



СЕКЦІЯ 1. ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ; ПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ

УДК 159.97

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ АДИКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Абсальямова Л.М., к. психол. н.,
доцент кафедри практичної психології
Харківський національний університет імені Г.С. Сковороди

У статті обґрунтовується, що харчова поведінка людини лежить у межах континууму, що містить нормальні харчові патерни, епізодичні харчові розлади і, нарешті, патологічну харчову поведінку. Відзначається, що в сучасних концептуальних класифікаціях психічних і поведінкових розладів нервову анорексію і нервову булімію відносять до порушень афективного і obsесивно-компульсивного спектра або розглядають як особливий варіант психосоматичної патології. Деякі автори відносять переїдання і голодування до групи проміжних адикцій; інші вважають, що нервова анорексія і булімія є іншими психопатологічними феноменами, ніж адикція. Причиною нервової анорексії, як правило, є дисморфофобічні переживання, пов'язані з невдоволенням власною зовнішністю, у тому числі зайвою вагою. Сучасні дослідники розглядають порушення харчової поведінки як дезадаптивний спосіб вирішення конфліктів: люди з порушеннями харчової поведінки використовують їжу як засіб символічної комунікації зі своїм почуттям неадекватності перед лицем вимогливого життя.

Ключові слова: адикція, залежність, харчування, поведінка, нервова анорексія, булімія, компульсивне переїдання, копінг-стратегія.

В статье обосновывается, что пищевое поведение человека лежит в пределах континуума, который включает нормальные пищевые паттерны, эпизодические пищевые расстройства и, наконец, патологическое пищевое поведение. Отмечается, что в современных концептуальных классификациях психических и поведенческих расстройств нервную анорексию и нервную булимию относят к нарушениям аффективного и obsесивно-компульсивного спектра или рассматривают как особенный вариант психосоматической патологии. Некоторые авторы относят переизбыток 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 лишним весом. Современные исследователи рассматривают нарушение пищевого поведения как дезадаптивный способ решения конфликтов: люди с нарушениями пищевого поведения используют еду как средство символической коммуникации со своим чувством неадекватности перед лицом требовательной жизни.

Ключевые слова: аддикция, зависимость, питание, поведение, нервная анорексия, булимия, компульсивное переизбыток, копинг-стратегия.

Absalyamova L.M. PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF ADDICTIVE DISORDERS OF EATING BEHAVIOR

In the article it is proved, that food behavior of a person lies within the framework, which includes normal food patterns, episodic food disorders and, finally, pathological food behavior. It is marked, that in modern conceptual classifications of psychological and behavioral disorders a nervous anorexia and nervous bulimia are attributed to violations of highly emotional and obsessive-compulsive spectrum or examined as the special variant of psychosomatic pathology. Some authors include overeating and starvation to the group of intermediate addictions; other consider that a nervous anorexia and bulimia are different abnormal psychology phenomena from addictions. Reason of nervous anorexia, as a rule, are the dysmorphophobic experiencing, related to dissatisfaction by own appearance, including overweight. Modern researchers examine violation of food behavior as desadaptive method of decision conflicts: people with food behavior violations use a meal as mean of symbolic communication with the sense of inadequacy in the face of demanding life.

Key words: addiction, food, behavior, nervous anorexia, bulimia, compulsive overeating, coping strategies.

Постановка проблеми в загальному вигляді. Харчова поведінка людини лежить у межах континууму, що містить нормальні харчові патерни, епізодичні харчові розлади і, нарешті, патологічну харчову поведінку. Харчова поведінка може бути

гармонійною (адекватною) або девіантною (що відхиляється). Це залежить від безлічі параметрів, зокрема від того, яке місце займає процес харчування в ієрархії цінностей індивіда, а також від кількісних і якісних показників харчування. Попри те, що над-

звичайно складно визначити «нормальні» харчові патерни і що дослідники часто ігнорують відношення між нормальним і патологічним розвитком харчової поведінки, існує певна типологія харчової поведінки та її порушень. Етнокультурні чинники чинять величезний вплив на стереотип харчової поведінки. Біологічні потреби з урахуванням індивідуального досвіду і конкретних умов належать до фізіологічних потреб. З ними тісно пов'язані звички – сформовані в процесі онтогенезу стереотипні дії високої міри міцності й автоматизації. Харчові звички визначаються традиціями сім'ї та суспільства, релігійними уявленнями, життєвим досвідом, радами лікарів, модою, економічними й особистісними причинами. Отже, актуальним, на наш погляд, є питання вивчення механізмів формування неадекватної харчової поведінки

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивченню психологічних аспектів харчової поведінки, її розладів та порушень присвятили свої роботи багато дослідників, таких як Х.Е. Долл, Г.Ш. Ашурова, /А.А. Марков, Дж.Т. Уїлсон, К.М. Пайк, І.І. Федорова; Н.Ю. Красноперова, В.Д. Менделевич, І.Г. Малкіна-Пих, Ю.Л. Савчикова, С.Дж. Фрайберн, В.Я. Семке; Т.Г. Вознесенська, А.В. Вахмістров, П. Норман, Б.А. Девіс та інші. Але, незважаючи на те, що накопичено багатий досвід з вивчення особливостей харчової поведінки, ця проблема ще недостатньо вивчена. «Довідник із діагностики і систематики психічних розладів» Американської психіатричної асоціації (DSM-IV) передбачає три види порушень харчової поведінки: нервову анорексію, нервову булімію і неуточнені розлади харчової поведінки, зокрема розлад за типом переїдання, так звана харчова гульня, або компульсивне переїдання [2].

«Міжнародна класифікація психічних хвороб» 10-го перегляду (МКБ-10) розглядає «Розлади їжі» (F50) в розділі F5 («Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками») і містить сюди нервову анорексію і нервову булімію.

У сучасних концептуальних класифікаціях психічних і поведінкових розладів нервову анорексію (далі – НА) і нервову булімію (далі – НБ) відносять до порушень афективного й obsесивно-компульсивного спектра або розглядають як особливий варіант психосоматичної патології [1].

Розглянемо основні теорії формування адикції, насамперед харчової.

Термін «лікарська залежність» (чи «адикція») був введений у 60-х роках ХХ століття експертами ВООЗ для позначення звикан-

ня до наркотиків і алкоголю. Метафорично адиктивною поведінкою називається глибока, рабська залежність від деякої влади, непереборної сили, яка зазвичай сприймається як така, що впливає ззовні, чи то наркотики, алкоголь, сексуальний партнер, їжа, гроші, тобто будь-яка система або об'єкт, що вимагають від людини тотального підпорядкування [3, с. 5-8].

Залежності – одна з найбільш актуальних проблем здоров'я людини, яка може мати соціальні, біологічні та психологічні причини. Невирішена внутрішня проблема може привести до використання «заступників» незадоволених потреб. Ось чому в різних форм залежностей – переїдання, алкоголізму, тютюнокуріння, наркоманії, азартних ігор, зловживання шоколадом і кавою, співзалежності та залежності від роботи або від секти – один і той же механізм походження. Тому залежності можна назвати також компенсаторною поведінкою або неадекватною формою захисту особистості [5].

Адиктивна поведінка – загальніший термін, ніж залежність. Під адиктивною поведінкою мається на увазі прагнення до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах чи видах діяльності, що супроводжують інтенсивні емоційні переживання. Процес вживання тієї або іншої речовини, що змінює психічний стан, прихильність до предмета або участь в активності набуває таких розмірів, що починає управляти життям людини, робить її безпорадним, позбавляє волі до протидії адикції [6].

Як показують зарубіжні та вітчизняні дослідження, в основі усіх варіантів адикцій лежать єдині механізми. Виділяють шість компонентів, універсальних для усіх адикцій: «надцінність», ейфорія, зростання толерантності, симптоми відміни, конфлікт з оточенням і самим собою, рецидив.

Метою нашого дослідження є вивчення психологічних механізмів харчової поведінки, її розладів і порушень.

Завданнями дослідження було здійснення теоретичного аналізу проблеми формування харчової поведінки, визначення механізмів порушень харчової поведінки, а також вивчення психологічних факторів, які впливають на формування харчових адикцій.

Виклад основного матеріалу дослідження. Місце харчової адикції серед усього різноманіття типів адиктивної поведінки вивчене недостатньо. Залежності – одна з найбільш актуальних проблем здоров'я людини, яка може мати соціальні, біологічні та психологічні причини. Невирішена внутріш-



ня проблема може привести до використання «заступників» незадоволених потреб. Ось чому в різних форм залежностей – переїдання, алкоголізму, тютюнокуріння, наркоманії, азартних ігор, зловживання шоколадом і кавою, співзалежності та залежності від роботи або від секти – один і той самий механізм походження. Тому залежності можна назвати також компенсаторною поведінкою або неадекватною формою захисту особистості [10].

Адиктивна поведінка – загальніший термін, ніж залежність. Під адиктивною поведінкою мається на увазі прагнення до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності, що супроводжують інтенсивні емоційні переживання. Процес вживання тієї або іншої речовини, що змінює психічний стан, прихильність до предмета або участь в активності набуває таких розмірів, що починає управляти життям людини, робить його безпорадним, позбавляє волі до протидії адикції [6].

Як показують зарубіжні та вітчизняні дослідження, в основі усіх варіантів адикцій лежать єдині механізми. Виділяють шість компонентів, універсальних для усіх адикцій: «надцінність», ейфорія, ріст толерантності, симптоми відміни, конфлікт з оточенням і самим собою, рецидив.

Деякі автори відносять переїдання та голодування до групи проміжних адикцій; інші вважають, що нервова анорексія і булімія є іншими психопатологічними феноменами, ніж адикція. Причиною нервової анорексії, як правило, є дисморфофобічні переживання, пов'язані з невдоволенням власною зовнішністю, у тому числі зайвою вагою. «Недоліки» фігури, з точки зору хворого, настільки впадають у вічі оточенню, що останні всіяко «дають зрозуміти», наскільки хворий потворний і непривабливий. У межах нервової анорексії зустрічається булімічна форма. Крім того, булімія зустрічається як психопатологічний симптом у межах багатьох інших психічних розладів: органічних захворювань головного мозку, розумової відсталості, шизофренії тощо [7, с. 65–67].

Існують два варіанти виникнення адикції до голодування: медичний і немедичний (Короленко, Дмитрієва). При медичному варіанті адикція розвивається після розвантажувальної дієтотерапії. Фаза входження в голод характеризується труднощами, пов'язаними з необхідністю подавити апетит. Потім стан міняється – з'являються нові сили, апетит зникає, підвищується на-

стрій, посилюється рухова активність, невротичні прояви редукуються. Деяким пацієнтам подобається стан голоду, коли вже зник апетит, і вони прагнуть його продовжити. Повторне голодування здійснюється вже самостійно. На рівні досягнутої за допомогою голодування ейфорії відбувається втрата контролю, і людина продовжує голодувати навіть тоді, коли це стає небезпечним для здоров'я, втрачаючи критичне відношення до свого стану.

При немедичному варіанті голодувати починають самостійно з метою схуднення, іноді віддаючи данину моді, для цього використовують незвичайну дієту. Одним із психологічних механізмів, що провокують голодування, є бажання змінити себе фізично, виглядати краще, відповідати модному на сьогоднішній момент образу. Інший механізм полягає в самостійній постановці завдання і відчутті задоволення і гордості від його виконання. У міру голодування з'являються ознаки фізичного виснаження. Контроль втрачається, тому спроби оточення вплинути на ситуацію ні до чого не приводять. Адикти живуть в ув'язненні; у них виникає відраза до їжі, а жувальну гумку або зубну пасту, що потрапила в рот під час чищення зубів, вони вважають достатньою кількістю їжі [8].

У окрему категорію виділяють так звану адикцію до шоколаду. Після відомої статті В. Марцо і його колег в журналі «Nature» (1998), де говорилося, що шоколад і продукти з какао-бобів мають адиктивну дію через присутність в них з'єднань, близьких до ендогенних канабіоїдів, з'явилася велика кількість робіт, присвячених цьому виду адикції [4].

Широко поширена думка, що важливим мотивом поїдання шоколаду є поліпшення настрою. Дійсно, вживання шоколаду впливає на настрій, але вплив цей далеко не однозначний. Як пишуть британські дослідники П. Роджерс і Дж. Смит [16], вживання шоколаду може приводити як до посилення позитивних емоцій і зниження тривоги, так і до виникнення відчуття провини, негативних емоцій, злості, депресії при переїданні. Автори піддають критиці думку деяких дослідників про адиктивну дію шоколаду як психоактивної речовини, оскільки концентрація в ньому речовин, що мають цю дію, нікчемно мала в порівнянні з чаєм і кавою. Проте, проаналізувавши велику кількість публікацій, вони приходять до висновку, що шоколадної адикції як самостійної форми адикції не існує. Відповідаючи на питання, чому деякі люди називають себе «шокоголиками», автори пояснюють це психологічним процесом самообмеження

в харчуванні, амбівалентним ставленням до поїдання їжі та тим, що їй приписуються певні характеристики [14]. Амбівалентність («приємно, але грішно») щодо шоколаду походить із того, що це дуже смачна, але недієтична їжа, тому шоколад краще поїдати потайки. Водночас потайне поїдання ще більше посилює бажання, яке й іменується «потягом». Таким чином, в основі «потягу до шоколаду», на думку авторів, лежить культурно обумовлена необхідність поїдати його потайно. Ці ж автори ставлять під сумнів існування харчової адикції в цілому.

Інша точка зору представлена в огляді М. Пельчат з Філадельфії, яка вважає, що існують схожі механізми розвитку харчової та хімічної залежності [15, с. 122]. Вона впевнена, що саме розуміння самою людиною наявності адикції, у тому числі харчової, є кращим показником її присутності. Свою точку зору вона відстоює, спираючись на дані досліджень нейрохімії різних форм адикції. На користь загальних механізмів харчової та хімічної адикції свідчать і дані Морабіа з колегами про епізоди неконтрольованого потягу до солодощів у алкоголіків і наркоманів, що перебувають в ремісії.

Адикція до їжі виникає тоді, коли їжа використовується у вигляді агента, застосовуючи який людина йде від суб'єктивної реальності. У момент фрустрації виникає прагнення «заїсти» неприємність. Це приносить задоволення, оскільки відбувається фіксація на смакових відчуттях і витіснення неприємних переживань. Може з'явитися і прагнення збільшити тривалість їжі: їсти довше і більше [12].

Згідно з однією з гіпотез, їжа має адиктивний потенціал, якщо в ній міститься підвищений вміст вуглеводів, які посилюють вироблення серотоніну в мозку і тим самим покращують настрій. У цьому разі переїдання зводиться до «самолікування» зниженого настрою за допомогою вуглеводів харчових продуктів. Проте раціон, у якому відсутній триптофан (амінокислота, що переробляється в мозку в серотонін), приводить до зниження настрою, хоча цей ефект виникає не відразу. Тому емоційний ефект вуглеводів, що виникає відразу після їжі, представляється дуже сумнівним.

Якнайповнішим підходом до опису формування порушень харчової поведінки є уявлення про порушення психологічної адаптації. Вважається, що на значущі проблеми адаптації в психотерапевтичному контексті уперше звернув увагу основоположник гештальт-терапії Ф. Перлз. Для опису базових механізмів психокорекції він використовував модель «організм – довкіл-

ля», де адаптація розглядається як результуюча взаємодії двох самостійних процесів: дії довкілля і пов'язаних з ним реакцій у відповідь організму.

Адикція до їжі – це, з одного боку, психологічна залежність, а з іншого – вгамовування голоду [13]. У міру того, як їжа набуває все більший адиктивний потенціал, з'являється штучна стимуляція відчуття голоду. У людини, яка переїдає, змінюється обмінний баланс. Відчуття голоду починає з'являтися відразу з падінням концентрації глюкози в крові після чергової їжі. Фізіологічні механізми розузгоджуються. Людина починає їсти надто багато і занадто часто. На якомусь етапі вона вже соромиться переїдання і прагне приховати факт адикції. Вона починає їсти самостійно, в проміжках між будь-якою активною діяльністю. Усе це призводить до небезпечних для здоров'я наслідків: наростання ваги, порушення обміну речовин і втрати контролю, внаслідок чого людина вживає таку кількість їжі, що представляє небезпеку для життя [11, с. 67–73].

Під час аналізу харчової поведінки адикта виділяють декілька різновидів адиктивних мотивацій :

- атарактичну (служить для зменшення напруги, тривоги);
- гедоністичну (спрямована «на пошук приємного», на задоволення, бажання «побалувати себе», прикрасити своє життя);
- субмисивну (нездатність відмовитися від пропонуваної їжі, що відображає тенденцію до підпорядкування, залежності від думки оточення);
- псевдокультурну (прагнення продемонструвати вишуканий смак або матеріальний достаток);
- псевдокомунікативну, коли пацієнт «обжирається до нудоти і тяжкості в шлунку» під час свят і урочистостей [9, с. 8;15].

Не дивно, що особливу клінічну групу серед пацієнтів з булімією становлять хворі на алкоголізм. Порівняльне вивчення розвитку алкоголізму і булімії виявило однакові механізми для обох хвороб: імпульсивність, сильне, гостре бажання і втрата контролю. Деякі дослідження виявили високу міру зловживання алкоголем (14–36%) серед жінок із булімією. Високі показники депресії, імпульсивності та тривожності були виявлені як в алкоголіків, так і у хворих на булімію. Примітно, що пацієнтки з булімією, які спочатку хворіли на анорексію, більше зловживають алкоголем, ніж пацієнтки, які перед тим на анорексію не страждали [10].

Висновки. Повноцінне функціонування людини, її фізична активність, задоволеність життям – все це залежить від особливостей харчової поведінки. Адекватна



харчова поведінка є запорукою здоров'я, фізичної активності та гармонійного розвитку особистості. Неадекватна харчова поведінка може проявлятися у виді розладів та порушень. Сучасні дослідники розглядають порушення харчової поведінки як дезадаптивний спосіб вирішення конфліктів: люди з порушеннями харчової поведінки використовують їжу як засіб символічної комунікації зі своїм почуттям неадекватності перед лицем вимогливого життя. Почуття неспроможності розвивається як за відсутності важливих життєвих навичок, так і на тлі невдалих спроб встановити ефективні стосунки з іншими людьми. Порушення харчової поведінки, зокрема булімія, є стратегією копінг-поведінки, у якій їжа, вага тіла і образ тіла стають головними життєвими цінностями. Найповнішим підходом до опису формування порушень харчової поведінки є уявлення про порушення психологічної адаптації. Психологічна адаптація розглядається як результуюча взаємодія двох самостійних процесів: дії довкілля і пов'язаних із ним реакцій у відповідь організму. Згідно з теорією багатоаспектного розгляду перспектив ризику, що користується прихильністю багатьох психологів і терапевтів, на людину одночасно впливають декілька різних чинників, що сприяють розвитку розладу режиму харчування. Під час корекції таких розладів корисно використовувати комбінації соціокультурних, психологічних і біологічних підходів.

Перспективно подальших досліджень є формування готовності до заміни неадекватних харчових звичок на адекватні, а також визначення напрямків корекції харчової поведінки.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Андреев А.С. Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминогенности и виктимности, судебно-психиатрический подход / А.С. Андреев, А.И. Ковалев, А.О. Бухановский, А.Я. Перехов и др. / Материалы 3-й международной конференции «Серийные убийства и социальная агрессия». – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 145–157.
2. Бескова Д.А. Телесность как пространственная структура / Д.А. Бескова, А.Ш. Тхостов // Междисциплинарные проблемы психологии телесности / ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М. 2004. – С. 122–131.
3. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – СПб. : Прайм-ЕВ-РОЗНАК, М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2004. – 666 с.
4. Бондаренко О.Ф. Психологичні особливості сучасної студентської молоді та проблеми професійної підготовки психологів-практиків / О.Ф. Бондаренко // Практична психологія та соціальна робота. – № 4. – 2003. – С. 8–10.
5. Быховская И.М. Физическая культура как практическая аксиология человеческого тела: методологические основания анализа проблемы / И.М. Быховская // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1996. – № 2. – С. 27–35.
6. Владимиров М.О. Эстетика тела. Материалы рассылки / М.О. Владимиров [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://maria.psyhelp.com/main/catalog/dir/1203.htm>.
7. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т.Г. Вознесенская // Фармак. – 2009. – № 12. – С. 91–94.
8. Газенко О.А. Словарь физиологических терминов / О.А. Газенко (отв. ред.). – М. : Наука, 1987. – 588 с.
9. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А.Ю. Егоров // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С. 65–77.
10. Каменская А.И. Современная психотерапия и лечение зависимостей / А.И. Каменская, А.Ф. Радченко // Методы современной психотерапии : [учебное пособие]. – М., 2001. – С. 333–386.
11. Николаева В.В. Клинико-психологические проблемы психологии телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24. – № 1. – С. 18–27.
12. Савенков Ю.И. Избыточный вес – угроза здоровью / Ю.И. Савенков. – Барнаул : Алт. кн. изд-во, 1995. – 72 с.
13. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: клинико-психологический подход / О.А. Скугаревский [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.msmi.minsk.by/bmm/01.2002/23.html>.
14. Шевкова Е.В. Предикторы ограничительного пищевого поведения у женщин / Е.В. Шевкова, М.В. Бурдин, Н.О. Гаинцева // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – № 4 (6) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.medpsy.ru/dimp/2014_4_6/artide05.php.
15. Costin S. The eating Disorder Sourcebook / S. Costin. – Los Angeles, CA : Lowell House, 1996. – 348 p.
16. Malenbaum R. Overeaters Anonymous: Impact on Bulimia / R. Malenbaum et al. // International Journal of Eating Disorders. – 1988. – № 7. – P. 139–143.