсы последнего состояния постепенно истощаются. Стремление устранить тревогу и депрессию приводит человека к попыткам восполнить лежащий в основе эмоционального дискомфорта биохимический дефицит с помощью следующих средств:

а) приема психоактивных веществ, что приводит к нарушению влечений, к разнообразным химическим формам зависимости (алкогольной, наркотической, никотиновой), а также к зависимости пищевой – к стремлению употреблять легкоусваиваемые углеводы, что приводит к перееданию;

б) поведения, связанного с риском, будь то навязчивое влечение к азартным играм или многие так называемые экстремальные виды спорта (включающие риск для жизни и здоровья);

в) повышенной агрессивности, в том числе – приводящей к антисоциальному поведению.

Следствием описанного эмоционального дисбаланса являются и разнообразные психосоматические расстройства, возникающие на тревожно-депрессивном фоне.

Кроме рассмотренных выше моделей, возникновение психосоматических заболеваний объясняется также в рамках следующих концепций и теорий:

- психосоматический симптом как результат нарушения самоуважения, эго-психология Кохута;
- психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений (М. Кляйн, Фейрберн, Винникот, Кернберг);
- психосоматический симптом как результат ролевого конфликта (теория Морено);
- психосоматический симптом как результат интроекции дисфункциональных базисных схем (когнитивные теории);
- психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы;
- «неполноценность органа» и ее психическая компенсация (А. Адлер);
- базовая тревожность (К. Хорни);
- модель психосоматических нарушений У. Глассера;
- теория импрингинга;
- и ряда других.

В качестве обзорных работ, освещающих различные теории возникновения и развития психосоматических заболеваний, можно порекомендовать следующие: Бройтигам и др., 1999; Любан-Плоцца и др., 2000; Исаев, 2000; Кулаков, 2003; Малкина-Пых, 2004в; Сандомирский, 2005.

1.1.2. Модель пищевой аддикции

Термин «лекарственная зависимость» (или аддикция) был введен в 60-х годах XX века экспертами ВОЗ для обозначения привыкания к наркотикам и алкоголю. *Addictus* – это юридический термин для человека «подчиняющегося, осужденного». Метафорически аддиктивным поведением называется глубокая, рабская зависимость от некоей власти, непреодолимой силы, которая обычно воспринимается как исходящая извне, будь то наркотики, алкоголь, сексуальный партнер, пища, деньги, то есть любая система или объект, требующие от человека тотального подчинения (Усков, 2000).

Зависимости – одна из наиболее актуальных проблем здоровья человека, которая может иметь социальные, биологические и психологические причины. Пациенты с зависимостями обращаются за помощью к специалистам разных направлений: наркологам, эндокринологам, диетологам, психотерапевтам, психологам, специалистам в области нетрадиционной медицины и др. Но психотерапевтический опыт показывает, что источником зависимого поведения чаще всего являются сложные нарушения личности (Малкина-Пых, 2006а). Это может быть непроработанный негативный опыт разных периодов жизни, приводящий к внутреннему дискомфорту, к неспособности противостоять неудачам и трудностям, к отсутствию четких ориентиров в жизни, к неумению «быть взрослым» и отвечать за свою жизнь, к развитию невротических черт личности и т. д. Неразрешенная внутренняя проблема может привести к использованию «заместителей» неудовлетворенных потребностей. Вот почему у разных форм зависимостей: переедания, алкоголизма, табакокурения, наркомании, азартных игр, злоупотребления шоколадом и кофе, созависимости и зависимости от работы или от секты – один и тот же механизм происхождения. Поэтому зависимости можно назвать также компенсаторным поведением или неадекватной формой защиты личности (Каменская, Радченко, 2001). Различные теории, объясняющие механизм возникновения зависимостей, в том числе и пищевых, будут рассмотрены далее в настоящем разделе.

Аддиктивное поведение – более общий термин, чем зависимость. Под аддиктивным поведением имеется в виду стремление к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или видах деятельности, что сопровождается интенсивными эмоциональными переживаниями. Процесс употребления того или иного вещества, изменяющего психическое состояние, привязанность к предмету или участие в активности принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, делает его беспомощным, лишает воли к противодействию аддикции (Короленко, Донских, 1990).

Аддиктивное поведение – это широкий спектр патологии различной степени тяжести, от поведения, граничащего с нормальным, до тяжелой психологической и биологической зависимости (Завьялов, 1988; Шейдер, 1998). Основным проявлением психологической зависимости является obsessive влечение, для которого характерны постоянные или периодические поиски вещества, постоянные мысли о нем, подъем настроения в предвкушении его употребления, чувство подавленности, неудовлетворенности в его отсутствии. Психическое влечение меняет социальную ориентацию больных и перестраивает их межличностные отношения (Дресвянников и др., 1996).

В развитии аддиктивного поведения играют роль средовые, конституционально-биологические, микросоциальные (семейные), половые, психологические факторы (Wursmer,

1987). Считается, что ведущую роль в формировании аддиктивных расстройств играют определенные психологические особенности человека: снижение способности переносить трудности повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешней демонстрацией превосходства; поверхностная социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; стремление обвинять других; стремление уйти от ответственности в принятии решений; стереотипность, повторяемость поведения; зависимость; тревожность (Короленко, 1991; Красильников, Гирич, 1999). Эти черты в различных сочетаниях встречаются в преморбидном периоде, что позволяет считать их фактором, предрасполагающим к развитию аддикции. Для аддиктов также характерны стремление к контролю, эгоцентризм, дуализм мышления, желание произвести ложное впечатление (отрицание проблем, демонстрация благополучия), ригидность, задержка духовного развития. У больных данной категории с постоянством выявляются личностные аномалии, которые способствуют различным реакциям и нарушениям поведения, они формируются еще в преморбидном периоде и могут расцениваться как признаки психического диатеза.

К макросоциальным факторам, влияющим на развитие аддиктивного поведения, относят дезинтеграцию общества и нарастание социальных изменений при невозможности некоторых членов общества своевременно к ним адаптироваться. Среди микросоциальных факторов, способствующих возникновению аддиктивного поведения, выделяют семейные и внесемейные взаимодействия, которые определяют индивидуальные реакции, особенности общения, систему предпочтений индивидуума. Их влияние может быть как конструктивным (поддержка развития и продуктивного общения, развитие взаимопонимания), так и деструктивным (фиксация на страхе, комплексе вины и неполноценности). Семья воздействует на психологическое состояние ребенка уже в самом раннем периоде его жизни. Появлению аддикций способствует такой фактор, как невозможность установить четкие границы между членами семьи, что приводит к незнанию круга обязанностей, уходу от ответственности и стремлению избавиться от чувства вины. Такой человек в повседневной жизни в любой ситуации стремится к психологическому комфорту, но это не всегда удается, и поэтому он погружается в ту или иную аддикцию или «пагубную привычку». В основе практически всех зависимостей лежит внутриличностный конфликт или противоречия, с которыми личность не может справиться, не прибегая к уходу от реальности с помощью психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков) или фиксируя внимание на определенных предметах или видах деятельности (Завьялов, 1988). Поэтому «зависимая личность» представляет собой личностное нарушение.

Нехимическими называются аддикции, при которых объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не психоактивное вещество. В западной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин *поведенческие аддикции*. Первую классификацию нехимических аддикций в России предложил Ц. П. Короленко (Короленко, 1993; Короленко, Дмитриева, 2000). Им выделены непосредственно *нехимические аддикции*, к которым относятся азартные игры (гемблинг), аддикция отношений, сексуальная, любовная аддикции, аддикция избегания, работоголизм, аддикция к трате денег, ургентная аддикция, а также *промежуточные аддикции*, к которым относятся аддикции к еде (переедание и голодание) (Егоров, 2005).

Как уже говорилось и как показывают многочисленные зарубежные и единичные отечественные исследования, в основе всех вариантов аддикций лежат единые механизмы. Выделяют шесть компонентов, универсальных для всех аддикций: «сверхценность», эйфория, рост толерантности, симптомы отмены, конфликт с окружающими и самим собой, рецидив (R. Brown, 1993).

Развитие теории аддиктивного поведения отражает всю историю психоаналитического мышления. В современной психодинамической психотерапии представлены три основных направления психоаналитической теории: эго-психология, берущая свое начало из классической теории психоанализа Фрейда и последующих работ таких авторов, как Якобсон и Гартманн; теория объектных отношений, возникшая из работ представителей Британской школы – Винникотта, Балинта и др.; Я-психология, принципы которой сформулировал и разработал Хайнц Кохут, исследуя нарциссические расстройства личности (Красноперова, Красноперов, 1998).

Эго-психология представляет интрапсихический мир как мир конфликтов. Как и остальные аналитические направления, эго-психология уделяет особое внимание вопросам развития. Ранняя теория Фрейда, связанная с эрогенными зонами и фазами: оральной, анальной и генитальной, – говоря о психосексуальном развитии аддиктивных пациентов, делает акцент на оральной стадии (Фрейд, 1989). В эго-психологии влечения (либидинальные и агрессивные) – первичны, объектные отношения возникают как вторичные. Иными словами, основной задачей младенца является разрядка напряжения, возникающего под давлением влечений. Напротив, теория объектных отношений утверждает, что влечения появляются в контексте отношений внутри диады «ребенок-мать». Британская школа объектных отношений утверждает, что для полного психоаналитического понимания личности необходимы и теория дефицита, и теория конфликта. Исследования М. Малер (Mahler, 1958) способствовали пониманию патогенеза пограничных состояний, при которых психологический дефицит становится причиной определенной модели поведения. В эту группу входят и пациенты с аддиктивными формами поведения.

В Я-психологии, разработанной Кохутом (Kohut, 1977), пациент рассматривается как человек, нуждающийся в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания самоуважения и целостности Я. Кохут изучал пациентов, которые жаловались на депрессию, чувство пустоты, неудовлетворенность своими отношениями с окружающими. Их самооценка была крайне уязвимой к любым проявлениям неуважения. Будучи детьми, эти пациенты страдали от неспособности родителей выполнять свои родительские функции, в частности поддерживать потребность детей в идеализации своих родителей. Выделение роли родительских неудач в попытке поддержать самоуважение ребенка, впоследствии склонного к аддиктивному поведению, характерно для работ Эдварда Ханзяна (Khantzian et al., 1990).

Аддиктивное поведение тесно связано с компульсивностью, которая входит в самую суть невротического процесса (Wurmser, 1984). «Визитной карточкой» невротического процесса является его компульсивность – ненасытность, автоматичность и бесконечная повторяемость («навязчивые повторения») (Kubie, 1953). Вторая характерная черта невроза – это поляризация противоположностей, разделение всех оценок по полюсам: плохое и хорошее, чистое и нечистое, любовь и ненависть в их крайних проявлениях («критерий полярности»). Тесно связан с этим и третий критерий – чувство абсолютности и глобальности большинства переживаний, требование тотального эмоционального или когнитивного понимания себя и мира («нарциссизм»). Эти три характеристики являются основными при описании как любого невротического процесса, так и аддиктивного поведения (Wurmser, 1974).

Есть мнение, что аддиктивная личность – это гедонистический индивидуум, интересующийся только погоней за удовольствием. Но существует и иная точка зрения, утверждающая, что зависимость развивается как результат длительных невротических конфликтов, структурного дефицита, генетической предрасположенности, семейных и культурных условий, а также влияний окружающей среды. У каждого человека присутствует ядро аддиктивных процессов, которое проявляется в таких мягких формах, как пристрастие к еде, табаку, сладостям или кофе. По мнению некоторых исследователей, отношения «дитя-мать», пре-

вратности на раннем этапе формирования Эго и на этапе последующего созревания, способствующие фиксации и поддерживающие регрессию, играют тут решающую роль и определяют форму зависимости (Savitt, 1954).

Выдвинутое первыми психоаналитиками предположение о том, что все случаи зависимости представляют собой регрессию к оральной стадии психосексуального развития, сменила иная концепция, согласно которой все случаи аддиктивного поведения имеют защитную и адаптивную функцию. Сегодня многие психоаналитики считают, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватной интернализации родительских фигур и нарушение способности к самозащите (Khantzian et al., 1990). Некоторые психоаналитики (Blatt et al., 1984) провели углубленное исследование зависимого поведения и выявили ряд факторов, его вызывающих: потребность в контейнировании агрессии, страстное желание удовлетворить стремление к симбиотическим отношениям с материнской фигурой, желание ослабить депрессивное состояние. Аддикты ведут непрестанную борьбу с чувством стыда и вины, с ощущением своей никчемности и повышенной самокритичностью.

Причина всех аддиктивных расстройств – это страдания, которые аддикт пытается облегчить с помощью алкоголя, еды и т. д. и которые отражают трудности в сфере саморегуляции, включающей четыре основных аспекта психологической жизни: чувства, самооценку, человеческие взаимоотношения и заботу о себе (Khantzian et al., 1990). Анализ клинической работы с аддиктивными пациентами свидетельствует о наличии у них серьезных проблем, суть которых в неспособности управлять своими аффектами, поддерживать здоровые отношения с окружающими, а также адаптивно изменять и контролировать свое поведение. Обширная психопатология, включающая в себя существенную дефицитарность мотивационно-аффективной сферы, неспособность заботиться о себе и контролировать свои импульсы, предопределяет возникновение аддикции (Khantzian et al., 1978). Аддиктивные пациенты страдают от того, что не чувствуют себя «хорошими» и поэтому неспособны удовлетворить свои потребности, они мечутся между самопожертвованием и эгоцентризмом, когда требования быстро сменяются презрительным отвержением помощи и отказом принять свою потребность.

Многие аддиктивные пациенты неспособны дифференцировать свои эмоции, склонны соматизировать аффект и не могут выражать свои чувства словами (Krystal, 1988). Они не могут идентифицировать у себя различные эмоциональные состояния, например отличить тревогу от депрессии, рассказать, больны ли они, устали или голодны, испытывают печаль или гнев. Один исследователь считает, что основой аддиктивных расстройств является «дефект аффективной защиты» (Wurmser, 1974). Вещества, вызывающие зависимость, являются для аддиктов «корректораами или протезами» (Wieder, Kaplan, 1969), так как они помогают компенсировать дефицитарность защиты от сильных эмоциональных переживаний. Шиффер (Schiffer, 1988) описал феномен «продления боли», когда аддиктивные пациенты намеренно продлевают состояние дистресса, продолжая активно употреблять вещества, вызывающие зависимость, чтобы повторять оставшуюся неразрешенной боль, пережитую на ранних стадиях развития. От чувства беспомощности в травмирующей ситуации и от неспособности контролировать переполняющие эмоции личность защищается «толстой коркой» нарциссизма – грандиозностью и самовозвеличиванием, презрением и холодностью, идеализацией и подчинением. Все это часто прикрито поверхностной любезностью, дружелюбной уступчивостью и податливостью. Разрываясь между страхом перед унижающей внешней силой и нарциссическими потребностями, имеющими защитную природу, такой человек приобретает выраженную нестабильность и ненадежность (Wurmser, 1974).

Существует также и теоретическая нейрохимическая модель (Milkman, Sunderwirth, 1987) для понимания того, как психоактивные вещества и разные виды поведенческой активности могут вызывать сходный аддиктивный эффект. Людям, пытающимся удовлетворить какое-либо желание, свойственны три основных типа реакции: возбуждение, пресыщение либо усиление пристрастия или поглощенности объектом. Возбуждение сопровождается увеличением выброса медиаторов допамина и норадреналина, пресыщение – гамма-аминомасляной кислоты, а усиление пристрастия – серотонина. Типы поведения, связанные с частой сменой настроения, могут вызывать те же реакции, что и прием психоактивных веществ, индуцирующих изменение настроения, при этом некоторые типы действия психоактивных веществ соответствуют определенным типам поведения. Например, возбуждения можно достигнуть при помощи стимуляторов (кокаин, амфетамин), азартной игры или рискованного поведения. Все это увеличивает выброс норадреналина или допамина. Алкоголь и бензодиазепины, а также чрезмерное потребление пищи или просмотр телевизионных передач помогает снять напряжение, успокоиться. Другими словами, аддикция представляет собой поведение, куда входит потребление веществ или совершение поступков, когда последние и сами могут вызывать нейрохимические изменения, подобные возникающим в результате потребления экзогенных веществ.

Основным диагностическим критерием всех видов аддикций («расстройств зависимого поведения») некоторые авторы (Менделевич, Садыкова, 2003) считают наличие измененных состояний сознания в момент реализации аддиктивного стремления, которые феноменологически относятся к «особым состояниям сознания» и «сумеречным расстройствам сознания». Также есть мнение, что по своей феноменологической сущности все аддикции (пристрастия) близки к психопатологическому понятию сверхценной идеи (Егоров, 2004).

Нехимические аддикции часто сочетаются с другими нарушениями: аффективными и обсессивно-компульсивными расстройствами, расстройствами личности, неврозами и химическими зависимостями (Менделевич, 2003; Schneider, Irons, 2001; Lejoyeux et al., 2002). Сочетание невротических расстройств и нехимических аддикций, по мнению А. Р. Назмутдинова (2000), представлено тремя основными вариантами: невроз, манифестировавший на фоне ранее сформировавшейся зависимости (при наличии дополнительных патогенетических моментов, каким, например, является психотравма); длительное невротическое состояние, на фоне которого как специфический механизм психологической защиты развивается аддиктивное поведение; невротические и аддиктивные расстройства, развивающиеся и протекающие параллельно, относительно изолированно друг от друга, но имеющие общие этиопатогенетические и патопластические феномены.

Таким образом, механизмы формирования зависимого поведения до настоящего времени объясняют самыми разными теориями (Менделевич, Садыкова, 2003). Существуют взаимоисключающие точки зрения относительно роли церебральных, психогенных и личностных факторов в становлении данного вида поведенческих расстройств. Проблема этиопатогенеза зависимостей лучше всего представлена в работах, посвященных сфере парафилий и наркологии, где акцентируется значимость врожденных или приобретенных церебральных нарушений (Андреев и др., 2001; Бухановский и др., 2001; Ткаченко, 1999; Шостакович, Ткаченко, 1991). Противоположной точки зрения придерживаются психологи, изучающие игровую зависимость, интернет-зависимость, нарушения пищевого поведения, религиозный фанатизм и раскрывающие личностные механизмы формирования девиаций поведения (Братусь, 1988; Братусь, Сидоров, 1984; Дереча, 2001; Короленко, Донских, 1990; Петровский, 1992; Шабалина, 2001).

Вопрос о связи зависимого поведения и преморбидных личностных особенностей, в частности – качеств зависимой личности, также остается открытым. В соответствии с ука-

занятиями в МКБ-10, расстройство личности зависимого типа диагностируется на основании следующих критериев:

1. неспособность принимать решения без советов других людей;
2. готовность позволять другим принимать важные решения;
3. готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при понимании их неправоты;
4. затруднения при самостоятельном выполнении какого-то дела;
5. готовность добровольно идти на выполнение унижительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих;
6. плохая переносимость одиночества – готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать;
7. ощущение опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь;
8. страх быть отвергнутым;
9. легкая ранимость, податливость малейшей критике или неодобрения со стороны.

Немногочисленные исследования вопроса о связи аддиктивного поведения с характеристиками зависимой личности пока еще не позволяют утверждать, что между ними существует корреляция. Ряд теоретических и экспериментальных исследований типичных психологических параметров зависимой личности (Брагина и др., 2001; Бухарова, Менделевич, 2001; Бухарова и др., 2001; Менделевич, 1998; 2000; 2001; Менделевич, Менделевич, 1999; Менделевич, Садыкова, 2002; Менделевич, Соловьева, 2002; Менделевич и др., 2001; Узелевская и др., 2001; Фролова, Менделевич, 2001) позволил их уточнить; к самым существенным из них можно отнести следующие: инфантильность, внушаемость и подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство и высокая поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкус опасности», страх быть покинутым. Имеются указания как на психологический, так и на психофизиологический механизм формирования этих черт, хотя их генез малоизучен.

Можно также утверждать, что место пищевой аддикции среди всего многообразия типов аддиктивного поведения пока изучено недостаточно. Как уже говорилось, некоторые авторы относят переживание и голодание к группе промежуточных аддикций; другие считают, что нервная анорексия и булимия являются иными психопатологическими феноменами, нежели аддикция. Причиной нервной анорексии, как правило, являются дисморфофобические переживания, связанные с недовольством собственной внешностью, в том числе и излишним весом. «Недостатки» фигуры, с точки зрения больного, настолько бросаются в глаза окружающим, что последние всячески «дают понять», насколько больной уродлив и непривлекателен. В рамках нервной анорексии встречается булимическая форма. Кроме того, булимия встречается как психопатологический симптом в рамках многих других психических расстройств: органических заболеваний головного мозга, умственной отсталости, шизофрении и т. д. (Егоров, 2005).

Существуют два варианта возникновения *аддикции к голоданию*: медицинский и немедицинский (Короленко, Дмитриева, 2000). При медицинском варианте аддикция развивается после разгрузочной диетотерапии. Фаза вхождения в голод характеризуется трудностями, связанными с необходимостью подавить аппетит. Затем состояние меняется – появляются новые силы, аппетит исчезает, повышается настроение, усиливается двигательная активность, невротические проявления редуцируются. Некоторым пациентам нравится состояние голода, когда уже исчез аппетит, и они стремятся его продлить. Повторное голодание осуществляется уже самостоятельно. На уровне достигнутой с помощью голодания эйфории

происходит потеря контроля, и человек продолжает голодать даже тогда, когда это становится опасным для здоровья, утрачивая критическое отношение к своему состоянию.

При немедицинском варианте голодать начинают самостоятельно с целью похудения, иногда, отдавая дань моде, для этого используют необычную диету. Одним из психологических механизмов, провоцирующих голодание, является желание изменить себя физически, выглядеть лучше, соответствовать модному на сегодняшний момент образу. Другой механизм, имеющий тут большое значение, заключается в самостоятельной постановке задачи и ощущении удовлетворения и гордости от ее выполнения. По мере голодания появляются признаки физического истощения. Контроль теряется, поэтому попытки окружающих повлиять на ситуацию ни к чему не приводят. Аддикты живут в воображаемом мире; у них возникает отвращение к еде, а жевательную резинку или зубную пасту, попавшую в рот во время чистки зубов, они считают достаточным количеством еды (Короленко, Дмитриева, 2000).

В отдельную категорию выделяют так называемую «*аддикцию к шоколаду*» («*chocolate addiction*», «*chocoholism*») (Савчикова, 2005). После известной статьи В. Ди Марцо и его коллег в журнале «Nature» (1998), где говорилось, что шоколад и продукты из какао-бобов обладают аддиктивным действием из-за присутствия в них соединений, близких к эндогенным каннабиоидам, появилось большое количество работ, посвященных этому виду аддикции (Rogers, Smith, 2000).

Широко распространено мнение, что важным мотивом поедания шоколада является улучшение настроения. Действительно, употребление шоколада влияет на настроение, но влияние это далеко не однозначно. Как пишут в своем обзоре британские исследователи Роджерс и Смит (Rogers, Smith, 2000), употребление шоколада может приводить как к усилению положительных эмоций и снижению тревоги, так и к возникновению чувства вины, негативных эмоций, злости, депрессии при переедании. Авторы подвергают критике мнение ряда исследователей об аддиктивном действии шоколада как психоактивного вещества, поскольку концентрация в нем веществ, обладающих этим действием, ничтожно мала по сравнению с теми же чаем и кофе. В одном исследовании (Rozin et al., 1991) было установлено, что эта аддикция шире распространена среди женщин и прямо связана с месячным циклом – поедание шоколада характернее для периода предменструального напряжения.

Тем не менее Роджерс и Смит (Rogers, Smith, 2000), проанализировав большое количество публикаций, приходят к выводу, что шоколадной аддикции как самостоятельной формы аддикции не существует. Отвечая на вопрос, почему некоторые люди называют себя «шокоголиками», авторы объясняют это психологическим процессом самоограничения в питании, амбивалентным отношением к поеданию пищи и тем, что ей приписываются определенные характеристики – причем все эти механизмы действуют наряду с нормальными механизмами контроля над аппетитом, гедонистическим действием конкретной пищи, а также социально и культурально детерминированным восприятием данной пищи. Амбивалентность («приятно, но грешно») по отношению к шоколаду происходит из того, что это очень вкусная, но недietetическая пища, поэтому шоколад лучше поедать скрытно. Вместе с тем скрытное поедание еще больше усиливает желание, которое и именуется «тягой». Таким образом, в основе «тяги к шоколаду», по мнению авторов, лежит культурально обусловленная необходимость поедать его скрытно. Эти же авторы ставят под сомнение существование пищевой аддикции в целом (Савчикова, 2005).

Другая точка зрения представлена в обзоре М. Пельчат (Pelchat, 2002) из Филадельфии, США, которая считает, что существуют сходные механизмы развития пищевой и химической зависимости. В отличие от своих коллег, автор уверена, что именно понимание самим человеком наличия аддикции, в том числе и пищевой, является лучшим показателем ее присутствия. Свою точку зрения она отстаивает, опираясь на данные нейрхимических

исследований различных форм аддикции. В пользу общих механизмов пищевой и химической аддикции свидетельствуют и данные Морабиа с коллегами (Morabia, 1989) об эпизодах неконтролируемого влечения к сладостям у алкоголиков и наркоманов, находящихся в ремиссии.

Аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде агента, применяя который человек уходит от субъективной реальности (Короленко, Дмитриева, 2000). В момент фрустрации возникает стремление «заесть» неприятность. Это приносит удовлетворение, поскольку происходит фиксация на вкусовых ощущениях и вытеснение неприятных переживаний. Может появиться и стремление увеличить продолжительность приема пищи: есть дольше и больше. Согласно одному из исследований, проведенных в США, почти 100 % молодых женщин и около 70 % молодых мужчин сообщили, что у них был хотя бы один эпизод неодолимой тяги к пище в течение последнего года. У пожилых лиц (после 65 лет) частота таких эпизодов снижается (Pelchat, 1997).

Согласно одной из гипотез, пища обладает аддиктивным потенциалом, если в ней содержится повышенное содержание углеводов, которые усиливают выработку серотонина в мозгу и тем самым улучшают настроение (Wurtman et al., 1981; Wurtman, Wurtman, 1992). В этом случае переедание сводится к «самолечению» пониженного настроения с помощью углеводов пищевых продуктов (их больше в высококалорийных продуктах, таких как картофельные чипсы, гамбургеры и т. д.). Однако рацион, в котором отсутствует триптофан (аминокислота, перерабатываемая в мозгу в серотонин), приводит к снижению настроения, хотя этот эффект возникает не сразу (Young et al., 1985). Поэтому эмоциональный эффект углеводов, возникающий сразу после приема пищи, представляется весьма сомнительным.

Кроме того, высказывалась точка зрения, что употребление пищи активирует и эндогенную опиоидную систему, поскольку прием блокаторов опиатных рецепторов снижает аппетит и объем поедаемой пищи, а также гедонистическое восприятие вида и запахов еды. Хотя некоторые исследования и не подтверждают это мнение (Pelchat, 2002).

Аддикция к еде – это, с одной стороны, психологическая зависимость, а с другой – утоление голода. По мере того как еда приобретает все больший аддиктивный потенциал, появляется искусственная стимуляция чувства голода. У переедающего человека меняется обменный баланс. Чувство голода начинает появляться сразу с падением концентрации глюкозы в крови после очередного приема пищи. Физиологические механизмы рассогласовываются. Человек начинает есть слишком много и слишком часто. На каком-то этапе он уже стыдится переедания и стремится скрыть факт аддикции. Он начинает есть в одиночку, в промежутках между любой активной деятельностью. Все это приводит к опасным для здоровья последствиям: нарастанию веса, нарушению обмена веществ и потере контроля, в результате чего человек употребляет количество пищи, представляющее опасность для жизни.

Пищевая аддикция относится к тем формам поведения, которые внешне не противостоят правовым, морально-этическим и культуральным нормам, но вместе с тем нарушают целостность личности, задерживают развитие, делают его односторонним и серьезно осложняют межличностные взаимоотношения. Как считает К. Леонгард (1997), «при обжорстве помыслы человека постоянно устремлены к удовлетворению ненасытного аппетита, соответственно с этим складывается весь его образ жизни». Возникает порочный круг, в результате которого полнота ограничивает активность человека и, как следствие, на передний план выступают примитивные телесные потребности.

У некоторых людей регулярное обращение к еде в состоянии дискомфорта становится патологическим механизмом адаптации и приобретает характер психологической зависимости, «социально приемлемого вида аддиктивного поведения, неопасного для окружающих» (Ротов и др., 1999). Синдром психической зависимости от еды включает влечение

к пище и способность достижения состояния исключительного психического комфорта в процессе еды (Мизерне, 1993). Менделевич В. Д. и Садыкова Р. Г. (2002) делают акцент на повышении ценности процесса питания при пищевой аддикции. Питание избирается как альтернатива повседневной жизни с ее требованиями, обязанностями и регламентациями. Психическое влечение выражается в постоянных мыслях о еде, в подъеме настроения в предвкушении ее приема, в подавленности, неудовлетворенности в отсутствии даже не продуктов первой необходимости, а лакомств и изысканной гастрономии. У человека формируется феномен «жажды острых ощущений» в виде изменения пищевого поведения, например сочетания несочетаемых продуктов. Аффективно насыщенная привязанность к еде искажает мышление, а субъективная ценность интересов, не связанных с едой, снижается. Все события начинают восприниматься через призму отношения с едой – способствуют ли они удовлетворению влечения или препятствуют ему. Способность достижения состояния психического комфорта при еде представляет собой не столько переживание удовольствия, сколько уход от неудовольствия, чем приближается к наркомании (Мизерне, 1993).

При анализе пищевого поведения аддикта выделяют несколько разновидностей аддиктивных мотиваций (Короленко, 1991; Скворцов и др., 1999): атарактическую (служит для уменьшения внутреннего напряжения, тревоги), гедонистическую (направлена «на поиск приятного», на удовольствие, желание «побаловать себя», украсить свою жизнь), субмиссивную (неспособность отказаться от предлагаемой кем-то еды, что отражает тенденцию к подчинению, зависимости от мнения окружающих), псевдокультурную (стремление продемонстрировать изысканный вкус или материальный достаток), псевдокоммуникативную, когда пациент «объедается до тошноты и тяжести в желудке» во время праздников и торжеств, подменяя гипералиментацией общение на эмотивно-информационном уровне.

В своем развитии пищевая аддикция проходит ряд стадий: доклиническую (при остром непродолжительном воздействии стрессора), проявляющуюся нарушенными пищевыми реакциями по типу гипералиментации с незначительной прибавкой массы тела или без нее; стадию начальных проявлений (при подострых стрессовых воздействиях), во время которой включаются механизмы ухода от реальности с атарактической и гедонистической мотивацией приема пищи в ситуации психоэмоционального напряжения, когда нарушенное пищевое поведение является эквивалентом расстройств пограничного уровня или сопровождается ими; стадию развернутых клинических проявлений (при сильных и длительно существующих стрессорах), когда привычка к гипералиментации сопровождается соматическими изменениями (повышением массы тела, увеличением объема желудка) с дальнейшей деформацией пищевого поведения и появлением очистительных процедур; конечную стадию с формированием вторичной соматической патологии и развитием личностных нарушений астено-депрессивного, астено-ипохондрического и депрессивно-ипохондрического содержания на фоне длительно существующих нарушений пищевого поведения (Красноперова, 2001).

Неудивительно, что особую клиническую группу среди пациентов с булимией составляют больные алкоголизмом. Сравнительное изучение развития алкоголизма и булимии выявило одинаковые механизмы для обеих болезней: импульсивность, сильное, острое желание и потеря контроля. Некоторые исследования выявили высокую степень злоупотребления алкоголем (14–36 %) среди женщин с булимией. Высокие показатели депрессии, импульсивности и тревожности были выявлены как у алкоголиков, так и у больных булимией (Natsukami et al., 1982). Примечательно, что пациентки с булимией, первоначально болевшие анорексией, больше злоупотребляют алкоголем, чем пациентки, предварительно анорексией не страдавшие. Существует несколько возможных объяснений распространенности булимии в сочетании с алкоголизмом среди молодых женщин: а) передающие легко переходят на грубое пьянство; б) алкоголь маскирует депрессивные чувства и чувство вины,

которые следуют за перееданием; в) пациентки с булимией, возможно, выбирают алкоголь, так как боятся располнеть; г) переедание и злоупотребление алкоголем вызвано импульсивным и саморазрушающим поведением; д) связь алкоголизма и булимии может быть обусловлена генетически (Suzuki et al., 1994).

Кроме того, нынешнее стремление к равноправию и равенству мужчин и женщин означает для женщин постоянное соревнование с мужчинами во всех сферах жизни, что связано с необходимостью подавлять феминные качества и усиливать мускулинные (Raphael, Lacey, 1992). К тому же образ современной женщины, насаждаемый рекламой со страниц журналов и экранов телевизоров, вынуждает женщин придавать первоочередное значение своему внешнему виду. Эти социальные тенденции накладываются на постоянно ощущаемую женщиной потребность контролировать себя. Некоторые женщины неосознанно заключили, что наиболее доступным объектом контроля, который служит целям независимости и достижения социального стандарта, является образ тела и вес. Изменившееся положение женщины в обществе, многократное увеличение конфликтности социальных ролей, между которыми женщина балансирует, привело к росту нарушений пищевого поведения. Кросскультуральные сравнения (Raphael, Lacey, 1992) свидетельствуют об усилении различий в установках относительно образа тела между западной и незападной культурами. Транскультуральные исследования показали, что распространенность нарушений пищевого поведения в индустриальных западных странах намного выше, чем в странах Третьего мира (Lee et al., 1998; Chun et al., 1992). Исследования, выполненные в афро-азиатских странах, говорят о том, что нарушение пищевого поведения практически не встречается у коренных жителей этих стран, сохраняющих традиционный уклад жизни (Dolan, 1988).

Современные исследователи рассматривают нарушение пищевого поведения как дезадаптивный способ разрешения конфликтов: «лица с нарушениями пищевого поведения используют пищу как средство символической коммуникации со своим чувством неадекватности перед лицом требовательной жизни» (Casper, Zachary, 1984). Чувство несостоятельности развивается как при отсутствии важных жизненных навыков, так и на фоне неудачных попыток установить эффективные отношения с другими людьми. Нарушения пищевого поведения, в частности булимия, являются стратегией совладающего поведения, в которой пища, вес тела и образ тела становятся главными жизненными ценностями (Axtell, Neulon, 1993).

Процесс приема пищи зависит не только от внутренних причин, но и от микросоциального давления. Детей часто заставляют съесть все, что лежит на тарелке, взывая к чувству совести в случае, если что-то осталось недоеденным. Позже для многих переедание становится привычкой. Чрезмерная еда при ожирении, несущая разрушение организму, иногда имеет характер самонаказания. Чувство стыда, которое испытывает больной с ожирением из-за своей полноты и постоянного переедания, заставляет его предпочитать одиночество (Зеленский, 1996).

Пищевая аддикция достоверно чаще развивается у женщин: это обусловлено ее социальной ролью матери, хозяйки дома, чаще сталкивавшейся с продуктами питания и процессом приготовления пищи. Кроме того, различия в воспитании девочек, которые чаще (по сравнению с мальчиками) растут в атмосфере гиперопеки, способствуют формированию пассивности, подчиняемости в поведении; тем самым аддикция к еде становится у женщин социально приемлемым способом ухода от реальности, не вызывавшим протеста и осуждения в социуме.

В структуре микросоциальных влияний на формирование пищевой аддикции заметное место занимают традиции питания в семье, особенно внимание к вкусной, обильной, калорийной пище. Стоит учитывать также определенные характеристики отношений между членами семьи и типов воспитания. Все это при неблагоприятном воздействии может стать

фоном, на котором возникает аддиктивное пищевое поведение. В определенный период жизни под воздействием психических травм (изменение социального окружения, микросоциальные конфликты в семейной или производственной сфере) развивается начальный этап нарушений пищевого поведения.

Кроме рассмотренных психосоматических теорий и моделей аддикции, наиболее полным подходом к описанию формирования нарушений пищевого поведения является представление о нарушении психологической адаптации. Считается (Сандомирский, 2005), что на значимость проблемы адаптации в психотерапевтическом контексте впервые обратил внимание основоположник гештальт-терапии Ф. Перлз. Для описания базовых механизмов психокоррекции он использовал модель «организм – окружающая среда», где адаптация рассматривается как результирующая взаимодействия двух самостоятельных процессов: воздействия окружающей среды и связанных с ним ответных реакций организма.

1.1.3. Совладающее поведение и защитные механизмы личности

Существует тесная взаимосвязь между психическими, эмоциональными и вегетативными процессами, лежащими в основе адаптации организма к различным раздражителям внешней и внутренней среды (Вейн и др., 1981). В ситуации выработанных семейных стереотипов пищевого поведения (культ еды) при недостатке положительных эмоций человек может использовать прием пищи в качестве компенсаторного способа нормализации эмоционального фона (Коростелева и др., 1994). Переедание становится источником положительных эмоций, вариантом адаптации при неблагоприятных социальных условиях или психическом неблагополучии (Князев, Бушуев, 1984; Гаврилов, 1998; Ротов, 2000).

Нередко прибавление в весе является последствием различных жизненных событий и психологических травм. Связь между стрессом и нарушениями пищевого поведения подтверждается рядом клинических наблюдений и исследований. Было установлено, что нарушения пищевого поведения могут иметь функциональную ценность в преодолении стресса. Например, булимия может облегчать эмоциональное состояние, являющееся результатом стресса, тогда как аноректическое поведение может быть способом редуцирования напряжения путем повышения контроля над другими сферами жизни (Slade, 1982).

У молодых женщин прибавка веса была выявлена после таких событий как (Гаврилов, 1998):

- замужество,
- смена места работы/жительства,
- психическая травма, связанная со значимым окружением,
- роды,
- развод.

У больных с церебральным ожирением и гиперфагической реакцией на стресс были выявлены психотравмирующие ситуации с преобладанием психических травм в интимно-личностной сфере, а любое обострение хронической психотравмирующей ситуации всегда приводило к увеличению массы тела в результате переедания (Вознесенская, 1989).

Для понимания отношения между стрессом и различными формами психопатологии, включая нарушения пищевого поведения, важно учитывать многокомпонентность стресса и особенности совладающего поведения личности.

Одним из общих определений стресса является следующее: «Стресс – это такое психологическое состояние организма, когда существует несоответствие между его способностью удовлетворительно справиться с требованиями окружающей среды и уровнем таких требований» (Fogiel, 1980).

Понимание стресса уточнил Г. Селье (Selye, 1986), который ввел понятия «эустресс» и «дистресс». Эустрессом называется состояние потери равновесия, которое субъект переживает при соответствии выдвинутых ему требований имеющимся в его распоряжении ресурсам по их реализации. Понятие «дистресс» относится к таким психическим состояниям и процессам, при которых постоянно или временно нарушается равновесие между требованием к индивиду и его ресурсами вследствие недостаточности последних. Эустресс мобилизует, активизирует внутренние резервы человека, улучшает протекание психических и физиологических функций. Дистресс – разрушительный процесс, дезорганизующий поведение человека, он ухудшает протекание психофизиологических функций. Эустресс является кратковременным, он сопровождается интенсивной тратой «поверхностных» адаптирующих резервов и началом мобилизации «глубоких». Он может давать ощущение подъема внутренних сил. Дистресс чаще относится к длительному стрессу, при котором происходят мобилизация и расходование и «поверхностных», и «глубоких» адаптационных резервов.

Согласно более дифференцированному подходу, стресс – это многозначное понятие, включающее четыре основных значения (Nitsch, 1981).

- Стресс как событие, несущее дополнительную нагрузку. В этом случае стресс является ситуативным, раздражающим феноменом, который отягощает, усложняет течение событий.

- Стресс как реакция. Стресс может быть реакцией на определенное событие и в этом случае называется эмоциональной реакцией, связанной со стрессом (стрессовым переживанием).

- Стресс как промежуточная переменная. В этом случае стресс рассматривается в виде промежуточного процесса между раздражителем и реакцией на него.

- Стресс как процесс взаимодействия. Стресс может быть представлен процессом столкновения индивида с окружающим миром.

Стрессовые реакции, или ответы на воздействие стресса, могут быть физиологическими (автономное возбуждение, нейроэндокринные изменения), поведенческими (агрессия, бегство, дезорганизация), когнитивными (нарушения концентрации внимания, памяти, неверное истолкование) и эмоциональными (страх, гнев, тоска).

По своему происхождению стрессоры бывают внутренними и внешними. Нарушение гомеостаза зависит от характеристик стрессора и от восприятия его организмом. В ответ на полученное расстройство организм реагирует автоматическими адаптивными ответами или (в зависимости от типа и продолжительности расстройства) адаптивными действиями, которые являются целенаправленными и потенциально осознанными. Стрессовым эпизодом называется последовательность «ситуация – поведение» или «ситуация – действие», которая включает непосредственный положительный или отрицательный результат (Pettez, Reicherts, 1992).

К основным субъективным параметрам стрессовой ситуации для человека относятся:

1. Валентность – субъективное значение ситуации, которое влияет на ее стрессогенность, что индивидуально обусловлено.

2. Контролируемость – субъективная оценка личной способности контролировать стрессовую ситуацию.

3. Изменчивость – субъективная оценка того, что стрессовая ситуация изменится самостоятельно, без участия субъекта.

4. Неопределенность – субъективная оценка неопределенности и неясности ситуации.

5. Повторяемость – субъективная оценка повторяемости стрессовой ситуации.

6. Осведомленность – степень личного опыта переживания подобных ситуаций.

Кроме указанных характеристик стрессовых жизненных событий, влияние, оказываемое ими на самочувствие и здоровье человека, определяется и рядом других показателей. Из

них на сегодняшний день наиболее важными представляются следующие измерения, отчасти взаимосвязанные: 1) интенсивность и длительность стрессового события; 2) отдельный стресс либо кумуляция стрессовых событий; 3) объем изменений, которые влечет за собой стрессовое событие, и затраты на новое приспособление; 4) предсказуемость и вероятность наступления (уверенность/неуверенность в стрессовом событии и времени его наступления) события и связанная с этим возможность превентивного приспособления к нему и подготовки к преодолению.

Как уже говорилось, нарушения пищевого поведения являются одним из видов патологической адаптации, и можно провести их анализ с позиций поведенческих теорий в рамках транзактной модели стресса и совладающего поведения (coping) Р. Лазаруса (Lazarus, 1966). Теория совладания с трудными жизненными ситуациями возникла в психологии во второй половине XX в. Термин введен американским психологом Абрахамом Маслоу (Maslow, 1987). Под совладанием (или «копингом», от англ. *to cope* – справиться, совладать) подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними или внутренними требованиями, которые оцениваются как напряжение или превышают возможности человека справиться с ними (Lazarus, 1991; Neal, 1998).

Новый подход к совладающему поведению как к транзактному, контекстуальному и центрированному на процессе понятию берет начало в 1970-х годах под влиянием теорий отношений и когнитивных теорий стресса и эмоций, появившихся в рамках когнитивного направления в психологии (Абабков, Перре, 2004), которое формировалось с 1960 годов (I. L. Janis, 1958; M. B. Arnold, 1960; D. Mechanic, 1962; R. S. Lazarus, 1966; J. B. Rotter, 1966 и др.).

При рассмотрении стресса как транзактного процесса структуру стрессового эпизода (как микрособытия повседневной жизни после воздействия стрессора) можно представить в виде последовательности его элементов:

- осознание стрессора и его оценка;
- нарушение гомеостаза, связанные со стрессом эмоции и процессы познания;
- совладающее действие (реакция);
- результат совладания и новая оценка ситуации (с возвращением к первому элементу данной структуры при неуспехе).

Поведение, имеющее целью устранить или уменьшить интенсивность влияния стрессора, изменить стрессовую связь с собственной физической или социальной средой, является активным совладающим поведением. Пассивное совладающее поведение представляет собой интрапсихические формы преодоления стресса, являющиеся защитным механизмом, предназначенные для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменилась ситуация. Совладающее поведение осуществляется на базе соответствующих стратегий совладания, которые являются актуальной реакцией личности на воспринимаемую угрозу. Ресурсами тут являются характеристики личности и социальной среды, облегчающие успешную адаптацию к стрессу. Эмпатия, аффилиация, восприятие социальной поддержки, интеллект, локус контроля и другие психологические конструкты относятся к личностным ресурсам совладания (Абабков, Перре, 2004).

Независимо от того, находятся ситуационные элементы внутри или вне личности, реакции могут быть направлены, во-первых, на изменение компонентов стрессовой ситуации; во-вторых, на изменение когнитивных репрезентаций стрессора; в-третьих, на изменение волевой ориентации или оценки. Общей функцией ответа совладания является облегчение субъективного дискомфорта и восстановление гомеостаза. Но в случае повышения вероятности достижения отдаленной цели субъект может выбрать и выраженный дискомфорт.

Выделяют следующие типы совладающего поведения:

- разрешение проблем;
- поиск социальной поддержки;
- избегание.

Когда воздействует стрессор, происходит первичная оценка, на основании которой человек определяет тип создавшейся ситуации: угрожающий или благоприятный (Averill, 1982). Именно с этого момента формируются механизмы личностной защиты. Лазарус (Lazarus, 1991) рассматривал эту защиту (процессы совладания) как способность личности осуществлять контроль над угрожающими, расстраивающими или доставляющими удовольствие ситуациями. Процессы совладания являются частью эмоциональной реакции. От них зависит сохранение эмоционального равновесия. Они направлены на уменьшение, устранение или удаление действующего стрессора. На этом этапе осуществляется вторичная оценка последнего. Результатом вторичной оценки становится один из трех возможных типов стратегии совладания:

- непосредственные активные поступки с целью уменьшения или устранения опасности (нападение или бегство, восторг или любовное наслаждение);
- косвенная форма или работа мышления без прямого воздействия, невозможного из-за внутреннего или внешнего препятствия, например вытеснение («это меня не касается»), переоценка («это не так уж и опасно»), подавление, переключение на другую форму активности, изменение направления эмоции с целью ее нейтрализации и т. д.;
- совладание без эмоций, когда угроза личности не оценивается как реальная (соприкосновение со средствами транспорта, бытовой техникой, повседневными опасностями, которых мы успешно избегаем).

Существует достаточно большое количество различных классификаций стратегий совладающего поведения (Fineman, 1987, 1983; Lazarus, 1966). Можно выделить три основных критерия, по которым строятся эти классификации:

1. Эмоциональный/проблемный:

1. Эмоционально-фокусированный копинг – направлен на урегулирование эмоциональной реакции.
2. Проблемно-фокусированный – направлен на то, чтобы справиться с проблемой или изменить ситуацию, которая вызвала стресс.

2. Когнитивный/поведенческий:

1. «Скрытый» внутренний копинг – когнитивное решение проблемы, целью которой является изменение неприятной ситуации, вызывающей стресс.
2. «Открытый» поведенческий копинг – ориентирован на поведенческие действия, используются стратегии совладания, наблюдаемые в поведении.

3. Успешный/неуспешный:

1. Успешный копинг – используются конструктивные стратегии, приводящие в конечном итоге к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс.
2. Неуспешный копинг – используются неконструктивные стратегии, препятствующие преодолению трудной ситуации.

Совладающие действия также могут быть: ситуационно-ориентированными (активное влияние на ситуацию; уклонение/уход; пассивность); репрезентативно-ориентированными (поиск информации; «подавление» информации); оценочно-ориентированными (изменение намерений, целей; переоценка ситуации).

Каждую стратегию совладания можно оценить по всем перечисленным выше критериям, хотя бы потому, что человек, оказавшийся в трудной ситуации, может использовать не одну, а несколько стратегий. Можно предположить, что существует взаимосвязь между теми личностными конструктами, с помощью которых человек формирует свое отношение

к жизненным трудностям, и тем, какую стратегию поведения при стрессе (стратегию совладания с ситуацией) он выбирает.

Считается, что существенной детерминантой выбора определенной стратегии совладания являются стабильные черты характера личности. Характеристики личности – это стабильные и относительно независимые от ситуации тенденции к определенным психологическим реакциям. Исследователи уже давно задавались вопросом о том, насколько личностные черты predisполагают к возникновению расстройств (Vollrath, 1997). В связи с этим вопросом лучше всего изучено такое свойство личности, как эмоциональная стабильность. Высокая эмоциональная стабильность является протективным фактором во взаимодействии со стрессорами; нарушение поведения под влиянием стрессоров более вероятно при малой выраженности данной черты личности.

Выделены и другие протективные особенности личности:

- «душевное здоровье», то есть способность справляться с внутренними и внешними требованиями (Becker, 1995);

- выносливость, включающая комплексную систему убеждений по поводу самого себя и окружающего мира, которая поддерживает человека при воздействии стрессового события (Kobasa, 1979);

- защитные механизмы личности;

- способность «контролирования/притупления» (monitor/ blunter) (Miller, 1989).

Кроме того, более уязвимы для стрессовых ударов люди, которые придерживаются иррациональных убеждений по поводу происшедшего, тогда как рациональные убеждения выступают в качестве своеобразного буфера против несчастий (Sanderman, 1988).

Психологическая защита нередко рассматривается как понятие близкое к совладающему поведению (Лазарус, 2000). Как отмечают многие авторы, существуют значительные сложности в разграничении механизмов защиты и совладания (Либина, Либин, 1998). Согласно наиболее распространенной точке зрения, для психологической защиты характерен отказ от решения проблемы и от соответствующих конкретных действий ради сохранения комфортного состояния. В то же время механизмы совладания подразумевают необходимость проявить конструктивную активность, пройти через ситуацию, пережить событие, не уклоняясь от неприятностей (Либин, Либина, 1996).

Защитные процессы направлены на избавление от рассогласованности побуждений и амбивалентности чувств, на предохранение от осознания нежелательных или болезненных эмоций, а главное – на устранение тревоги и напряженности. Результативный максимум защиты одновременно является минимумом того, на что способно удачное совладание. Успешное совладающее поведение повышает адаптивные возможности субъекта, оно реалистично, гибко, большей частью осознанно, активно и включает в себя произвольный выбор. Тем не менее в последние десятилетия предпринимаются попытки объединить в единое целое защитные механизмы и механизмы совладания.

По мнению многих авторов (Савенко, 1974; Урсано и др., 1992; Хорни, 1995; Блюм, 1996), набор защитных механизмов уникален и характеризует уровень адаптированности личности. Защитные механизмы действуют в подсознании, искажают, отрицают или фальсифицируют действительность, они активизируются в ситуации фрустрации, стресса или конфликта. Цель психологической защиты – снижение эмоционального напряжения, редукция тревоги и обеспечение регуляции направленности поведения (Березин, 1988).

Концепция психологической защиты появилась в психоанализе, где, как известно, и было введено понятие защитных механизмов, которые служат защите от тревоги и страха, и описаны их различные формы. Психологической защитой называется специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или сведение к минимуму чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта. Каждый человек предпочи-

тает определенные защиты, которые становятся неотъемлемой частью его индивидуального стиля борьбы с трудностями. Предпочтительное и автоматическое использование определенной защиты или набора защит является результатом по меньшей мере четырех факторов: 1) врожденного темперамента; 2) природы стрессов, пережитых в раннем детстве; 3) защит, образцами для которых (а иногда и сознательными учителями) были родители или другие значимые фигуры; 4) усвоенные опытным путем последствия использования отдельных защит (Мак-Вильямс, 1998).

Как правило, к защитами, рассматриваемым как первичные, незрелые, примитивные, или защитами «низшего порядка», относятся те, что имеют дело с границей между Я и внешним миром. Защиту можно отнести к категории примитивных в том случае, если в ней присутствуют два качества, связанных с довербальной стадией развития. Она должна иметь относительно слабую связь с принципом реальности и плохо учитывает самостоятельный характер и константность объектов, находящихся вне Я. Большинство исследователей относят к примитивным защитами следующие: изоляция, отрицание, всемогущественный контроль, примитивные идеализация и обесценивание, проективная и интроективная идентификация.

Изоляция позволяет блокировать неприятные эмоции, так что связь между каким-то событием и его эмоциональной окраской в сознании не проявляется. Это наиболее универсальная защита. Плата за подавление неприятных эмоций – утрата естественности чувств, ослабление интуиции, а в конечном счете – самоотчуждение Я и появление комплекса шизоидности. Очевидный недостаток защиты с помощью изоляции состоит в том, что она выключает человека из активного участия в решении межличностных проблем. Главное достоинство изоляции как защитной стратегии состоит в том, что, допуская психологическое бегство от реальности, она почти не требует ее искажения. Человек, склонный к изоляции, находит защиту не в искажении восприятия мира, а в удалении от него. Благодаря этому он может быть чрезвычайно восприимчив, нередко к большому изумлению тех, кому он кажется тупым и пассивным.

Отказ признать существование неприятностей – еще один ранний способ защиты. Человек, для которого фундаментальной защитой является **отрицание**, настаивает на том, что «все прекрасно и все к лучшему». Большинство людей до некоторой степени прибегает к отрицанию с достойной целью сделать жизнь менее неприятной, и у многих есть свои конкретные области, где эта защита преобладает над остальными. Защитный механизм отрицания позволяет частично или полностью игнорировать информацию, несовместимую со сложившимися представлениями о себе. Обобщенная оценка значимости поступающей информации, ее опасности производится при предварительном восприятии ситуации и при ее грубой эмоциональной оценке как «чего-то нежелательного». Подобная оценка приводит к такой перенастройке внимания, когда детальная информация об этом опасном событии полностью исключается из последующей обработки.

Всемогущественный контроль. Ощущение, что ты обладаешь силой, способен влиять на мир, является, несомненно, необходимым условием самоуважения, которое изначально строится на основе инфантильных и нереалистичных, хотя на определенной стадии развития и нормальных, фантазий о своем всемогуществе. Некоторый здоровый остаток этого инфантильного ощущения всемогущества сохраняется во всех взрослых людях, он поддерживает чувство компетентности и жизненной успешности. Если человек эффективно осуществляет свое намерение, у него возникает естественное «пиковое чувство». Всякий, испытавший когда-либо ощущение близкой удачи и вслед за ним выигрыш в некоей азартной игре, знает, сколь прекрасно это чувство всемогущественного контроля. У некоторых людей существует непреодолимая потребность испытывать это чувство и интерпретировать происходящее с ними как свидетельство об их неограниченной власти и силе.

Примитивная идеализация и обесценивание. У многих людей потребность идеализировать остается более или менее неизменной с самого младенчества. Их поведение скрывает архаические отчаянные усилия противопоставить внутреннему ужасу уверенность в том, что кто-то, к кому они привязаны, всемогущ, всеведущ и бесконечно благосклонен, так что психологическое слияние с этим сверхъестественным другим обеспечивает им безопасность. Они также надеются освободиться от стыда: побочным продуктом идеализации и связанной с ней веры в совершенство другого является то, что собственные несовершенства становятся особенно болезненными; слияние с идеализируемым объектом – естественное лекарство в этой ситуации. Примитивное обесценивание – неизбежная оборотная сторона потребности в идеализации. Поскольку в человеческой жизни нет ничего совершенного, архаические пути идеализации неизбежно приводят к разочарованию. Чем сильнее идеализируется объект, тем более радикальное обесценивание его ожидает; чем больше иллюзий, тем тяжелее переживается их крушение.

Проекция, интроекция и проективная идентификация. Проекция – это процесс, в результате которого внутреннее ошибочно воспринимается как приходящее извне. Она представляет собой неосознаваемое отвержение собственных неприемлемых мыслей, установок или желаний, которые приписываются другим людям с целью переложить ответственность за то, что происходит внутри Я, на окружающий мир. Интроекция – это процесс, в результате которого идущее извне ошибочно воспринимается как приходящее изнутри. Обиходные синонимы этой защиты – внушаемость, «флюгерность». Иными словами, это тенденция присваивать убеждения, чувства и установки других людей без критики, без попыток их изменить и сделать по-настоящему «своими собственными». В результате граница между Я и средой перемещается глубоко вовнутрь Я, и индивидуум настолько занят усвоением чужих убеждений, что ему не удается сформировать свою собственную личность. Когда проекция и интроекция работают сообща, они объединяются в единую защиту, называемую проективной идентификацией.

Защиты, причисляемые ко вторичным – более зрелым, более развитым, или к защитами «высшего порядка», – «работают» с внутренними границами между Эго, Супер-Эго и Ид или между наблюдающей и переживающей частями Эго. К защитами высшего порядка относятся: репрессия (вытеснение), изоляция, интеллектуализация, рационализация, морализация, компарментализация (раздельное мышление), аннулирование, ретрофлексия, идентификация.

Репрессия (вытеснение) – это мотивированное забывание или игнорирование мыслей, воспоминаний, переживаний. Защитный механизм вытеснения обычно позволяет избежать внутреннего конфликта путем активного выключения из сознания (забывания) не информации о каком-то поступке или событии в целом, а только истинного, но неприемлемого мотива своего поведения. Вытеснение направлено на то, что раньше было осознанно, хотя бы частично, а затем подверглось запрету и поэтому не удерживается в памяти.

Интеллектуализацией называется изоляция аффекта от интеллекта более высокого уровня, чем это происходит при изоляции. Человек, использующий изоляцию, обычно утверждает, что не испытывает чувств, в то время как человек, использующий интеллектуализацию, может говорить о своих чувствах, но таким образом, что у слушателя остается впечатление отсутствия эмоции. Интеллектуализация сдерживает обычное переполнение эмоций таким образом, как изоляция сдерживает травматическую чрезмерную стимуляцию.

Рационализация – это защита, связанная с осознанием и использованием в мышлении только той части воспринимаемой информации, которая показывает, что человек вполне контролирует свое поведение, которое не противоречит объективным обстоятельствам. При этом неприемлемая часть информации из сознания удаляется, особым образом преобразовывается и после этого осознается, но уже в измененном виде. Рационализация может про-

творечить фактам и законам логики, но это необязательно. Иногда ее иррациональность заключается только в том, что представленный мотив деятельности не является подлинным. Например, человек утверждает, что его профессиональная некомпетентность связана с физическим недомоганием: «Если бы я избавилась от лишнего веса, я бы нашла лучшую работу». В этом случае советы подлечиться, не перегружаться, расслабиться, очевидно, не помогут: возможно, человек потому и болен, что на службе не чувствует себя компетентным.

Морализация близка к рационализации. Когда некто рационализирует, он бессознательно ищет приемлемые с разумной точки зрения оправдания для выбранного решения. Когда же он морализирует, он ищет пути для того, чтобы чувствовать: он обязан следовать в данном направлении. Рационализация перекладывает желания человека на язык разума, морализация ищет им оправданий или представляет их в виде моральных обязательств.

Компартментализация (раздельное мышление) – еще одна интеллектуальная защита, ближе стоящая к диссоциативным процессам, чем к рационализации и морализации, хотя рационализация нередко служит поддержкой данной защиты. Ее функция состоит в том, чтобы разрешить двум конфликтующим состояниям сосуществовать, не осознавая противоречий, не испытывая вины, стыда или тревоги. В то время как изоляция подразумевает разрыв между мыслями и эмоциями, раздельное мышление означает разрыв между несовместимыми мысленными установками. Когда некто использует компартментализацию, он придерживается двух или более идей, отношений или форм поведения, конфликтующих друг с другом, без осознания этого противоречия. Для наблюдателя раздельное мышление ничем не отличается от лицемерия.

Аннулирование можно рассматривать в качестве естественного преемника всемогущественного контроля. Аннулирование – термин, обозначающий бессознательную попытку уравновесить некоторый аффект (обычно вину или стыд) с помощью отношения или поведения, которые магическим образом этот аффект уничтожают. Ярким примером аннулирования может служить возвращение супруга домой с подарком, который предназначен для компенсации вспышки гнева накануне вечером. Если такое поведение осознанно, технически его неправомерно называть аннулированием. Но если человек не осознает чувства стыда или вины, и следовательно, не может осознавать собственного желания их искупить, это можно назвать аннулированием.

Ретрофлексия (поворот против себя) смещает границу между личностью и средой ближе к центру Я, при такой защите человек начинает относиться к самому себе так, как он сам относится к другим людям или объектам. Если попытка индивидуума удовлетворить свою потребность встречает сильное противодействие, он, вместо того чтобы направить энергию на изменение среды, направляет ее на себя. У ретрофлексирующего человека формируется отношение к самому себе как постороннему объекту. Первоначальный конфликт между Я и другими превращается в конфликт внутри Я. «Речевым» грамматическим индикатором ретрофлексии является использование возвратного местоимения. Такой человек, например, говорит: «Я должен управлять самим собой; я должен заставить себя сделать эту работу; мне стыдно за самого себя», – что свидетельствует о четком отделении Я как субъекта от Я как объекта действия.

Идентификация – это разновидность проекции, связанная с неосознаваемым отождествлением себя с другим человеком и с переносом на себя желаемых чувств и качеств, которыми другой обладает. Это возвышение себя до другого путем расширения границы Я. Идентификация связана с процессом, в котором человек, как бы включив другого в свое Я, заимствует его мысли, чувства и действия.

Таким образом, механизмы психологической защиты близки к понятию совладающего поведения, но между ними есть существенные отличия по степени активности (конструктивности) или пассивности (неконструктивности) (см. таблицу 1.1).

Таблица 1.1
Сравнительная характеристика особенностей механизмов психологической защиты и совладающего поведения

Характеристика механизмов психологической защиты	Характеристика совладающего (копинг) поведения
Не приспособлены к требованиям ситуации, ригидны.	Техники эмоционального контроля пластичны и приспособлены к ситуации.
Характеристика механизмов психологической защиты	Характеристика совладающего (копинг) поведения
Стремятся к скорейшему уменьшению возникшего эмоционального напряжения.	Согласие человека терпеть дискомфорт (антигедонистический характер самоконтроля).
Механизмы психологической защиты «не смотрят в будущее», направлены на разовое снижение напряжения (принцип «здесь и сейчас»).	Механизмы совладания рассчитаны на будущее.
Приводят к искажению восприятия действительности и самого себя.	Реалистическое восприятие, способность объективно относиться к самому себе.

Соотношение между совладающими и защитными типами поведения отражает шкала иерархии типичных реакций или техник жизни, предложенной немецким ученым Гансом Томэ (Thomae, 1970). К «высшим» техникам, которые можно назвать совладанием, относятся такие как «поведение, направленное на достижение успеха», «размышление над ситуацией», «поощрение себя» и др., а к «низшим», характерным для защитного поведения, наряду с пассивными действиями относятся также «уклончивое поведение», «обесценивание значимости других», «жалобы на состояние здоровья».

Предложенная Г. Томэ схема помогает анализировать поведение в реальных жизненных ситуациях. Чем ближе человек к нижней части шкалы, тем менее вероятно успешное решение значимых проблем. Чем он ближе к верхней части шкалы, тем сильнее выражены у него готовность к принятию возможных изменений в жизни и тенденция использовать совладающие стили. Это позволяет человеку расширять репертуар поведенческих стратегий за счет оптимального использования навыков, приобретаемых в его индивидуальном жизненном опыте.

В одной работе (Либина, Либин, 1998) была предложена типология защитных и совладающих стилей реагирования, основанная на структурно-функциональной модели поведения (табл. 1.2). В таблице приведены отдельные примеры пунктов (1а – 4в) опросника «Стиль поведения» (Лазарус, 2000).

Таблица 1.2
Структурно-функциональная модель поведения человека в сложных ситуациях

Организация поведения					
Структурные компоненты: сигнальные системы	Функциональные компоненты: фокус или направленность			Формы поведения: стили реагирования	
	Я	Проблема	Другие люди		
Первосигнальный (эмоциональный по Лазарусу)	1а: изо всех сил пытаюсь забыть о случившемся	1б: вспоминаю время, когда все было значительно лучше	1в: обращаюсь за помощью к другим людям	Отстранение Избегание Подавление Проекция Вытеснение	ЗАЩИТА
Второсигнальный (рациональный по Лазарусу)	2а: занимаюсь чем-нибудь посторонним, чтобы отвлечься	2б: предпочитаю подождать, пока со временем все разрешится само собой	2в: обращаюсь за эмоциональной поддержкой к родственникам или друзьям	Рационализация	
Первосигнальный (эмоциональный по Лазарусу)	3а: трудности только мобилизуют меня	3б: рассматриваю случившееся как новое испытание своих возможностей	3в: стараюсь посмотреть на ситуацию в ином свете, пытаюсь отыскать хотя бы что-нибудь позитивное	Эмоциональная компетентность (представлена тремя факторами)	СОВЛАДАНИЕ
Второсигнальный (рациональный по Лазарусу)	4а: составляю план действий и приступаю к его выполнению	4б: думаю о случившемся и перебираю всевозможные варианты действий	4в: спрашиваю того, кто уже имеет опыт, как нужно поступать в таких случаях	Рациональная компетентность (представлена тремя факторами)	

Шесть шкал опросника, измеряющие основные защитные стили реагирования, представляют традиционные параметры защитного поведения, довольно подробно описанные в психиатрической и психологической литературе. Остальные шесть шкал, связанные с измерением совладающих стилей, объединяются в два фактора второго порядка, названные авторами, соответственно, «рациональной компетентностью» (ее образуют три самостоятельных первичных фактора: предметная направленность при решении проблем, коммуникативная направленность и рациональная саморегуляция) и «эмоциональной компетентностью», имеющей схожую структуру.

К структурным компонентам относят наиболее устойчивые базовые индивидуальные характеристики человека, такие как первая и вторая сигнальная система (Павлов, 1980), свойства нервной системы (Теплов, 1986; Небылицын, 1991) и темперамент (Русалов, 1991). Под функциональными компонентами подразумевается (Анохин, 1975; Волков и др., 1987) специфика организации поведения и деятельности личности. В данном случае имеется в виду феномен, обозначаемый в исследованиях англоговорящих психологов при изучении психических процессов как «*focusing*» или при анализе личности как «*orientation*», «*attitude*». Отечественные психологи оперируют соответственно термином «установка» и понятием «направленность личности». Особенный интерес представляет разработанная Неймарк (1972) классификация основных видов направленности личности, в которой выделяют три типа направленности: на себя, на других и на дело (объект).

Формы совладающего поведения названы рациональной компетентностью и эмоциональной компетентностью (Либина, Либин, 1998). Такой вторичный фактор, как «эмоциональная компетентность», подчеркивает важность роли эмоций в осуществлении конструктивной активности. Эмоциональная компетентность – это способность личности осуществлять оптимальную координацию между эмоциями и целенаправленным поведением (Либина, 1996 а, б), она основана на адекватной интегральной оценке человеком своего взаимодействия со средой. Адекватность тут означает учет внешних (стимул и обстановка) и внутренних (состояние организма и накопленный опыт) факторов, воздействующих на индивидуума в данной ситуации.

Эмоциональная компетентность развивается в результате разрешения внутриличностных конфликтов на основе коррекции закрепленных в онтогенезе негативных эмоциональных реакций (застенчивости, депрессии, агрессивности) и сопутствующих им состояний, препятствующих успешной адаптации. При этом саморегуляция личности осуществляется не за счет подавления негативных эмоций, а за счет использования их энергии для организа-

ции целенаправленного поведения. Выработка навыков эмоционального совладания сопряжена также с созданием новых условно-рефлекторных позитивных связей, позволяющих вырабатывать индивидуальный стиль, сбалансированный по параметрам оптимальности, комфорта, адаптивности и результативности (Либин, 1993).

Одним из факторов, который способствует формированию аддиктивного поведения, в том числе и нарушений пищевого поведения, является неадаптивность стратегий совладания. При исследовании пищевой аддикции стратегии совладания делят на адаптивные, неадаптивные и относительно адаптивные, при этом принимают во внимание их поведенческий, когнитивный и эмоциональный аспекты (Красноперова, 2001).

К адаптивным вариантам стратегий совладания в поведенческой сфере относятся «сотрудничество», «обращение», «альтруизм». Эти качества отражают такое поведение, при котором человек вступает в сотрудничество со значимыми людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сам предлагает ее людям для преодоления трудностей. К относительно адаптивным вариантам стратегий совладания в поведенческой сфере относятся «компенсация», «отвлечение», «конструктивная активность» – формы поведения, характеризующиеся стремлением к временному уходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело. К неадаптивным вариантам относятся «активное избегание», «отступление», которые предполагают избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, изоляцию, стремление уйти от активных межличностных контактов, отказ от решения проблемы.

В когнитивной сфере адаптивными вариантами являются «проблемный анализ», «установка собственной ценности», «сохранение самообладания». Эти формы поведения направлены на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, на повышение самооценки и самоконтроля, на более глубокое осознание собственной ценности как личности, они предполагают веру в собственные ресурсы для преодоления трудностей. К относительно адаптивным стратегиям совладания в когнитивной сфере относятся: «придание смысла», «религиозность», «относительность», которые направлены на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, веру в бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами. К неадаптивным вариантам поведения относят «смирение», «растерянность», «диссимуляцию», «игнорирование», пассивные формы поведения с отказом преодоления трудностей из-за неверия в свои силы, свои интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей.

В эмоциональной сфере адаптивными вариантами стратегий совладания являются «протест» и «оптимизм», отражающие эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям в сочетании с уверенностью в наличии выхода из любой ситуации. К относительно адаптивным стратегиям совладания в эмоциональной сфере относятся «эмоциональная разгрузка», «пассивная кооперация», которые направлены на снятие напряжения с помощью эмоционального отреагирования, на передачу ответственности по разрешению трудностей другим людям. К неадаптивным можно отнести «подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», «агрессивность».

Таким образом, можно констатировать, что адаптивным представляется совладающее поведение, направленное на активное разрешение проблем, относительно адаптивным – направленное на временный отход от проблем, на взятие «тайм-аута», а неадаптивным – отказ от решения проблем.

В то же время степень адаптивности (или неадаптивности) конкретного варианта совладающего поведения может вызывать разногласия среди исследователей, занимающихся вопросами совладания в контексте тех или иных психических и поведенческих расстройств. Так, Е. В. Змановская (2003), рассматривая вопросы девиантного поведения, гораздо строже подходит к критериям адаптивности, относя к адаптивным стратегиям

совладания лишь «сотрудничество», «проблемный анализ» и «оптимизм». Исключены из адаптивных варианты «обращение» и «альтруизм», «установка собственной ценности» и «сохранение самообладания», а также «протест», хотя эти же варианты обычно относят к адаптивным, говоря о неврозах.

Результаты других исследований показали, что женщины с нарушениями пищевого поведения используют эмоционально-фокусированный тип совладания или стратегию избегания и не склонны обсуждать свои проблемы с другими (Shatford, Evans, 1986). У женщин с нарушениями пищевого поведения были обнаружены высокие показатели восприятия психологического стресса и использования таких стратегий совладания, как «надежда на лучшее», «самообвинение», «редукция напряжения» и «уход в себя» (Ball, Lee, 2002). Принимая во внимание роль неудовлетворенности весом в развитии нарушений пищевого поведения, авторы считают, что стресс и попытки его преодоления необязательно предшествуют нарушениям пищевого поведения, а скорее сосуществуют, тесно переплетаясь. В обществе, где постоянно рекламируют идеал стройности, женщины, неудовлетворенные своим весом, могут испытывать стресс. Интернализированный стресс и самообвинение не являются адаптивными стратегиями. Женщины, применяющие эти стратегии, могут искать другие средства для того, чтобы редуцировать напряжение или контролировать состояние стресса. Нарушения пищевого поведения могут, таким образом, развиваться в качестве стратегий совладания у женщин, использующих самофокусированные стратегии и переживающих стресс по поводу своего веса. При исследовании стратегии преодоления стресса у перепадающих и не перепадающих было обнаружено, что перепадающие испытуемые чувствительнее к стрессу в своем восприятии (Hansel, Wittrock, 1997). У больных ожирением была выявлена повышенная чувствительность к негативным эмоциональным стимулам (Минабутдинов, 1996). Была также обнаружена взаимосвязь использования эмоционально ориентированных стратегий совладания и неудовлетворенности своим телом (Koff, Sangani, 1997). Авторы исследований сделали вывод о том, что эмоционально-ориентированные стратегии являются фактором риска возникновения нарушений пищевого поведения.

Таким образом, дефицит навыков совладания или использование избегания связаны с повторяющимися эпизодами переедания. Например, эпизоды переедания чаще провоцируются отрицательными эмоциями, когда человек находится в одиночестве, и положительными эмоциями, когда человек находится в социальной ситуации (Grilo et al., 1994). Таким образом, определенные эмоциональные состояния предшествуют эпизодам переедания, и способность справляться с сильными эмоциями альтернативными и более адаптивными способами может уменьшить вероятность переедания (Stice, 1994).

В результате проведенного корреляционного анализа между различными реакциями на стресс были выделены два основных паттерна реагирования при нарушениях пищевого поведения. Первый паттерн представляет собой сочетание избыточного потребления пищи и жидкости, приема алкоголя, курения (повышение оральной активности), повышенной сонливости и повышенного полового влечения. Второй – отказ от еды, тошнота, рвота, прием алкоголя, бессонница, снижение полового влечения, повышенная моторная активность, бурные эмоциональные реакции. Женщинам с проблемами веса наиболее свойственен первый симптомокомплекс реагирования на стресс. Такое патологическое изменение пищевой мотивации, как гиперфагическая реакция на стресс, встречается у 30 % представителей популяции. У 70 % наблюдается «более адаптивная аноректическая реакция на стресс» (Вознесенская, Рыльцова, 1994).

Некоторые исследования показали, что при нарушениях пищевого поведения относительно чаще используется избегание и относительно реже – активные стратегии совладания (Mayhew, Edelman, 1989), кроме того чаще используются эмоционально-фокусированные

стратегии (Fryer et al., 1997). Другие же исследования не обнаружили связи между формами совладания и различными типами нарушений пищевого поведения (Paxton, Diggins, 1997).

Исследования преобладающих механизмов психологической защиты у пациентов с пищевой аддикцией позволили выделить следующие особенности: преобладание механизмов отрицания, регрессии, компенсации, смещения; степень напряженности по этим шкалам была достоверно выше нормы и указывала на дезадаптацию. Менее выражены у этих пациентов такие защиты, как реактивное образование, интеллектуализация, проекция и вытеснение. Выраженность радикала регрессии свидетельствовала о дезадаптации, связанной с возвращением в условиях стресса к инфантильным формам поведения с привычкой «заедать стрессы». Используя регрессию и прибегая к приему пищи часто без чувства голода, пищевые аддикты в ситуации повышенного эмоционального напряжения возвращаются на более раннюю (оральную) стадию психосексуального развития. Переедание в данном случае может замещать неудовлетворенные потребности и служить «спасением» от житейских проблем. Гиперфагические реакции направлены на нейтрализацию эмоционального напряжения, возникшего вследствие неудовлетворенной сексуальной или родительской потребности, сниженной общественной или профессиональной компетентности, невозможности достичь цели. Повышенные относительно нормы показатели по шкале смещения могут указывать на неудовлетворенность социальными контактами и подмену эмоционального общения с окружающими людьми процессом принятия пищи с последующей деформацией пищевого поведения (чередование гипералиментации и гиперфагии с очистительным поведением). Возможно, эти данные свидетельствуют о подавлении агрессивных эмоций (гнева, враждебности) и перемещении их на объект, представляющий меньшую опасность или более доступный (собственное тело), а очистительное поведение выражает аутоагрессию. Выраженность компенсации свидетельствует о попытке восполнить недостатки внешности (избыточный вес) социальной активностью, продвижением по службе и профессиональной компетентностью. Используя отрицание, пациенты с пищевой аддикцией отрицают факт повышения аппетита, тяжесть ожирения и степень диспластичности. Большинство из них в беседе с врачом подсознательно стремятся уйти от темы переедания и начинают говорить о других причинах ожирения: о болезнях желез внутренней секреции, нарушенном обмене веществ, гиподинамии. Вытеснение не превышает нормативных показателей и реже используется этими пациентами (Красноперова, 2001).

1.2. Нарушения пищевого поведения: виды и формы

Как уже говорилось в разделе 1.1. настоящей главы, к диагностируемым нарушениям пищевого поведения относятся нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание.

1.2.1. Нервная анорексия

Нервная анорексия (греч. отрицательная приставка *an-* и *orexis* – аппетит) представляет собой «сознательное ограничение в еде с целью похудения в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцениваемой полноты» (Цивилько и др., 1999).

В 1694 году Р. Мортон описал случай «самоголодания» с резким похудением, отказом корригировать вес, отрицанием наличия болезни, искаженным представлением о собственном теле, повышенной активностью и плохим исходом. Это состояние описано в 1874 г. В. Галлом как *apepsia hysterica*; в этом же году он предложил закрепившийся впоследствии термин *anorexia nervosa* (Попов, Вид, 2000). Первые формализованные диагностические критерии нервной анорексии были предложены в 1970 году (Russell, 1985).

Нервная анорексия характеризуется поведением, направленным на похудение, своеобразной манерой отношения к еде, потерей веса, сильно выраженным страхом прибавить в весе, нарушением схемы тела, а у женщин также аменореей. Это одно из немногих психических заболеваний, которое может протекать без ремиссий до самой смерти (Каплан, Сэдок, 1998).

Наиболее типичный возраст формирования анорексии – подростковый. Максимум частоты случаев анорексии приходится на возраст 17–18 лет. У примерно 85 % всех больных заболевание начинается между 13 и 20 годами. Анорексией страдают преимущественно девочки, девушки, молодые женщины, значительно реже – мальчики и юноши. По данным различных исследований, юноши составляют лишь от 4 до 6 % всех больных анорексией. Матери или отцы больных часто имеют признаки анорексии в анамнезе: очень низкую массу тела в подростковом возрасте и страх ее увеличения в дальнейшем.

В настоящее время в DSM-IV диагностика нервной анорексии базируется на следующих клинических признаках (DSM-IV, 1994):

А. Отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы с учетом возраста и пола. Вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15 % ниже ожидаемого.

В. Явно выраженный страх перед увеличением массы или объема тела, несмотря на имеющуюся худобу.

С. Нарушения в восприятии собственной фигуры и массы тела, преувеличенное влияние этих характеристик внешности на самооценку или отрицание того очевидного факта, что нынешний вес ненормально мал.

Д. У женщин аменорея в течение трех последовательных циклов.

Многие симптомы, характерные для нервной анорексии, наблюдаются и у обычных людей, желающих сбросить вес.

Для диагностики нервной анорексии в МКБ-10 состояние должно соответствовать следующим критериям (F50.0) (Попов, Вид, 2000):

1) снижение веса или недостаточный прирост его у детей, дефицит веса превышает 15 % от нормального или ожидаемого для данного возраста и величины тела;

2) потеря веса достигается за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих – вызывание рвоты, прием слабительных, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит, и диуретиков;

3) искажение образа тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой или сверхценной идеи;

4) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус – гипофиз – половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции;

5) при начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются.

Нервная анорексия – одно из немногих психиатрических заболеваний, которое обычно не вызывает больших диагностических споров, основной синдром пищевого поведения достаточно хорошо распознается. Трудности могут возникать лишь в случае дефицита анамнестических данных и неудовлетворительного контакта с больной. Соответствующее обследование должно прежде всего исключить соматические заболевания, также ведущие к потере веса (Попов, Вид, 2000).

Анорексию условно делят на два типа: *истинную*, при которой чувство голода действительно редуцировано, и *ложную*, при которой больные испытывают голод, но отказываются от еды, желая изменить свою внешность (Вознесенская, Дорожевец, 1987). Особую группу составляют лица, долго не выдерживающие упорного голодания, у которых периодически возникают приступы переедания с последующими очистительными процедурами. В связи с этим выделяют «рестриктивный» (от англ. «ограничивать») и атипичный булимический варианты нервной анорексии, или «очистительный» тип. В МКБ-10 не проводится различий между «рестриктивным» и «очистительным» типом нервной анорексии.

Течение анорексии разделяют на следующие стадии (Коркина, 1986; Марилов, 2004).

1-я стадия – *дисморфофобическая (инициальная)* – начинается с появления сверхценных идей о своей чрезмерной полноте и с опасения насмешек по этому поводу. Понижается настроение, возникают представления о том, что окружающие их критически рассматривают, обмениваются насмешливыми взглядами и репликами. Больные регулярно взвешиваются, избегают высококалорийной пищи. Аппетит сохраняется, а после периодов голодания даже повышается. Некоторые больные, особенно истероидные, едят по ночам, не будучи в силах справиться с голодом. Нередко они разрезают еду на мелкие куски и производят другие продолжительные манипуляции с ней.

2-я стадия – *дисморфоманическая (активной коррекции)*. Дисморфомания проявляется в бредовой убежденности в «излишней полноте» фигуры или ее частей (особенно живота, ягодиц, верхней части бедер). Больные часто разглядывают себя в зеркале и жалуются окружающим на свою полноту. Идеи отношения исчезают, депрессивные переживания уменьшаются, наблюдаются попытки активной коррекции «излишней полноты». Важным симптомом является диссимуляция: больные скрывают от окружающих, что отказываются от еды и почему так поступают: они делают вид, что съели все, лежащее на тарелке, а на самом деле незаметно перекладывают еду на другие тарелки, втайне прячут или выплевывают уже пережеванную пищу, скармливают еду собаке, иногда специально заведенной для этой цели. Чтобы «пища не прошла в кишечник», перед ее приемом они туго перетягивают поясом талию.

Больные стараются не есть в присутствии людей, много пьют вместо еды, после еды вызывают рвоту, делают клизмы, чтобы уменьшить якобы избыточный вес. Часто рвота после еды приобретает навязчивый характер и доставляет больным физиологическое чувство облегчения и удовольствия. В целях «сжигания лишнего жира» они усердно занимаются физическими упражнениями, все делают стоя (читают, пишут, играют на пианино), спят не более 5–6 часов, лежа принимают напряженные позы. Для преодоления возникающей сонливости пьют до литра кофе в день, крепкий чай, много курят.

У больных развивается медикаментозная зависимость: они принимают средства, понижающие аппетит; препараты щитовидной железы, стимулирующие обмен веществ; мочегонные и большое количество слабительных – последние под предлогом запоров, развивающихся в результате атонии кишечника. Больная может часами жевать крохотный кусочек пищи; отвергает самую вкусную еду, с жадностью поглощая остатки еды из мусорных баков, а то и поедая крем для обуви. Важно отметить, что удовольствие от еды пациентки получают только при наличии угрызений совести, чувства вины, а также портя или выплевывая пищу.

3-я стадия – *кахектическая* (греч. *kachexia* – общее истощение организма) может наступить через 1,5–2 года после начала болезни. Аппетит исчезает, так как вследствие постоянно вызываемой рвоты, которая может наступать и рефлексорно, сразу после приема пищи, снижается кислотность желудочного сока и развиваются дистрофические нарушения. Возникает отвращение к еде, при этом зубная паста, попавшая в рот при чистке зубов, или выделенная слюна оцениваются как достаточное количество еды. К этому времени больные теряют до половины своего веса, но тем не менее, глядя в зеркало, продолжают воспринимать себя слишком полными. Они прекращают заниматься физическими упражнениями и вызывать рвоту после еды, довольствуясь стремлением сохранить достигнутую массу тела, однако все еще опасаются располнеть в будущем.

У больных исчезает подкожно-жировая клетчатка, истончаются мышцы, кожа становится сухой, шелушится, зубы поражены кариесом и выпадают, ломаются ногти. Волосы выпадают, в то же время на коже появляется пушок и единичные длинные темные волосы. Исчезают месячные, понижается давление и температура. Наблюдаются дистрофия миокарда и замедление пульса, анацидный гастрит, атония кишечника, опущение внутренних органов, обратное развитие матки и гениталий. При исследовании крови обнаруживается низкое содержание сахара и признаки анемии, в моче находят следы белка. Нарушается электролитный баланс, что может приводить к возникновению судорожных приступов.

Желудочно-кишечные нарушения приводят к появлению чувства тяжести в желудке и дискомфорта в животе при приеме пищи, что служит новым поводом для ограничений в еде. Беспокойство по поводу соматических нарушений может приводить к ипохондрическим переживаниям, что также способствует расстройству питания. Таким образом, создается своеобразный порочный круг в виде аноректических циклов, когда хроническое голодание вызывает изменения внутренних органов, что, в свою очередь, приводит к ограничению питания. В ряде случаев больные начинают активно обследоваться у различных специалистов, преувеличивая тяжесть соматических расстройств и избегая консультации психотерапевта (Старшенбаум, 2005).

У мужчин анорексия протекает с выраженной сенестопатически-ипохондрической симптоматикой, нередко с формированием стойкого ипохондрического бреда, утратившего тематическую связь с прежними дисморфоманическими переживаниями. Тут наблюдается также выраженный психопатоподобный синдром и вторичная алкоголизация. Больные-мужчины по сравнению с женщинами значительно реже вызывают у себя рвоту и никогда не получают от нее физиологического удовольствия.

Нарушение пищевого поведения в виде синдрома нервной анорексии встречается, как правило, при двух типах девиантного поведения: патохарактерологическом и психопатологическом. В рамках первого нарушения пищевого поведения обусловлены особенностями характера человека и его реагированием на отношение со стороны сверстников, при втором – синдром нервной анорексии формируется на базе иных психопатологических расстройств (дисморфоманического, ипохондрического симптомокомплексов) в структуре шизофренических или иных психотических расстройств.

Течение заболевания разнообразно, включая полное спонтанное выздоровление, полное выздоровление после успешного лечения, выздоровление с последующими рецидивами

и прогрессирующее течение с летальным исходом от осложнений дистрофии. Летальный исход наступает в 5–9% случаев, около 20 % больных сохраняют симптоматику в течение катамнестического периода длительностью в 5–6 лет. Прогноз болезни тем хуже, чем позже начало и чем более дезорганизованы преморбидная личность и взаимоотношения в родительских семьях. При адекватном лечении в условиях стационара по мере выхода из кахексии у больных уменьшается астения и адинамия, на первый план выходят психопатоподобные проявления, особенно во взаимоотношениях с близкими. При отсутствии лечения почти в половине случаев наблюдается хроническое течение, в 10–20 % случаев наступает смерть в результате истощения, сердечной недостаточности, присоединения вторичных инфекций, а также суицида. Уровень смертности при этом заболевании самый высокий среди всех психических расстройств. Даже если больные тяжелой формой анорексии выживают, у них могут сохраняться необратимые атрофические поражения головного мозга.

Считается, что существует генетическая предрасположенность к нервной анорексии: повышена морбидность среди родных сестер больных анорексией, конкордантность у однояйцевых близнецов превышает 50 %. У прямых родственников больных повышена морбидность аффективными психозами, что может говорить о генетическом характере этой патологии.

Высказывалось предположение, что в основе заболевания лежит первичное нарушение функции гипоталамуса, вызывающее аменорею, что отчасти подтверждает выявление у больных нарушений регуляции обмена центральных нейротрансмиттеров – дофамина, серотонина, норадреналина (Agras, 1987).

Картина личности. Данные об особенностях личности при анорексии приводятся во многих работах (Probst, 1997; Bulik et al., 1999; Strober, 1991; Casper, 1990; Heinberg, 1997; Wichstrom, 1995; Jager et al., 1991; Leon et al., 1995; Nagel, Jones, 1992).

Современные психоаналитики интерпретируют нервную анорексию как тревожную реакцию незрелой личности на преждевременные требования независимости и социальной или сексуальной активности. Молодая девушка, попав в провоцирующую ситуацию, обнаруживает неспособность переработать первое столкновение с эротикой, которое вызывает тревогу. У нее возникает эдипов страх наказания за соперничество с матерью, страх расставания как необходимого условия освобождения от ее влияния, неспособность психологически отделять свою личность от материнской. Выявляется также бессознательный страх полового акта как разрушительного проникновения, страх беременности, которая отождествляется с полнотой и пробуждает детские фантазии об оральном зачатии и о пожирании плодом изнутри (Старшенбаум, 2005).

Психоаналитическое наблюдение показывает, что основными факторами при анорексии являются бессознательные агрессивные собственнические импульсы, такие как зависть и ревность. Эти импульсы, в случае если они подавляются сознанием, могут вести к тяжелым пищевым нарушениям. Ясно, что, поскольку принятие пищи должно приносить удовлетворение, чувство вины может нарушать аппетит, так что пациент не позволяет себе получать удовольствие от насыщения. Недаром пост является распространенной формой покаяния. Кроме того, анорексии может предшествовать очень сильная потребность в еде (Александр, 2002).

Другим распространенным психологическим фактором, встречающимся у больных с анорексией, является бессознательная реакция злости. Под влиянием своего симптома пациент ведет себя, как обиженный ребенок, отказывающийся есть, чтобы родители начали беспокоиться и уделяли ему особое внимание.

Аналогичные эмоциональные факторы можно обнаружить у большинства взрослых, хотя здесь картина сложнее. Оральные агрессивные и рецептивные тенденции часто эротизируются и связываются с фантазиями сексуального характера, такими, как, например, фан-

тазии о фелляции и куннилингусе. Связь потребности в утолении голода с чуждыми Эго сексуальными импульсами также может приводить к пищевым расстройствам. В детстве и даже в подростковом возрасте часто встречается фантазия об оральном оплодотворении. Бессознательное желание беременности и фобическое неприятие такого желания являются одной из весьма распространенных эмоционально заряженных фантазий, являющихся причиной пищевых нарушений у молодых девушек.

Сниженный вес и худоба, отсутствие вторичных половых признаков и месячных ассоциируются с возрастом латентной (асексуальной, от 5 до 12 лет) фазы. Х. Томэ (1998) указывает, что пациентки специфически реагируют на появление признаков полового созревания: они перемещают свои сексуальные страхи на собственное тело в целом и фиксируются на его общих очертаниях, в частности – на массе тела, которая кажется избыточной.

Психологическая защита использует двойное перемещение внутриличностного конфликта: во-первых, путем соматизации, и во-вторых, за счет регресса к оральной фазе развития. В результате сексуальные переживания отходят на второй план по сравнению с монотематической идеей уменьшения массы тела. Происходит нарциссический перевод либидо на собственное тело, ослабевают симбиотически-нарциссические отношения с матерью и эдиповы чувства к отцу. Пища ассоциируется с отвергаемыми родителями и обесценивается, таким образом происходит канализация агрессии.

Тут идеализируется нарциссически самодостаточное тело, обходящееся без пищи и других плотских потребностей. Иногда используется рационализация в виде мифов о примате духа над телом, аскетизме и пуританстве, об альтруистичной хлопотунье («Белоснежка и семь гномов»). На вооружение берутся идеи о том, что худые здоровее толстых, что аскетизм обостряет ум, что физическую слабость надо преодолевать закалкой, что растительные слабительные не являются настоящими слабительными и т. п. (Genlinghoff, Backmund, 1989). В итоге больной добивается повышенного внимания семьи (вторичная выгода) и символически отвергает мать.

Гиперкомпенсация неудовлетворенной потребности больных в автономии переходит в стремление к самодостаточности и абсолютной независимости как жизненно важной цели. В соответствии с мазохистской установкой избирается роль жертвы. Настойчивое отрицание самопроизвольной рвоты объясняется не столько сокрытием болезни, сколько типичной аддиктивной защитой в форме отрицания. Отрицаются также признаки пола, игнорируется их обратное развитие и похудение тела. Наконец, отрицается возможность смерти. Некоторые пациентки упорно верят в девственное размножение. Таким образом, речь идет об идее самодостаточности как проявлении нарциссического всемогущества прегенитального характера. Повышенная двигательная активность больных обусловлена не только чувством голода, но и иллюзией всемогущества и независимости от внешних ресурсов. Кроме того, физическое изнурение играет роль искупления вины и очищения, а также способствует борьбе с «избыточным» весом. Нервная анорексия у мужчин рассматривается как проявление эдипова комплекса и комплекса кастрации (эротические чувства к матери, уход в болезнь как самонаказание за скрытую агрессию к отцу).

Как уже говорилось, существует глубинная связь питания с чувством безопасности, удовольствия и ощущением, что тебя любят. О. Фенихель (2004) указывает, что ребенок может отказываться от пищи из протеста против родительской фигуры. Затем негативные чувства переносятся на пищу, и нарушение питания может возникать во время любого конфликта между активностью и пассивностью. Препятствия к оральному обладанию провоцируют оральную агрессию – стремление кусать. С появлением совести орально-агрессивные тенденции вызывают чувство вины и потребность в самонаказании. Таким самонаказанием может стать отказ от пищи.

Самым суровым анальным запретом является поедание фекалий. Из-за неразрешенных анальных конфликтов происходит регресс к оральной стадии развития, где анальная установка проявляется в виде формулы: «Не позволю себя контролировать, буду есть, что захочу и когда захочу». У девочек на генитальной стадии развития еда связывается с зачатием и поеданием пениса. Отказ от еды может означать торможение мстительного варианта женского кастрационного комплекса: «Хочу не пищу, а любовь, пенис, ребенка». К. Меннингер (2000) рассматривает нервную анорексию как хроническую форму самоубийства.

Психологические теории, касающиеся причин нервной анорексии, основываются преимущественно на психодинамических концепциях: нервная анорексия в этом случае рассматривается как фобическая реакция избегания пищи, являющейся результатом сексуального и социального напряжения, которое вызвано физическими изменениями, связанными с пубертатом. Наступающая в результате этого недостаточность питания приводит к редукции сексуального интереса, что, в свою очередь, ведет еще к большим ограничениям в сфере питания.

Согласно другой динамической теории, в основе анорексии лежит успокоительная связь с теплым, но пассивным отцом и вина за агрессию к амбивалентной фигуре матери (Каплан, Сэдок, 1998). С одной стороны, пациент направляет на себя агрессию, которой наказывает себя за стремление расстаться с матерью, воспринимаемое как «предательство». С другой стороны, отказ от пищи является попыткой получить любовь и заботу или, если это не удастся, средством по меньшей мере разозлить других членов семьи, в том числе мать, и с помощью пищевого поведения установить над ними контроль. И на самом деле, во многих семьях пищевое поведение пациентов является всепоглощающей темой, которая вызывает преимущественно негативные реакции. В лечении больные пытаются перенести эту схему отношений на терапевта или персонал госпиталя.

Психодинамически отказ от пищи можно понимать также как защиту от всего инстинктивно-телесного, при этом манифестная защита сдвинута на оральный уровень. Навязчивое похудение часто интерпретируется как бегство от женственности: отказ от пищи воспринимается как телесный успех, когда похудение препятствует развитию женских форм. Отказ от пищи служит также своеобразной защитой от страха беременности. Нервная анорексия – это не только борьба против созревания женской сексуальности, это также попытка защиты от взросления в целом, за которой стоит чувство бессилия перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых (Любан-Плоцца и др., 1996).

Личностная предрасположенность к анорексии проявляется как дифференцированность в интеллектуальной сфере и ранимость в сфере эмоциональной. В анамнезе обращают на себя внимание сенситивность и недостаточная контактность, хотя девочки ничем не привлекают к себе внимания. На языке теории невротизма, у больных анорексией женщин чаще наблюдаются черты шизоидной личности. Во многих случаях еще до начала болезни можно выявить аутистические установки и социальную изоляцию. В процессе развития болезни все заметнее становятся сходные с бредом шизоидные аутистические признаки.

Часто больные производят впечатление социально компенсированных, добросовестных и послушных вплоть до полной подчиняемости. При этом они, как правило, обладают высоким интеллектом и являются блестящими учениками. Им свойственны духовные интересы, аскетичные идеалы, высокая трудоспособность и активность.

Психосексуальное развитие больных нервной анорексией заторможено, хотя месячные у них начинаются в среднем на год раньше, чем у сверстниц (Старшенбаум, 2005).

У больных отмечается дихотомическое мышление по типу «все или ничего», как у пограничных и депрессивных личностей. Поэтому, например, больная оценивает себя в зеркале либо как идеальную, либо как толстую и безобразную. Выделяют (Карсон и др., 2004) следующие личностные особенности, характерные для больных анорексией:

- им свойственна значительная эмоциональная сдержанность и когнитивная заторможенность;
- они предпочитают привычную, упорядоченную и предсказуемую обстановку, плохо адаптируются к переменам;
- они относятся к окружающим с повышенным почтением и послушанием;
- они избегают риска и реагируют на стресс выраженным возбуждением или сильными эмоциями;
- они фокусируются исключительно на процессе совершенствования.

Указанные особенности личности затрудняют адаптацию к половому созреванию и жизненным переменам, характерным для юношеского возраста. Анорексия часто начинается после того, как девочка о ней прочла или кто-то из знакомых попал с этой болезнью в больницу. Событием, вызывающим анорексию, может стать фрустрация, связанная с весом тела (обидные замечания сверстников, отказ в приеме в хореографическую группу и т. п.).

Несмотря на значительное истощение, больные нервной анорексией кажутся яркими, веселыми, энергичными и неутомимыми. Кроме того, большинство больных не осознают, что их пищевое поведение угрожает жизни. Обычными признаками нервной анорексии являются навязчивый страх потерять контроль, отсутствие беспокойства по поводу прекращения месячных, запоры и классическое описание «хорошей девочки». Обсессивные расстройства проявляются в сильном желании оставаться пассивной и зависимой. Хотя плохой аппетит и потеря массы тела могут сопровождать тяжелую депрессию, она необязательно лежит в основе нервной анорексии.

Кроме индивидуальной психодинамики, большое значение для диагностики и терапии имеют особенности отношений в семьях больных. Для таких семей характерна атмосфера перфекционизма, тщеславия и стремления к социальному успеху. Часто тут встречается семейный идеал самопожертвования с соответствующим соревнованием членов семьи (Wirsching, Stierlin, 1982). Больная часто является единственной дочерью, которая испытывает чувство неполноценности относительно брата или братьев (Jores, 1973). Контроль, стремление к гармонии и гиперопека во многом определяют процесс взаимодействия в семье. Эмоциональные конфликты отрицаются, адекватные способы решения конфликтов не вырабатываются. Вследствие этого в семье постоянно царит напряженная атмосфера, однако семья демонстрирует окружающим картину согласия и гармонии (Petzold, Reindell, 1980).

Семьям с больными анорексией свойственны и такие поведенческие характеристики, как вязкость, чрезмерная опека, избегание конфликтов, ригидность и вовлечение детей в родительские конфликты. Симптоматика анорексии с точки зрения семейного подхода представляет собой борьбу за власть дочери с родителями в рамках чрезмерно связанных отношений, причем собственное тело для больной является последней сферой, где она может отграничиться от требований родителей и сохранить сколько-то автономии (Minuchin, 1977; Minuchin et al., 1983). В такой семье каждый стремится навязать другому собственное определение отношений, другой же, в свою очередь, отвергает навязываемое отношение. Никто тут не готов открыто взять на себя руководство и принимать решения от собственного имени. Открытые союзы между двумя членами семьи немыслимы. Пересекающие поколения коалиции на вербальном уровне отрицаются, хотя их можно наблюдать на уровне невербальном. За фасадом супружеского согласия и гармонии кроется глубокое обоюдное разочарование, которое, однако, никогда не признается открыто (Selvini-Palazzoli et al., 1977).

В целом в таких семьях чаще доминирует женский авторитет, будь это мать или бабушка. Отцы находятся по большей части вне эмоционального поля, так как матери их скрыто или явно подавляют. Это снижает их ценность в глазах семьи, на что они реагируют, отдаляясь еще сильнее, а это дает матерям простор для расширения сфер доминирования.

Взаимоотношения с родителями у больных обычно сложные, и тут можно выделить несколько типов, в зависимости от особенностей матери. Истероидная доминирующая мать требует от ребенка лидерства во всем и культивирует представление об «идеальной фигуре». Когда ребенок заболевает нервной анорексией, это вызывает у матери затяжные реактивные состояния и заостряет ее характерологические черты. Скрытые семейные конфликты актуализируются и становятся все более деструктивными. В итоге больная утрачивает контакт с родителями, что усугубляет течение заболевания и затрудняет проведение лечебно-реабилитационных мероприятий.

Паранойяльная доминирующая мать культивирует семейный миф о благополучной семье, воспитывая ребенка в духе повышенной моральной ответственности. Заболевшего ребенка долго ограждают от контакта с психиатрами, создавая собственные псевдонаучные объяснения болезни и концепции лечения. Убедившись в тяжести и неблагоприятном течении заболевания, мать отвергает «не оправдавшего надежд» ребенка, особенно при наличии других детей, на которых и переключается все внимание семьи. В результате больной ребенок остается без медицинской помощи.

Симбиотическая мать обычно воспитывает ребенка без мужа, она убеждена в правильности всех высказываний и поступков дочери и во всем ее поддерживает. Как и при индуцированном психозе, мать отрицает психическое расстройство у дочери, даже при наличии выраженной кахексии потворствует тому, чтобы та продолжала учебу или работу и не обращалась за медицинской помощью. В этом случае позиция матери также создает трудности в лечении больной.

В конфликтной семье робкая мать во всем потворствует дочери, а агрессивный пьющий отец воспитывает ее с применением силы. Он воспринимает патологическое пищевое поведение дочери как каприз и пытается подавить «хулиганство». Иногда заболевание дочери способствует смягчению обстановки в семье и объединению родителей, но чаще они остаются безразличны к ее судьбе и за помощью обращаются родственники.

При мужской анорексии, как правило, выявляется наследственная отягощенность шизофренией и другими бредовыми психозами, шизоидной психопатией и различными аномалиями характера, тревожной депрессией, фобиями и алкоголизмом. Часть матерей таких больных в молодости перенесли приступ шизофрении с дисморфоманической и аноректической симптоматикой.

Мара Сельвини Палаццоли (2002) рассматривает анорексию как моносимптоматический психоз, который ограничивается тотально доминирующим представлением о том, что собственное тело должно быть уничтожено путем отказа от всех оральных устремлений. Она считает данное заболевание семейным и описывает «аноректическую семью», опираясь на следующие характеристики:

- 1) никто открыто не принимает на себя лидерство, причины поведения приписываются внешним факторам;
- 2) открытое союзничество грешно;
- 3) никто не принимает на себя ответственность за плохое состояние дел.

В системе, в которой столь велика вероятность отвержения коммуникации, отвержение еды находится в полном созвучии со стилем взаимодействия семьи. В особенности оно согласуется с жертвенной установкой группы, в которой страдание в игре за превосходство является наилучшим ходом.

Отмечают и другие типичные особенности аноректической семьи (Минухин, Фишман, 1998):

- Тут существует жестко связывающая модель семейных взаимоотношений, в которой верность семье и ее защита ставятся выше, чем независимость и самореализация.

- Семья обычно ориентирована на ребенка, так что у девочки формируется менее сознательное отношение к своим действиям. Она делает все возможное, чтобы вызвать любовь и внимание, и в конечном итоге занимает перфекционистскую обсессивно-компульсивную позицию.

- Развитие автономии заторможено. Все, что девочка делает, находится под заботливым и «самоотверженным» контролем семьи. Возражения и собственная инициатива расцениваются как предательство, поощряются самоотверженность и верность семье.

- Внесемейные взаимоотношения не стимулируют, не одобряют и контролируют.

- Граница между семьей и внешним миром четко обозначена, хотя границы внутри семьи неясны. То же относится и к границам с семьями, из которых вышли родители. Часто формируется коалиция со старшим поколением, ребенок вовлечен в эти взаимоотношения и используется как средство избегания конфликтов.

- Большое внимание в семье уделяется питанию и соматическим функциям.

В. Вандерэйкен и Р. Мирман (Vandereycken, Meegman, 1984) выделяют в психогенезе нервной анорексии четыре типа порочных кругов: два на уровне семейных взаимоотношений и два внутриличностных.

1. Голодание является эффективным средством в борьбе с родителями. Не добившись внимания в роли примерного ребенка, девочка заставляет родителей тревожиться и умолять ее есть.

2. Чрезмерное внимание родителей к питанию ребенка, особенно если применяются наказания и насильственное кормление, вызывает у девочки рвоту и снижение аппетита.

3. Аппетит снижается под влиянием тревоги, вызванной реальной или мнимой чрезмерной полнотой, а также в связи с реакцией внешней среды на потерю массы тела. Источником тревоги может стать физическое созревание и психосексуальное развитие, которые эффективно тормозит потеря веса.

4. Голод вызывает тревогу на биологическом уровне, а поскольку больная не идентифицирует чувство голода, то безуспешно пытается справиться с тревогой, отказываясь от еды.

Таким образом, наличие биологических предрасполагающих факторов в сочетании с психосоциальными пусковыми приводит к формированию дезадаптивных защитных психологических реакций. Фобическая установка относительно еды может иметь разное, но всегда неосознаваемое содержание: компенсация заниженной самооценки стремлением к нереалистическому идеалу, попытка символически остаться в роли маленькой девочки из страха перед нарастающей ответственностью и другими трудностями взрослой жизни (в том числе – перед сексуальностью). Особую роль может играть непереработанный в раннем детстве инцестуальный конфликт. Бессознательная тревога может затем актуализироваться во время первого эротического опыта со сверстником. Иногда играет роль зависимость от членов семьи, соперничество с братьями и сестрами, страх расставания, который может актуализироваться вследствие смерти членов семьи, развода родителей, ухода брата или сестры из родительского гнезда (Старшенбаум, 2005). Сформировавшись, патологическое пищевое поведение замыкает самостоятельный патогенетический порочный круг биохимических, нейроэндокринных и психопатологических отклонений. К последним относятся расстройства самовосприятия, сопровождающиеся отрицанием собственной истощенности, слабости, голода (Попов, Вид, 2000).

Обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия, тревога и другие формы психиатрической патологии часто сопутствуют нервной анорексии. Достаточно распространено, например, компульсивное воровство, обычно леденцов или слабительного, но иногда одежды и других предметов.

1.2.2. Нервная булимия

Булимия (бычий голод) (от греч. *bu(s)* – бык и *limos* – голод) – это нарушение пищевого поведения, для которого характерны навязчивая еда и рвота или еда и дефекация (Drewnowski et al., 1995). Булимия иногда носит и другие названия: «синдром пищевого хаоса» (Palmer, 1979), «синдром ненормального контроля за нормальным весом» (Hsu, Crisp, 1979), «особый вариант пищевого поведения» (Коркина, 1984).

Формализованные критерии диагностики нервной булимии были впервые представлены в DSM-III, где нервная булимия была выделена в качестве самостоятельного психического расстройства, независимого от нервной анорексии. Впоследствии были исключены некоторые второстепенные признаки, характеризующие поведение больных во время приступа, наличие у пациента искаженного восприятия своего физического Я стало обязательным критерием, был введен количественный критерий частоты приступов переедания и исключен критерий «депрессивное настроение и депрессивные идеи, связанные с перееданием». DSM-IV рекомендует для постановки диагноза нервной булимии следующие критерии (DSM-IV, 1994):

А. Повторяющиеся «приступы обжорства», характеризующиеся:

1) потреблением пищи в дискретный период времени (например, в течение 2 часов) в количестве, намного превышающем количество, съедаемое большинством людей при прочих равных условиях и в тот же промежуток времени;

2) чувством потери контроля над пищевым поведением во время приступа (например, ощущение неспособности перестать есть и проконтролировать качество и количество съедаемого).

В. Регулярное принятие неадекватных мер по борьбе с увеличением массы тела, например использование самоиндуцированных рвот, злоупотребление клизмами, слабительными, мочегонными или другими лекарственными средствами, а также ограничение себя в еде или физические упражнения.

С. «Приступы обжорства» и неадекватные методы их компенсации случаются в среднем дважды в неделю на протяжении трех месяцев.

Д. Фигура и масса тела оказывают чрезмерное влияние на самооценку.

Е. Отсутствуют признаки нервной анорексии.

Выделяют два варианта течения нервной булимии: «с очистительным поведением» и «без очистительного поведения». Больные первой группы для поддержания веса наряду с голоданием используют самоиндуцированные рвоты и прием фармакологических препаратов, а больные второй группы поддерживают вес только за счет жестких диетических ограничений. У больных с «очистительным поведением» наблюдаются более тяжелые дисморфоманические нарушения (Mitchell, 1992).

Для диагностики нервной булимии (F50.2) по МКБ-10 состояние должно соответствовать следующим критериям (Попов, Вид, 2000):

1) повторяющиеся приступы переедания (быстрого поглощения большого количества пищи в дискретный период времени);

2) чувство потери контроля над поведением во время приступа;

3) для предотвращения прибавки в весе больные постоянно используют самоиндуцированные рвоты, слабительные или мочегонные, жесткие диетические ограничения или голодание, физические нагрузки;

4) среднее количество приступов переедания не менее 2 в неделю в течение трех месяцев;

5) постоянная чрезмерная обеспокоенность формами и весом тела.

Точные данные о морбидности в населении отсутствуют. Заболеваемость среди учащихся составляет 4–9%. Начало в возрастном промежутке 12–35 лет, пик частоты возникновения приходится на 18 лет, то есть несколько позже, чем при нервной анорексии. Преобладают женщины, пациенты мужского пола составляют лишь 10–15 % (Попов, Вид, 2000).

Специфичные для булимии этиологические факторы не выявлены, имеющиеся разрозненные клинические наблюдения дают основания лишь строить гипотезы о возможных этиопатогенетических механизмах. Предрасполагающим фактором является повышенное питание в преморбидном периоде. В преморбиде больных также отличает дезадаптация во всех социальных сферах. Отмечена достоверная взаимосвязь со стрессовыми ситуациями (семейные и сексуальные конфликты, вхождение в новый коллектив), которые могут служить пусковыми факторами для возникновения расстройства.

Нарушение пищевого поведения по типу нервной булимии может также возникать при неблагоприятном сочетании средовых (семейных) и социально-психологических факторов с определенным психическим преморбидом и соматической предрасположенностью, когда молодые девушки не в состоянии противостоять давлению стандартов моды и рекламы, насаждающих культ стройного тела.

Стержневым проявлением тут является потеря контроля над пищевым поведением, приступы переедания, за которыми следуют попытки избавиться от их последствий. Принимаемая пища обычно высококалорийная и мягкой консистенции (например, пирожные), больные съедают ее тайно, в спешке, чаще вечером, иногда не разжевывая, хотя средняя длительность приступа составляет около часа. Частота приступов варьирует от нескольких в день до одного за 1–2 недели, энергетическая ценность пищи, съеденной за один эпизод, составляет 3500–5000 калорий.

Приступ завершается дискомфортом – как физическим (боли в эпигастрии, чувство вздутия, тошнота), так и психическим (депрессивные проявления, чувство вины, неудовлетворенности собой), – а также избеганием социальных контактов. Обычным сопутствующим нарушением поведения являются импульсивные кражи, больные похищают чаще всего еду, предметы одежды, бижутерию. Рвота после приступа вызывается вначале введением пальцев в полость рта, позднее – условно-рефлекторно. От постоянных попыток вызвать рвоту на тыльной стороне кисти могут образовываться множественные характерные царапины. Другим осложнением рвот является кариес.

При приеме пищи вне приступа часто не возникает чувства насыщения. Прием диуретиков и слабительных с целью снижения веса может вызвать обменные нарушения: снижение уровня хлора и калия в сыворотке крови. Дисбаланс электролитов вызывает ощущение слабости, сонливости и аритмии, в отдельных случаях приводящие к внезапной остановке сердца. Больные сохраняют свой обычный вес; иногда он может быть несколько снижен или повышен. Они озабочены своей сексуальной привлекательностью и проявляют большую сексуальную активность по сравнению с больными нервной анорексией. В ряде случаев (от одной четверти до одной трети) развитию расстройства предшествует нервная анорексия или эпизод жесткой диеты (несколько недель – год) в связи с недовольством своей внешностью. Течение обычно многолетнее, хроническое, возможны ремиссии.

Отличить нервную булимию от булимической формы нервной анорексии помогает отсутствие двух важных для нервной анорексии симптомов: потери веса и аменореи. У больных с булимией, в отличие от анорексии, имеется отчетливое сознание неправильности своего пищевого поведения и умение скрывать его от окружающих, зачастую даже от родных. Рвоты в связи с расстройствами желудочно-кишечного тракта носят произвольный характер, что позволяет отличить эти нарушения от булимии. Приступы переедания, гиперфагия, встречающиеся в рамках других расстройств (пограничное расстройство личности,

синдромы Клювера-Бюси и Кляйн-Левина), можно отличить от булимии на основе других психопатологических признаков, присущих этим состояниям.

В соответствии с типологией, основанной на структурно-психопатологическом анализе приступов булимии, выделяют обсессивный, дистимический и компульсивный варианты заболевания.

Для больных с обсессивным вариантом характерно сочетание гедонистически окрашенных переживаний, связанных с пищей, и осознание нежелательности их реализации. В структуре влечения преобладает идеаторный компонент в виде навязчивых представлений, сомнений, воспоминаний. Характерным является достаточно длительный период борьбы мотивов.

Отличительной особенностью дистимического варианта булимии является превалирование в структуре влечения аффективного компонента. Влечение слабо осознается, реализация побуждения происходит после непродолжительного периода борьбы мотивов.

У больных с импульсивным вариантом булимии актуализация влечения сопровождается подавлением всех конкурирующих побуждений. Реализация влечения происходит без предшествующей внутренней переработки побуждения, борьбы мотивов. Во время приступа отмечается фрагментарное избирательное восприятие окружающего с последующей парциальной амнезией.

Особое место занимает психопатологическая квалификация рвотного поведения. Большинство больных прибегает к искусственному провоцированию рвоты после приступов булимии. В основе рвотного поведения у больных с пограничными состояниями лежит релаксирующая мотивация. Искусственное вызывание рвоты способствует редукции тревожных либо навязчивых опасений увеличения массы тела.

При шизотипическом расстройстве наблюдаются два варианта динамики рвотного поведения. В первом случае в основе рвотного поведения лежит стремление к получению эйфории. После вызванной рвоты больные отмечают появление приятного чувства «легкой усталости», «истомы», «блаженства». Во втором случае по мере нарастания расстройств искусственная рвота становится особой формой защитного поведения – ритуалом.

Выделяют различные категории больных нервной булимией в зависимости от массы тела и особенностей пищевого поведения. В частности, одна группа больных обращает внимание на сладкую пищу, другая – на соленую.

Существует классификация нервной булимии, основанная на клинко-патогенетическом подходе, с выделением пяти групп больных (Yager et al., 1993). У больных с «транзиторной» нервной булимией решающее значение в возникновении и закреплении патологического стереотипа поведения имеют психологические механизмы индуцирования и подражания: к вызыванию рвоты после приема пищи прибегают по примеру или совету сверстниц. У больных второй группы началу заболевания предшествует прибавка массы тела в пубертатном возрасте и, как правило, выявляется наследственная предрасположенность к развитию ожирения. У больных третьей группы наряду с нервной булимией выявляется очерченная депрессивная симптоматика, причем депрессия может либо предшествовать нервной булимии, либо развиваться по мере утяжеления нарушений пищевого поведения. Патология пищевого поведения у больных четвертой группы связана с особенностями эмоционально-волевой сферы (стремление к незамедлительному удовлетворению желаний, низкая толерантность к фрустрации и низкий порог агрессивных реакций) и недостаточной дифференцированностью между побуждениями различных модальностей, где гиперфагическое поведение является одним из способов эмоциональной разрядки. Развитию болезни у больных пятой группы предшествует период ограничения в питании с целью коррекции внешности (Савчикова, 2005).

На основании механизмов формирования выделяют реактивную и аутохтонную нервную булимию (Циркин и др., 2000). При реактивной нервной булимии, манифестирующей, как правило, в возрасте 20–25 лет, эпизоды переедания связаны с психологической нагрузкой и начинаются с борьбы мотивов. При этом булимическая симптоматика сочетается с субдепрессивной, а булимическим расстройствам предшествуют гиперфагические реакции на стресс. При аутохтонной нервной булимии, манифестирующей до 20 лет, частота переедания выше, влечение к пище носит безудержный характер, отсутствует чувство насыщения, снижена критика к булимическим расстройствам, слабее выражена аффективная симптоматика, практически отсутствуют гиперфагические реакции на стресс. Пациенты с реактивной нервной булиимией чаще носят черты тревожной или зависимой личности, а пациенты с аутохтонной нервной булиимией – эмоционально-неустойчивой личности.

Как видно из клинических описаний, нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, вследствие чего можно говорить о едином комплексе нарушений пищевого поведения. Однако нервная булимия, в отличие от анорексии, может входить в структуру девиантного поведения аддиктивного типа. Если отказ от пищи играет роль противостояния реальности (существенный параметр патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения), то непреодолимое влечение к пище может отражать как противостояние (в частности, снятие симптомов тревоги, депрессии при невротических расстройствах), так и уход от реальности. При аддиктивном поведении повышение ценности процесса питания и переедание становится единственным удовольствием в скучной, однообразной жизни. Человек избирает для себя питание как альтернативу повседневной жизни с ее требованиями, обязанностями, регламентом. У него формируется феномен «жажды острых ощущений» в виде изменения пищевого поведения. К примеру, такой человек может получать новые необычные ощущения от количества и качества пищи, сочетания несочетаемых ингредиентов (огурцов с медом, торта с горчицей). Главный мотив тут – бегство от «опостылевшей» реальности в мир вечного «пищевого удовольствия».

В отличие от больных анорексией, люди, страдающие булиимией, долго сохраняют обычный вес с незначительными отклонениями в ту или иную сторону; они мечтают о более стройной фигуре, но не собираются упорно худеть. Если у больных с булимической формой анорексии присутствует дисморфомания (бредовое восприятие своего тела), то у больных булиимией имеется лишь дисморфофобия в форме навязчивого страха ожирения без нарушения восприятия своего тела, но с опасением потерять сексуальную привлекательность. Такие пациентки более непоседливы, гневливы и импульсивны, чем больные нервной анорексией.

В последние годы появляются данные о генетической предрасположенности к заболеванию, оно чаще встречается у однойцевых близнецов. Установлены два вещества, естественным образом угнетающие аппетит: гормон лептин и белок глюкогоноидный пептид-1. Предполагается, что работа рецепторов мозга, реагирующих на эти вещества, у больных булиимией нарушена. У таких больных выявляется пониженная активность нейромедиаторов норадреналина и серотонина, часто наблюдается депрессия.

Многие авторы считают булиимию одним из типов аноректического поведения. Так, нервная булимия является злокачественным вариантом нервной анорексии по мнению Russell (1985). При анализе динамики нервной анорексии был выявлен факт появления на определенном этапе болезни трудно преодолимого чувства голода с возможностью переедания в связи с недостаточным питанием. В дальнейшем употребление большого количества пищи сопровождалось тревогой и стремлением избавиться от съеденного в связи со страхом поправиться и появлением тяжести в желудке. Была предложена классификация булимических расстройств при нервной анорексии (Коркина и др., 1991).

1. Булимия как симптом нервной анорексии.
2. Булимия как этап нервной анорексии.

3. Булимический вариант нервной анорексии.

Булимия как симптом болезни ограничивается пищевыми расстройствами в виде приступов непреодолимого чувства голода на фоне значительного ограничения в еде, однако страх поправиться удерживает больных от избыточного приема пищи. На этом фоне возникают навязчивые мысли о еде, опасения появления чувства голода, а также неуверенность в возможности отказаться от еды. В случае переедания возникают тягостные ощущения в желудке, иногда тошнота, даже рвота. Несмотря на тягостные вегетативные проявления при подобном состоянии, в дальнейшем больные начинают прибегать к искусственной рвоте в период очередного приступа булимии. Таким образом, булимия как симптом является одним из наиболее важных критериев утяжеления болезни, она ограничивается пароксизмальными подъемами аппетита, obsессивно-фобической симптоматикой и аффективной патологией.

При булимии как этапе нервной анорексии центральное место в проявлениях болезни занимает патология пищевого поведения, в основе которой лежит непреодолимый голод с отсутствием чувства насыщения. Ранний период булимического этапа характеризуется расстройствами, типичными для симптома булимии. Будучи не в состоянии бороться с чувством голода, больные в дальнейшем начинают переедать, употребляя при этом большое количество пищи, иногда малосъедобной. Перееданию, как правило, предшествует чувство тревоги, беспокойства, вплоть до агрессивных тенденций при наличии препятствия к утолению голода. Само переедание сопровождается кратковременной эйфорией, а также отчетливыми вегетативными реакциями. Вместе с тем страх прибавки в весе вынуждает больных систематически освобождаться от съеденного с помощью искусственной рвоты или слабительных. У ряда больных рвота не сопровождается тягостными вегетативными реакциями, вызывается легко, лишь наклоном туловища, напряжением мышц живота. После рвоты наступает состояние эйфории, которое сменяется в дальнейшем угнетенностью и самобичеванием. Масса тела таких больных может быть очень низкой, но по мере нарастания количества съеданной пищи масса тела бывает в пределах нормы или выше. В ряде случаев приступы булимии не сопровождаются искусственной рвотой, и вслед за кратковременным периодом эйфории наступает депрессивное состояние с тревогой, вплоть до агитации и суицидальных намерений, а также агрессивных тенденций по отношению к близким (особенно на высоте аффекта). Приступы булимии развиваются на фоне усиления депрессии, а усиление булимической симптоматики сопровождается нарастанием депрессивных расстройств. Получается своего рода порочный круг. Значительная роль в структуре болезни на булимическом этапе принадлежит характерологическим сдвигам, в процессе заболевания происходит как заострение преморбидных характерологических особенностей, так и формирование ранее не свойственных больному черт. При этом наблюдается сочетание выраженной эксплозивности с тревожно-мнительными чертами.

Особенностью булимического варианта нервной анорексии является очень короткий этап коррекции внешности с помощью ограничений в еде (от нескольких недель до 6 месяцев) с быстрым формированием булимической симптоматики и патологических форм пищевого поведения, которые в дальнейшем определяют клиническую картину болезни. Период ограничения в еде из-за его малой продолжительности может оставаться невыявленным. Этап собственно ограничения в еде является обязательным, но отказ от еды переносится больными тяжело. Особенностью булимии у этих больных является интенсивность приступов голода с компульсивным стремлением к насыщению. Преморбидно это могут лица с истерическими чертами характера, с первичной соматоэндокринной недостаточностью в виде тенденции к избыточной массе тела и нерегулярного менструального цикла. Для родственников этих пациентов характерна высокая частота эндокринной патологии.

В целом, исследование механизмов нервной булимии привело к развитию трех основных подходов: биологического (нейрохимические изменения, наблюдаемые при булимии,

позволили исследователям выдвинуть гипотезу о патофизиологической роли этих изменений, предполагается, что циклы переедания и использования искусственной рвоты и слабительных при булимии – причины нейрхимических изменений), психоаналитического, феминистски-культурального (Bendfeldt-Zachrisson, 1992).

Картина личности. Структура личности пациенток с булимией так же неоднозначна, как и при анорексии. В целом булимию можно объяснить социальными противоречиями, в которых вырастают современные западные женщины. Исследуя исторические условия появления булимии, Хабермас (Habermas, 1990) характеризует ее как «этническое расстройство» и прослеживает корни этого заболевания. Он описывает типичный и нормативный конфликт среднего и позднего подросткового возраста, который имеет общие черты у всех женщин с булимией. Это, во-первых, уход из родительской семьи и задача обретения самостоятельности; во-вторых, проблема развития в связи с неприятием своего сексуально созревшего тела и конфликт сексуальной идентификации.

На первый взгляд, больные часто кажутся сильными, независимыми, целеустремленными, честолюбивыми и выдержанными. Это, однако, резко расходится с их самооценкой и восприятием себя: таким больным свойственны ощущение внутренней пустоты, бессмысленности и пессимистически депрессивный фон как следствия шаблонов мышления и поведения, порождающих чувство беспомощности, стыда, вины и неэффективности. Они постоянно спрашивают себя, что от них ожидают окружающие, правильно ли они ведут себя. Они стремятся к большому успеху и часто путают любовь, которой они добиваются, с признанием (Genlinghoff, Backmund, 1989). Поскольку восприятие себя и Я-идеал резко расходятся, это порождает расщепленную картину: хороший образ вовне и плохой внутри, который они скрывают.

Часто они происходят из семей с импульсивной коммуникацией и значительным потенциалом насилия. Структура отношений в семьях отмечена высокой конфликтностью и импульсивностью, слабыми связями между людьми, высоким уровнем стресса и малоуспешными стратегиями решения проблем при высоком уровне ожиданий социального успеха.

В этой ситуации больные рано принимают ответственные задания и родительские функции. Опасения не справиться с задачей и оказаться во власти произвола ненадежных родителей контролируются и компенсируются заботливым поведением; слабые и зависимые аспекты личности сдерживаются и в конце концов проявляются в приступах переедания и избавления от еды.

В преморбиде у больных наблюдают такие особенности, как повышенная тревожность, импульсивность, снижение самооценки, экстравертированность, коммуникативные нарушения, тенденция к формированию различных зависимостей. Непреодолимое влечение к пище может предотвращать развитие невротических симптомов: тревоги, подавленности, напряженности.

Эмоциональная нестабильность, импульсивность со страхом потери контроля, низкая толерантность к фрустрации определяют психодинамику нарушения. Больной часто не удается дифференцированно воспринимать свое внутреннее состояние и его осознавать, что приводит к диффузному чувству внутренней угрозы, полностью овладевающей человеком.

Поскольку выразить конфликт невозможно, происходит сдвиг в оральную сферу. Питание меняет свое значение. Голод искаженно интерпретируется как угроза в результате потери контроля, контроль же над телесными функциями в силу обобщения приравнивается к способности справиться с проблемами. Сам по себе приступ переедания направлен на снижение напряжения и доставляет утешительное удовлетворение, однако этот эффект кратковременный. Одновременно переедание воспринимается больной как потеря контроля, подвергающая радикальному сомнению ее автономию и способность справиться с жизнью.

Искусственная рвота должна поддерживать постоянство веса тела, для больной это является символом того, что самоконтроль и автономия восстановлены. Чувства стыда и вины в связи с этим часто являются причиной социального и эмоционального регресса, а также расщепления на внешнюю демонстрацию благополучия на фоне скрываемой низкой самооценки. Расхождение между самооценкой и подачей себя может вызвать чувство внутренней пустоты и напряжения, которое активируется в сложных житейских ситуациях, что вновь запускает порочный круг болезни. Поскольку расщепление между демонстрацией благополучия и низкой самооценкой вынести нелегко, используется спасительная анозогнозия, которую можно расценить как защиту отрицанием. Наконец, переедание может символизировать медленное и прогрессирующее самоубийство.

Больным, страдающим булимией, присущи следующие особенности:

- перфекционизм;
- склонность к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям;
- импульсивность, хаотичность, готовность рисковать;
- низкая и неустойчивая самооценка;
- неудовлетворенность собственным телом;
- нереалистичные цели;
- отчаяние при неудачах в достижении этих целей;
- личные отношения также строятся по «булимической» схеме: пылкое увлечение – резкий разрыв;
- неприятные детские воспоминания, связанные с приемом пищи (еда как наказание, насильственное кормление, скандалы и т. п.).

Влечение к пище может отражать уход от реальности (бегство в пиршество, оргию). Акт поглощения еды уменьшает ситуационную тревогу и подавленность за счет переключения внимания на тело, вес которого легче контролировать, чем ситуацию или свое эмоциональное состояние. Этот стереотип в дальнейшем включается как реакция на эмоциональную фрустрацию. Определенные виды пищи могут иметь различное символическое значение: молоко вызывает чувство защищенности, мясо является символом силы, икра – престижа, кофе и спиртное – взрослости, сладости – награды.

Можно выделить следующие мотивации булимического поведения: страстное желание обладать, поглощать, фантазии о беременности и кастрационные желания (откусывание батона, колбасы), ожирение как защита от мазохистически отвергаемой роли привлекательной женщины, массивность и солидность тайно неуверенного в себе мужчины (наравне с такими фаллическими символами, как галстук и борода).

Непременным условием приступа обжорства с рвотой является скрытность, как при мастурбации, суррогатом которой можно считать булимическую оргию. Однако нарастающая изоляция и отказ от контактов приводят к заместительному удовлетворению на оральном уровне, таким образом возникает порочный круг. Неприемлемость сексуальных фантазий и агрессивных побуждений проявляется символически, на языке тела и пищевого поведения. Рвота заменяет выкидыш, отказ от беременности; ожирение служит «поясом целомудрия», демонстрируя отказ от сексуальной привлекательности и женской половой роли.

Сам процесс еды призван заменить акт сосания материнской груди, который взрослому уже недоступен. Поэтому борьба за психологическую независимость от матери выражается в двойственном отношении к еде.

1) В основе экзистенциальной мотивации лежит чувство внутренней пустоты и скуки. Пища заполняет рот и живот, вызывая эйфорию, которая не может заменить наполненной внутренней жизни.

2) Увеличение количества пищи вызывает ощущения излишка, тяжести, неспособности ее переварить, чувство утраты самоконтроля, разочарования в данном способе компенсации. Каждый булимический приступ усиливает чувство неполноценности и вызывает потребность в самонаказании. Таким извращенным карающим наслаждением становится следующий приступ.

Для больной булимией важно не только съесть продукт, но и испортить его, а затем выбросить как обесцененный и побежденный. За маской любви к еде (груди матери) тут скрывается жадность, зависть и ревность. «Промыть желудок» и «очистить кишечник» после еды – это все равно, что «умыть руки» для «очистки совести».

В последние годы возник интерес к вопросу о связи между булимией и личностными нарушениями (Mauro, Santonastaso, 1992). Основанием для постановки вопроса послужили клинические данные о распространенности у больных нервной булимией таких явлений, как импульсивность, эмоциональная лабильность, суицидальные попытки, наблюдаемых и при личностных нарушениях.

Была выдвинута гипотеза о том, что булимию частично можно объяснить когнитивными нарушениями, в частности недостаточным самоконтролем и пониженной чувствительностью к сигналам насыщения (Pendleton et al., 1990). Пациентки с булимическими расстройствами обладают пониженным самоконтролем и чувствительностью к сигналам насыщения, однако лишь в том случае, если у них нарушается способность к концентрации внимания (Heilbrun, Worobow, 1991). Больным с нервной булимией свойственны следующие нарушения в когнитивной сфере: селективное абстрагирование, персонализация, дихотомические суждения, перфекционизм, суеверия, сверхгенерализация (Franko et al., 1992). Женщины с булимией склонны устанавливать для себя высокие недостижимые стандарты, они страдают от одиночества и страха; мужчины кажутся им властными и склонными к насилию, а позиция женщин в обществе расценивается как позиция слабой и беспомощной жертвы (Axtell, Neulon, 1993).

Многие исследователи считают, что причиной булимии является дефицит уверенности в себе. Чтобы проверить эту гипотезу, было проведено исследование больных, страдающих булимией, с помощью различных методов: ролевых игр, опросников и др. Полученные результаты подтвердили предположение о том, что дефицит уверенности в себе при булимии связан с когнитивными, а не с поведенческими нарушениями (Mizes, 1989).

Поскольку среди больных булимией преобладают женщины, некоторые ученые считают, что риск развития булимии определяется женской половой идентичностью (Klignespot, 1994). Причем для таких женщин обычно характерна традиционно женская половая идентификация, в то время как среди женщин, не страдающих булимией, преобладают андрогины. Маскулинность снижает риск возникновения нарушений пищевого поведения по типу булимии, по-видимому, в силу повышения самооценки.

Хотя больным булимией часто удается удерживать свой вес в пределах нормы, они ощущают, что не соответствуют своим собственным ожиданиям и ожиданиям окружающих. Им свойственны слабая социальная адаптация, недостаточный самоконтроль, зависимость от других, нарушение полоролевого поведения. От 35 до 78 % (по разным данным) таких больных страдают также и депрессией.

Существует несколько гипотез касательно соотношения нервной булимии и депрессии: есть мнение, что причину булимии следует искать в аффективных расстройствах, согласно другой гипотезе депрессивные симптомы являются вторичными по отношению к булимии (как часть цикла переизбыток-очистка), третий вариант рассматривает булимию как сочетание биологической аномалии и общей депрессии. Согласно одной точке зрения, разные гипотезы соответствуют различным стадиям булимии (Beebe, 1994).

Известно, что важнейшими компонентами депрессии являются утрата самоуважения, уверенности в себе и чувства собственного достоинства – качеств, которые, по мнению К. Изард, тесно связаны с эмоцией стыда (Изард, 2000). Х. Льюис рассматривала депрессию как крайний и наиболее радикальный способ защиты Я от стыда (Изард, 2000). Согласно одному исследованию (Sanftner, Crowther, 1998), симптоматика нарушений пищевого поведения связана со склонностью к переживанию чувства стыда. Изучение ключевых убеждений больных нервной булимией позволило выявить у них повышенное чувство стыда и убежденность в неисправимых недостатках собственного характера (Meyer C. et al., 2001). Эти качества порождают генерализованное ощущение социальной незащищенности (покинутости, изолированности) и затем ведут к компенсаторному поведению в виде импульсивности и зависимости, которые часто описываются как сопутствующие симптомы и обычно связаны с сильными эмоциями. При этом булимическое поведение блокирует или редуцирует осознание этих невыносимых чувств.

В. И. Крылов (1995) выделил два типа депрессивных состояний у больных нервной булимией: первые преимущественно психогенного происхождения, в связи с неудовлетворенностью результатами коррекции внешности, вторые вызваны сочетанием психогенного и эндогенного факторов, в данном случае депрессивное мироощущение (эндогенный фактор) определяет повышенную уязвимость к действию психотравмирующих факторов. Н. Ю. Красноперова (2001) также делит пациентов с депрессивной симптоматикой на две группы: пациентов с депрессией как невротической формой реагирования на морбидное ожирение и пациентов с атипичными депрессивными расстройствами, у которых пищевая зависимость связана с сезонными аффективными расстройствами.

Выделяют четыре типа нервной булимии: демонстративная, обсессивно-ритуалистическая, мотивированная желанием достичь сексуальной привлекательности, мазохистическая (Hall et al., 1992). Страдающие демонстративной формой болезни относительно моложе представителей остальных типов. В этом случае нарушения пищевого поведения сопровождаются проявлениями социально девиантного поведения, демонстративными и импульсивными поступками, для больных характерны нарушения отношений с родителями, неблагополучные семейные отношения, относительно низкий интеллектуальный уровень, сниженный самоконтроль. Для больных, страдающих обсессивно-ритуалистической булимией, характерен сохраненный интеллект при выраженных эмоциональных нарушениях. Больные с нервной булимией, мотивированной желанием достичь сексуальной привлекательности, часто переживали сексуальное насилие в детстве. Большинство больных данной группы страдают пограничными личностными расстройствами. Больные мазохистического типа стремятся пережить страдания при применении слабительных и искусственной рвоты. Это часто «хорошие дети», стремящиеся соответствовать ожиданиям родителей, спортсмены, отдающие много сил тренировкам, изолированные от сверстников. В данном случае характерны переживание чувства вины, повышенный самоконтроль, избегание близких эмоциональных отношений.

На возникновение и развитие булимии может влиять семейная атмосфера (McNamara, Loveman, 1990). При сравнении представлений женщин, больных булимией и не склонных к булимии, о своей семье было обнаружено, что первые воспринимают свою семью как менее благополучную относительно второй группы обследованных. Больные булимией говорили о неконструктивности отношений в семье, повышенной эмоциональной вовлеченности ее членов в дела друг друга, сочетающейся со сниженной способностью к адекватному эмоциональному реагированию, сниженным уровнем вербального взаимодействия в семье.

Различные исследования показывают, что семьи больных нервной булимией обладают высоким уровнем конфликта, враждебности и придают мало значения самовыражению (Johnson, Flach, 1985), в таких семьях часто встречается взаимное непонимание и обви-

нения, нежелание помогать друг другу, дезорганизация, отсутствие воспитания (Strober, Humphrey, 1987). Сравнительное исследование семейных взаимоотношений при рестриктивном и булимическом вариантах нервной анорексии показало, что в семьях больных с булимическим вариантом анорексии выше уровень конфликтного взаимодействия, больше супружеских разногласий, открытого недовольства, негативных эмоций и нерешенных конфликтов, чем в семьях женщин с рестриктивным вариантом нервной анорексии (Strober, 1981).

Женщины, страдающие нервной булимией, получали недостаточно родительской заботы (тепла, аффектации, эмпатии) при относительно высоком уровне опеки со стороны отца, выражающейся в контроле и навязывании своего мнения (Calam et al., 1990). В исследовании Н. Ю. Красноперовой у молодых женщин, больных нервной булимией и булимическим вариантом нервной анорексии, было выявлено формальное или безразличное отношение со стороны отца при адекватном отношении со стороны матери, гиперопека со стороны матери и механическая забота со стороны отца или отвержение со стороны матери при формально безразличном отношении со стороны отца. Больные нервной булимией часто отмечают, что отец относился к ним с меньшей любовью и нежностью, зато в большей мере их контролировал по сравнению с их сиблингами (Berg et al., 2000).

Было обнаружено, что сиблинги таких пациентов оценивали свои семьи как нормально функционирующие, из чего авторы сделали вывод, что на взаимоотношение родителей и пациентов с булимией и функционирование их семей могут влиять проблемы и негативные эмоции самих пациентов (Casper, Troiani, 2001). Семейные отношения влияют на пищевое поведение женщин наряду с биологическими, психологическими и социокультуральными факторами (Wade, et al., 2001). Одни члены семьи преодолевают последствия воздействия внутрисемейного конфликта, другим же это дается нелегко, в силу генетически обусловленной повышенной чувствительности к конфликту. Чувствительность к конфликту и неэффективные навыки его разрешения могут влиять на дальнейшее развитие стратегий достижения целей и регуляции негативных эмоций, что увеличивает вероятность развития нервной булимии (Strober, Humphrey, 1987).

Исследователи также подчеркивают значение различных типов воспитания для формирования личности больных с нарушениями пищевого поведения (Крылов, 1995) и ожирением (Зубцова, Князев, 1992). В частности, у больных нервной булимией воспитание по типу потворствующей гиперпротекции способствует развитию и фиксации истероидных черт характера – эгоизма, эгоцентризма, претенциозности. Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции способствует развитию и фиксации таких черт характера, как повышенная впечатлительность, сенситивность, тревожная мнительность (Крылов, 1995).

Исследовалось влияние булимии на боязнь интимных отношений (Prullt et al., 1992). Использовался опросник, выявляющий боязнь интимных отношений (The Fear of Intimacy Scale), который предложили заполнить женщинам, склонным к перееданию и прибегающим к искусственной рвоте (Descunter, Thelen, 1991). Как и предполагалось, показатели по шкале у больных булимией оказались значительно выше, чем в контрольной группе испытуемых.

Изучалась также связь между нарушением пищевого поведения и сексуальным насилием (McClelland, 1992). Существуют данные о том, что больные с нарушениями пищевого поведения в виде нервной анорексии, нервной булимии или нарушений пищевого поведения смешанного типа часто переживали сексуальное насилие в детстве. У 30 % пациенток, обследованных с помощью личностных опросников и опросника установок в отношении питания, в анамнезе имелись случаи сексуального насилия. По мнению исследователя, личностные нарушения являются фактором, опосредующим влияние пережитого в детстве сексуального насилия на пищевое поведение.

1.2.3. Компulsive переедание

Существует большое количество людей, страдающих серьезными проблемами с перееданием, пищевое поведение которых не соответствует критериям нервной булимии. По данным одного исследования (Telch C.F. et al., 1988), ни один испытуемый с ожирением, обусловленным перееданием, не использовал слабительных, мочегонных или искусственную рвоту для регуляции веса, зато многие делали упражнения, соблюдали строгие диеты или голодали. Периодически появляются данные о том, что среди пациентов клиник для больных ожирением переедание (гиперфагия) при отсутствии нервной булимии особенно широко распространено (Devlin et al., 1992). Данные обстоятельства показали необходимость выработать критерии диагностики расстройств переедания. К ним относятся (DSM-IV):

А. Повторяющиеся эпизоды переедания, характеризующиеся:

1) потреблением пищи в дискретный период времени (например, в течение двух часов) в количестве, намного превышающем количество, съедаемое большинством людей при прочих равных условиях;

2) чувством потери контроля во время такого эпизода (например, ощущение неспособности перестать есть и проконтролировать качество и количество съедаемого).

В. Во время большинства эпизодов переедания присутствуют по меньшей мере три из следующих поведенческих показателей потери контроля:

1) потребление пищи гораздо быстрее, чем обычно;

2) потребление пищи до дискомфорта ощущения переполненности желудка;

3) потребление большого количества еды при отсутствии физического ощущения голода;

4) потребление большого количества еды в течение дня без распланированного времени принятия пищи;

5) еда в одиночку из-за смущения по поводу количества съедаемого;

6) чувство отвращения к себе, подавленность или сильное чувство вины после переедания.

С. Переедание происходит в среднем как минимум дважды в неделю в течение шести месяцев.

Д. Переедание вызывает заметный дистресс.

Е. Переедание не сопровождается регулярным использованием неадекватных компенсаторных средств (прием слабительных, искусственная рвота, увеличение физических нагрузок) и не развивается исключительно на фоне манифестации нервной булимии или нервной анорексии (Devlin et al., 1992).

Компульсивное переедание отличается от нервной булимии тем, что при нем практически отсутствует компенсаторное поведение, зато можно наблюдать неудовлетворенность образом собственного тела, сниженную самооценку, депрессию, а также соматические особенности (нередко присутствует ожирение), кроме того, переедание встречается преимущественно в зрелом возрасте и в одной трети случаев – у мужчин (Скугаревский, 2002).

Выделяют также гиперфагическую реакцию на стресс и компulsive гиперфагию (см. раздел 1.2.4. настоящей главы). Гиперфагическая реакция на стресс как пищевое нарушение проявляется тем, что при психоэмоциональном напряжении, волнении или сразу после окончания действия стрессора у человека резко усиливается аппетит и возникает желание поесть. При этом чаще всего отношение к пище лишено избирательности, другими словами, человек ест все подряд, хотя есть исследования, показывающие, что в этом состоянии он все-таки предпочитает жирные и сладкие продукты. Поскольку стрессор может дей-

ствовать долго, чрезмерное потребление пищи может занимать длительный период и привести к избыточному весу.

При компульсивной гиперфагии человек без видимых причин или, во всяком случае, не осознавая своих мотивов, потребляет большое количество пищи, чаще сладкой и жирной и чаще в виде так называемых закусок, то есть дополнительных приемов пищи, вне расписания. Полагают, что в основе компульсивной гиперфагии лежат механизмы, близкие к таковым при гиперфагической реакции на стресс, только в последнем случае причина осознается, а в первом – нет. Как разновидность компульсивной гиперфагии рассматривается так называемая ночная гиперфагия – повышение аппетита в вечернее и ночное время (Birketvedt et al., 1999).

Сравнительное исследование семейного окружения пациентов с нарушениями пищевого поведения выяснило, что в семьях переедающих значительно меньше выражены сплоченность и организованность, слабее поощряется выражение добрых чувств, меньше последовательности и предсказуемости по сравнению с семьями больных другими формами нарушений пищевого поведения (Hodges et al., 1998). В семьях переедающих также выявлены сниженные показатели ориентации на достижения и приверженности интеллектуальным, культурным, религиозным и нравственным ценностям. Одно исследование показало, что 40 % девочек 15–16 лет с высокой озабоченностью едой выражают неудовлетворенность семейными отношениями, как правило, это относится к частым спорам, невозможностью общения, в то время как девочки с низкой озабоченностью едой в основном воспринимали отношения в своих семьях в позитивном свете (Button et al., 1997).

1.2.4. Другие виды нарушений пищевого поведения

Необходимо отметить, что рассмотренные три основных типа расстройств не отражают всего многообразия нарушений пищевого поведения. Существует множество вариантов и субклинических проявлений нарушения пищевых паттернов, включая патологический голод, частые «перекусывания», самоограничения в питании и стратегии, компенсирующие переедание. *Патологический голод* выражается в настоятельной потребности съесть что-либо, возникающей между основными приемами пищи. О постоянном «перекусывании» можно говорить в том случае, если человек более 5 раз в сутки принимает пищу дополнительно или такие нерегулярные приемы пищи составляют более 25 % от суточного потребления калорий. «Перекусывание» не связано с каким-либо особенным настроением (Газенко, 1987). Выделяют также углеводную жажду и предменструальную гиперфагию (Wurtman et al., 1987, Greeno, Wing, 1994).

Термин «*углеводная жажда*» вошел в обиход тогда, когда основную причину ожирения связывали именно с избыточным потреблением углеводов. Сейчас чаще говорят просто о пищевой жажде, полагая, что для ее удовлетворения пациентам требуется пища, которая в оптимальном случае одновременно сладкая и жирная – шоколад, мороженое, крем и т. п. В случае углеводной жажды такая пища по своему действию подобна наркотику. При ее отсутствии у пациентов развивается тягостное депрессивное состояние, чем-то напоминающее абстиненцию, эти явления проходят при потреблении сладостей (Wurtman et al., 1987).

Предменструальную гиперфагию можно рассматривать как одно из проявлений синдрома предменструального напряжения. Явления гиперфагии наблюдаются у женщин в течение 4–7 дней перед месячными, опять же предпочтение тут отдается сладкой и жирной пище (Гинзбург и др., 1999).

Выделяют также эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение (Савчикова, 2005).

Эмоциогенное пищевое поведение наблюдается после стресса или эмоционального дискомфорта (таким образом, это состояние близко к двум, описанным выше: гиперфагической реакции на стресс и компульсивному перееданию). Распространенной реакцией на такие состояния, как гнев, страх и тревога, является потеря аппетита, но некоторые люди реагируют на это чрезмерным потреблением пищи (Van Strein et al., 1986). Эмоциогенное пищевое поведение подразделяют на три группы: перманентное эмоциогенное пищевое поведение, компульсивное пищевое расстройство и синдром ночной еды (Вахмистров, 2001). Для перманентного эмоциогенного пищевого поведения характерна выраженная мотивационно-психическая незрелость с гипертрофией пищевой мотивации, где на первом месте стоит гедонистический компонент питания. Компульсивная еда характеризуется амбивалентностью приступов переедания, которые, с одной стороны, снимают психоэмоциональное напряжение, с другой стороны – являются стрессогенным фактором, вызывая чувство вины, отвращения к себе, страх перед невозможностью контролировать прием пищи. Синдром ночной еды характеризуется утренней анорексией, вечерней гиперфагией и бессонницей (Stunkard et al., 1955). А.В. Вахмистров (2001) отметил, что для больных с данным синдромом характерна незрелость механизма регулирования бодрствования, при этом насыщение активирует механизмы сна, а голод – механизмы бодрствования. Синдромом ночной еды страдает около 1,5 % популяции (Pawlow et al., 2003). Такой тип пищевого поведения встречается у значительной части людей с ожирением и относительно реже у людей с нормальной массой тела (Devlin et al., 1992).

Согласно отечественным исследованиям, в формировании эмоциогенного пищевого поведения основную роль играют нейрофизиологические особенности: преобладание лимбических механизмов активации; неправильное обучение в детстве; отсутствие дифференциации побуждений различных модальностей (Вознесенская, 1990); а также следующие особенности личности: пониженная устойчивость к стрессу, склонность к эмоционально-аффективным реакциям, психический инфантилизм (Вахмистров, 2001), преобладание таких механизмов психологической защиты, как регрессия и смещение (Минабутинов, 1996; Вахмистров и др., 2001).

Существенное значение в формировании эмоциогенного пищевого поведения имеет неправильное воспитание в раннем детстве. Анализ особенностей формирования пищевого поведения в семьях больных перееданием позволил выявить целый ряд существенных закономерностей (Савчикова, 2005):

1. Пища играет доминирующую роль в жизни семьи. Она – главный источник удовольствия. Другие возможности получения удовольствия (духовные, интеллектуальные, эстетические) не развиваются в должной мере.

2. Любой физиологический или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью (или другими членами семьи) как голод. Наблюдается стереотипное кормление ребенка в ситуации его внутреннего дискомфорта, что не позволяет ребенку научиться четко отличать физиологические ощущения от эмоциональных переживаний, например – отличать голод от тревоги.

3. В семьях не происходит адекватного обучения эффективному поведению в период стресса и потому закрепляется единственный неправильный стереотип: «когда мне плохо, я должен есть».

4. Нарушены взаимоотношения между матерью и ребенком. У матери есть только две главные заботы: одеть и накормить ребенка. Привлечь внимание такой матери ребенок может только с помощью голода. Процесс приема пищи становится суррогатной заменой других проявлений любви и заботы. Это повышает символическую значимость приема пищи.

5. В семьях наблюдаются травмирующие психику ребенка конфликтные ситуации, межличностные отношения хаотичны.

Ограничительное пищевое поведение характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством сокращения потребления калорий. Этому поведению посвящен целый ряд работ (Herman, Mack, 1975; Herman, Polivy, 1984, 1988; Polivy et al., 1978). В течение последних 30 лет соблюдение диеты стало более популярным, в особенности в западном обществе среди молодых женщин, и это можно считать одним из факторов, способствующих перееданию. Соблюдение диеты – это преднамеренное замещение питания, регулируемого чувством голода, распланированным и рациональным питанием (Russ, 1998). Люди, ограничивающие себя в питании, игнорируют внутренние сигналы голода (или жажды) и придерживаются низкокалорийного режима питания, который, как предполагается, приведет к потере веса.

Эмоциональная нестабильность, возникающая на фоне применения жестких диет, получила название «*диетической депрессии*». Ее признаки – это повышенная раздражительность и утомляемость, чувство внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивность и враждебность, тревожность, плохое настроение, удрученность и т. д. Диетическая депрессия приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву болезненного переедания. Такой эпизод может повлечь за собой появление чувства вины, снижение самооценки, неверие в возможность излечения (Савчикова, 2005).

Результаты многих исследований показали, что при дистрессе количество съедаемой пищи у соблюдающих диету увеличивается, а у не соблюдающих диеты – уменьшается (Greeno, Wing, 1994). Существует ряд гипотез, объясняющих этот феномен. Для объяснения процесса регуляции питания была предложена *модель границ* (Polivy, Herman, 1995). Согласно этой модели, между состояниями голода и насыщения, которые контролируют принятие пищи и имеют физиологическую основу, располагается пространство, находящееся под влиянием скорее когнитивных, нежели биологических факторов. Месторасположение границ голода и насыщения определяется индивидуальными особенностями человека. У людей, соблюдающих диету, нижняя граница голода будет ниже, а верхняя граница насыщения – выше, чем у людей, не соблюдающих диету. Таким образом, люди, соблюдающие диету, стремясь контролировать свой вес, «накладывают» на себя еще одну верхнюю границу, располагающуюся гораздо ниже биологической границы насыщения и имеющую чисто когнитивное происхождение. Когда попытка человека, стремящегося соблюдать диету, терпит провал, он остается наедине лишь с биологической границей сытости, которая располагается у него выше, чем у человека, не сидящего на диете. Этот феномен назвали «*контррегуляцией*», подразумевая, что соблюдающие диету действительно сознательно регулируют потребление пищи и склонны переедать при ослаблении самоконтроля, вследствие употребления алкоголя или переживания стресса.

Согласно *гипотезе маскировки* (Polivy, Herman, 1999), люди, соблюдающие диету, используют переедание для того, чтобы замаскировать дистресс в других сферах жизни. Переедая при дистрессе, они объясняют последний перееданием, а не какими-то другими аспектами своей жизни, в большей мере неподвластными контролю. Таким образом, реальную проблему маскирует проблема переедания или избыточного веса. Согласно *гипотезе комфорта*, потребление пищи обеспечивает состояние комфорта, служит для утешения и облегчения при дистрессе у тучных или соблюдающих диету людей (Polivy, Herman, 1985). Согласно *гипотезе отвлечения* (Herman, Polivy, 1988), потребление пищи может отвлекать от беспокойств: у тучных или соблюдающих диету еда настолько поглощает внимание, что способна отвлечь их от обстоятельств, вызывающих дистресс, по крайней мере, временно.

Для объяснения мотивации переедания была также предложена *теория избегания*. Согласно этой теории, людям, соблюдающим диету или страдающим перееданием, свойственны высокие личностные ожидания (обычно относящиеся к весу и фигуре), желание благосклонно восприниматься другими и убеждение, что другие люди критичны к ним и

уделяют пристальное внимание их поведению (Heatherton, Baumeister, 1991). Это влечет за собой негативную самооценку и негативный аффект (депрессию). Интенсивность таких негативных переживаний снижается при эпизодах переедания, во время которых фокус внимания сужается до простых действий и ощущений. Было экспериментально установлено, что физическая угроза значительно понижает потребление пищи у людей, не соблюдающих диету, и немного повышает у соблюдающих диету, в то время как угроза для Эго незначительно подавляет аппетит у не соблюдающих диету и сильно растормаживает пищевое поведение у людей, ограничивающих себя в еде (Heatherton et al., 1991).

Во множестве исследований наблюдается прямая связь между голоданием и эпизодами переедания, однако многие люди, соблюдающие диету, не проявляют нарушений пищевого поведения. В лабораторных исследованиях (Dritschel et al., 1993) в группе испытуемых, не страдающих нарушениями пищевого поведения, не было выявлено взаимоотношения между диетическими ограничениями и контррегуляцией. Это свидетельствует о том, что диетические ограничения играют различные роли при различных вариантах пищевого поведения и повышают риск переедания только на фоне предшествующей патологии пищевого поведения. Попытки ограничить потребление пищи обычно не возникают, пока не устанавливается регулярная модель переедания и не происходит увеличение веса (Wilson et al., 1993). При булимии соблюдение диеты действительно может являться фактором, предрасполагающим к перееданию, но при переедании соблюдение диеты является попыткой предотвратить увеличение веса, который уже превосходит рамки нормы вследствие переедания.

Однако ограничительный тип пищевого поведения и соблюдение диеты не совсем аналогичные понятия. Диетические ограничения можно классифицировать по степени их гибкости и на этой основе можно судить о риске срыва (эпизода переедания) и об успешности применения диеты (Westenhofer, 1990; Westenhofer et al., 1994). Для ригидного контроля характерны такие особенности, как строгий подсчет калорий, жесткие правила исключения из рациона тех или иных продуктов и частое использование диеты. Такой негибкий и бескомпромиссный подход к соблюдению диеты повышает вероятность переедания (Herman, Polivy, 1984; Kirschenbaum, Dykman, 1991). Напротив, гибкий контроль включает более масштабные варианты поведения, такие как перспективное планирование питания, ограничение размеров порций, замедление процесса еды, при этом ограничение потребления не носит жесткого характера. Люди с более гибким подходом к соблюдению диеты склонны осознавать, что эпизоды переедания у них вероятны, и учитывают этот факт, компенсируя эпизоды переедания (Westenhofer, et al., 1990; Westenhofer, et al., 1994; Smith, et al., 1999).

Экстернальное пищевое поведение связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи: человек с таким поведением ест не в ответ на внутренние стимулы (голод), а в ответ на текстуру пищи и обонятельные стимулы (Braet, Van Strein, 1997). *Интернально-экстернальная теория голода и процесса питания* (Schachter et al., 1968) является одной из базовых теорий, объясняющих проблему избыточного веса. В ее основе лежит наблюдение, согласно которому одни люди приступают к еде, реагируя на внешние (экстернальные) стимулы, такие как вид, запах еды или время приема пищи, другие – реагируя на внутренние (интернальные) стимулы, такие как желудочные спазмы, уровень глюкозы в крови, уровень содержания жиров. Исследования Станкарда (1959) и Шехтера (1971) показали, что чувствительность к экстернальным стимулам более свойственна полным людям (Фрэнкин, 2003). Оказывается, у испытуемых с экстернальным пищевым поведением для стимуляции выработки инсулина достаточно действия сенсорных стимулов (Rodin, 1981). Однако выяснилось, что чувствительность к экстернальным стимулам могут проявлять и стройные люди, а люди с избыточным весом могут не реагировать на внешнюю стимуляцию. Таким образом, несмотря на то что экстернальность связана с мотивацией пищевого поведения, между ней и весом человека однозначного соответствия нет, поскольку

тут играют роль и другие факторы: доступность пищи, интенсивность метаболических процессов, уровень самоконтроля (Фрэнкин, 2003).

В конце 1960-х Шехтер и Родин сформулировали экстермальную теорию ожирения (Schachter, 1971; Schachter, Rodin, 1974). Они утверждали, что, по сравнению со своими худощавыми сородичами, и крысы, и люди с избыточным весом сильнее реагируют на экстернальные стимулы (время, наличие и качество пищи, ситуативные факторы и т. д.) и менее чувствительны к внутренним сигналам голода и насыщения. Таким образом, ожирение вызвано или поддерживается склонностью к перееданию в ситуации легко доступных и приятных пищевых продуктов. Эти идеи получили широкое распространение и заложили теоретическое основание для большого количества экспериментов. Некоторые из этих исследований подтвердили исходные гипотезы экстермальности; однако многие не подтвердили, так что взаимосвязь между экстермальностью и избыточным весом оказалась не столь однозначной, как думали первоначально (Leon, Roth, 1977; Rodin, 1981; Spitzer, Rodin, 1981). Несмотря на это, базовая концепция экстермальности продолжает применяться, хотя и с некоторыми дополнительными соображениями.

Потенциальный источник формирования экстернального, а не интернального контроля пищевого поведения достаточно очевиден. Его развитие очень часто поощряют родители, которые используют время дня и ситуации для того, чтобы заставить ребенка есть, когда он того не хочет, а также ограничивают доступ к еде, когда он выражает желание поесть (Johnson, 2000). Поскольку младенцы и маленькие дети обычно хорошо регулируют свое потребление энергии, они становятся более чуткими к внешним сигналам в процессе своего развития. Джонсон (Johnson, 2000) нашел, что более полные дети, а также дети, матерям которых было свойственно многократное использование диет и импульсивное пищевое поведение, обладают повышенной чувствительностью к пищевым экстернальным стимулам. Это согласуется с другими данными, показывающими, что дети часто «наследуют» от матерей проблемы избыточного веса и трудности контроля над питанием (Cutting et al., 1999), что может приводить к избыточному весу в детстве (Hood et al., 2000). Исследователи пришли к выводу, что экстермальность не только последствие ожирения или коррелирующей с ним фактор, но она может также и способствовать ожирению (Rodin, Slochower, 1976).

Систематические исследования, теоретические и эмпирические, мотивации в сфере расстройств пищевого поведения проводились не столь широко, особенно по сравнению с количеством исследований мотивации употребления алкоголя (Arnow и др., 1995; Stunkard, Messick, 1985; Van Strien и др., 1986). Последние особенно интересны с точки зрения взаимоотношений между нарушениями пищевого поведения и употреблением алкоголя. Несомненно, и использование алкоголя, и расстройства пищевого поведения могут быть попыткой справиться с социальными, межличностными и внутренними проблемами (Mintz, Wright, 1993; Brumberg, 2000). С этой точки зрения и алкоголь, и пища могут выполнять сходные функции в жизни человека (Brisman, Seigel, 1984; Snyder, Cantor, 1998). Психологическая структура мотивации в обоих случаях может иметь общие черты, несмотря на то что эти типы поведения достаточно различные (Cooper, et al., 2000).

Существует структура для описания типов психологической мотивации употребления алкоголя (Cox, Klinger, 1988, 1990), на основе этой структуры была создана четырехкомпонентная модель мотивации потребления алкоголя (Cooper, 1994; Cooper, et al., 1995). В этой модели все типы мотивации описаны в двух аспектах, отражающих ценность (отрицательную или положительную) и источник (внутренний или внешний) результатов, которые стремится получить человек, употребляя алкоголь (Cooper, 1994). Другими словами, человек может принимать алкоголь, чтобы получить положительный результат или чтобы избежать отрицательного; кроме того, соответствующее поведение может быть связано с внутренним вознаграждением, таким как манипуляция или управление своим эмоциональ-

ным состоянием, или с внешним вознаграждением, таким как социальное принятие или одобрение. На пересечении этих двух измерений можно выявить четыре категории мотивации употребления алкоголя. Так, выделяют отрицательно заряженную, внутренне обусловленную мотивацию (справиться с отрицательными эмоциями); положительно заряженную, внешне обусловленную (быть социальным); отрицательно заряженную, внешне обусловленную (соответствовать социальным ожиданиям); положительно заряженную, внутренне обусловленную (получить удовольствие или положительные эмоции).

Четырехкомпонентная модель мотивации употребления алкоголя имеет явные параллели с обсуждаемыми в литературе моделями мотивации пищевого поведения. Исследования показывают, что пищевое поведение помогает людям справиться с эмоциональным дистрессом (Gangley, 1988; Heatherton, Baumeister, 1991; Stice, Agras, 1999; Strauman, et al., 1991). При этом результат – приводит ли эмоциональный дистресс к ограничительному типу пищевого поведения или к перееданию – зависит от взаимодействия целого ряда факторов: психологических, исторических, культурных и социальных (Bordo, 1993; Brumberg, 2000; Wolf, 1991). Прием пищи по социальным причинам и из стремления соответствовать социальным нормам зависит от интернализованных внешних норм и ожиданий, при этом социальная мотивация появляется исключительно в ситуациях социального взаимодействия. Исследования показывают, что в компании люди склонны соотносить съеденное количество пищи с тем, сколько едят окружающие, а не просто с тем, сколько едят люди. Мотивация соответствия, активизированная набором усвоенных ожиданий, может приводить либо к хроническому перееданию, либо к ограничительному пищевому поведению (Fredrickson, et al., 1998; Heatherton, Baumeister, 1991; Mintz, Betz, 1998; Noll, Fredrickson, 1998; Strauman et al., 1991; Wolf, 1991). Наконец, питание ради чувственного удовольствия связано с компульсивным перееданием. Сенсорные сигналы (например, восхитительный аромат или привлекательный внешний вид пищевых продуктов) могут спровоцировать эпизод компульсивного переедания (Waters et al., 2001).

На основе результатов теоретических и клинических исследований в области пищевого поведения и этиологии расстройств питания были сформулированы некоторые общие гипотезы о том, каким образом каждая из рассмотренных мотиваций может породить определенный тип пищевого поведения: ограничительного, очистительного и по типу переедания. Были выдвинуты следующие гипотезы: (а) мотивация совладания с эмоциями положительно коррелирует со всеми тремя типами пищевого поведения; (б) социальная мотивация пищевого поведения отрицательно коррелирует со всеми тремя типами пищевого поведения; (в) мотивация соответствия социальным нормам положительно коррелирует со всеми тремя типами пищевого поведения; (г) мотивация удовольствия положительно коррелирует с перееданием, отрицательно – с ограничительным пищевым поведением и никак не коррелирует с очистительным пищевым поведением.

Здоровое пищевое поведение, по-видимому, является результатом реализации всех четырех указанных типов психологической мотивации. При здоровом пищевом поведении отсутствуют признаки ограничительного и очистительного пищевого поведения и переедания. Поскольку социальная мотивация отрицательно коррелирует со всеми тремя типами нарушенного пищевого поведения, можно предположить, что здоровое пищевое поведение является результатом осмысленного, творческого и гибкого отклика на социальную мотивацию, а нарушенное пищевое поведение – результатом неосознанного, хронического и ригидного отклика на любую из психологических мотиваций пищевого поведения (Heatherton, Baumeister, 1991). Кроме того, для здорового пищевого поведения необходимо, чтобы потребности, соответствующие социальной мотивации, удовлетворялись без использования еды (Mintz, Wright, 1993; Roth, 1993).

В работах В. П. Белинского (1986) исследуется характер пищевой мотивации у больных с алиментарным ожирением. Анализ особенностей пищевых поведенческих реакций позволил разделить наблюдаемых пациентов на группы:

1. Пациенты с повышенной пищевой мотивацией (ППМ).
2. Пациенты с нормальной пищевой мотивацией (НПМ).
3. Пациенты со сниженной пищевой мотивацией (СПМ).

Критериями для выявления ППМ были гиперфагия (вечерняя, утренняя, в течение суток), недостаточность волевых усилий больного по ограничению количества пищи и исключению определенных продуктов. К 1-й группе отнесены больные, у которых желание повторного приема пищи появляется через 0,5–1,5 ч после еды, когда происходило полное насыщение. Для динамики ППМ характерно отсутствие пищевого комфорта при употреблении привычного рациона, поэтому пациент увеличивал объем и количество приемов пищи, а также появление пищевого дискомфорта при ограничении пищевого рациона (головные боли, боли в области эпигастрия, раздражительность и т. д.). К группе лиц с НПМ отнесены пациенты, у которых в период наблюдения не выявлены отчетливые гиперфагические реакции, изменение привычного пищевого стереотипа не сопровождалось выраженными проявлениями дискомфорта, волевые усилия по ограничению пищевого рациона были успешными и стабильными. К группе лиц с СПМ были отнесены пациенты, которые отвергали привычный объем и число приемов пищи, забывали об очередном приеме пищи или сознательно его избегали. Снижение пищевой мотивации сопровождается уменьшением массы тела, даже когда не происходит увеличения физической нагрузки. При клинической оценке пищевой мотивации в динамике можно было сделать вывод о том, что НПМ и СПМ – это проявления ремиссии ППМ различной по выраженности и продолжительности.

Некоторые авторы считают основным компонентом нарушений пищевого поведения контроль и ищут тут ключ к объяснению их природы. Описывая нарушения пищевого поведения и проблемы избыточного веса, авторы используют понятие «контроль», имея в виду разные психологические конструкты, такие как «самоконтроль», «самоэффективность», «локус контроля» или «локус контроля над весом» (Савчикова, 2005).

Понятие когнитивного механизма *самоэффективности* является одним из постулатов социально-когнитивной теории личности. Самоэффективность – это суждения человека относительно своей способности выстраивать поведение в соответствии со специфической задачей или ситуацией, а также его убеждение в успешности действий, необходимых для достижения желаемого результата (Хьелл, Зиглер, 1997). Если речь идет о переедании, под самоэффективностью подразумевают убежденность человека в своей способности избежать приступов переедания, в особенности в ситуации искушения съесть больше (Russ, 1998). Самоэффективность зависит от знаний или опыта в отношении альтернативных способов совладания, уровень депрессии и представления, связанные с питанием. Депрессия, тревога и гнев стимулируют ощущение неспособности к использованию альтернативного поведения даже при наличии знаний о нем (Grilo et al., 1989). Переживания по поводу неудачи в соблюдении диеты и переедания предполагают, что самооценка человека в большой степени определяется такими факторами, как его вес и внешний вид. Неудовлетворенность своим телом и весом создает ситуацию, в которой каждое столкновение с едой несет большую эмоциональную нагрузку. Кроме того, переедающие, которые воспринимают свои неудачи в пищевом поведении как неспособность контролировать ситуацию, в меньшей степени склонны применять стратегии совладания, чтобы избежать переедания, и это напоминает феномен выученной беспомощности при депрессии (Russ, 1998). Экстернальное пищевое поведение связано с низкой самоэффективностью и импульсивностью (Braet, Van Strien, 1997). В другом исследовании корреляции экстернального пищевого поведения и самоэффективности выявлено не было, но была найдена связь экстернального пищевого поведения с несдер-

жанностью и низкой самодисциплиной (Heaven et al., 2001). В свою очередь, эмоциогенное пищевое поведение связано с низкими самодисциплиной и самооэффективностью. Пациенты с булимией испытывают чувство неэффективности и постоянные смены ощущения самоконтроля и потери контроля (Hood et al., 1982). Самоэффективность и самооценка у испытуемых с ожирением зависят от степени тяжести переедания (Miller et al., 1999). У женщин с нормальным весом была выявлена обратная корреляция между эмоциогенным пищевым поведением и самооэффективностью. При этом желание поесть в ответ на неприятные переживания может присутствовать, но не реализовываться при наличии высокого уровня самоконтроля и уверенности в способности сопротивляться соответствующим искушениям (Russ, 1998).

Пациенты с нарушениями пищевого поведения испытывают большие трудности в сфере *самоконтроля*, постоянно впадая в крайности: они либо теряют контроль во время эпизода переедания, либо проявляют чрезмерный контроль во время голодания (Lugli-Rivero, Vivas, 2001). Отсутствие желания есть или его отрицание сменяется бесконтрольным импульсивным стремлением поесть, даже при отсутствии голода. При утрате контроля над количеством съеденной пищи появляется тенденция наедаться вплоть до ощущения дискомфорта в переполненном желудке. Ослабление контроля над ситуацией проявляется в нарушении общепринятых правил приема пищи (Крылов, 1995). Женщины с субклиническими нарушениями пищевого поведения менее способны оптимально контролировать собственные действия и действия окружающей среды, а также хуже контролируют собственные эмоции и реакции (Lugli-Rivero, Vivas, 2001). Достижение контроля у женщин с нарушениями пищевого поведения затруднено также из-за отсутствия уверенности в своих способностях и из-за убеждения, что их поведение и его последствия больше зависят от значимых других.

Согласно *теории социального научения* Дж. Роттера, люди, полагающие, что их успехи и неудачи регулируются внешними факторами: судьбой, удачей, счастливым случаем, влиятельными людьми и непредсказуемыми силами окружения, – обладают экстернальным локусом контроля, в отличие от «интерналов», интерпретирующих значимые события как результат своей собственной деятельности. У пациентов с анорексией чаще встречается интернальный локус контроля, в то время как у пациентов с булимией – экстернальный (Strober, 1981). Исследование женщин с булимией, с анорексией, с нормальной массой тела без нарушений пищевого поведения и с ожирением показало, что у женщин с булимией всех весовых категорий чаще встречается экстернальный локус контроля, чем у женщин, не страдающих булимией, тех же весовых категорий (Shisslak C. M. et al., 1990). При этом наиболее экстернальными оказались женщины с булимией и дефицитом массы тела. Согласно одному исследованию, испытуемые с интернальным локусом контроля легче снижают массу тела, чем испытуемые с экстернальным локусом контроля (Nir, Neumann, 1991). Обнаружилось, что интернальный локус контроля сочетается с уверенностью в себе, стремлениями и фактическими действиями, касающимися похудения (Holt et al., 2001). Тем не менее экстернальный локус контроля не всегда связан с избыточным весом (Ley, 1980). Известно, что экстерналы намного больше, нежели интерналы, подвержены социальному воздействию. Некоторые отечественные исследователи (Вознесенская, Дорожевец, 1987; Гаврилов, 1998) отмечали у полных женщин ориентацию на внешний аспект общения и тенденцию к гиперсоциальным установкам.

Понятие *локуса контроля над весом* подразумевает, что человек может по-разному воздействовать на свой вес или контролировать его (Stotland, Zuroff, 1990). При экстернальном локусе контроля над весом человек убежден в том, что его вес обусловлен факторами, находящимися вне его контроля, такими как наследственность, конституция, обмен веществ, удача, судьба или социальная поддержка; при интернальном локусе контроля над весом человек убежден в том, что его вес детерминирован его собственным поведением. Лица

с ожирением гораздо чаще желают снизить массу тела без соблюдения диеты и усиления физической активности (Старостина, Древаль, 2001). Для полных людей характерно снятие с себя ответственности за свои трудности: они полностью экстерниорируют проблему своего веса и не чувствуют своей вины (Ялом, 1999). Иногда они оправдывают свое переедание депрессией, которая, в свою очередь, по их мнению, является адекватной реакцией на безнадежную жизненную ситуацию, ответственность за которую больные, как правило, отрицают. Интернальный локус контроля над весом позволяет прогнозировать успешное применение программ по потере веса (Stotland, Zuroff, 1990).

1.2.5. Алиментарное ожирение

В последней четверти XX века ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития, включая Россию, в которых как минимум 30 % населения имеет избыточную массу тела (Гинзбург и др., 1999). С избыточным весом отчетливо связано многократное повышение риска и частоты развития артериальной гипертензии, инсулиннезависимого сахарного диабета, атеросклероза и ишемической болезни сердца (Bray, 1998). При этом доказано, что в основе повышения артериального давления, дислипидемии и инсулинрезистентности, ведущей в дальнейшем к развитию сахарного диабета 2-го типа, лежат метаболические нарушения, закономерно наблюдающиеся у больных с ожирением (Bjorntorp, 1991; DeFronzo, Ferrannini, 1991). Установлено, что при снижении массы тела замедляется прогрессирование атеросклероза, нормализуется или снижается артериальное давление, улучшается контроль над развитием сахарного диабета (DeFronzo, Ferrannini, 1991; Lean, 1998).

Эпидемиологические исследования показывают, что у больных с избыточным весом значительно чаще развиваются заболевания опорно-двигательного аппарата: остеохондроз позвоночника и обменно-дистрофический полиартрит, болезни гепатобиллиарной зоны: дискинезия желчного пузыря, хронический холецистит и желчно-каменная болезнь, различные опухоли, в частности рак легкого, рак молочной железы, рак тела матки и яичника (Chow et al., 1996; Bray, 1998). На фоне ожирения у женщин довольно часто наблюдаются нарушения менструально-овариальной функции и бесплодие. Причем своевременная коррекция массы тела в ряде случаев приводит к нормализации цикла и к восстановлению фертильности (Ashwell, 1994). У больных ожирением чаще встречаются осложнения после наркоза и оперативных вмешательств, они чаще погибают в автомобильных авариях и катастрофах.

Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни: при небольшом избытке веса в среднем на 3–5 лет, при выраженном ожирении – до 15 лет. Практически в двух случаях из трех смерть человека наступает от заболевания, связанного с нарушением жирового обмена и ожирением. Установлено, что если бы человечеству удалось решить проблему ожирения, средняя продолжительность жизни увеличилась бы на 4 года. Для сравнения, если бы была решена проблема злокачественных опухолей, средняя продолжительность жизни увеличилась бы только на 1 год (Ashwell, 1994).

Актуальность проблемы ожирения заключается еще и в том, что количество людей с избыточным весом в мире неуклонно растет. Этот рост составляет 10 % от прежнего количества за каждые 10 лет. Подсчитано, что если данная тенденция сохранится, то к середине следующего столетия все население экономически развитых стран будет страдать ожирением (Hodge et al., 1996).

В 1962 году Джеймс Нил впервые предложил применить термин «бережливый генотип» при описании факторов, которые способствуют отложению жира в период стресса, что дает преимущества для выживания организма. В период пищевого изобилия «бережливый генотип» может привести к развитию ожирения.

У лиц, склонных к ожирению, уровень основного обмена и спонтанной двигательной активности ниже среднего (Ravussin, Knowler, 1988). Некоторые авторы (Bray, 1982) предполагают, что наряду с метаболическими нарушениями при ожирении наблюдается усиление кишечной абсорбции на определенных этапах ассимиляции пищи. В этиопатогенезе ожирения имеют значение нарушение нормального ритма питания, потребление основного объема калорий во второй половине дня, редкие приемы пищи (Синцова, 1991). Гиподинамия и психоэмоциональное напряжение служат основным пусковым механизмом на фоне конституциональной предрасположенности к ожирению (Береза, 1983). Больные ожирением чаще, чем лица контрольной группы, едят в промежутках между основными приемами пищи и очень любят сладкое. Существует мнение, что при ожирении гиперфагия обусловлена запоздалыми или ослабленными реакциями центра насыщения (Беюл и др., 1986). Гипералиментация, наслаиваясь на конституциональную предрасположенность к развитию ожирения, в дальнейшем приводит к нарушению обмена веществ, что, в свою очередь, ведет к вторичным соматическим нарушениям (Баранов и др., 1981; Закиров, Мордухович, 1986).

Таким образом, алиментарно-конституциональное ожирение и нарушение пищевого поведения можно рассматривать как взаимоотношения внутри единства, отражающие взаимосвязь соматических и психических составляющих в контексте единой проблемы – проблемы пищевой аддикции.

Ожирение определяется как накопление жира в организме, приводящее к увеличению массы тела на 15–20 % и более от средних нормальных величин. В медицине выделяют четыре степени ожирения: 1-я степень – избыток массы тела на 20–29 % превышает нормальную массу тела, 2-я степень – на 30–49 %, 3-я степень – на 50–99 %, 4-я степень – избыточный вес составляет 100 % и более нормальной массы тела. При этом под нормальной понимается масса тела, соответствующая средней величине в популяции и встречающаяся наиболее часто (Татонь, 1981). Идеальная масса тела, как правило, по убедительным статистическим данным сочетается с наибольшей средней продолжительностью жизни (Корешкин, 1998), при этом человек с такой массой наиболее эстетически привлекателен для окружающих.

В различных источниках описываются разные способы расчета нормальной или идеальной массы тела, как, например:

формула Лоренца:

$$M = (P - 100) - \frac{P - 150}{2};$$

показатель нормальной массы тела Брейтмана:

$$M = P \times 0,7 - 50;$$

формула идеальной массы тела Я. Татоня (для женщин):

$$M = P - (100 + \frac{P - 100}{10}),$$

где М – нормальная масса тела в килограммах, Р – рост в сантиметрах (Монтиньяк, 1999).

Одной из методик определения нормального веса является использование таблиц: например, таблица идеальной массы тела у мужчин и женщин, соответствующая наибольшей предполагаемой продолжительности жизни (по данным Metropolitan Life Insurance Company, 1959), таблица идеального веса в возрасте старше 25 лет В. Г. Баранова (1977) или

таблица предельно допустимой массы тела в зависимости от возраста и роста М. Н. Егорова и Л. М. Левитского и др.

Самым широко распространенным по всему миру способом расчета идеального веса считается формула Кетле (Quetelet) или индекс массы тела (ИМТ) – отношение веса в кг к площади поверхности тела в м². С точки зрения медицины границы нормы тут соответствуют 20–25 кг/м². В диапазонах ниже 20 и выше 30 кг/м² отмечается повышение уровня смертности. Верхняя граница зоны, для которой не наблюдается выраженного изменения смертности, соответствует примерно 27 кг/м². Поэтому ожирением считается ИМТ выше 27 кг/м², а ИМТ в диапазоне 25–27 кг/м² соответствует избыточному весу (Зайчик, Чурилов, 2001). Рекомендации ВОЗ уточняют, что ИМТ «не является достоверным для детей с незакончившимся периодом роста, людей старше 65 лет, спортсменов, лиц с очень развитой мускулатурой и беременных женщин» (Бутрова, Плохая, 2001). Согласно М. Монтиньяку (1999), размеры фигуры считаются в норме при ИМТ от 20 до 23 кг/м². Поэтому в настоящем справочнике мы будем придерживаться классификации, согласно которой верхняя граница нормальной массы тела соответствует ИМТ, не превышающего 23 кг/м².

Существует множество *классификаций* ожирения. По характеру гистологических изменений жировой ткани различают гипертрофическое ожирение, при котором накопление жира идет путем увеличения размера адипоцитов (жировых клеток), и гиперпластическое ожирение, при котором адипоциты не достигают предельной величины, но их количество превышает норму (Чурилов, 2001).

Жировая ткань локализована в различных частях тела, причем форма распределения жира определяется генетическими и эндокринными механизмами (Гинзбург, 1997). В зависимости от характера распределения жировой ткани различают андронидный (абдоминальное, «яблочное», туловищное или верхнее), гиноидный (глютеофemorальное, грушевидное, периферическое или нижнее) и смешанный типы ожирения. При андронидном (от греч. *andros* – мужчина) ожирении избыточные жировые отложения располагаются на животе и верхней части туловища. Для такого типа ожирения характерны развитие атеросклероза, жировая дистрофия печени, инсулинорезистентность (Строев и др., 2003), диабет, высокое артериальное давление, пониженное содержание сахара в крови и болезни сердца (Монтиньяк, 1999). При гиноидном (от греч. *gynaikos* – женщина) ожирении наблюдается избыточное отложение жира на бедрах, ягодицах и в нижней части туловища. Для этого типа характерно развитие болезней вен и артрита тазобедренных и коленных суставов. Гиноидное ожирение, более характерное для женщин, нередко носит гиперпластический характер и поэтому хуже поддается диетотерапии (Чурилов, 2001).

В зависимости от динамики массы тела выделяют прогрессирующее, регрессирующее и стабильное ожирение (Гинзбург и др., 1997).

В зависимости от патогенеза формирования жировой ткани выделяют первичное и вторичное, то есть симптоматическое, ожирение. Симптоматическое ожирение наблюдается приблизительно в 5 % случаев ожирения, оно связано либо с первичной эндокринной патологией, либо с текущим поражением мозга, в основном гипоталамуса и связанных с ним структур. В остальных 95 % случаев имеет место первичное ожирение, обусловленное нейрорхимическими нарушениями в церебральных системах, регулирующих пищевое поведение, жировой обмен и гормональный статус. При этом у 60 % больных преобладает патология пищевого поведения, а у 40 % преобладают метаболические расстройства (Вознесенская и др., 2000). Принято считать, что алиментарно-конституциональная, связанная с питанием форма ожирения доброкачественная и медленно прогрессирует, в то время как нейроэндокринная (гипоталамическая) форма быстро прогрессирует и приводит к осложнениям.

Однако абсолютно надежных и четких критериев дифференцированного диагноза этих форм ожирения не существует (Гинзбург и др., 1997).

В настоящем справочнике речь пойдет в первую очередь о психотерапии пациентов с алиментарным (экзогенно-конституциональным) ожирением.

По разным данным (Петров, Назаренко, 1999; Чурилов, 2001; Закревский, Лифляндский, 2003), при наличии ожирения у обоих родителей дети страдают им в 78–80 % случаев, при ожирении у одного из родителей – в 40–56 % случаев, при отсутствии ожирения у родителей – в 8–14 % случаев. Однако немалое значение тут имеет и обучение пищевому поведению, что подтверждает более высокая корреляция веса ребенка с весом матери, регулирующей питание ребенка (Фрэнкин, 2003), а также тенденция к появлению избыточного веса у приемных детей полных родителей (Гурвич, 1999). Поэтому с точки зрения лечения и профилактики ожирения культурный и поведенческий факторы являются более важными, чем генетическая предрасположенность (Газенко, 1987).

Вероятность накопления избыточного веса увеличивается с возрастом. Так, избыточный вес встречается у 15 % двадцатилетних женщин, 27 % – тридцатилетних, среди сорокалетних уже каждая вторая женщина имеет избыточный вес или ожирение той или иной степени выраженности (Закревский, Лифляндский, 2003; Благосклонная и др., 2001).

Причиной алиментарного (экзогенно-конституционального) ожирения принято считать дисбаланс между поступлением и расходом энергии в результате неправильного или чрезмерного питания (Гинзбург и др., 1999). Поэтому можно рассматривать проблему алиментарно-конституционального ожирения в поведенческом плане, а нарушенное пищевое поведение – с точки зрения психологической зависимости. Хотя в отношении этиологии избыточного веса до сих пор не утихают споры о том, каким факторам тут принадлежит ведущая роль: психологическим, физиологическим или факторам окружения.

Исследовались отношения между доминантностью полушарий (преобладанием активности левого или правого полушария) и полнотой. Известно, что ряд индивидуальных характеристик коррелирует с доминирующим направлением боковых движений глаз. Существует мнение, согласно которому полные люди менее чувствительны к внутренним сигналам, чем люди с нормальным весом. Экспериментально было доказано, что существует связь между доминантностью полушарий и полнотой и что люди с доминирующим правым полушарием менее склонны к полноте, чем люди с доминирующим левым (Weisz, Balazs, 1990).

Картина личности. В последнее время в литературе опубликовано большое количество исследований психологических особенностей людей с ожирением, исходя из результатов которых можно достоверно предположить, что избыточный вес во многом является следствием психологической дезадаптации. При этом следует отметить, что психология избыточного веса имеет сложную детерминацию: психологические проблемы – дезадаптация – компенсаторные нарушения пищевого поведения – избыточный вес – снижение качества жизни – дезадаптация – психологические проблемы.

Выделяют несколько групп психологических факторов, связанных с избыточным весом (Espmark, 1992):

1. Факторы, предрасполагающие к избыточному весу.
2. Факторы, способствующие поддержанию избыточного веса.
3. Факторы, возникающие как следствие избыточного веса.
4. Реакции на снижение веса.

Гиперфагия, снижение активности и, как результат этого, избыточный вес дают известную защиту от глубокого чувства неполноценности: став массивным и внушительным, человек с ожирением кажется себе более сильным и защищенным. Нередко наблюдается отчетливая хронологическая связь между появлением и усилением влечения к пище и фрустрацией. У человека появляются признаки внутреннего замешательства, апатически-мрачного отчая-

ния и бегства в одиночество. Процесс еды снижает – хотя и временно – интенсивность негативных эмоций и предотвращает развитие депрессии.

За счет регрессивного отождествления любви и питания человек с избыточным весом утешает себя едой за отсутствие любви к себе.

Пациентам с избыточным весом присущи следующие психологические особенности:

- высокая тревожность;
- несоответствие своему идеалу и неадекватная самооценка;
- наличие чувства внутренней пустоты, потерянности, подавленности;
- склонность к соматизации и чрезмерное беспокойство за состояние своего здоровья;
- сложности в межличностных взаимоотношениях, стремление уклониться от социальных контактов и обязанностей;
- психастенические симптомы: «отсутствие сил», психологический дискомфорт, плохое самочувствие;
- сильное чувство вины после эпизодов переедания.

К специфическим особенностям личности при ожирении также относятся: высокая социальная ориентированность, хороший интеллект, пониженная устойчивость относительно стресса, склонность к тревожно-депрессивным реакциям, психическая незрелость. Больным с перееданием свойственны менее совершенные способы психологической защиты, повышенная, плохо контролируемая эмоциональность, пассивные формы поведения. Прием пищи при этом играет роль своеобразного защитного механизма от стресса, этот способ защиты социально приемлем, доступен, прост, не требует ни умственного, ни эмоционального напряжения.

Другие авторы относят к основным личностным чертам людей, страдающих ожирением, склонность к интроверсии, к тревожно-депрессивным проявлениям аффекта, к ригидности (Вейн и др., 1979). Высокий уровень эмоциональной фрустрации и слабый контроль над аффективными состояниями, выраженная ориентация на социальные нормы, пассивность и зависимость от окружающих, эмоциональная незрелость, низкая самооценка, принятие себя – все это свойственно больным с гиперфагической реакцией на стресс (Вознесенская и др., 1989). Некоторые исследователи отмечают неоднородность самооценки тучных женщин (Дорожевец, 1987). Показано, что негативное отношение к собственному внешнему облику приводит к выраженной переоценке степени эстетического дефекта. «Порочный круг» аффективно-когнитивных взаимовлияний становится важным фактором, стабилизирующим и обостряющим психологическую дезадаптацию больных.

Чувство незащищенности, повышенная чувствительность и изоляция часто встречаются у людей с ожирением. Иногда наблюдается напускная уверенность в себе, поддерживаемая фантазиями о своем величии, уме, способности контролировать свои эмоции и т. д. Эти фантазии неизбежно снова и снова опровергает реальность, а затем они возвращаются, что создает порочный круг (Klotter, 1990).

Устойчивое повышение тревожности у больных ожирением можно рассматривать как фундаментальное психическое свойство, оно влечет за собой повышенную чувствительность к воздействию стресса. Ситуативная (реактивная) тревога по степени выраженности достигает тут невротического уровня.

Отличительной особенностью психологической защиты у таких больных является преобладание механизма реактивного образования (гиперкомпенсации). При данном варианте психологической защиты от осознания неприятных или неприемлемых мыслей, чувств, поступков человек защищается путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Происходит как бы трансформация внутренних импульсов в их субъективно понимаемую противоположность. Для больных также типичны незрелые защитные механизмы:

агрессия, проекция, а также регрессия – инфантильная форма реагирования, которая ограничивает возможность применять альтернативные формы поведения.

В одном исследовании (Савчикова, 2005) были выявлены следующие особенности женщин с избыточным весом:

- ощущение неспособности контролировать отношения с другими людьми, в том числе производственные и семейные отношения;

- склонность приписывать ответственность за важные события и ситуации жизни не собственным действиям, а другим людям, везению или невезению, внешним обстоятельствам;

- выраженные агрессивные тенденции (ненаправленные взрывы ярости, раздражение, физическая и вербальная агрессия);

- повышенная враждебность, выражающаяся в злопамятности, обидчивости, подозрительности, недоверии, настороженном отношении к людям, иногда в виде зависти или ненависти к окружающим из-за ощущения несправедливости судьбы или других людей;

- низкая оценка своей сексуальной привлекательности и качеств сексуальной партнерши;

- алекситимические тенденции (трудно определить и описать свои переживания и эмоции других людей, отличить чувства от телесных ощущений, снижена способность к символизации, в фокус внимания попадают в большей мере внешние события, чем внутренние переживания);

- недостаточная гибкость, тенденция «застрывать» на негативных эмоциях с образованием аффективно окрашенной психологической доминанты;

- склонность к уходу от проблем в ситуациях эмоционального напряжения.

В процессе другого экспериментального исследования был составлен обобщенный психологический портрет пациента с пищевой аддикцией (Красноперова, 2001): замкнутость, недоверчивость, сдержанность, повышенная тревожность, преобладание отрицательных эмоций над положительными, сенситивность, стремление к доминированию в сочетании с неуверенностью в себе и избыточной самокритичностью, склонность к легкому возникновению фрустраций, повышенный уровень притязаний с установкой на достижение высоких целей, гиперсоциальность установок, склонность к «застреванию» на эмоционально значимых переживаниях («аффективная ригидность»). У таких пациентов наблюдается, с одной стороны, «внешняя» компенсация одних черт другими, с другой стороны – нагнетание внутренней напряженности, так как поведенческий и невротический пути отреагирования блокированы, а внутренний конфликт часто соматизируется, при этом все трудности переносятся с межличностных отношений на внутренние процессы.

Чем выше степень ожирения, тем ярче выражены ипохондрические тенденции, особенно это заметно у пациенток с 3-й и 4-й степенью ожирения, что указывает на их обеспокоенность своим соматическим состоянием. Для пациентов с 4-й степенью ожирения характерны явные депрессивные симптомы в виде ангедонистических тенденций (субъективное ощущение отсутствия удовольствия от ранее привлекательных видов деятельности, нарастание пассивности). С увеличением массы тела снижается социальная спонтанность и повышается эмоциональная лабильность, что ярче выражено при переходе от одной степени к другой, что свидетельствует о включении дополнительных механизмов вытеснения, когда вытесняемая тревога не проявляется на поведенческом уровне, а соматизируется.

Таким образом, рассмотрев психологические особенности пациента с пищевой аддикцией, можно прийти к следующему общему выводу: это человек, который в ситуации эмоционального напряжения использует гипералиментацию в качестве компенсаторного источника положительных эмоций.

В сегодняшнем обществе человек с избыточным весом подвергается дискриминации (Monello, Mayer, 1968). Образ «счастливого толстяка», который еще сохранялся в общественном мнении в 70-х годах прошлого столетия, например в Германии, сейчас сменился негативным образом толстого человека – «слабохарактерного», «тупого» и «противного» (Bodenstedt et al., 1980; Wadden, Stunkard, 1985; Machacek, 1987; de Jong, 1993). От такого отношения в большей степени страдают женщины. Любопытно, что полные люди проявляют меньше интереса к сексу; это касается и мужчин, и женщин (Pudel, Maus, 1990), кроме того, эта особенность сохраняется и после успешного похудения.

Изучение социальных контактов людей с ожирением показывает, что круг этих контактов у них гораздо уже, чем у людей с нормальным весом. Люди с избыточным весом вспоминают меньше имен окружающих, которые их любят, оказывают им практическую поддержку или могут одолжить деньги. Женщины с ожирением гораздо меньше контактируют с мужчинами, чем с другими женщинами.

Ожирение возникает в результате воздействия множества разнообразных факторов, это касается и факторов чисто психологических. Тут существуют различные констелляции, среди которых чаще встречаются следующие:

- Фрустрация при утрате объекта любви. Например, ожирение, чаще у женщин, после смерти супруга, разлуки с сексуальным партнером или даже после ухода из родительского дома («пансионное ожирение»). Известно, что утрата близкого человека может сопровождаться подавленностью и одновременно – повышением аппетита («заесть горькую пилюлю»). Дети часто реагируют повышенным аппетитом на рождение младшего ребенка в семье.

- Общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты могут стать поводом к импульсивному перееданию.

- Ситуации, требующие особых усилий и повышенного напряжения (например, подготовка к экзаменам, профессиональные перегрузки), пробуждают у многих людей повышенные оральные потребности, которые приводят к усиленному потреблению пищи или курению.

Во всех этих ситуациях еда играет роль заместителя удовлетворения. Она укрепляет связи, создает ощущение безопасности, ослабляет боль, чувство утраты и разочарования; еще в детстве многие люди усвоили, что при боли, болезни или потерях им дают сладости для утешения, этот опыт может стать основой для неосознанных психосоматических реакций у взрослого.

Многие люди с ожирением были полными с младенчества или раннего детства. При этом во фрустрирующих и сложных жизненных ситуациях избыточное кормление могло регулировать напряжение как родителей, так и их детей. В этом случае ожирение и еда как замещение удовлетворения являются проблемой не одного пациента, а всей семьи.

На пищевое поведение больных с ожирением больше влияют внешние стимулы, чем внутренние физиологические раздражители (Pudel, 1976). Эти люди хуже осознают, когда они голодны; вместо этого их аппетит активизируют внешние раздражители и различные формы дурного самочувствия. Таким образом, постоянная потребность в пище или внезапный приступ голода у них не отражает повышенной потребности организма в питании. Скорее это регрессия при столкновении с конфликтами и личными проблемами, когда еда, как в раннем детстве, помогает справиться с дурным самочувствием и неприятными эмоциями. Еда заменяет удовлетворение других эмоциональных потребностей, которые, таким образом, не получают подлинного удовлетворения.

У больных с ожирением можно выделить следующие основные типы пищевого поведения (Freyberger, Struwe, 1962, 1963):

1. Приступообразное питание: аппетит появляется внезапно, еда поглощается экстатически, это состояние подобно опьянению (что иногда даже называют «оральным оргазмом»), поглощается невероятное количество пищи, лишь тогда наступает удовлетворенность.

2. Постоянное питание: аппетит появляется с утра, при пробуждении, и сопровождает человека в течение всего дня. При этом человек всегда хочет и может есть. Он не в состоянии ограничиться основными приемами пищи. Но он не страдает от навязчивого голода, а напротив, чувствует себя очень хорошо.

3. Отсутствие сытости: в отличие от других случаев, здесь аппетит не заставляет принимать пищу. Но с началом еды появляется аппетит, заставляющий поглощать огромные количества пищи. К этому типу поведения относится бытовая поговорка: «аппетит приходит во время еды».

4. Ночное питание: при этом голод появляется лишь вечером. Он не насыщается, сколько бы человек ни ел. Больной с трудом засыпает или часто просыпается, ест, снова ложится спать и на следующее утро страдает отсутствием аппетита.

Существует наследственная предрасположенность к ожирению (Каплан, Сэдок, 1998). У тучных детей повышается число жировых клеток (гиперпластическая тучность), что способствует превращению их в тучных взрослых. Если же тучность наступает только во взрослом периоде, она является результатом гипертрофического ожирения (увеличения размера жировых клеток), а не их числа. Ожирение также ограничивает физическую активность, что в дальнейшем еще больше усугубляет течение ожирения.

На ожирение влияют родители, если они систематически в ответ на любое внешнее проявление потребности ребенка предлагают ему еду и если их любовь к ребенку зависит от его пищевого поведения. Такие отношения ослабляют Я ребенка, в результате чего ему труднее переносить и прорабатывать фрустрации, для борьбы с последствиями которых ребенок принимает пищу (Bruch, 1957). У больных с ожирением часто наблюдается очень тесная привязанность к матери, доминирование матери в семье, где отец играет лишь подчиненную роль (Petzold, Reindell, 1980). Мать своей чрезмерной заботой задерживает двигательное развитие и готовность к социальному контакту и фиксирует пассивно-рецептивную позицию ребенка (Бройтигам и др., 1999).

Перекармливание иногда связано с семейными традициями питания и слишком интенсивным использованием пищи для того, чтобы доставить ребенку удовольствие или его успокоить. В результате ребенок растет, не осознавая своих эмоциональных потребностей, и не учится распознавать состояния голода и насыщения. Не полагаясь на внутренние критерии, такой ребенок ориентируется на родителей, он не чувствует себя хозяином собственного тела, не контролирует собственное поведение, потребности и импульсы. Дети с избыточным весом в три раза менее подвижны, чем их сверстники, они неспособны терпеть сильную физическую и эмоциональную боль. Для робкого ребенка полнота дает чувство безопасности и силы, защиты от внешнего мира и связанной с ним ответственности.

Описаны определенные формы раннего детского развития и семейной среды у детей со склонностью к ожирению. Матери таких детей проявляют гиперопеку и сверхпривязанность. Родители, которые все разрешают и ничего не запрещают, не могут сказать «нет», компенсируют этим свои угрызения совести и чувство, что они мало дают своим детям. Отцы в таких семьях слабы и беспомощны (Bruch, 1973). Родители балуют ребенка в сфере еды потому, что это избавляет их от чувства вины за свое эмоциональное отчуждение, за равнодушие и внутреннее неприятие ребенка. Кормление детей – это единственно доступное средство выразить им свое расположение, которое родители не в состоянии передать через разговор, прикосновение, игру. Нарушения пищевого поведения развиваются как при сверхзаботливой, так и при равнодушной матери.

При переедании чаще, чем при нервной анорексии, наблюдаются семейные конфликты, невнимание родителей к ребенку, пренебрежительное отношение к его личности. Доминирующая в семье мать устанавливает с ребенком симбиотические отношения, задерживает его двигательное развитие, не поощряет ребенка к социальным контактам. В результате у ребенка появляется внутреннее напряжение, апатия и отчаяние, признаки бегства в одиночество, чувство вины.

Если говорить о внутрисемейных отношениях, тут выявляется одна примечательная деталь: ожирение существенно чаще развивается в том случае, если ребенка воспитывала мать-одиночка (Wolf, 1993). Было показано, что в семье такого ребенка часто делают «козлом отпущения» (Herman, Polivy, 1988). По сравнению с контрольной группой, отношения в семье у таких детей редко можно назвать открытыми, теплыми и сердечными (Pachinger, 1997). Хотя другой исследователь (Erzigkeit, 1978) обнаружил, что такого ребенка в семье часто балуют и тем самым «портят». В целом можно сказать, что такой ребенок в семье часто сталкивается с крайностями, получая как «слишком мало любви», так и «слишком много».

В детстве больных с ожирением часто поощряли, давая им сладости (Hammag, 1977). Кроме того, взрослые часто вырабатывают у таких детей определенные стереотипы поведения, например: «Все, что поставлено на стол, нужно съесть», или оказывают на них скрытое давление: «Если ты будешь кушать, мамочка будет счастлива», или пытаются вызвать у них подражательное поведение: «Смотри, твой братик уже все скушал». Существует гипотеза, что такое навязанное пищевое поведение может в итоге подавлять у человека адекватную физиологическую реакцию насыщения (Pudel, Maus, 1990).

Отечественные исследователи говорят о том, что для таких детей, как правило, характерно воспитание в ригидных псевдосолидарных семьях по типу гипо- и гиперпротекции либо воспитание в семьях деструктивного типа с гипопротекцией (Зубцова, Князев, 1992). Высокий процент неполных семей, разводов или потери одного из родителей и конфликтных отношений между ними наблюдается у больных ожирением с гиперфагической реакцией на стресс (Вознесенская и др., 1987, 1989). Вахмистров А. В. (2001) в своем исследовании отметил наличие эмоциональной холодности со стороны родителей и конфликтных ситуаций в семьях у большинства больных ожирением с эмоциогенным пищевым поведением.

Родители могут оказывать и прямое влияние на пищевое поведение детей, создавая среду, в которой уделяется особое внимание стройности, особенно у девочек и женщин, когда они обсуждают фигуру ребенка или показывает примеры озабоченности весом и примеры неправильного пищевого поведения. При исследовании воздействия прямых комментариев родителей по поводу веса ребенка и их беспокойства по поводу собственного веса на оценку тела, озабоченность весом и попытки похудеть у детей было обнаружено, что прямые комментарии родителей оказывают значительное влияние на установки и поведение относительно веса у детей, причем на девочек большее влияние, чем на мальчиков, особенно это касается комментариев матери (Smolak et al., 1999). Исследователи также отмечали связь между реакцией родителей на внешность девочки и удовлетворенностью своим телом у представительниц женского пола (Schwartz et al., 1999).

Было обнаружено, что если полных мальчиков сверстники часто открыто преследуют, дразнят или проявляют против них физическую агрессию, то полные девочки чаще подвергаются оскорблениям в дружеских отношениях (Pearce et al., 2002). Чем больше степень ожирения девочки, тем вероятнее, что подруги намеренно исключают ее из социальной активности, отказываются проводить с ней время, сидеть с ней за обедом или за одной партой. Таким образом, полные девочки страдают от отсутствия поддержки и от враждебности со стороны подруг, что усугубляет депрессию и снижает самооценку. Так как у девочек межличностные отношения играют важнейшую роль в формировании личностной и групповой идентичности, этот тип преследования чреват возникновением психологических и социаль-

ных проблем. Полные девочки-подростки гораздо реже ходят на свидания по сравнению со своими более стройными сверстницами. В результате недостатка общения со сверстниками полные юноши и девушки могут не достичь нормального уровня социальной компетенции. Люди, страдавшие ожирением в подростковом возрасте, впоследствии реже вступают в брак (Gortmaker et al., 1993).

Таким образом, очень важно отличать ожирение взрослых от ожирения детей и подростков. У детей и подростков психологические факторы играют гораздо более важную роль. Упрощая проблему, можно сказать, что дети тут страдают гораздо больше и их сильнее дискриминируют (Gortmaker et al., 1993; Hill, Silver, 1995). Было показано, что когда обычным детям показывали фотографии детей-инвалидов и толстых детей, они считают инвалидов более привлекательными, чем толстых (Klotter, 1990).

Нарушения пищевого поведения часто сочетаются с депрессивными расстройствами легкой и средней степени выраженности. Согласно современным представлениям о биологическом базисе депрессивных состояний, основную роль в их развитии играет дефицит катехоламиновой (Matussek, 1970; Maas, 1980) и серотониновой нейромедиации (Corpen, Shaw, 1970; Praag, 1974); низкий уровень нейромедиатора обусловлен его замедленным синтезом либо ускоренным распадом, гиперактивацией его обратного захвата, низкой чувствительностью постсинаптических рецепторов и другими причинами (Angst, Stabl, 1992). Учитывая, что нарушения в системе этих же нейромедиаторов обуславливают расстройство пищевого поведения, можно предположить, что оба заболевания патогенетически взаимосвязаны и оказывают отягощающее воздействие одно на другое. Основной мотив переживания при депрессии – это более или менее осознанное стремление облегчить субъективно тягостное состояние. В то же время развитие алиментарно-конституционального ожирения – как следствие пищевой аддикции – приводит к формированию психогенных расстройств депрессивного уровня (Герус и др., 1994).

Пациенты, у которых ожирение возникло в детстве, отличаются от пациентов, у которых ожирение возникло в более позднем возрасте, значимо более высоким уровнем психопатологии, что доказывает связь ожирения с глубокими внутренними конфликтами (Mills et al., 1993). Обнаружена зависимость между уровнем тучности и психическими нарушениями – тревожностью, нарушениями настроения, посттравматическим стрессом (Jorm et al., 2003).

Изменение рациона питания пищевых аддиктов в осенне-зимний период с повышением массы тела указывает на взаимосвязь пищевой зависимости с сезонным аффективным расстройством (САР) (Rosenthal et al., 1984). У пациентов с САР наблюдаются атипичные симптомы депрессии: вегетативные нарушения, сонливость, повышенная потребность в богатой углеводами пище с переизбытком и прибавкой массы тела (Carcia-Borreguero et al., 1995). САР относят к атипичной депрессии, признаки которой даны в DSM-IV. Среди основных диагностических критериев атипичной депрессии выделяют следующие: реактивные колебания настроения, эмоциональная лабильность, дисфория, чрезмерная обидчивость, острая реакция на критику; выраженная тревожность, панические приступы; истерические черты (драматизация реакций на разочарование, перемены, потери); навязчивые страхи; утомляемость, сонливость; парадоксальные симптомы (ухудшение настроения во второй половине дня, повышение аппетита и прием пищи для успокоения, повышение массы тела); трудность засыпания, сочетающаяся с гиперсомнией; отсутствие нарушений личности до начала заболевания; ипохондрия (Савчикова, 2005).

При САР отмечается снижение настроения с тревогой и раздражительностью, при этом способность к адекватному реагированию на внешние события не нарушается, ангедония к числу основных проявлений САР не относится. Раньше этот синдром считали невротическим, согласно нынешним представлениям, САР имеет также биологические причины (Thompson et al., 1990). Существует множество данных о том, что серотониновый обмен

человека во многом подчиняется сезонным колебаниям (Rozenal et al., 1984). Исследования показывают, что воздействие на серотонинэргические механизмы может изменить потребность организма в углеводах (Wurtman, 1986), и эти механизмы тесно связаны с САР.

В целом связь ожирения и депрессии является предметом непрекращающейся научной дискуссии среди исследователей нарушений пищевого поведения. Согласно ряду исследований, связь между весом тела и депрессией объясняется отношением между перееданием и депрессией (Telch, Agras, 1994). В процессе наблюдения было отмечено, что уровень дисфории увеличивался в те дни, когда испытуемые переждали и проявляли очистительное поведение. Другое исследование, напротив, показывает, что при снижении проявлений булимии в процессе поведенческой психотерапии симптомы депрессии у больных значительно усугублялись (Lasey J.H. et al., 1986). В некоторых случаях депрессивные симптомы могут быть следствием недоедания (Levy et al., 1989). Действительно, при нарушениях пищевого поведения довольно часто наблюдается депрессия. В свою очередь, такие физиологические проявления, как расстройства аппетита (гипер- и гипофагия) и значительные изменения массы тела, а также такие поведенческие проявления, как аддикции, общая импульсивность и деструктивное компульсивное поведение, являются симптомами депрессии (Япко, 1999). Тем не менее пока не существует научных данных, позволяющих со всей определенностью утверждать, какое из этих нарушений возникает первым и существует ли между ними причинно-следственная связь. Кроме того, высокая частота симптомов депрессии при нервной булимии может объясняться тем, что депрессивное настроение и самоуничижительные мысли входят в критерии диагностики булимии в соответствии с DSM-III.

В лонгитюдных исследованиях обнаружилось, что люди с избыточной массой тела до прибавки веса меньше страдали депрессией, чем люди с нормальным весом (Smoller et al., 1987). Это подтверждают выводы других исследователей о посреднической роли негативного образа тела между депрессией и степенью ожирения (Friedman, et al., 2002). Располневшие женщины начинают хуже относиться к себе, когда набирают вес (Палуди, 2003). Изменение внешнего вида само по себе становится для больных ожирением хронической «аутопсихотравмой», вызывающей невротические расстройства, в том числе – нарушения пищевого поведения (Герус, 1995).

Связь ожирения и депрессии с перееданием была выявлена только у женщин (Musante et al., 1998). В то время как у женщин нарушения пищевого поведения чаще представляют собой ответ на негативные эмоции, такие как гнев, грусть, неэффективность, одиночество и изнеможение, тучные мужчины более склонны переждать в ответ на позитивные аффективные и социальные воздействия (например, в состоянии возбуждения или радости, во время общения с друзьями, различных мероприятий). Переедание бывает связано с депрессией и неудачей в соблюдении диет и у мужчин, и у женщин, однако у женщин, в отличие от мужчин, выявлена взаимосвязь переедания и низкой самооценки (Costanzo et al., 1999). Таким образом, тучные мужчины переждают в ответ на сильные негативные эмоции, направленные вовне, тогда как женщины склонны переждать в ответ на внутреннее отвращение к себе.

Была обнаружена связь между перееданием, соблюдением диет и чувством одиночества у женщин. Некоторые женщины считают, что стройность увеличит их привлекательность и потому избавит их от одиночества (Rotenberg, Flood, 1999).

При эмоциогенном пищевом поведении масса тела может значительно увеличиться. У большинства больных с ожирением эмоциогенное пищевое поведение – это основной механизм прибавления массы тела (Вознесенская, 1990). Такое поведение тесно связано с депрессией и повышением уровня тревоги.

Особым видом эмоциогенного пищевого поведения является ночная еда. При этом человек просыпается среди ночи, обычно в ранние утренние часы (3–4 часа утра), и не может уснуть, если не поест. Повышение аппетита в таких случаях вовсе не связано с количеством

пищи, съеденной перед сном, и чувством голода, но еда играет роль успокаивающего или снотворного средства. У таких пациентов, как правило, имеются характерные для депрессии нарушения ночного сна и избыточная масса тела.

Биохимические исследования позволили объяснить, почему ряд пищевых продуктов может служить своеобразным лекарством от депрессии (Fernstrom, Wurtman, 1971). При эмоциогенном пищевом поведении, когда пациенты потребляют пищу ради улучшения настроения, уменьшения чувства тоски и апатии, они предпочитают легкоусвояемые углеводы. Поступление углеводов в кровь приводит к гипергликемии, а затем – к гиперинсулинемии. При этом изменяется проницаемость гематоэнцефалического барьера для аминокислоты триптофана. Триптофан является предшественником серотонина, поэтому вслед за повышением содержания триптофана в ЦНС увеличивается синтез серотонина. Таким образом, прием пищи может регулировать уровень серотонина в ЦНС, повышать его синтез, что приводит одновременно к чувству насыщения и к снижению депрессии. Таким образом, булимия и депрессия имеют общие биохимические патогенетические механизмы – дефицит серотонина.

Особый интерес представляет вопрос о взаимоотношении избыточного веса, переедания и агрессии. Было доказано, что булимическое поведение сильнее всего связано с такими эмоциями, как тревога, депрессия и гнев (Arnou, et al., 1995). К. Э. Изард (2000) отмечал, что «в тех случаях, когда человек расстраивается по поводу своего избыточного веса или боится набрать лишний вес, можно говорить о взаимодействии пищевого драйва с эмоциональным паттерном „печаль – гнев“: человек ест, чтобы освободиться от печали, и при этом корит себя за невоздержанность» (Изард, 2000). К. Хорни (1995) признавала ненасытность, проявляющуюся в жадности как общей черте характера и в пищевом поведении, одной из характерных особенностей невротической потребности в любви. По ее мнению, жадность может возникать или усиливаться при росте враждебности или тревожности. Ф. Перлз (2000) считал агрессию главным образом производной пищевого инстинкта.

Результаты исследования при помощи методики Спилбергера показали, что булимические установки и поведение (переедание и искусственная рвота) коррелируют с состоянием гнева и подавлением гнева, а не с гневом как чертой характера (Milligan, Waller, 2000). Различное булимическое поведение может выполнять разные функции: переедание связано с высоким уровнем подавления гнева, оно способствует избеганию его осознания, а искусственная рвота – с высоким уровнем выражения гнева. У тучных людей переедание используется как средство снижения гнева, вызывающего дистресс, или как средство замены гнева на более приемлемое эмоциональное состояние – на чувство вины (Kenardy, et al., 1996). Одно исследование показало, что переедающие испытуемые значительно чаще переживают гнев, но тормозят и контролируют его выражение (Russ, 1998). Неспособность выражать гнев иногда порождает устойчивые и неконтролируемые состояния, которые воспринимаются как нежелательные. В результате появляются попытки вывести себя из этого эмоционального состояния посредством переедания. При переедании человек переживает фрустрацию, и соответственно, испытывает гнев, однако это чувство не направлено на других. Нарушения пищевого поведения развиваются как при несдержанности и конфликтности, так и при подавлении агрессии, при этом «более физиологически безопасной является гетероагрессия» (Гаврилов, 1998; Ротов и др., 1999), тогда как агрессия, направленная на себя, способствует увеличению веса.

Сравнительное исследование уровня агрессии с помощью опросника Басса-Дарки у людей с избыточным и нормальным весом выявило значительно более высокий уровень скрытой враждебности у испытуемых первой группы, а именно – повышенные показатели подозрительности, обиды и раздражения (Carmody et al., 1999). Авторы объясняют связь между враждебностью, избыточным весом и колебаниями веса фрустрацией и неудовлетво-

ренностью весом, связанными с его увеличением после соблюдения диеты (так называемым эффектом «йо-йо»). Скрытая враждебность тут связана с расторможенностью, голодом, неэффективностью диет и у полных людей, и у людей с нормальным весом, тогда как открытая агрессия связана с этими характеристиками и интересом к еде только у полных испытуемых. Эти результаты утверждают взаимосвязь между агрессивными чувствами, установками относительно питания, пищевым поведением и соблюдением диет.

Одно исследование показало, что у женщин после просмотра рекламы одежды повышается уровень депрессии и гнева (Pinhas, et al., 1999). Причем женщины, неудовлетворенные своим внешним видом или склонные не доверять другим и ощущать свою неэффективность, более подвержены влиянию этих образов.

При изучении психологической организации больных церебральным ожирением с гиперфагической реакцией на стресс и без нее было обнаружено, что для больных без гиперфагической реакции характерны жесткость и гетероагрессивность, в то время как больным с гиперфагической реакцией на стресс, наряду с сильным контролем над гетероагрессивными импульсами, свойственно занимать пассивную позицию в конфликтной ситуации, а также обвинять себя (Вознесенская, Дорожевец, 1987). По количеству интрапунитивных реакций больные с гиперфагической реакцией на стресс значительно превосходили больных без таковых реакций.

В исследовании Красноперовой Н. Ю. (2001) была выявлена группа пищевых аддиктов с депрессивной симптоматикой, которые, зная о вреде переедания, не могли остановиться; они сравнивали процесс поглощения пищи с бомбой замедленного действия, с самоубийством, и это усиливало апатию, вялость и уныние. В данном случае речь идет об аутоагрессивном поведении.

При исследовании эмоциональных состояний мужчин и женщин, обращавшихся за помощью по поводу ожирения, было установлено, что взаимоотношение между ожирением и аффективными расстройствами опосредуется ощущением больных, что они не соответствуют полнорольевым ожиданиям (Musante, et al., 1998). Так, очень полные женщины переживают депрессию в той степени, в какой воспринимают себя «неполноценными» женщинами. Они реагируют на это гневом, направленным на общество, одиночеством, изоляцией и отвращением к себе. Чувства стыда и гнева связывает между собой так называемая «нежеланная идентичность», анти-идеальный образ Я (Ferguson et al., 2000). Такая идентичность вызывает чувство стыда, которое порождает гнев.

Больные ожирением объясняют своей внешностью неустроенность личной жизни, конфликты в семье, на производстве, отрицательное отношение знакомых. Напряжение в социальных контактах женщин нарастает при появлении и росте избыточного веса (Гаврилов, 1998). В сочетании с тенденцией к гиперсоциальным установкам, способствующим подавлению социально порицаемого открытого проявления агрессии, это приводит к возникновению внутреннего конфликта. Исследование влияния межличностных проблем на успешность лечения от ожирения показало, что хуже всего поддаются лечению пациенты, испытывающие беспокойство по поводу социального избегания (враждебное подчинение) и отрицающие наличие у себя такой черты, как мстительность (враждебное доминирование) (Eldredge, et al., 1998). Анализ поведения женщин с избыточным весом в конфликтной ситуации выявил дружелюбное отношение к окружающим и кооперативное поведение у 30 % испытуемых, доминирующее отношение к окружающим – у 22 %, подчиняемый тип поведения – у 20 %, дружелюбность в сочетании со способностью к компромиссу – у 10 %, агрессивный стиль отношения к окружающим – у 9 % испытуемых (Яременко, 1999). Гармоничное отношение и ровное поведение в конфликтных ситуациях отмечалось лишь у 4 % полных женщин. Герус Л. В. (1996) отметила, что у полных переедающих женщин суще-

ствуется тенденция определять свое отношение к окружающим, оценивая их вес, то есть тенденция делить всех на тонких и толстых.

У женщин с церебральным ожирением был выявлен высокий уровень полезависимости, в особенности у больных с гиперфагической реакцией на стресс (Вознесенская, Дорожевец, 1987). Полезависимый стиль взаимодействия с социальной средой выражается в ориентации на внешний пласт общения, который составляют внешние атрибуты и нормы поведения в социуме. Таким образом, полные женщины в большей степени внушаемы, конформны, социально ориентированы, более чувствительны к критике и в большей мере зависят от замечаний и порицаний. Л. Джексон также отметила, что «женщины, страдающие булимией, испытывают гораздо более сильную потребность в одобрении и более чувствительны в межличностном общении, чем здоровые женщины» (Палуди, 2003).

А. Н. Олейников (2000) предложил рассматривать различные виды инстинктивной (пищевой и сексуальной) деятельности у больных с нарушениями пищевого поведения «отдельно, но в их взаимозависимости». Тем не менее исследования, посвященные взаимоотношению пищевого поведения, избыточного веса и сексуальности, весьма малочисленны и их данные противоречивы. Так, последователи Фрейда отождествляют полноту с оральной сексуальностью и утверждают, что полные люди не могут испытывать зрелое генитальное удовольствие (Stunkard, 1976). Но, по другим данным, полные женщины обладают более выраженными сексуальными потребностями, чем женщины стройные, причем пищевой и сексуальный аппетит появляется у них одновременно (Areton, 2002). Согласно еще одной точке зрения (Цитренбаум и др., 1998), в некоторых случаях избыточный вес может быть попыткой избежать сексуальности и интимных отношений. Таким образом, с одной стороны, переедание может использоваться как средство защиты от сексуальных притязаний, с другой стороны, гиперфагические реакции могут выражать неудовлетворенную сексуальную потребность (Ротов и др., 1999).

В некоторых исследованиях отмечалось, что от одной до двух третей женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения, подвергались сексуальным оскорблениям в детстве или подростковом возрасте (Connors, Worse, 1993). Согласно данным одного исследования, 50 из 76 пациенток с нарушениями пищевого поведения пережили неблагоприятный сексуальный опыт, причем 40 из них – в детстве (Oppenheimer, Howells, 1985). Таким образом, в ряде случаев развитие нарушений пищевого поведения обусловлено детской сексуальной травмой. Так как для семей, где встречаются нарушения пищевого поведения, особенно характерны трудности в решении конфликтов, попытка справиться с болезненным состоянием при отсутствии адекватных внутренних механизмов может породить переедание или другое импульсивное поведение (Connors, Worse, 1993). При изучении сексуального поведения больных нервной анорексией и нервной булимией у больных с рестриктивным вариантом нервной анорексии были выявлены замедление сексуального развития и полоролевые нарушения. У больных с булимическим вариантом анорексии отмечался асинхронно дисгармонический тип психосексуального развития. У больных булимией сексуальное развитие сочеталось с истероидными чертами личности, колебаниями настроения и сексуального влечения (Олейников, 2000).

Было установлено, что полные женщины, состоявшие в постоянных взаимоотношениях с мужчиной, имеют более высокую самооценку и удовлетворенность собой (Spiegel, 1988). Одинокие женщины объясняют отсутствие взаимоотношений с противоположным полом своим избыточным весом. Они утверждают, что их бывшие партнеры беспокоились по поводу их полноты и что избыточный вес негативно влиял на их сексуальные взаимоотношения. Женщины также отмечали, что если бы они были стройнее, то выбирали бы других партнеров (Areton, 2002).

Полные женщины чувствуют себя более скованно при обсуждении сексуальных вопросов со своими партнерами, оценивают свои отношения как менее счастливые и считают себя физически непривлекательными по сравнению с другими женщинами (Shapiro, 1980). Испытуемые утверждали, что чаще хотели бы иметь сексуальные отношения и что их сексуальные потребности нередко остаются неудовлетворенными (Areton, 2002).

Одно исследование показало, что ожирение само по себе не влияет на сексуальную функцию у женщин. Детерминирующим фактором сексуального функционирования являются установки полных по отношению к своему телу и своей сексуальности. Согласно некоторым исследованиям (Wiederman, Pryor, 1997; Ackard et al., 2000), озабоченность внешностью может влиять на состояние комфорта во время сексуальной активности, что, в свою очередь, влияет на получение сексуального удовольствия. Выраженная неудовлетворенность своим телом может повлечь за собой избегание сексуальной активности из-за чувства неловкости. Позитивный образ своего тела снижает стеснительность и значение физической привлекательности и повышает общую удовлетворенность. Избегание сексуальных отношений, застенчивость и неумение флиртовать, уклонение от эротических ситуаций, страх отвержения и чувство стыда, неумение инициировать сексуальный контакт и попытки скрыть свое тело – все это проявления негативного образа своего тела (Faith, Schare, 1993).

Таким образом, проблему сексуальности у женщин с избыточным весом можно рассматривать в трех аспектах: это влияние избыточного веса на уверенность в себе в отношениях с противоположным полом и на состояние комфорта во время сексуальной активности, взаимосвязь выраженности сексуального влечения и пищевой потребности, и наконец, взаимосвязь избыточного веса и нарушений пищевого поведения с установками и психологическим благополучием в сфере интимных отношений. Два последних аспекта остаются практически неизученными.

Глава 2

Психодиагностика при нарушениях пищевого поведения

Психодиагностика позволяет получить информацию о психических структурах, лежащих в основе поведения, и выявить существенные психические свойства испытуемого (Обозов, 1998).

Такая диагностика, если она применяется разумно с адекватной подготовкой: (1) позволяет использовать диагноз для планирования терапии, (2) дает информацию о прогнозе, (3) защищает интересы пациента, (4) помогает терапевту эмпатически относиться к пациенту и (5) снижает вероятность того, что некоторые тревожные пациенты уклонятся от лечения (Мак-Вильямс, 1998).

Традиционно диагностика использовалась для планирования лечения. Кроме того, точная диагностическая формулировка полезна для выбора стиля общения, тона интерпретаций и фокуса первоначальных бесед, что чрезвычайно важно.

Диагностика позволяет оценить глубину и степень тяжести личностных проблем, и в этом смысле полезна как для терапевта, так и для пациента. Например, если булимия появилась недавно и пациентка осознает неразумность и разрушительность своего поведения, можно ожидать иных результатов терапии, нежели в случае лечения пограничной пациентки с появившимися еще в школьном возрасте циклами переживания – аскетизм, которая объясняет свое поведение социальным требованием к стройной фигуре женщины. Можно предположить, что первой пациентке можно реально помочь за несколько недель работы, в то время как при терапии второй потребуется два года на то, чтобы пациентка осознала важность проблемы и установила с терапевтом доверительные отношения, после чего она может приступить к попыткам изменить свое поведение.

Добросовестная диагностика опирается на этику взаимоотношений терапевта или клиници с потенциальным клиентом. Это можно выразить правилом: «правда лучше лжи». Тщательная оценка позволяет сообщить пациенту, на что он может рассчитывать, и это позволяет избежать нереалистичных обещаний и не вводить пациента в заблуждение. При этом клиенту, который жаждет чудесного исцеления и не имеет желаний или возможности прилагать усилия, необходимые для изменения, диагностика поможет отказаться от услуг терапевта, так что ни клиент, ни терапевт не будут напрасно тратить свое время.

Диагностический процесс также дает возможность обоим участникам взаимодействовать до тех пор, пока они не узнают друг друга лучше, что позволит пациенту самому говорить о своих проблемах без помощи успокаивающих и структурирующих беседу вопросов. Порой терапевт недооценивает значение этого «установочного» процесса. Зачастую диагностический этап дает терапевту возможность получить информацию, которую будет трудно получить от пациента позднее, когда развитие сильных реакций переноса может помешать свободному разговору о некоторых темах.

При постановке психосоматического диагноза в распоряжении психотерапевта имеются две основные методики: диагностическая беседа и психологическое тестирование.

2.1. Диагностическая беседа

Диагностическая беседа дает возможность собрать психосоматический анамнез, чтобы найти связь между соматическими симптомами и историей жизни пациента. Прежде всего нужно выявить хронологическую связь между началом соматических проявлений и достоверными важными изменениями в жизни пациента – или же констатировать отсутствие такой связи. Если эта связь установлена, дальнейшая беседа должна прояснить, понимает ли сам пациент, какую роль травмы, конфликты и кризисы его жизни сыграли в развитии заболевания. Для этого необходимо знание о личностных особенностях пациента, условиях его развития в детстве, конфликтах в процессе социализации, о фиксации на этих конфликтах в настоящем.

Таким образом, при психосоматическом заболевании диагностическая беседа направлена в первую очередь на исследование теперешнего состояния пациента – внешнего и внутреннего (Бройтигам и др., 1999). Что знает пациент о своем заболевании? Какое значение имеет оно для него сейчас и в его жизни в целом? Думает ли он, что он сам, его родные, психотерапевты или кто-либо еще ответственны за это заболевание? Соответствуют ли его представления о болезни, ее причинах и течении оценке психотерапевта?

Чтобы знать, как действовать дальше, необходимо разобраться в особенностях личности пациента (см. раздел 2.2. настоящей главы) и истории его жизни, предшествовавшей болезни. Были ли у него в прошлом другие заболевания? Имеется ли неблагоприятная наследственность? Как он справлялся до сих пор с другими заболеваниями и как справляется с нынешним? Каковы его представления об этом и о подобных трудностях, о тех ситуациях, которые отдалили его от семьи и профессии? Может ли он поделиться с другими своими мыслями, страхами и чувствами, надеждами и отчаянием, которые его охватывают, когда он остается один?

Чем свободнее и неформальнее протекает беседа, чем больше пациент раскрывает себя психотерапевту, тем больше возможности обнаружить «сценический» характер его поведения. Можно ли увидеть у пациента образец типичной проблематики межличностных отношений, в которых и возникли его конфликты и вызванные ими нарушения? Характерно ли для него экспансивное или сдержанное поведение, полезна или бесполезна в этих условиях его встреча с психотерапевтом? Каковы осанка пациента, его манера разговаривать, как он относится к психотерапевту и к тому, что психотерапевт вмешивается в его интимную жизнь?

Наконец, на первой же диагностической беседе необходимо выявить, что пациент утаивает от психотерапевта, несмотря на обилие представленной им информации. Психотерапевт может оценить лежащие на поверхности или скрытые психосоматические связи, отметить выявленные им соотношения симптомов, оставить открытым вопрос о неизвестных пока обстоятельствах, которые, по его мнению, позволят поговорить с пациентом о вопросах прогноза и возможностях лечения.

Первая беседа имеет решающее значение для дальнейшего развития отношений психотерапевта и пациента. Желательно как можно быстрее дать пациенту установку на диагностически-терапевтическое использование своих эмоциональных реакций. Поскольку в отношениях с психотерапевтом пациент использует свою привычную систему переноса и защит, тут тоже можно найти важные сведения о характере его конфликта (Любан-Плоцца и др., 2000).

В течение первых минут пациент обычно расслабляется. Он с удивлением замечает, что о проблемах, оказывается, можно говорить; при этом можно затрагивать очень личные вопросы, не испытывая особого смущения. Разговор с самого начала должен преследовать

терапевтические цели. Лучше, чтобы пациент это почувствовал, поскольку он часто желает начать лечение с того момента, как переступит порог кабинета.

1. Вначале задается вопрос о жалобах, заставивших пациента обратиться к психотерапевту: «Что вас сюда привело?» Часто при ответе на этот вопрос предварительно информированный пациент указывает на конкретные симптомы или сообщает уже готовый диагноз, например – «лишний вес». Эти жалобы обязывают расспросить пациента о содержании его предшествующих переживаний. Следует подвести пациента к тому, чтобы он рассказал о своем состоянии собственными словами. При этом необходимо отмечать речевые обороты, которыми он пользуется при описании своих жалоб и картины болезни.

2. Следующий вопрос позволяет уточнить время появления болезненных переживаний: «Когда вы это почувствовали впервые?» Стоит собрать информацию о периодах последующих ухудшений и улучшений. Психотерапевт должен настойчиво расспрашивать пациента о времени начала болезненных переживаний вплоть до дня и часа. История жизни в рамках ситуации, когда психотерапевт должен получить как психические, так и соматические данные, включает в себя и соматическое обследование.

3. Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних психосоциальных связей является вопрос о жизненной ситуации к моменту начала болезни: «Что произошло в вашей жизни, когда это началось? Что в то время появилось нового в жизни, кто вошел в вашу жизнь и кто ушел из нее?» Это вопрос о «провалах» в судьбе, о ситуациях искушений и неудач, о переменах в служебной деятельности, жилищных условиях. Пациент должен при этом вспоминать прошлое в форме свободных ассоциаций. Поскольку о драматических событиях пациенты могут сообщать как о банальных переменах, которые всплывают в памяти и расцениваются как пустячные, на такие события следует обратить особое внимание. Если же невозможно установить связь между жизненными кризисами и началом болезни (в том числе и при повторных беседах), психосоматическую природу заболевания следует поставить под сомнение.

4. При ретроспективном взгляде жизненные ситуации, вызывающие болезни, можно обнаружить в детстве, юности и зрелом возрасте. «Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-то из детства», «расскажите немного о своих родителях» или «каким вы были ребенком?», «что было для вас важным событием в жизни?» При сборе анамнеза следует расспросить пациента об отношениях с родителями, о развитии в детстве, о служебной карьере, о сексуальном развитии.

5. В конечном итоге создается картина личности пациента в целом. Если учесть его душевные переживания и поведение, то можно оценить значение симптоматики, ситуации заболевания и данных анамнеза. «Что это означает для вас? Как вы это пережили?» – такие вопросы приводят самого пациента к пониманию собственных реакций.

Конечно, этот метод следует использовать гибко. Но в целом в качестве основной линии беседы следует двигаться от симптома к ситуации, к анамнезу жизни и к особенностям личности (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Анамнез в психосоматике

Диагностическая беседа может содержать и элемент провокации. Психотерапевт оперирует подбадриванием, откровенными вопросами, которые наталкивают пациента на ответы, но не фиксируют на них внимание, давая лишь направления для размышления: «Расскажите мне об этом подробнее. Как это переживалось тогда? Мы еще совсем не говорили о сексуальности. Вы еще не сказали о своем браке». При этом следует отрешиться от представления, что пациент все о себе знает. Беседа должна во многом вести к созданию новых представлений даже из несовпадающих сообщений. Желательно, чтобы пациент был открытым и критичным в отношении своих воспоминаний, новых ассоциаций и взглядов, тогда беседа будет плодотворнее. Крайне важны те моменты беседы, когда пациент вдруг умолкает, как бы наткнувшись на внутреннюю преграду. Паузы в разговоре – это «ворота» для прорыва вытесненных ранее воспоминаний, необузданных фантазий и, может быть, для появления инсайта. Всегда следует помнить, что слишком структурированная, жестко поставленная тема, чрезмерное количество вопросов ограничивают свободу пациента. Кроме того, на этом этапе ошибкой было бы воспринимать молчание пациента «аналитически» и смешивать ситуацию первого интервью с ситуацией психоаналитического сеанса.

Множественно указывалось, что психосоматические больные пытаются с помощью болезни удержать нестабильное и патологическое равновесие. Соматический симптом тут позволяет снять с себя груз неосознаваемых конфликтов за счет перемещения части психической энергии в телесную сферу.

Задача найти в ходе психотерапии другие и лучшие пути разрешения конфликтов мобилизует страх и усиливает защиту, при этом пациент нередко использует для рационализации расхожие концепции соматической медицины, когда, например, говорит: «Доктор, у меня проблемы с лишним весом, а не с головой». Пациента, который уже долгое время привязан к своим симптомам, трудно сразу убедить в том, что его жалобы могут быть связаны с трудностями эмоциональной природы. Гораздо чаще он хочет верить в то, что его страдание имеет органическую причину.

Неспособность многих психосоматических больных осознавать эмоциональные проблемы и соответствующая склонность к переоценке соматических проявлений часто отражает страх перед стигматизацией. Ибо разделение на «приличные» (органические) и «неприличные» (психические) заболевания широко распространено не только среди пациентов. Поэтому и психотерапевты иногда опасаются ясно представить в диагнозе психическую патологию. К тому же клиническая картина при психосоматических заболеваниях не всегда

ясна. В отличие от неврозов, где симптомы определенно принадлежат психической сфере, при психосоматических нарушениях, первично связанных с органами функциями, их связь с психическими процессами часто не вполне отчетлива для психотерапевта и пациента.

Субъективное отношение пациента к своей болезни существенно влияет на начало, течение и исход заболевания. Искаженное понимание болезни и неверная ее трактовка могут иметь серьезные последствия для здоровья (Bleuler, 1961).

Психотерапевт должен учитывать вербальные и невербальные сообщения пациента, он должен видеть и слышать. Уже в начале беседы немало информации терапевту дают следующие особенности пациента: его отношение к договоренности о консультации, преждевременный приход или опоздание на прием, избыточная информация, которой пациент делится с персоналом, его вступительные комментарии, приход в сопровождении членов семьи или без них, одежда, прическа, выражение лица, мимика, жестикация, характер рукопожатия, где и как он усаживается, звук его голоса и выбор слов, разговорчивость, молчание, вздохи, раздражение, враждебность, проявления бунта или готовность к сотрудничеству.

Люди, которые приходят к психотерапевту, чаще всего беспокойны и напряжены, поскольку должны говорить о том, о чем раньше никогда не говорили или говорили очень редко. Их ожидания бывают разными. Отчасти они видят в психотерапевте «мозгового хирурга», отчасти – мага и волшебника или заумного ученого. Во всех случаях пациент ожидает от психотерапевта мудрости и компетентности.

Следует предоставить пациенту инициативу в ведении разговора. При этом можно применить, например, технику «ассоциативного анамнеза», позволяющую пациенту постоянно переходить от психической сферы к соматической и обратно. Сначала пациент дает информацию лишь о своих органических нарушениях, затем, как правило, замолкает в ожидании вопросов. Надо быть внимательным, чтобы не упустить момент, в который в дискуссию можно подбросить ключевое слово. Если в этот момент повторить одну из последних фраз пациента в форме вопроса, он, как правило, дает дополнительные сведения как о своей эмоциональной жизни, так и о соматическом состоянии. Так, он часто сам связывает соматические симптомы с эмоциями, окружением и межличностными отношениями. Во время пауз в разговоре, которые являются эмоциональными узловыми моментами, пациент исследует психотерапевта. Может ли психотерапевт не только слушать, но и хранить тайну? Взаимный анализ ситуации происходит еще до начала собственно разговора.

Пациент должен стать для терапевта «субъектом», а не «объектом». Чем сильнее проявляется эмоциональность пациента в процессе заболевания, тем выше, как правило, и эмоциональная вовлеченность психотерапевта – будь то в форме сильного сострадания или, наоборот, злости на пациента и отвращения к нему. Терапевт должен распознавать эти чувства, направлять на них свое внимание и контролировать их. Он должен всегда знать, что происходит между ним и пациентом. Он может свободно думать и не бояться своих «сумасшедших» мыслей, но действовать обязан осторожно.

Психотерапевт, который умеет слушать, позволяет пациенту говорить не только о своих симптомах, но и о своем отношении к миру, о своих близких знакомых, о своей скрытой агрессии и тайных желаниях. Пациент должен чувствовать, что тут можно говорить, не боясь осуждения. Он может позволить себе немножко агрессии без установки стены между ним и психотерапевтом, но в целом хорошо, когда он хочет довериться психотерапевту. Возможно, он впервые узнает о своих глубочайших ощущениях, если почувствует интерес психотерапевта и догадается о его цели – понять симптом как осмысленную составную часть жизни пациента.

Чрезвычайно важно то, как психотерапевт формулирует свои вопросы. Менее определенный вопрос дает больший простор для ассоциаций и поэтому предпочтительнее. Слишком узкий вопрос ограничивает возможности пациента и снижает спонтанность разговора.

Такой вопрос может, однако, помочь пациенту, когда тот не отваживается затронуть свою проблему. Это иногда позволяет получить ответ, который даст ценную информацию о неосознаваемых ассоциациях интервьюируемого. В особенности ценно, когда в ходе разговора происходит неожиданный для пациента поворот.

Часто пациенты страдают от психосоциальных конфликтов, которые может решить не психотерапевт, а лишь сам больной. Хотя тут психотерапевт может предложить ценную помощь, выступая в роли понимающего партнера. В ходе терапевтической беседы часто чувствуется, как проблемы и конфликты теряют свою интенсивность и без прямых советов терапевта или рационального понимания, а просто в силу того, что пациент их принимает.

Следующий момент в оценке психосоматического пациента касается диагностики механизмов совладания и психологических защит (см. раздел 1.1.3. главы 1). Интерес к здоровым сторонам личности становится все популярнее среди специалистов по психическому здоровью. Язык научной литературы отражает это явление в следующих понятиях: функциональный диагноз, ресурс, стратегии преодоления трудностей (копинг-поведение, механизмы совладания), позитивный подход в описании симптомов, позитивная трактовка симптомов, позитивный рефрейминг и др. – все эти понятия подчеркивают различные аспекты системного подхода к личности и способность человека постоянно развиваться.

Одним из главных принципов клинико-психологической диагностики является мультимодальность. Им пользуются самые разные диагностические подходы. Этот принцип означает, что вместо унивариантного подхода выбирается мультивариантный, при котором используются отдельные диагностические оси или уровни (Кулаков, 2003).

Под *мультимодальной*, или *многометодной*, диагностикой подразумевают способность интегрировать информацию, полученную разными методами, при этом диагност располагает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с разносторонними методами и умеет интегрировать данные диагностики и использовать их для терапии.

Для анализа используются следующие аспекты информации, полученной от пациента:

- биологическая/соматическая плоскость: она часто подразделяется на биохимическую, нейрофизиологическую, психофизиологическую сферы; на первом плане тут стоят соматические процессы, которые можно исследовать физическими или химическими способами;
- психическая/психологическая плоскость: переживания и поведение (включая деятельность);
- социальная плоскость: межличностные системы (социальные условия, семейная ситуация);
- экологическая плоскость: условия проживания, материальные условия, качество жизни.

В настоящее время предложено достаточно много вариантов системного анализа психосоматических проблем. Например, *мультимодальный профиль Лазаруса* – специфически организованный вариант системного анализа, проводимый по семи направлениям – BASIC-ID (по первым английским буквам слов: *behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs* – поведение, аффект, ощущения, воображение, когнитивный аспект, межличностные отношения, лекарства и биологические факторы) (Лазарус, 2001). Использование данного профиля позволяет лучше оценить проблемы пациента, это многоосевая диагностика психических расстройств, которая дает возможность одновременно наметить варианты психотерапевтической работы. В разделе 2.3.2. настоящей главы приводится Расширенный структурный опросник жизненной истории, который рекомендуется после первого интервью давать пациентам для заполнения дома. Схема этой краткой и одновременно полной оценки предполагает ответ на ряд следующих вопросов:

В: Поведение. Что мешает человеку чувствовать себя счастливым и реализовывать свой потенциал (саморазрушительные действия, неадаптивное поведение)? Что необходимо увеличить или уменьшить в поведении? Что ему следует прекратить делать, а что стоит начать делать?

А: Эмоции. Какие эмоции (аффективные реакции) доминируют? С какими эмоциями мы имеем дело: с гневом, беспокойством, депрессией или с их комбинацией, в какой степени они выражены (например, раздражение это или ярость; печаль или глубокая меланхолия)? Что, вероятнее всего, вызывает эти негативные эмоции – определенные представления, фантазии, межличностные конфликты? Как человек реагирует (ведет себя), когда испытывает определенные эмоции? Важно найти взаимосвязь между поведением и эмоциями: как они влияют друг на друга? Как это влияет на другие модальности?

С: Ощущения. Есть ли особые сенсорные жалобы (например, напряжение, хронические боли, тремор)? Какие чувства, мысли и действия приводят к этим негативным ощущениям? О каких позитивных ощущениях (визуальных, слуховых, тактильных, обонятельных, вкусовых удовольствиях) сообщает человек? Здесь же следует собрать данные о сексуальной жизни человека.

И: Воображение. Какие фантазии и образы доминируют? Какой Я-образ сложился у человека? Существуют ли особые представления об успехе и неудаче? Есть ли негативные или навязчивые образы (например, воспоминания о печальных травмирующих событиях)? Как эти представления связаны с особенностями образа мышления, поведения, эмоционального реагирования и т. д.?

С: Когнитивный аспект. Можно ли определить главные установки, ценности, убеждения, мысли человека? Какие «должен», «обязан», «следует» у него доминируют? Существуют ли у него дисфункциональные убеждения или иррациональные идеи? Можем ли мы обнаружить какие-либо неблагоприятные автоматические мысли, которые мешают его нормальному функционированию?

И: Межличностные отношения. Кто относится к значимым людям в жизни человека? Что он желает и получает от них, что он, в свою очередь, дает им и делает для них? Какие отношения приносят ему особое удовольствие или причиняют боль?

Д: Лекарства и биологические факторы. Здоров ли человек физически и психически? Есть ли какие-либо медицинские жалобы или проблемы? Особенности диеты, веса, сна, тренировок и употребления алкоголя или наркотиков.

Мультимодальный профиль облегчает дальнейшую терапию, потому что он:

1) поощряет клиента фокусировать внимание на характерных проблемах, их причинах и возможных решениях;

2) выделяет главные жизненные события прошлого, показывает проблемы и указывает соответствующие даты;

3) дает представление о стиле жизни клиента и его ожиданиях относительно лечения.

В предоставленном ниже диагностическом алгоритме суммированы наиболее важные вопросы, которые необходимо исследовать на диагностической фазе лечения психосоматических пациентов (Кулаков, 2003).

Таблица 2.1.

Первое интервью с психосоматическим пациентом на примере алиментарного ожирения

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
1.	Присоединение	Используются приемы присоединения, описанные в руководствах по индивидуальному и семейному консультированию.
2.	Определение проблемного поведения	«Я бы хотел, чтобы вы подробнее об этом рассказали. Как вы оцениваете эту проблему?» Попробуйте взглянуть на проблему глазами пациента; например, что он делает, что у него не получается, указывал ли ему кто-либо ранее на психологический компонент его проблемы.
3.	Степень тяжести проблемы	Изучение общей картины проблемы (симптома) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство). Необходимо оценить восприятие сложности проблемы пациентом, особенно при консультировании подростков, так как может оказаться, что волнует пациента не она, а, скажем, повышенная утомляемость при учебе. «Насколько эта проблема представляет затруднения для вас?» Оценка тяжести проблемы близкими людьми.
4.	Мониторинг обострений заболевания	Получение биографических, диагностических и анамнестических данных.
5.	Наличие других эмоциональных и поведенческих расстройств	Исследуется феномен коморбидности.

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
6.	Проявления компульсивного поведения или его аналогов	Азартные или компьютерные игры, промискуитет (беспорядочные половые связи), еда (передание или голодание), чрезмерная работа, поиск острых ощущений, наркотики
7.	Оценка получаемых субъективных выгод от переживания по сравнению с субъективными затратами	Взвешивание всех «за» и «против».
8.	Оценка принятия ответственности за болезнь, оценка локус-контроля	Чей запрос скорее служит стимулом к обращению за лечением: родительский, ситуативный, собственный?
9.	Компульсивное влечение	Присутствует ли компульсивное влечение постоянно, меняя поведение пациента, подчиняя себе поведение, устраняя противоречия в борьбе мотивов.
10.	Занятость и распоряжение деньгами	В ряде случаев психосоматические пациенты, как и наркоманы, неспособны целесообразно распоряжаться деньгами и временем.
11.	Поощрение воздержания от еды	Кто поддерживает ограничение в еде и какими способами (члены семьи, друзья и др.)?
12.	Поиск альтернативного достижения состояния комфорта	Выявление состояний или ситуаций, от которых пациент убежал с помощью еды. Выявление состояний или ситуаций, в которых пациент чувствовал себя наиболее комфортно. Разработка плана конкретных действий без избыточного приема пищи.

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
13.	Обсуждение стрессоров и способов совладания с ними	К стрессорам относятся те внешние факторы, к которым пациент должен адаптироваться (например, деятельность, взаимоотношения, дети). Установление степени устойчивости к стрессу, выяснение способов совладения со стрессорами. Необходимо определить взаимосвязь конкретного стрессора и процесса выздоровления, например: «это повлияло на ваше желание злоупотреблять едой?», «что вы можете сделать вместо того, чтобы переесть?», «как это влияет на ваше выздоровление?»
14.	Выявление дисфункциональных представлений, касающихся еды	Относится к тем когнитивным моделям, в которых терапевт опознает дисфункциональные когниции.
15.	Изучение последствий злоупотребления едой	Прием пищи на фоне психотерапии и в дальнейшей жизни.
16.	Поощрение принятия личной ответственности за выздоровление	«Кто несет ответственность за ваше выздоровление?» Важно разделить ответственность и обсудить долю ответственности пациента.
17.	Изучение конкретных дисфункциональных отношений	Межличностные отношения: с родителями, с лицами своего и противоположного пола.
18.	Обсуждение семейных тем и правил	Контроль над приемом пищи, алкоголизм в семье и т. д.

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
19.	Психодинамика	Выявление фиксации на различных этапах индивидуального развития.
20.	Изучение центральной (ядерной) темы конфликта	Исследуются эмоционально значимые отношения пациента в его микросоциальном окружении, темы, чаще всего звучащие в его разговорах.
21.	Исследование аффективной сферы	Изучаются аффекты пациента.
22.	Мониторинг эмоциональных триггеров (чувств, которые могут приводить к переданию)	«Какие чувства побудили вас начать есть?» (обида, злость, отчаяние, боль и т. п.).
23.	Оценка сотрудничества пациента или его сопротивления лечению	Оценка негативных изменений (личностных, социальных, биологических), произошедших в период, когда пациент обратился к психотерапевту.
24.	Обсуждение разных аспектов отношений пациента с терапевтом	Готов ли пациент в дальнейшем сотрудничать с психотерапевтом или нет? Выделение ключевых проблем для психотерапии.
25.	Заключительное соглашение	Выдвижение гипотез и формулирование психотерапевтического запроса.
26.	Подписание контракта	Заключение психотерапевтического контракта.

Конкретные психотерапевтические методы и техники, которые тут также можно использовать на каждом этапе, приведены в главах 3 и 4 настоящего справочника.

После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующий шаг – составление терапевтического контракта с пациентом (определение условий курса психотерапии). Для этого терапевт выявляет связи между симптомом и событиями жизни пациента и ставит перед последним дилемму изменения. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, всякие попытки его облегчить, возможно, обречены на неудачу. В таком случае психотерапевт оказался в парадоксальном положении: пациент просит его ликвидировать симптом, но сопротивляется изменениям.

С системной точки зрения изменение является не единственным решением предъявляемой проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Разговор перемещается с обсуждения того, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на то, как без него будет функционировать пациент, его семья, и какую цену придется заплатить микросоциальному окружению за его исчезновение. Задача психотерапии состоит не только в избавлении от симптома, но и в определении «психологической» цены его устранения.

В заключительной части интервью терапевту следует:

- выявить влияние на пациента других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников);
- определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям;
- убедиться в своих способностях и возможностях (физических, психологических) для работы с данным пациентом;
- обратить внимание на собственный эмоциональный ответ на контакт с пациентом: есть ли ощущение закрытости, защищенности, напряжения; оценить мотивацию пациента на получение психологической помощи.

В конце встречи специалист выясняет, имеются ли у пациента какие-нибудь вопросы. В заключение он благодарит пациента и подчеркивает, что получил важные для психотерапии сведения, а в случае необходимости предоставляет свои диагностические гипотезы. Затем

обсуждаются дальнейшие шаги, даются рекомендации о дополнительных психодиагностических обследованиях, назначается следующая встреча.

2.2. Психотелесное соответствие: темперамент, анатомическая конституция и характер

Как уже говорилось, чтобы знать, как действовать дальше, психотерапевт должен понять особенности личности пациента. Интегративный подход, вбирающий в себя важнейшие теории формирования личности, представляет собой диагностическую систему координат, включающую два измерения: 1) уровень развития личности (степень психологического благополучия или выраженности нарушений) и 2) тип организации характера (придающий каждому человеку его уникальную неповторимость и в то же время роднящий его с другими представителями своего типа).

Таким образом, каждый человек обладает определенным *уровнем развития личности* (психотический, пограничный, невротический) и типом организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и т. д.). Это означает, что конкретному человеку свойствен определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, что в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может привести к декомпенсации в виде какого-либо расстройства.

Для описания отношений между структурными дериватами интернализированных объектных отношений и различными уровнями организации психического функционирования О. Кернберг использует термин «структурный анализ» (Кернберг, 2000). Интернализированные объектные отношения, считает он, конституируют субструктуры Эго, которые, в свою очередь, иерархически организованы. О. Кернберг утверждает, что существуют три структурные организации личности: невротическая, пограничная и психотическая. Основными структурными критериями уровня личностной организации являются: уровень интеграции идентичности, уровень защитных операций, способность к тестированию реальности. Диагноз пограничной личностной организации, по О. Кернбергу, базируется на трех структурных критериях:

- диффузия идентичности;
- уровень примитивных защитных операций;
- сохранная, но при этом сниженная способность к тестированию реальности.

Диффузия идентичности – это недостаточная интеграция Я-концепции или концепции значимых других. Это свойство проявляется как переживание хронической пустоты, противоречивое восприятие себя, нелогичное поведение, обедненное и противоречивое восприятие других и неспособность выражать свои переживания и описывать значимые взаимодействия с людьми в беседе с интервьюером (который, в свою очередь, испытывает трудности в установлении эмпатического контакта с такими пациентами и их значимыми другими).

По контрасту с невротической личностной организацией, где защитная организация пациента основывается на подавлении и других развитых защитных операциях, пограничный и психотический уровни организации демонстрируют преимущественно примитивные защиты, основанные на механизме расщепления. Расщепление и связанные с ним механизмы (примитивная идеализация, проективная идентификация, отрицание, всемогущий контроль и обесценивание) защищают Эго от конфликта диссоциированных противоречивых переживаний. Наличие расщепления и сопутствующих защитных механизмов можно выявить при анализе личности пациента, оно отражается во взаимодействии и с его значимыми другими, и с интервьюером.

И на невротическом, и на пограничном уровнях личностной организации, в отличие от психотического уровня, сохраняется способность к тестированию реальности. Для невротической личностной организации характерна более реалистическая и глубокая оценка себя и других, для пограничной – переменчивость, неустойчивость оценок реальности.

Пограничная личностная организация также проявляет себя во вторичных структурных характеристиках, таких как неспецифические проявления слабости Эго (отсутствие контроля над импульсом, низкая толерантность к тревожности, отсутствие развитых каналов сублимации), патология Супер-Эго (инфантильная система ценностей или аморальность, противоречивые внутренние моральные требования, даже антисоциальные черты), а также хронические и хаотичные объектные отношения – прямое следствие диффузии идентичности и работы примитивных защитных операций.

Для постановки структурного диагноза О. Кернберг в сотрудничестве с М. Стоуном разработал структурное интервью (Кернберг, 2000; Кулаков, 2003).

От диагностики уровня развития личности психосоматического пациента будет зависеть объем дальнейших психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Тип *характера* – как способ регуляции стресса, формируется с младенчества и запечатлевается в особенностях структуры и функционирования тела. Характер в узком смысле слова определяется как совокупность устойчивых свойств индивида, в которых выражаются способы его поведения и способы эмоционального реагирования (Гиппенрейтер, 1988). Если попытаться кратко выразить суть различия между характером и личностью, то можно сказать, что черты характера отражают то, как действует человек, а черты личности – то, ради чего он действует. При этом способы поведения и направленность личности относительно независимы: применяя одни и те же тактики, можно добиваться разных целей, и наоборот, можно добиваться одной и той же цели разными способами.

Характер клиента в определенный момент становится сопротивлением, то есть в обычной жизни характер играет роль, сходную с ролью сопротивления в процессе лечения: роль психического аппарата защиты. Исследование формирования характера в раннем детстве показывает, что основания и цели этого формирования аналогичны ситуации формирования сопротивления характера в аналитической ситуации. Проявление характера как сопротивления в анализе отражает его инфантильный генезис. А случайно возникающие ситуации, позволяющие сопротивлению характера проявиться в ходе анализа, точно отражают те ситуации детства, которые оказали влияние на процесс формирования характера. Так, в сопротивлении характера функция защиты комбинируется с переносом инфантильных отношений на окружающий мир (Райх, 1999).

Сопротивление характера позволяет бороться с неприятными переживаниями, создает и поддерживает психическое (хотя бы и невротическое) равновесие, а также ведет к истощению влечений – вытесненных или избежавших вытеснения. Сопротивление характера обнаруживается не в содержании работы, а в типичных, неизменных паттернах поведения, в манере говорить, в походке, мимике и в особенностях поведения (усмешка, ирония, упорядоченная или сбивчивая речь, тип вежливости, форма агрессивности и т. д.). Для сопротивления характера примечательно не то, что клиент говорит и делает, а как он говорит и действует, не то, что он выдает в сновидении, а как он цензурирует, искажает, сгущает и т. д.

Между внешним проявлением характера, его внутренним механизмом и его специфической историей возникновения существуют определенные отношения. Терапевту необходимо уметь соотносить внешние проявления человека с его психическими детерминантами. Для этого в настоящей главе приводится сопоставление психофизических признаков темперамента и характера, разработанных Э. Кречмером, У. Шелдоном, В. Райхом и А. Лоуэном (Кречмер, 1995; Стреляу, 1982; Райгородский, 1998а; Райх, 1999; Лоуэн, 1996, 1998), с типами организации характеров, принятых в психоаналитической диагностике (Мак-Вильямс, 1998; Наранхо, 1998; Попов, Вид, 2000), а также с классификациями характера в теории базовых конфликтов К. Хорни (Хорни, 1993; 1995), типологии индивидуально-личностных свойств (Собчик, 2003), типологии стилей жизни (Кроник, Ахмеров, 2003) и соционической типологии (Аугустинавичюте, 1998; Юнг, 1995).

2.2.1. Основные теории темперамента: Гиппократ и Гален, И. П. Павлов, Я. Стреляу

Темперамент (лат. *temperamentum* – надлежащее соотношение черт, от *tempero* – смесяю в надлежащем соотношении) – это характеристика динамических особенностей психической деятельности человека, то есть темпа, быстроты, ритма, интенсивности составляющих эту деятельность психических процессов и состояний (Стреляу, 1982).

Анализ внутренней структуры темперамента представляет значительные трудности, обусловленные отсутствием у понятия «темперамент» (в его обычных психологических характеристиках) единого содержания и единой системы внешних проявлений. Такой анализ заставляет выделить три главных, ведущих компонента темперамента, относящихся к сферам деятельности индивида, его моторики и его эмоциональности. Каждый из этих компонентов, в свою очередь, обладает весьма сложной многомерной структурой и имеет многообразные проявления.

Вопрос о проявлении темперамента в поведении неразрывно связан с вопросом о факторах, обуславливающих эти проявления. Так, античные гуморальные теории связывали темперамент со свойствами тех или иных жидких сред организма. Наиболее ярко эту группу теорий темперамента представляет классификация, основанная на учении Гиппократа-Галена. Эта теория предполагает, что уровень жизнедеятельности организма определяется соотношением между четырьмя жидкостями, циркулирующими в теле, – кровью, желчью, черной желчью и слизью (лимфой, флегмой). Соотношение этих жидкостей, индивидуальное у каждого организма, обозначалось по-гречески термином «*красис*» (смесь, сочетание), который в переводе на латинский язык звучит как «*temperament*». На основе данной теории постепенно сформировалось учение о четырех типах темперамента в зависимости от доминирующей жидкости, откуда и пошли названия основных типов темперамента: сангвинического (от латинского *sanguis* – кровь), холерического (от греческого *chole* – желчь), меланхолического (от греческого *melaina* – черная желчь) и флегматического (от греческого *phlegma* – слизь).

Основное стремление сангвиника – это импульс к наслаждению, чему сопутствует легкая возбудимость чувств и их малая продолжительность. Он увлекается всем, что ему приятно. Склонности его непостоянны. Доверчивый и легковерный, он любит строить проекты, но скоро их бросает.

Холерик, находящийся под влиянием страстей, демонстрирует замечательную силу в деятельности, энергию и настойчивость, которые быстро воспламеняются от малейшего препятствия. Сила его чувств – гордости, мстительности, честолюбия – не знает пределов, когда его душа находится под влиянием страсти.

Флегматиком чувства овладевают медленно. Ему не нужно делать над собой больших усилий, чтобы сохранять хладнокровие. Ему легче, чем другим, удержаться от поспешного решения, чтобы прежде его обдумать. Он редко раздражается, мало жалуется, терпеливо переносит свои страдания и мало возмущается страданиями других.

У меланхолика доминирует склонность к печали. Пустяк его оскорбляет, ему часто кажется, что им пренебрегают. Его желания окрашены грустью, страдания кажутся ему невыносимыми.

Близко к гуморальным теориям темперамента стоит сформулированная П. Ф. Лесгафтом идея о том, что в основе проявлений темперамента лежат свойства системы кровообращения, в частности толщина и упругость стенок кровеносных сосудов, диаметр их просвета, строение и форма сердца и т. д. При этом малому диаметру и толстым стенкам сосудов соответствует холерический темперамент, малому диаметру и тонким стенкам – сангвини-

ческий, большому диаметру и толстым стенкам – меланхолический, и наконец, большому диаметру и тонким стенкам – флегматический. Калибр сосудов и толщина их стенок определяют, по теории Лесгафта, быстроту и силу кровотока, вследствие этого – скорость обмена веществ при питании, и наконец – индивидуальные характеристики темперамента как меры возбудимости организма и продолжительности его реакций при действии внешних и внутренних стимулов.

Если Гален связывал темперамент человека с особенностями обменных процессов, то И. П. Павлов (Павлов, 1951) обратил внимание на зависимость темперамента от типа нервной системы. Заслугой Павлова явилось детальное теоретическое и экспериментальное обоснование положения о ведущей роли и динамических особенностях центральной нервной системы – единственной из всех систем организма, обладающей способностью к универсальным регулирующим и контролирующим влияниям. Павлов выделил три основных свойства нервной системы: силу, уравновешенность и подвижность возбудительного и тормозного процессов. Из ряда возможных сочетаний этих свойств Павлов выделил четыре основные комбинации в виде четырех типов высшей нервной деятельности. Их проявление в поведении Павлов поставил в прямую связь с античной классификацией темперамента. Сильный, уравновешенный, подвижный тип нервной системы соответствует темпераменту сангвиника; сильный, уравновешенный, инертный – флегматика; сильный, неуравновешенный – холерика; слабый – меланхолика.

Нервная система первого типа (сильный, уравновешенный, подвижный) – сангвиник. Это человек с оптимально сбалансированными волевыми и коммуникативными свойствами, гибкий, легко приспосабливающийся к изменчивым условиям жизни. Он подвижен и общителен, легко сходится с новыми людьми, и поэтому у него широкий круг знакомств, хотя он не отличается постоянством в общении и довольно часто меняет привязанности. Его деятельность продуктивна, но лишь тогда, когда много интересных дел, то есть при постоянном возбуждении, в противном случае он становится вялым и скучает.

Второму типу нервной системы (сильный, неуравновешенный) соответствует холерик – человек, у которого возбуждение нервной системы преобладает над торможением. Он отличается большой жизненной энергией, но ему недостает самообладания, поэтому он вспыльчив и несдержан. Такой человек приступает к делу с полной отдачей, со всей страстью, увлеченно, но сил ему хватает ненадолго, и как только они истощаются, у него появляется вялость. Неуравновешенность его нервной системы предопределяет цикличность в смене активности и бодрости. Увлечшись каким-нибудь делом, он чересчур интенсивно расходует силы, и в конце концов они истощаются. Холерику трудно дается деятельность, требующая плавных движений, спокойного, медленного темпа, он неизбежно будет проявлять нетерпение, резкость движений, порывистость и т. д. В общении он вспыльчив, необуздан, нетерпелив, несдержан.

Человек с третьим типом нервной системы (сильный, уравновешенный, инертный) – флегматик – обладает высокой работоспособностью, внутренне стабилен, но «тяжел на подъем» и неспособен отказаться от выработанных навыков и стереотипов. Ему труднее включение в новые ситуации. Он неохотно идет на работу и неохотно ее покидает, его эмоции проявляются замедленно и не столь интенсивно. Лица с инертным типом прочно закрепляют все усвоенное, не любят менять привычки, распорядок жизни, обстановку, работу, друзей и медленнее приспосабливаются к новым условиям. Это человек со спокойными и медленными реакциями, не склонный к перемене своего окружения. Он хорошо сопротивляется сильным и продолжительным раздражителям. Благодаря уравновешенности процессов раздражения и торможения флегматик спокоен, это настойчивый и упорный труженик, отличающийся терпением, выдержкой и самообладанием. Его мимика и интонации однообразны

и невыразительны, даже о своих чувствах он говорит недостаточно эмоционально, и это затрудняет общение с ним.

Для человека с четвертым – слабым – типом нервной системы характерно быстрое падение работоспособности, потребность в продолжительном отдыхе, излишне эмоциональная реакция на трудности. Его воображение занято картинами болезней, войны, мрака, ужаса, разрушения. Обладая высокой чувствительностью нервной системы, он часто имеет выраженные художественные способности. Такой человек плохо сопротивляется воздействию резких стимулов, поэтому он часто пассивен и заторможен. Интенсивная стимуляция тут может привести к нарушениям поведения. У него нередко отмечается беспокойство в поведении, тревожность, слабая выносливость; незначительное событие может вызвать обиду и слезы. Он склонен отдаваться переживаниям, не уверен в себе, робок, малейшая трудность заставляет его опускать руки. Он неэнергичен, лишен настойчивости, необщителен. Его пугает новая обстановка, новые люди, меланхолик легко теряется и испытывает смущение, а потому боится новых контактов, уходит в себя, замыкается, уединяется, подобно улитке, прячущейся в свою раковину.

В последние годы к основным составляющим темперамента добавили еще две характеристики – энергетический уровень и временные параметры (Стреляу, 1982). Первая проявляется как активность и реактивность, вторая – как подвижность, темп и ритмичность реакций. Реактивность человека тем выше, чем слабее раздражитель, способный вызвать реакцию. Одинаковые стимулы могут вызывать у людей разного типа различные реакции. Высокорективные люди легко возбудимы, но обладают низкой выносливостью при воздействии сильных и повторяющихся раздражителей. Соотношение реактивности и активности определяет, что сильнее воздействует на человека – случайные факторы (события, настроение и т. д.) или постоянные и долгосрочные цели.

Согласно концепции Стреляу, активность и реактивность находятся в обратной зависимости: высокоактивные люди, сильно реагирующие на раздражители, обычно обладают пониженной активностью и малой интенсивностью действий, их физиологические процессы как бы усиливают воздействие стимуляции, которая поэтому быстрее становится для них чрезмерной. Низкорективные – более активны. Реагируя слабее, чем высокоактивные, они могут дольше поддерживать интенсивность действий, так как их физиологические процессы скорее подавляют стимуляцию. Таким образом, высокоактивные люди, при прочих равных условиях, всегда больше страдают от чрезмерных стимулов, что, например, может вызывать у них реакцию страха.

Принимая во внимание существующие факты, психологи склоняются к тому, что, классифицируя типы темперамента, нужно учитывать также и индивидуальную склонность реагировать на ситуацию определенной эмоцией. Как показали исследования, человек со слабым типом нервной системы (меланхолик) особо склонен к реакции страха; с сильным (холерик) – к гневу и ярости, сангвиник – к положительным эмоциям, а флегматик вообще не склонен к бурной эмоциональной реакции, хотя потенциально, подобно сангвинику, он склонен к эмоциям положительным.

Сравнивая представителей разных темпераментов по одной из характеристик, можно отметить, что меланхоликов и холериков отличает неустойчивость, нестабильность настроения, а сангвиников и флегматиков – устойчивость и позитивное мироощущение. Существуют и иные особенности. Холерики отличаются эмоциональной взрывчатостью, сангвиники – эмоциональной живостью (подвижностью), флегматики – эмоциональной медлительностью, меланхолики – эмоциональной чуткостью (ее низким порогом). Состояние неопределенности, сопутствующее драматическому мироощущению, больше всего угнетает холериков и меланхоликов, а флегматики и сангвиники переносят его легче, что упрощает для них творческий процесс.

2.2.2. Типологическая модель Э. Кречмера

Большое влияние на формирование современных представлений о типологии личности оказала теория темперамента, выдвинутая Э. Кречмером (Кречмер, 1995). Анализируя совокупности морфологических признаков у клиентов, на основе разработанных критериев, Кречмер выделил основные конституционные типы телосложения и сделал попытку определить темперамент именно на основе типа морфологической конституции. В результате он выделил три типа:

- а) астенический (или лептосомный);
- б) атлетический;
- в) пикнический.

Астенический (от греч. *asthenes* – слабый) тип телосложения характеризуется прежде всего сочетанием среднего роста и небольшой ширины туловища, отчего люди этого типа кажутся выше, чем они есть на самом деле. В целом это худой человек с узкими плечами, тонкими руками и кистями, длинной и узкой грудной клеткой, лишенным жира животом. Лицо астеника обычно длинное, узкое и бледное, в профиле резко выступает несоответствие между удлиненным носом и небольшой нижней челюстью, и поэтому по форме его называют угловым.

Атлетический (от греч. *athletes* – борец) тип отличает сильное развитие скелета и мускулатуры, туловище значительно сужается книзу. Люди этого типа обладают средним или высоким ростом, широкими плечами, статной грудной клеткой, упругим животом. Голова у атлетов плотная и высокая, она прямо держится на сильной свободной шее, а лицо имеет обычно вытянутую яйцевидную форму.

Пикнический (от греч. *pyknos* – плотный) тип отличает выраженное развитие внутренних полостей тела (головы, груди, живота) при слабом двигательном аппарате (плечевого пояса и конечностей). Пикники – люди среднего роста и с плотной фигурой, их глубокая грудная клетка переходит в массивный, склонный к ожирению живот, который является своего рода центром данного типа телосложения (по сравнению с плечевым поясом у атлетов). Фронтальное очертание лица напоминает пятиугольник (за счет жировых отложений на боковых поверхностях челюстей), само же лицо – широкое, мягкое, закругленное. По общему эстетическому впечатлению лица астенического и атлетического типа – интереснее, пикнического – правильнее.

Был также выделен дополнительный диспластический тип с бесформенным неправильным строением. Для людей этого типа характерны деформации телосложения различного рода.

Чтобы установить связь между телесными и психическими особенностями людей, Кречмер соотнес указанные типы телосложения с тремя основными видами душевных расстройств. Первое из них – маниакально-депрессивный (циркулярный) психоз, сопровождающийся периодической сменой гиперактивности и аффективно-приподнятого (маниакального) состояния и состояния подавленности (депрессии), пассивности и уныния. Второе заболевание – шизофрения, оно характеризуется бедностью (уплощенностью) эмоциональной сферы и нереалистичностью мышления, нередко доходящей до бредовых фантазий и галлюцинаций. Третье – эпилепсия. Результаты соотнесения показали высокую степень корреляции между: а) циркулярным психозом и пикническим строением тела, б) шизофренией и астеническим типом. Атлетика, которые менее других предрасположены к психическим заболеваниям, обнаруживают некоторую склонность к эпилепсии.

Исходя из наблюдения за психиатрическими пациентами, Кречмер выдвинул предположение о наличии подобной связи между телосложением и психикой и у здоровых людей.

Психические свойства людей определенного типа телосложения сходны с теми, которые характерны для соответствующих психических заболеваний, но выражены не столь ярко. Так, например, здоровый человек астенического телосложения обладает свойствами, характерными для шизофреника, пикник в своем поведении обнаруживает свойства, типичные для маниакально-депрессивного психоза, атлетика также характеризуют некоторые психические черты, напоминающие поведение больных эпилепсией. Таким образом, Э. Кречмер в соответствии с ранее выделенными типами телосложения различает три типа темперамента: шизотимический, циклотимический и иксотимический.

1. Шизотимик, астеническое телосложение. При расстройстве психики обнаруживает предрасположенность к шизофрениии. Замкнут (так называемый аутизм), склонен к колебаниям эмоций от раздражения до сухости, упрям, не склонен к изменению установок и взглядов. С трудом приспосабливается к окружению, склонен к абстракции.

2. Циклотимик, пикническое телосложение. При нарушении психики обнаруживает предрасположенность к маниакально-депрессивному психозу. Является противоположностью шизотимика. Эмоции колеблются между радостью и печалью, легко контактирует с окружением, реалистичен во взглядах.

3. Иксотимик, атлетическое телосложение. При психических расстройствах проявляется предрасположенность к эпилепсии. Спокойный, мало впечатлительный, сдержанные жесты, мимика. Невысокая гибкость мышления, трудно приспосабливается к перемене обстановки, мелочен.

2.2.3. Типологическая модель У. Шелдона

Если в Европе получила распространение конституциональная типология Э. Кречмера, то в США приобрела популярность концепция темперамента У. Г. Шелдона, сформулированная в 40-х годах XX столетия. Эта концепция также устанавливает связь между строением тела и характером, развивая идеи Кречмера и внося дополнения и изменения в его систему (Райгородский, 1998).

Для Шелдона исходным является понятие компонента, а не типа (как совокупности физических и психологических черт). Для того чтобы выбрать компоненты телосложения, Шелдон применил так называемый антропоскопический метод: он обследовал фотографии 4000 студентов-мужчин с целью выделить крайние варианты телесной конституции. Эти варианты и должны были стать искомыми компонентами, то есть теми компонентами, по которым можно описать и количественно оценить телосложение любого конкретного человека. Их оказалось три: эндоморфный, мезоморфный и эктоморфный. Эти термины происходят от названий зародышевых листков. Согласно преобладавшей в то время в биологии точке зрения, из энтодермы (внутреннего зародышевого листка) развиваются внутренние органы, из мезодермы (среднего зародышевого листка) развиваются кости, мышцы, сердце, кровеносные сосуды, из эктодермы (внешний зародышевый листок) – волосы, ногти, рецепторный аппарат, нервная система и мозг. Средний человек, как правило, представляет собой сочетание разных качеств, однако некоторые люди ближе к одному из трех вариантов: «пищеварительному», «мускульному» или «мозговому» типу. Описание этих крайних вариантов в целом соответствует описаниям типов по Кречмеру. Первый характеризуется округлостью, пухлостью, наличием большого живота, жира на плечах и бедрах, круглой головой, неразвитыми мышцами. Второй – широкими плечами и грудной клеткой, крепкими руками и ногами, массивной головой. Третий – вытянутым лицом с высоким лбом, длинными конечностями, узкой грудной клеткой и животом, отсутствием подкожного жира.

Затем Шелдон выделил три группы черт, каждая из которых стала выражением «первичных компонентов темперамента», которые он назвал висцеротонией, соматотонией и

церебротонией. По содержанию эти компоненты также трактовали как преобладание в жизнедеятельности человека, соответственно, органов пищеварения, двигательного аппарата и высших нервных центров. В результате дополнительного расширения списка черт и их последующей корреляции количество значимых признаков по каждому компоненту было доведено до 20.

Наконец, было предпринято исследование связи между индивидуальными соматотипами и индексами темперамента. Оно проводилось на 200 испытуемых-мужчинах в течение пяти лет, и в результате были обнаружены высокие коэффициенты корреляции (около +0,8) между эндоморфией и висцеротонией, мезоморфией и соматотонией, эктоморфией и церебротонией.

Шелдон перечисляет следующие двадцать церебротонических наиболее выраженных черт:

1. Сдержанность в позах и движении, напряженность.
2. Чрезмерная психологическая реактивность.
3. Сверхбыстрая реакция.
4. Любовь к уединенности.
5. Чрезмерная интенсивность умственной деятельности, повышенная внимательность, способность испытывать предчувствия.
6. Стремление скрывать свои чувства, эмоциональная сдержанность.
7. Осознанная подвижность лица и взгляда.
8. Социофобия.
9. Подавление способности к общению.
10. Сопrotивление привычкам и неспособность разумно организовать жизненный распорядок.
11. Агорафобия (патологическая боязнь открытых пространств).
12. Непредсказуемость в отношении с людьми.
13. Отвращение к манере говорить громким голосом и к шуму.
14. Сверхчувствительность к боли.
15. Неспособность к здоровому сну. Хроническая усталость.
16. Свойственное юности внимание к манерам и внешнему виду.
17. Вертикальное ментальное расщепление. Интроверсия.
18. Отвращение к алкоголю и другим депрессивным препаратам.
19. Потребность в одиночестве в период испытаний.
20. Ориентация на более поздние периоды жизни.

Многие из этих черт отражают повышенную чувствительность, характерную для данного темперамента (повышенную физиологическую реактивность, внимательность, тревожность, сопротивление привычкам и непредсказуемость установки), в то время как другие связаны с торможением и стремлением отгородиться от людей, что проявляется в сдержанных движениях, скрытности, социофобии, сниженной способности к общению.

Точно так же, как церебротония находит наиболее яркое выражение в шизоидном типе характера, соматотония проявляется в характере психопатическом.

Ниже приводятся двадцать основных соматотонических черт, выделенных Шелдоном:

1. Уверенность в позах и движении.
2. Любовь к физическим приключениям.
3. Повышенная энергичность.
4. Потребность в физических упражнениях и способность получать от них наслаждение.
5. Стремление доминировать, жажда власти.
6. Любовь к риску и игре случая.

7. Наглая прямота в манерах.
 8. Мужество в проведении рукопашного боя.
 9. Соревновательная агрессивность.
 10. Психологическая черствость.
 11. Клаустрофобия.
 12. Безжалостность.
 13. Отсутствие щепетильности.
 14. Общая склонность производить шум.
 15. Внешняя зрелость, не соответствующая возрасту.
 16. Горизонтальное ментальное расщепление.
 17. Соматотоническая экстраверсия.
 18. Самоуверенное и агрессивное поведение в состоянии алкогольного опьянения.
 19. Потребность в действии в момент испытаний.
 20. Ориентация на стремления и виды деятельности, характерные для молодежи.
- Наконец, висцеротония сильнее всего связана с маниакально-депрессивным типом.

Вот двадцать основных черт висцеротонии, которые выделил Шелдон:

1. Расслабленность в позах и движениях.
2. Любовь к физическому комфорту.
3. Замедленная реакция.
4. Любовь к еде.
5. Социализация процесса еды.
6. Склонность получать удовольствие от процесса пищеварения.
7. Любовь к вежливому обхождению.
8. Стремление к общению.
9. Неразборчивость в дружеских контактах.
10. Жадное стремление к расположению и поддержке.
11. Ориентация на людей.
12. Эмоциональная уравновешенность.
13. Терпение.
14. Удовлетворенность собой.
15. Крепкий сон.
16. Отсутствие уверенности.
17. Простота, уравновешенность чувственных связей, висцеротоническая экстраверсия.
18. Расслабление и стремление к общению под воздействием алкоголя.
19. Потребность в чужом участии при возникновении проблем.
20. Ориентация на связи, приобретенные в детстве, и семью.

В таблице 2.2. приводится сопоставление некоторых типологий темперамента.

Таблица 2.2.

Сопоставление некоторых конституциональных типологий (Стреляу, 1982)

Автор	Типы темперамента			
Гиппократ— Гален	сангвиник	флегматик	холерик	меланхолик
Э. Кречмер	циклотимик	иксотимик		шизотимик
У. Шелдон	висцерото- ник		соматотоник	церебро- тоник
И. П. Павлов	сильный, уравнове- шенный, подвижный	сильный, уравнове- шенный, инертный	сильный, неуравнове- шенный	слабый

2.2.4. Типология индивидуально-личностных свойств

Теория ведущих тенденций и лежащая в ее основе типология индивидуально-личностных свойств, разработанная Л. Н. Собчик (2003), упорядочивает классификации типов личности многих психологических школ, не вступая в противоречия с ними.

В рамках этой теории личность рассматривается как единство биологического, психологического и социального факторов. В соответствующей типологии реакции людей на внешние воздействия классифицируются следующим образом:

- Реакция, направленная вовне (наступление, активное отстаивание своей позиции, противодействие, обвинение во всем окружающих, наиболее резкий способ реагирования – агрессия в отношении других).
- Реакция, преимущественно направленная на себя (отступление, готовность отказаться от реализации своих намерений, склонность к самообвинению, наиболее резкая форма реагирования – суицид, аутоагрессия).

Типологию конституционально заданных свойств в соответствии с ведущими психологическими тенденциями можно представить, ориентируясь на следующие полярные пары признаков: интроверсия-экстраверсия, тревожность-агрессивность, ригидность-лабильность, сенситивность-спонтанность (рис. 2.2.).

Типологическое свойство «тревожность», которое в рамках нормы выглядит как осторожность в принятии решений, ответственность по отношению к окружающим, социальная созвучность среде, при заострении проявляется состоянием повышенной тревожности, мнительностью, боязливостью, склонностью к навязчивым страхам и паническим реакциям, перерастая в структуре клинического состояния в тревогу.

«Стеничность (агрессивность)» в норме соответствует тенденции к самоутверждению и активной самореализации, но при усилении (акцентуации, патологическом заострении) эта черта приобретает характер откровенного эгоцентризма со склонностью к агрессивной манере самоутверждения вопреки интересам окружающих вплоть до явных агрессивных высказываний или криминальных действий.

«Интроверсия» обозначает такую индивидуально-типологическую черту, как погруженность в мир собственных переживаний и фантазий, застенчивость, замкнутость, социальная пассивность. Патологическое заострение этой тенденции проявляется как аутизм. В противовес этому свойству «экстраверсия» – это общительность, погруженность в мир окружающей реальности, социальная активность; дезадаптивная форма этой черты – избыточное неразборчивое общение, неконструктивная социальная активность.



Рис. 2.2. Типология индивидуально-личностных свойств на базе теории ведущих тенденций

«Спонтанность» – это раскованное самоутверждение, наступательность, предприимчивость и стремление к лидерству, но при заострении этой черты или ее патологическом развитии она проявляется как выраженная импульсивность и противоправное поведение. В сочетании с экстравертированностью и агрессивностью эта черта формирует «сильный» (гипертимный) тип поведения.

«Сенситивность», проявляющаяся как чувствительность, ориентация на авторитет сильной личности, конформность, зависимость, при дезадаптации перерастает в депрессивное состояние, а в сочетании с «интровертированностью» и «тревожностью» формирует картину типологически «слабой» (гипотимной) конституциональной структуры.

Противопоставляемые друг другу типологические свойства ригидности и лабильности (подвижности) формируют, в свою очередь, два полярных типа, представляющих собой смешанные варианты по отношению к чисто гипертимному и чисто гипотимному. Один из них –

«ригидный» – характеризуется сочетанием субъективизма интроверта с инертностью (тугоподвижностью) установок и настойчивостью личности, склонной к педантизму и настойчивой подозрительности. Патологическое его проявление – эксплозивность (взрывные реакции) и паранойяльность. Другой – «лабильный» – вариант отличается выраженной изменчивостью настроения, мотивационной неустойчивостью, повышенной эмотивностью, демонстративностью (поиск признания), что при дезадаптации перерастает в истерический паттерн поведения.

Промежуточные характеристики представляют собой сплав соседствующих на схеме свойств, синтез двух ведущих тенденций, формирующих производные свойства, которые проявляются в стиле межличностного поведения. Это – «конформность», «компромиссность», «лидерство», «коммуникативность», «социальная пассивность», «социальная активность», «индивидуализм», «неконформность».

Таким образом, типология индивидуальности базируется на восьми основных тенденциях, производными которых являются разные варианты социального поведения как результат сочетания двух соседствующих на схеме индивидуально-личностных тенденций. Кроме того, индивидуально-типологический паттерн позволяет также судить о преобладающем стиле интеллектуальной деятельности.

Изучение индивидуального стиля когнитивной деятельности в сравнении с типологическими особенностями позволило обнаружить следующие закономерности: социально активные коммуникабельные экстраверты отличаются преобладанием правополушарных характеристик, и освоение новой информации им дается легче через разговорное общение. Среди них эмоционально лабильные и тревожные личности отличаются художественным, наглядно-образным типом восприятия, склонностью к опоре на цельные чувственные образы.

Спонтанные неконформные личности больше ориентированы на собственную интуицию. Для спонтанно-стеничных личностей характерна тяга к двигательной активности. Социально пассивные интроверты в большинстве своем отличаются левополушарным когнитивным стилем. При этом сенситивные и тревожные (конформные и зависимые) личности больше ориентированы на вербальный стиль освоения материала (на словесную информацию).

Социально пассивные индивидуалисты и ригидные личности усваивают и передают информацию, пользуясь языком символов, формул и цифр. Их стиль мышления – системный, синтетический, прагматичный, складывающий целое из отдельных деталей.

2.2.5. Типология стилей жизни

Типология, предложенная А. Кроником и Р. Ахмеровым (Кроник, Ахмеров, 2003), была создана в рамках разработанного ими метода каузометрии, или метода анализа жизненного пути человека. Индивидуальный стиль жизни человека тут рассматривается как реализация его представлений о счастье и путях его обретения. Безусловно, индивидуальные представления о счастье формируются, функционируют и развиваются под непосредственным влиянием норм и ценностей малых и больших групп, в которые входит человек, а также ценностей, присущих обществу в целом и характеризующих особенности культурно-исторической эпохи. Тем не менее в данной типологии выделяются конкретные внутренние механизмы стилеобразования, при помощи которых только и могут выполнять свои стилеобразующие функции условия микро- и макросреда, нормы, ценности и мировоззренческая ориентация общества.

Психологический подход к исследованию человеческой жизни прямо связан с анализом деятельности. При анализе деятельности как субъект-объектного взаимодействия

прежде всего учитывается наличие у субъекта определенных потребностей – нужд в тех или иных веществах или свойствах окружающей среды, необходимых для поддержания жизни. Удовлетворить свои потребности субъект может, только обратившись к соответствующим объектам. Свойство объекта, которое может удовлетворить потребность субъекта, названо полезностью. Помимо полезности объект обладает еще одним свойством – сложностью, под которой понимается совокупность внутренних связей элементов данного объекта и его внешних связей с другими объектами. Эти связи определяют диапазон изменчивости объекта и число возможных степеней свободы в его взаимодействиях с другими объектами. Поэтому для субъекта мерой предсказуемости объекта является сложность его (объекта) поведения. Чем сложнее объект, тем изменчивее он и тем менее предсказуем. Сложность обуславливает те или иные средства, необходимые для овладения объектом, и формирует соответствующие свойства субъекта, благодаря которым последний находит и использует данные средства. Эти свойства субъекта являются его способностями.

Психологические тактики обретения счастья – это тактики регуляции человеком своей мотивации, сюда входят прежде всего различные формы саморегуляции, то есть управления человеком психологическими условиями спонтанного (непроизвольного) возникновения у него состояния счастья.

Авторы выделяют две формы такой саморегуляции: усиление значимости мира и усиление своих возможностей, обе формы реализуются с помощью применения конкретных принципов саморегуляции. Так, стремясь усилить значимость мира (степень удовлетворенности им), человек может стремиться увеличить его полезность или, если это невозможно, уменьшить свои потребности. Стремление к увеличению своих возможностей можно реализовать посредством уменьшения сложности мира или увеличения своих способностей. Следовательно, существует четыре относительно независимых принципа саморегуляции: максимизация полезности, минимизация потребностей, минимизация сложности, максимизация способностей.

Отношения человека к возможным психологическим способам обретения счастья формируют особого рода эвдемонические установки (диспозиции). Термин «установка» (или «диспозиция») используется здесь в его традиционном психологическом значении и обозначает фиксированные в социальном опыте личности предрасположенности воспринимать и оценивать условия деятельности, а также действовать в этих условиях определенным образом (Саморегуляция, 1979). Термин «эвдемонические» обозначает, что речь идет в данном случае об установках по отношению к способам обретения счастья («эвдемония» в переводе с греческого на русский язык означает «счастье» или «блаженство»). В соответствии с четырьмя принципами саморегуляции в системе «человек-мир» выделяются и четыре класса эвдемонических установок и соответствующих им поведенческих и личностных особенностей (табл. 2.3.).

Таблица 2.3

Соответствие между эвдемоническими установками и характеристиками поведения и темперамента

Эвдемонические установки	Принципы саморегуляции	Стили жизни	Пути к счастью	Тип личности по Г. Айзенку	Тип темперамента
деятельные	максимизация способностей	деяние	самосовершенствование	невротичный экстраверт	холерик
созерцательные	минимизация сложности	созерцание	познание мира	эмоционально стабильный интроверт	флегматик
гедонистические	максимизация полезности	гедонизм	пользование миром	эмоционально стабильный экстраверт	сангвиник
аскетические	минимизация потребностей	аскеза	самоограничение	невротичный интроверт	меланхолик

2.2.6. Соционическая типология

Основой соционической типологии послужила психологическая классификация К. Г. Юнга, предложенная им в работе «Психологические типы» (Юнг, 1995). Сведя воедино 4 эмпирически открытые функции психики (мышление, эмоции, ощущения и интуиция) с экстравертной или интровертной установкой сознания, Юнг выделил 8 типов личности. В конце 50-х гг. в США была разработана типология Майерс-Бриггс (Myers-Briggs, McCaulley, 1985), которая увеличила количество типов до 16 за счет введения еще одного психологического параметра (рациональность/иррациональность). Рассмотрим основные понятия, используемые для данной классификации.

Предпочтительная направленность внимания (Extraversion/Introversion): экстраверсия (E) – ориентированность вовне, предпочтение развития вширь, склонность к общению. Экстраверты обращаются к окружающим людям как к источнику энергии. Интроверсия (I) – ориентированность во внутренний мир, предпочтение развития вглубь, склонность к одиночеству. Интроверты черпают энергию в своем внутреннем психологическом пространстве.

Предпочтительный способ восприятия информации (Sensing – Intuition): ощущения, здравый смысл (S) – восприятие информации фрагментарно, человек опирается на собственный опыт и здравый смысл, вовлечен в окружающую ситуацию (здесь и сейчас). Сенсоры часто ориентируются на общепринятое мнение, хорошо оценивают сиюминутную практическую выгоду. Интуиция (N) – люди данного типа схватывают информацию в целом, полагаясь на интуицию, вдохновение. Они хорошо чувствуют перспективу и потенциальные возможности, хотя при этом могут чрезмерно абстрагироваться от реальности.

Предпочтительный способ принятия решений (Thinking– Feeling): логика, или мышление (T), – решения опираются на холодный логический расчет, эмоциональная

отстраненность. Этика, или переживание (F), – решения в большей мере опираются на человеческие взаимоотношения, на этику, эмоциональная вовлеченность.

Предпочтительный способ ориентации в окружающем мире (Judging– Perceiving): рациональность (J) – стремление к определенности, к планированию, следование заданному плану, организованность, методичность. Иррациональность, или импульсивность (P), – стремление к постоянной свободе выбора, спонтанность, гибкость, непредсказуемость, нерегулярность.

Развитием типологии К. Г. Юнга в России, Литве, Украине и в других странах СНГ стала соционика – молодая наука, возникшая в 70-х годах XX века на стыке психологии, социологии и информатики. Основатель соционики – литовский ученый, педагог, экономист Аушра Аугустинавичюте – соединила типологию Юнга с информатикой, разработав систему знаков и моделей, для изучения структуры человеческой психики (Аугустинавичюте, 1998) и для описания взаимодействия между различными типами личностей – «интертипных отношений» (Аугустинавичюте, 1991). При этом она изменила названия функций, заменив термины: мышление, эмоции, ощущения, интуиция, соответственно, на термины: логика (Л), этика (Э), сенсорика (С) и интуиция (И). Это было сделано для того, чтобы не путать понятия «чувство» и «ощущение», а также чтобы показать, что мыслят, скажем, не только «мыслительные», а чувствуют не только «чувствующие» типы.

Аугустинавичюте разработала так называемую модель «Ю», названную так в честь Юнга. В той системе каждая функция (логика, этика, сенсорика, интуиция) может обладать как наступательным (экстравертным), так и оборонительным (защитным, интровертным) характером. Наступательные (экстравертные) тенденции направлены на расширение контактов человека с миром, игнорируя существующую систему отношений. Оборонительные (интровертные) тенденции – это стремление минимизировать и упростить такие контакты, выстраивающее стабильную систему отношений. Возможные сочетания данных характеристик дают следующие варианты:

1. Деловая логика (наступательная логика, обращенная вовне): конструирование, логический синтез, деловая выгода, эффективность, цель, план, технология.

2. Структурная логика (защитная логика, систематизирует и логически упрощает окружающее, помогает выстраивать логическую линию обороны против внешнего вмешательства, придирчиво выискивает чужие логические ошибки): анализ, умозрительная структура, система, теория, стратегия.

3. Этика эмоций (наступательная эмоциональность): открытое эмоциональное воздействие, непосредственная эмоциональная реакция, экстаз.

4. Этика отношений (защитно-оборонительная эмоциональность): отношения и взаимодействия между людьми, вопросы долга и морали, тонкое эмоциональное восприятие.

5. Интуиция возможностей (наступательное воображение): способность мгновенно оценить внутреннее содержание и потенциальные возможности объекта, поиск новых возможностей, творческая фантазия, генерация новых идей.

6. Интуиция времени (защитно-оборонительное воображение): тревога, скептицизм, мнительность, предчувствие, прогноз, способность улавливать динамику развития, одним взглядом распознавать будущие опасности.

7. Волевая сенсорика (наступательная и оптимистическая): решительность, уверенность, оптимизм, анархичность, независимость, склонность к активному действию, экспансия, овладение пространством, активное стремление ко всему самому лучшему, красивому и приятному.

8. Сенсорика ощущений (защитная): гармония пространственных форм, ощущение красоты и удобства, ощущение вкуса, радость покоя и удобства положения, гедонизм, лень, нежелание напрягаться, сосредоточенность на своих удобствах и ощущениях.

Согласно модели «Ю», человеческая психика функционирует на основе совместного действия четырех «каналов связи», или каналов обработки информации, причем каждая из функций занимает свой канал.

1-й канал (акцептный) – канал оперативного реагирования на окружающую обстановку, «планирующий» будущие действия, самый мощный, в наибольшей мере определяющий психический тип человека, называется программным. Если это экстраверт, канал занят наступательной функцией, если интроверт – оборонительной. По этому каналу человек получает наиболее полную и объективную информацию о мире. Его мысли, действия и часто профессия так или иначе зависят от вида функции, действующей в 1-м канале.

2-й канал (творческий) – «исполнительный», реализующий намеченную программу действий на практике; его называют продуктивным, или творческим. Это доминантная сфера, область активного действия, направленного вовне. Творческие возможности человека всегда согласуются с функцией, действующей в этом канале. Если функция 1-го канала указывает на программу психотипа, то функция 2-го канала – на способ реализации этой программы.

Действие главных, наиболее сильных функций представлено 1-м и 2-м каналами.

3-й канал (адаптивный) – наиболее психологически уязвимый, с ним связаны чувствительность к критике, обидчивость. Он обслуживает стремление (чаще всего неосуществимое) видеть себя в согласии с миром и с самим собой. Но этот канал передает любое давление извне, и психическая функция, пользующаяся им, оказывается в результате весьма уязвимой для постороннего «вторжения». Этот канал обозначают иногда как МНС (место наименьшего сопротивления).

4-й канал (суггестивный) – подсознательный. Связан с процессами запоминания информации, по этому каналу человеку легче всего передать внушение. Психическая функция, действующая здесь, – самая слабая из четырех, человек весьма неуверенно по ней ориентируется, и ему, естественно, необходима коррекция. Однако на сознательном уровне он почти безразлично относится к соответствующей информации и довольно слабо ее воспринимает.

Существует несколько вариантов названий психотипов в соционике. Первый – самый рациональный – обозначает обе функции ведущего блока и тем самым, вместе с названием, дает точную привязку к функциональной характеристике психотипа, например логико-сенсорный интроверт или этико-интуитивный экстраверт. Тут может использоваться как русская, так и английская аббревиатуры: ЛСЭ, ЭИЭ, ЛСИ и т. д. или ESTJ, ISTP, ESTP и т. д.

Второй вариант названий остается самым популярным – это имена известных личностей с явно выраженными чертами соответствующего психотипа.

Третья система наименований психотипов позаимствована у американских психологов, тут обозначение каждого психотипа имеет в своей основе ключевое слово, определяющее одно из самых характерных для него качеств, и соответственно – его социальную функцию: «Лирик», «Гуманист», «Энтузиаст», «Инициатор» и т. д.

В сводной таблице 2.4. мы приводим системы наименований, которые встречаются в отечественной литературе.

Таблица 2.4

Соционические типы (Таланов, Малкина-Пых, 2003)

Психологическая ориентация			№ канала модели «Ю»				Обозначение типа	
			1	2	3	4		
Интра-верты	Иррациональные	Этики	Интуиты	Интуиция времени	Этика эмоций	Логика деловая	Сенсорика волевая	Есенин (INFP) Лирик Романтик
			Сенсорики	Сенсорика ощущений	Этика эмоций	Логика деловая	Интуиция возможностей	Дюма (ISFP) Посредник Художник Сибарит
		Логики	Интуиты	Интуиция времени	Деловая логика	Этика эмоций	Сенсорика волевая	Бальзак (INTP) Критик Архитектор
			Сенсорики	Сенсорика ощущений	Логика деловая	Этика эмоций	Интуиция возможностей	Габен (ISTP) Мастер
		Этики	Интуиты	Этика отношений	Интуиция возможностей	Сенсорика волевая	Логика деловая	Достоевский (INFJ) Писатель Гуманист

Рациональные	Логики	Сенсорики	Этика отношений	Сенсорика волевая	Интуиция возможностей	Логика деловая	Драйзер (ISFJ) Хранитель
		Интуиты	Логика структурная	Интуиция возможностей	Сенсорика волевая	Этика эмоций	Робеспьер (INTJ) Аналитик
		Сенсорики	Логика структурная	Сенсорика волевая	Интуиция возможностей	Этика эмоций	Максим Горький (ISTJ) Систематик Контролер Инспектор Опекун
		Интуиты	Интуиция возможностей	Этика отношений	Логика структурная	Сенсорика ощущений	Гексли (ENFP) Инициатор Вдохновитель Журналист
Экстра-верты	Иррациональные	Сенсорики	Сенсорика волевая	Этика отношений	Логика структурная	Интуиция времени	Наполеон (ESFP) Лидер Политик Тамада

Рациональные	Логики	Интуиты	Интуиция возможностей	Логика структурная	Этика отношений	Сенсорика ощущений	Дон-Кихот (ENTP) Искатель Новатор Изобретатель
		Сенсорики	Сенсорика волевая	Логика структурная	Этика отношений	Интуиция времени	Жуков (ESTP) Организатор Маршал Антрепренер
	Этики	Интуиты	Этика эмоций	Интуиция времени	Сенсорика ощущений	Логика структурная	Гамлет (ENFJ) Артист Наставник Педагог
		Сенсорики	Этика эмоций	Сенсорика ощущений	Интуиция времени	Логика структурная	Гюго (ESFJ) Энтузиаст Коммуникатор Торговец
	Логики	Интуиты	Логика деловая	Интуиция времени	Сенсорика ощущений	Этика отношений	Джек Лондон (ENTJ) Предприниматель Экспериментатор Фельдмаршал
		Сенсорики	Логика деловая	Сенсорика ощущений	Интуиция времени	Этика отношений	Штирлиц (ESTJ) Администратор Управляющий

Более развернутые описания каждого из 16 типов по четырем функциям модели «Ю» можно найти в справочниках (например, Таланов, Малкина-Пых, 2003) и монографиях по соционике (Филатова, 1999; 2001) и на Интернет-сайтах www.jung.spb.ru или www.ru.laser.ru.

Тест для определения социотипа личности (тест Кейрси) приведен в разделе 2.3.2. настоящей главы.

2.2.7. Характероанализ В. Райха и биоэнергетика А. Лоуэна

Вильгельм Райх (1997, 1999) по праву считается основателем телесной психотерапии в западной психотерапевтической традиции (Малкина-Пых, 2005б). Уникальный вклад Райха в психологию состоял в том, что он, во-первых, настойчиво подчеркивал единство тела и разума, во-вторых, в свои психотерапевтические исследования всегда включал проблемы, связанные с человеческим телом, и в-третьих, разработал концепцию «панциря характера». Райх полагал, что эмоциональные проблемы клиента можно понять, лишь рассматривая его как цельное существо, включая телесный аспект.

По Райху формы поведения и формы общения гораздо существеннее того, что клиент говорит. Слова могут лгать, способ выражения никогда не лжет. Райх первым начал подчеркивать важность физической экспрессии клиента, в особенности он обращал внимание на хронические мышечные напряжения, «зажимы», которые он называл мышечным панцирем. Он считал, что хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревогу, гнев и сексуальное возбуждение. Защитный панцирь не дает человеку переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств. Райх писал: «Мышечная судорога представляет собой телесную сторону процесса вытеснения и основу его длительного сохранения» (Райх, 1997).

Райх полагал, что всякий характер состоит из двух основных компонентов: врожденных установок по отношению к миру и реакций на различные ситуации. Он включает в себя психологические установки и ценности, стиль поведения (застенчивость, агрессивность и так далее) и физические установки (поза, привычка держаться и двигаться, владеть собственным телом).

Райх (Райх, 1999) подробно проанализировал четыре типа характера: истерический, фаллически-нарциссический, мазохистский и компульсивный.

Александр Лоуэн, ученик Вильгельма Райха, разработал систему под названием «биоэнергетика», или «биоэнергетический анализ» (Лоуэн, 1996). Биоэнергетический анализ – это психодинамическая психотерапия, сочетающая работу как с телесными проявлениями, так и с сознанием человека. В биоэнергетике лежит представление о том, что события, происходящие на ранних этапах развития, в значительной степени определяют восприятие, поведение и отношения взрослого человека. Травмы детства отражаются в нарушениях взаимоотношений взрослого человека в повседневной жизни. Биоэнергетический анализ находит признаки этих травм и в нарушениях мышления, и в телесных проявлениях.

В биоэнергетике характер определяется как фиксированный паттерн поведения, типичная тактика, с помощью которой человек справляется со своим стремлением к удовольствию. Характер запечатлен в теле в форме хронического и обычно бессознательного мышечного напряжения, блокирующего или ограничивающего импульсы достижения. Характер также является психической позицией, которую поддерживает система отрицаний, рационализации и проекций и которая зависит от идеального Эго, утверждающего свою ценность. Функциональное соответствие характера структуре тела или паттерну мышечного напряжения является ключом для понимания личности, потому что это дает возможность читать характер по телу и объяснять позу тела психологией человека (Лоуэн, 1996).

Каждая структура характера – и на психологическом, и на мышечном уровне – имеет определенный паттерн защиты. Важно отметить, что классификация Лоуэна относится именно к защитным позициям. Ни один человек не является чистым типом, и в каждом человеке нашей культуры в разной степени сочетаются разные защитные паттерны. Личность человека, отличающаяся от структуры характера, определяется его жизненной силой, то есть силой его влечений, и защитами, которые он создал для контроля за этими влечениями.

Лоуэн описал несколько типов характера, основываясь на психических и физических проявлениях: шизофренический, шизоидный, оральный, психопатический, истерический, фаллически-нарциссический, пассивно-феминный, мазохистский и ригидный (Лоуэн, 1998), их подробное описание приведено в разделе 2.2.9. настоящей главы.

2.2.8. Теория базовых конфликтов К. Хорни

Классификация психологических типов личности, предложенная К. Хорни (1995), основана на отношении человека к другим людям. Каждое конкретное базовое отношение к людям способствует развитию определенных потребностей, качеств, внутренних запретов, тревог, особенностей восприятия и системы ценностей.

Хорни описывает базовую тревогу как чувство «собственной незащищенности, слабости, беспомощности, незначительности в этом предательском, атакующем, унижающем, злом, полном зависти и брани мире». Ребенок слаб и хочет, чтобы его защищали, чтобы о нем заботились, чтобы другие приняли на себя ответственность за него. С другой стороны, естественная подозрительность к окружающим делает доверие к ним практически невозможным. Стремясь справиться с угрозой, исходящей от враждебного мира, человек вырабатывает одну из трех защитных стратегий. Стратегия от людей: человек не желает ни принадлежать другим, ни соперничать с ними и сохраняет отстраненную позицию. Стратегия против людей: человек допускает как нечто само собой разумеющееся враждебность окружающих и делает выбор в пользу борьбы с ними. Стратегия к людям: человек принимает свою беспомощность и полностью полагается на других. Каждая из перечисленных установок акцентирует один из компонентов базовой тревоги: изоляцию, враждебность или беспомощность. Соответственно, можно выделить три типа личности: отстраненный, агрессивный и уступающий типы.

Первым типом базального конфликта является потребность в *отстранении*, «движение от людей». Наиболее очевидная особенность людей этого типа – отчуждение от людей. Другой особенностью является отчуждение от себя, то есть нечувствительность к эмоциональным переживаниям, неопределенность идентичности: кто я такой, что люблю или ненавижу, чего хочу и опасюсь, на что надеюсь, во что верю. Людей отстраненного типа объединяет способность смотреть на себя с неким объективным интересом, как если бы человек смотрел на какое-либо произведение искусства.

Ключевым моментом тут является внутренняя потребность устанавливать эмоциональную дистанцию, отделяющую человека от других людей. Точнее, это сознательное или бессознательное стремление никоим образом не допустить эмоциональной вовлеченности в дела других людей, касается ли это любви, борьбы, сотрудничества или соревнования с ними. Все потребности и качества людей такого типа служат главной потребности – избежать вовлеченности. Эти люди стремятся к самодостаточности, которая в оптимальном случае проявляется как изобретательность. Встречается и рискованный способ сохранения самодостаточности – сознательное или бессознательное ограничение потребностей. Кроме того, таким людям нужно уединение.

Агрессивный тип склонен двигаться «против» людей. Он убежден в том, что все люди настроены враждебно, и отказывается признать другие варианты. Жизнь для него – это

борьба всех против всех. По его ощущениям в мире выживают лишь наиболее приспособленные, а сильные уничтожают слабых. Потому он стремится управлять другими. Вместе с тем, он нуждается в ощущении превосходства, в успехе, престиже или любой иной форме признания. Стремления такого рода часто ориентированы на власть, поскольку успех и престиж дают человеку власть в обществе, основанном на соперничестве. Но это также дает человеку субъективное чувство силы. Признание не только поддерживает его самоутверждение, в чем он нуждается, но и открывает перед ним соблазн: быть любимым и быть способным, в свою очередь, любить. Поскольку ему кажется, что такое признание несет решение конфликтов, оно становится его спасительным миражом. Выраженная потребность эксплуатировать людей, стремление перехитрить и использовать другого в своих целях составляют тут часть общей картины. Любая ситуация или любые отношения рассматриваются с точки зрения «что я могу от этого получить?» – относится ли она к деньгам, престижу, контактам или идеям. Сам человек сознательно или полусознанно убежден, что все действуют подобным образом, и потому единственное, что имеет значение, – делать это успешнее остальных.

Уступающий тип отражает «движение к людям». Человек данного типа демонстрирует потребность в любви и одобрении, в частности – он стремится найти партнера. Хотя поведенческие проявления тут многообразны, все они сосредоточены вокруг стремления к человеческой близости, вокруг желания «кому-то принадлежать». Это желание столь непреодолимо, что все, что делает человек, направлено на его осуществление. И это формирует характер: такой человек становится уступчивым, предупредительным, заботливым, признательным, благодарным и щедрым. Этому сопутствует стремление избежать недобрых взглядов, ссор, соперничества. Такой человек склонен подчиняться другим, занимать второстепенное положение, уходя в тень: покладистый и мирный, он обычно, по крайней мере, на сознательном уровне, не выражает недоброжелательства. Всякое желание мести или победы над другими столь глубоко вытеснено, что он сам часто удивляется тому, как легко мирится с другими и никогда долго не питает чувства обиды. Чаще всего он склонен автоматически брать вину на себя.

Этому типу свойственны определенные особенности отношения к себе. В частности, чувство собственной слабости и беспомощности: «я бедняжка». Вторая характерная черта вытекает из его склонности подчиняться другим. Он заранее готов думать, что любой человек превосходит его, что прочие люди привлекательнее, умнее, образованнее и достойнее его. Третья типическая черта связана с его зависимостью от других людей. Это бессознательная тенденция оценивать себя по тому, что о нем думают другие. Его самоуважение зависит от их одобрения или осуждения, любви или ненависти.

Поведение уступчивого вида имеет двойную мотивацию. Например, когда он подчиняется, он делает это, чтобы избежать трений и, таким образом, достичь гармонии с другими; но подчинение может также скрывать его потребность превосходить других. Когда он позволяет другим себя использовать, это выражает уступчивость и «доброту», но одновременно может быть попыткой уйти от стремления эксплуатировать других людей.

В свете таких противоречивых тенденций любовь действительно является единственным выходом для осуществления всех его невротических потребностей: потребности быть любимым, доминировать (через любовь), быть на вторых ролях и одновременно превосходить других (в силу безраздельной заботы о нем партнера).

2.2.9. Типы организации характеров

В этом разделе мы рассмотрим различные теории, на которых основывают типологию характера. Это теория фаз инфантильной психологической организации по З. Фрейду и Э.

Эриксону и психоаналитическая теория типов организации характера (Мак-Вильямс, 1998; Наранхо, 1998; Попов, Вид, 2000).

Особенности раннего детства, специфика протекания психосексуальных этапов развития, фиксация на определенном этапе обуславливает особенности характера человека. Характер, в узком смысле слова, проявляет себя как типичный паттерн поведения или направленность – это устойчивый или структурированный способ реагирования. В основе психодинамических концепций развития лежит выдвинутое З. Фрейдом предположение о том, что основные характеристики личности, ее базовая структура формируются в раннем детском возрасте и сохраняются практически неизменными на протяжении всей последующей жизни. При этом отношение к людям, окружающим ребенка в первые годы жизни (в первую очередь родителям), впоследствии проецируется, переносится на других людей, значимых для индивида (так называемый перенос), определяя тем самым его взаимодействие в социуме, семейные отношения и пр.

Фрейдистская периодизация личностного развития основана на развитии либидо (Фрейд, 1989), Фрейд рассматривает либидо как важнейшую движущую силу развития, описывая в основном развитие психосексуальное. Эта периодизация включает 3 этапа: оральный (первый год и половина второго года жизни), анальный (промежуток от полутора-двух до трех лет), фаллический (время примерно между 3-6-м годами жизни). По мнению Фрейда, может происходить «застревание» на определенных этапах развития, приводящее к формированию у взрослого таких личностных черт, как «оральный характер» или «анальный характер».

Другой ведущей современной психодинамической концепцией периодизации развития личности является схема Э. Эриксона (Эриксон, 1995, 1996); согласно его представлениям, развитие и формирование идентичности человека проходит через ряд психосоциальных кризисов. На каждом из кризисных этапов происходит выбор позитивного либо негативного варианта развития определенных личностных черт, определяющих в дальнейшем жизненную позицию человека, его отношения в социуме. Если внутренние конфликты, свойственные определенной стадии развития, остаются неразрешенными (негативный вариант развития), в зрелом возрасте они могут проявляться в виде инфантилизма. При этом новый выбор накладывается на уже произведенный и закрепленный в структуре личности (эпигенез). Пересмотр Эриксоном (1995) трех инфантильных стадий Фрейда с точки зрения межличностных задач позволил выделить различные категории клиентов: фиксированных на проблеме первичной зависимости (доверие-недоверие), на вторичных вопросах сепарации-индивидуации (автономия или стыд и сомнения) или на сложных вопросах идентификации (инициатива или вина).

Другие психодинамические схемы, в которых прослеживается эпигенетический принцип, во многом сходны с эриксоновской периодизацией. К психодинамическим моделям развития личности, базирующимся на принципе эпигенеза, можно отнести и трехэтапную модель В. Шутса (Шутс, 1993), которая дает не только периодизацию возрастного развития, но и оригинальную метафорическую модель структуры личности (Присоединение – Контроль – Открытость). Эта схема аналогична известной в отечественной психологии концепции трех компонентов социального развития личности в онтогенезе по А. В. Петровскому (Петровский, 1984), включающей последовательно сменяющиеся друг друга процессы: (1) адаптации, (2) индивидуализации и (3) интеграции.

Хотя большинство психоаналитиков сегодня придает меньшее значение влечениям по сравнению с Фрейдом, они никогда всерьез не подвергали сомнению три следующие положения психоанализа: 1) существующие психологические проблемы отражают проблемы раннего детства; 2) взаимодействие в ранние годы создает шаблон для позднейшего воспри-

жизненного опыта; 3) идентификация уровня развития личности – это кардинально важная часть нашего понимания характера человека.

На первой симбиотической (оральной) фазе основное значение имеет радость ощущать эмоциональное принятие и доверие к миру. Оральный контакт с окружением соответствует потребностям организма. Согласно периодизации Э. Эриксона (1996), на данном этапе на основе коммуникации с матерью (или лицом, осуществляющим уход за ребенком) формируется базовое чувство доверия к окружающим и к миру (позитивный вариант развития) либо изначальное недоверие, изолированность с ощущением «отлученности», «разделения», «брошенности» (негативный вариант). Неразрешенные внутренние конфликты данного периода могут позднее, в зрелом возрасте, породить аутизм, депрессию, «депрессивные формы страха пустоты и покинутости» (оральный характер) (Эриксон, 1995). В. Шутс (1993) рассматривает данный период как «присоединение» (непосредственный эмоциональный контакт с матерью, впоследствии же, в старшем возрасте, – с окружающими).

Следствие нарушения этой фазы – шизоидность. В результате эмоционального отвержения не формируется потребность в эмоциональных контактах (развитие речи обгоняет развитие моторики, развивается чувствительность к себе, сухость к другим, склонность к «мертвому» коллекционированию, замещающему контакты). Другой вариант – нарциссический выбор как неспособность выбрать другого, отрицание новизны. «Нарциссизм – эмоциональное состояние, при котором человек реально проявляет интерес только к своей собственной персоне, своему телу, своим потребностям, своим мыслям, своим чувствам, своей собственности. В то время как все остальное воспринимается лишь на уровне разума» (Фромм, 1994). Другое последствие нарушения данной фазы развития – это психастеничность: страх за свою жизнь и жизнь близких, боязнь нового, ограничение контактов со средой рамками привычной обстановки и совершенствование средств защиты от мира, невроз базовой тревоги: страх существования, страх разрыва, страх эмоциональных отношений.

На второй, анальной фазе, фазе роста, у ребенка развиваются разнообразные способности. Возникает умение различать, появляется дифференциация функций, доверие, сопереживание, чувствительность к отношениям в семье, идентификация себя со значимыми членами семьи, аутентичность. Новые моторные и речевые навыки способствуют формированию автономности. Умение регулировать анальную функцию распространяется на сферы контроля и сепарации, а также способствует исследованию потенциальных границ.

К этому же периоду относится начало осознания ребенком собственного Я, развития Я-концепции и формирования самостоятельной регуляции деятельности, именно тут появляется стремление к самостоятельности: «Я сам» (Косаковский, 1989). Задача данной фазы – борьба против чувства стыда и сомнения в своих действиях за независимость и самостоятельность. Тут возникают переживания по поводу собственной безопасности.

При нарушении развития на анальной стадии возникает диссоциация. Представление о полоролевых отношениях, отношениях мужчина-женщина, не формируется, то есть внутренняя позиция по отношению к этим дихотомиям не определена, вместо этого появляется амбивалентный Я-образ. При отсутствии одного из родителей, например отца, ребенок:

– не может сформировать адекватный образ мужчины, в результате чего затруднена идентификация со своим полом: у мальчика просто нет образца, у девочки нет противопоставления женскому полу;

– не может сформировать адекватный взрослым образ отношений между мужчиной и женщиной, в результате формируется искаженный образ как отношений между мужчиной и женщиной, так и семейных ролей.

Еще одним результатом нарушения данной фазы является эпилептоидность – эмоциональная вязкость, напряженность, агрессивность, затяжные аффективные реакции, устой-

чивость к негативным воздействиям при отсутствии фиксации на позитивных. Вследствие этого развивается агрессивность, тормозится индивидуация. Поведение амбивалентное, например «люблю – кусаю», оно выражает стремление удержать то, что уходит. Если же партнер не удовлетворяет потребности собственника, его отвергают.

Агрессивность – это ресурс для выхода из симбиоза (в чем и заключается функция нормальной агрессивности), при регрессии она становится не средством, а стереотипом поведения. Так появляется социальный тип, направляющий агрессию на других, у него преобладает комплекс власти. К другим последствиям нарушения данной фазы относятся невроз навязчивых состояний (страх быть собой), патология самоконтроля, ананкастические симптомы: навязчивые мысли, принужденные действия (компульсии), навязчивые страхи (фобии).

И, наконец, на третьей генитальной (фаллической) фазе растет осознание половой идентичности в различных социальных контекстах. Возможности достичь понимания, установить уважительные, доброжелательные отношения тут слишком часто остаются нереализованными – соответствующие стремления отвергаются или, наоборот, эксплуатируются. Но если коммуникация в целом проходит благополучно, тут закладываются основы для интеграции ума, чувств и сексуальности, а также достигается баланс между либидозными импульсами и творческим выражением.

На этой фазе у ребенка ярко выражена демонстративность, стремление проявить свое Я, неутоленное «мы». Происходит выделение Я из системы коллективных отношений, появляется социальное доверие, автоматизация, уверенность, категоризация ролей и формирование своей роли. На этом этапе проверяется способность действовать эффективно: что-то совершать, осуществлять, реализовывать, выполнять. Задача данного этапа – развитие инициативы и в то же время переживание чувства вины и моральной ответственности за свои желания.

В схеме Э. Эриксона (1996) этот период связан с самоутверждением ребенка в процессе социализации, в ходе групповой коммуникации, игры. При этом происходит формирование инициативности, если инициатива ребенка поощряется (позитивный вариант), либо чувства вины (негативный вариант). С точки зрения социализации можно рассматривать и соответствующий завершающий этап в периодизации В. Шутса (1993) – «открытость», то есть готовность к социальному взаимодействию, открытость для социальных контактов.

Следствия нарушений развития на данном этапе: ограничение проявлений Я в социальном мире «маской», одной ролью, что приводит к идентификации человека с социальной ролью, персоной, к выраженной или подавленной истероидности личности. Истероидность – это внушаемость, неспособность к волевым усилиям, сенсорная жажда, «жажда признания». Пол имеет тут принципиальное значение, но этот аспект вытесняется из сознания. Коммуникативная подавленность представляет собой вытесненную демонстративность: при фиксации не развиваются способности, которые необходимы для социализации, экспликации содержания, идей, чувств.

В этот период ускоряются темпы социализации, начинается осознание «социального Я» и формирование индивидуально-типологических социальных ролей. Последнее тесно связано с дальнейшим формированием психической стратегии на основе социальных взаимодействий ребенка, его участия в коллективной деятельности (игровой, затем учебной).

Ниже мы приводим описание восьми типов организации характера, используемых в психоаналитической практике (Мак-Вильямс, 1998; Наранхо, 1998; Попов, Вид, 2000), дополняя каждый из них соответствующим описанием структуры характера по Райху и Лоуэну (Райх, 1999; Лоуэн, 1996). Мы также рассмотрим их с точки зрения типологии психосексуального развития (оральный, анальный и генитальный типы), с точки зрения конституциональных типов (шизоидный, эпилептоидный и циклоидный) и с точки зрения базовой ориентации личности по Хорни (Хорни, 1995).

Первые три типа характера, которые мы рассмотрим, относятся в нашей классификации к оральным и шизоидным типам, они реализуют стратегию движения «от людей». К ним относятся нарциссический, собственно шизоидный и параноидный типы характера.

Нарциссический тип характера. По мнению психоаналитиков, нарциссическая личность организована вокруг поддержания самоуважения путем внешнего подтверждения от окружающих. Это дефицитарная модель личности: во внутренней жизни таких людей чего-то недостает, целостность и непрерывность чувства собственного Я и приписываемая ему ценность представляет собой фундаментальную внутреннюю проблему. Озабоченные тем, как их воспринимают другие, люди с нарциссической организацией испытывают чувство, что их обманули и их не любят. Они могут беспрестанно размышлять о своих видимых достоинствах: красоте, славе, богатстве, – но не о скрытых аспектах своей идентичности и целостности. Всем нарциссическим личностям, несмотря на разнообразные поведенческие проявления, присуще пугающее чувство, что они «не подходят», чувство стыда, слабости и своего унижения.

Нарциссические личности могут использовать целый комплекс защит, но преимущественно их психическая жизнь строится на идеализации и обесценивании. Эти защиты комплементарны в том смысле, что при идеализации собственного Я значение других людей уменьшается, и наоборот. Идеализация Я может проявляться в форме откровенного самовосхваления, даже если восхищающийся своими поступками человек и без того верит в идеализированную версию самого себя. Идеализация играет важную роль в отношениях с людьми, особенно в отношениях с матерью или заменяющими ее фигурами.

Родственной защитной позицией, в которой оказываются нарциссически мотивированные люди, является перфекционизм. Они ставят сами перед собой нереалистичные идеалы и либо уважают себя за то, что их осуществляют (грандиозный исход), либо (в случае неудачи) чувствуют себя непоправимо дефектными. Требование совершенства выражается в постоянной критике себя или других (в зависимости от того, куда проецируется обесцененное Я), а также в неспособности получать удовольствие, несмотря на амбивалентность человеческого существования.

Взаимоотношения между нарциссической личностью и другими людьми перегружены вопросом самоуважения. Наиболее трагичным свойством нарциссической ориентации является неразвитая способность к любви. По диагностическому определению, нарциссическая организация личности основана на том, что такой человек нуждается во внешнем подтверждении, чтобы ощущать себя компетентным и достойным. Однако при этом другой человек используется как средство для повышения самооценки, но не воспринимается как отдельная личность.

Большинство психодинамически ориентированных психотерапевтов считают отличительной особенностью шизоидной, нарциссической и пограничной личностных структур расщепление образа Я. Пациентам с расщепленным образом Я свойственно крайне амбивалентное отношение к психотерапии; их Грандиозное Я отвергает помощь, о которой просит Неполноценное Я. В то время как Неполноценное Я обращается ко всемогущему Другому за поддержкой, Грандиозное Я обращается с Другим как с объектом всемогущественного контроля. Наиболее типичны пять способов такого бессознательного манипулятивного обращения с Другим: Другой – это ничтожество, или зеркало успехов, или мальчик для битья, или контейнер для страха, или беспомощное существо. Описанные способы обращения используются всеми пациентами с расщепленным образом Я; первый чаще наблюдался в процессе психотерапии пациентов с шизоидной личностной структурой, второй и третий – с нарциссической, четвертый и пятый – с пограничной (Соколова, Чечельницкая, 2001).

На основании типов манипулятивного обращения с психотерапевтом были реконструированы основные фантазийно-компенсаторные паттерны (ФКП) Я – Другой в струк-

туре самосознания пациентов с тяжелой личностной патологией: богоподобно-грандиозное Я – ничтожный Другой; необыкновенно-грандиозное Я – восхищающийся Другой; агрессивно-грандиозное Я – испуганный Другой; альтруистически-грандиозное Я – беспомощный Другой. Чтобы оказать пациенту эффективную психотерапевтическую помощь, психотерапевту следует учитывать специфику фантазийно-компенсаторного паттерна, к реализации которого в процессе психотерапии бессознательно стремится пациент.

Возможно, на развитие нарциссического характера влияют факторы конституции; так, риск такого варианта развития личности выше у людей, чувствительных к невербальным эмоциональным сообщениям. То есть нарциссизм чаще развивается у таких детей, которые чрезвычайно чувствительны к непроявленным, невыраженным аффектам, отношениям и ожиданиям других. Иногда такой ребенок чрезвычайно важен для родителей или других заботящихся о нем лиц не благодаря своим свойствам, но потому, что он выполняет некую функцию. Противоречивое послание о том, что его высоко ценят (но только за ту особую роль, которую он играет), заставляет ребенка чувствовать тревогу: если его подлинные чувства – в особенности враждебные и эгоистические – обнаружатся, за этим последует отвержение или унижение. Это способствует развитию «ложного Я» (Winnicott, 1960) – когда человек неосознанно демонстрирует другим только тот приемлемый образ себя, который создан другими.

Еще одним похожим аспектом воспитания людей с нарциссическим развитием личности является атмосфера постоянного оценивания в семье. Если на ребенка делается ставка как на жизненно важный объект, необходимый для повышения самооценки родителей, то всякий раз, когда ребенок разочаровывает, его прямо или косвенно критикуют.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.