

Н. В. Дмитриева, Л. Д. Дёмина, О. Л. Якоцуц

Психогенная обусловленность анорексивного поведенческого синдрома у представителей женского пола

N. V. Dmitrieva, L. D. Demina, O. L. Yakotsuts

Psychogenic Conditionality of Anorexic Behavioural Syndrome among Female Representatives

Выделены факторы, провоцирующие возникновение анорексивного синдрома, и причины его возникновения в различных возрастах, дана их психологическая характеристика. Обосновано, что анорексивный синдром негативно влияет на психологическое развитие человека (систему ценностей, имидж женской привлекательности, ценностей личностного роста, интеллекта, профессиональных способностей и др.). Приведены результаты исследования.

Ключевые слова: анорексивный поведенческий синдром, психогенная обусловленность, возрастные проявления, факторы, причины, последствия развития синдрома.

DOI 10.14258/izvasu(2013)2.2-12

Нервная анорексия приобрела статус значимой социальной проблемы, привлекающей повышенное внимание как профессионалов, так и широкой общественности развитых стран постсовременного мира [1–5].

Согласно МКБ-10, нервная анорексия (F50.0) представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Выделяют *атипичную нервную анорексию* (F50.1), когда отсутствуют один или более из ключевых признаков нервной анорексии, таких как аменорея или значительная потеря веса, но в остальном клиническая картина данного расстройства является достаточно типичной. Существует ряд других видов анорексивного поведенческого синдрома: нервная орторексия, драпкорексия, расстройство избирательного питания, аллотриофагия, прегорексия, психогенная утрата аппетита (F50.8).

Анорексивный синдром существенно чаще встречается у женщин (в сопоставлении с мужчинами как 6 : 1–10 : 1), что объясняется некоторыми исследователями как результат большей частоты раннего использования диет [2; 6–15].

Среди факторов, провоцирующих возникновение анорексивного синдрома, выделяют: физиологический фактор, обусловленный проблемами метаболизма; эмоциональный фактор, связанный с расстройствами; социальный фактор, пропагандирующий общественные нормы и ценности худобы; личностный фактор, отражающий специфику жизненной си-

tuations. Причиной развития заболевания могут быть и особенности внутрисемейных отношений (строгий контроль и подавление со стороны матери, отсутствие в семье отца), и серьезные заболевания ребенка (наследственные или приобретенные нарушения и заболевания ЖКТ, подверженность психической и физической зависимости от различных токсических веществ), и индивидуально-психологические особенности личности, склонной к анорексии (страхи, отсутствие уверенности в себе, замкнутость, низкая самооценка, недостаточность или отсутствие дружеских контактов с окружающими, перфекционизм, избыточный вес с детства или склонность к полноте).

Key words: anorexic behavioural syndrome, psychogenic conditionality, manifestations of age, factors, reasons, consequences of the syndrome.

туации. Причиной развития заболевания могут быть и особенности внутрисемейных отношений (строгий контроль и подавление со стороны матери, отсутствие в семье отца), и серьезные заболевания ребенка (наследственные или приобретенные нарушения и заболевания ЖКТ, подверженность психической и физической зависимости от различных токсических веществ), и индивидуально-психологические особенности личности, склонной к анорексии (страхи, отсутствие уверенности в себе, замкнутость, низкая самооценка, недостаточность или отсутствие дружеских контактов с окружающими, перфекционизм, избыточный вес с детства или склонность к полноте).

Причинами нервной анорексии являются ощущения покинутости, изоляции, пренебрежения, отсутствие базисного доверия, физическое и сексуальное насилие, дискриминация по различным признакам, вытесненные и неотрагированные отрицательные эмоции. В основе нервной анорексии лежат страх ожирения и непреодолимое желание человека похудеть, неадекватное восприятие своей физической формы и, как следствие, неспособность остановиться в стремлении сбросить вес. Человек с подобным недугом боится разоблачения, поэтому все попытки сбросить вес, как правило, совершаются втайне от окружающих. При достижении показателя 15% ниже от уровня нормы индекса массы тела наступает стадия критической потери веса. Внешние признаки такого состояния характеризуются отсутствием сна,

нервностью, утомляемостью, угнетенностью, мышечной дрожью, судорогами. Возникновение нервной анорексии у девочек связывают с невозможностью формирования аттачмента в раннем возрасте и установления психологически адекватных возрасту отношений зависимости с родителями. Недостаточность аттачмента в раннем возрасте приводит в дальнейшем к серьезным затруднениям в формировании привязанности к другим людям, что и создает благоприятную почву для возникновения нервной анорексии [3].

Анорексия как расстройство пищевого поведения считается наиболее опасной, если случается в возрасте 22–23 лет. Нервная анорексия наиболее часто развивается в возрасте от 11 до 22 лет.

По мнению Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриевой, предрасположенность к этому патологическому процессу закладывается на ранних этапах жизни, соответствующих первым трем стадиям развития, по Е. Erikson'у (доверия, интимности, идентичности) [3]. Ребенок оказывается психологически изолированным в собственной семье. Он не может вступать в доверительные отношения ни с родителями, ни с другими, заботящимися о нем лицами, он оказывается не в состоянии идентифицировать себя с ними, полагаться на них как на авторитетных, заслуживающих уважения людей. Возникает ситуация вынужденной психологической изоляции, напоминающая сенсорную депривацию, которая субъективно переживается как психологический дискомфорт, сопровождающийся тревожными и депрессивными проявлениями. В подростковом возрасте у девочек в случае возникновения напряженных внутрисемейных отношений возникает ситуация эмоционального обвинения себя при сохранности идеализации родителей на сознательном и бессознательном уровнях. В результате девочка-подросток формирует модель поведения, результатами которой станет родительская гордость. Одним из доступных способов привлечения к себе внимания родителей становится анорексическое поведение. Девочки рассматривают голодание как непосредственное выражение их внутренней силы, чего не могут сделать взрослые, а тем более другие подростки. Они расценивают голодание как демонстрацию силы воли, позволяющей осуществлять победу духа над телом, стремление к понимаемому на их уровне развитию совершенству.

Данные, полученные при интервьюировании женщин с нервной анорексией, свидетельствуют о наличии у них серьезных затруднений в установлении полноценного общения с другими людьми, проблем с интимностью и доверием [4]. Установлено, что в детстве такие пациентки получали от родителей двойные послания о своем отношении к дочери: их одновременно поддерживали и подрывали их уверенность в себе. В результате такого взаимодействия у девочек появлялось чувство «раздвоения», несоответствия ожиданиям

родителей. Было показано, что женщины, страдающие расстройствами приема пищи, реагировали на предполагаемое отделение от близких очень бурно, даже неадекватно, по сравнению с людьми, не страдающими нарушением пищевого поведения [6].

Страдающие анорексией женщины склонны к зависимости от родителей, их стремление стать худой расценивается как попытка вернуться в детское, инфантильное состояние [8; 9]. Многие женщины, страдающие нарушением пищевого поведения, указывают на наличие в их жизни тяжелых потерь и травм, в отношении которых у 64% опрошенных сохранялась неразрешенность ситуации [7].

Нервная анорексия на определенном этапе своего существования приводит к развитию психических расстройств, напоминающих по своей клинической картине шизофренические симптомы. К числу последних относится расщепление с выраженным чувством раздвоения, существования в теле двух психических образований: прежнего преанорексического «Я» и нового анорексического «Я», имеющих противоположные установки в отношении приема пищи. Эти структуры проявляют себя в сфере воображения, носящей галлюцинаторный характер. При этом если один голос требует прекращения голодания, то другой — его продолжения. Пациентки отождествляют эти голоса со злым, низменным и добрым, духовным началом.

В плане детального изучения данного феномена представляют особый интерес результаты антропологического клинического исследования Binswanger (1944), опубликованные под названием «Случай Эллен Вест» (см.: [3]). Автор приводит данные тщательного наблюдения за пациенткой, страдающей тяжелой формой нервной анорексии. Речь идет об очень одаренной женщине, которая вплоть до трагической гибели, возникшей в результате завершенного самоубийства, вела подробный дневник своей болезни. В яркой художественной форме Эллен Вест описывала свои переживания на различных этапах голодания, характеризуя свое психическое состояние как постоянный «конфликт между безвредной едой и ужасом от прибавления веса». У пациентки присутствовало чувство «порабощения неизвестной силой, которая угрожала разрушить ее жизнь». Она хотела понять причину «неизвестных стремлений», которые «были сильнее ее разума и заставляли ее подчинять им всю свою жизнь». Пациентка наблюдалась и проходила неуспешное психоаналитическое лечение с предположительным диагнозом «обсессивный невроз». Ее консультировали такие выдающиеся европейские психиатры, как Краепелин и Блейлер. Краепелин вначале отверг наличие обсессивного невроза и полагал, что пациентка страдает генуинной меланхолией. Блейлер считал, что речь идет о наличии шизофрении. Оба психиатра были согласны с Binswanger в отношении

плохого прогноза и угрозы суицида. Незнаменитый Binswanger «иностранный психиатр», принимавший участие в консилиуме, выразил сомнение в диагнозе шизофрении в связи с отсутствием «интеллектуального дефекта», полагая, что речь идет о «развертывающейся психопатической конституции». Сам Binswanger диагностировал у пациентки прогрессирующий шизофренический психоз (schizophrenia simplex) с плохим прогнозом.

Имеются отдельные публикации на тему о соотношении пищевых расстройств (нервной анорексии и булимии) с явлениями зависимости. Они касаются в основном лиц женского пола, находившихся на больничном и внебольничном лечении [7; 8; 12], а также студенток колледжей, не зарегистрированных в качестве пациенток [13]. У женщин с пищевыми проблемами устанавливался высокий уровень проявлений зависимости по сравнению с женщинами без их наличия. Wonderlich et al. (1990) обнаружили, что у лиц с пищевыми расстройствами наиболее часто выявлялись диагностические признаки зависимого личностного расстройства (32%) и личностного расстройства избегания (32%) [15]. В. Wansink (2006) установлено, что наиболее частыми непосредственными причинами развития пищевых расстройств у женщин являлись потеря близкого человека или любовное отвержение [14].

Далее по частоте встречались признаки пограничного личностного расстройства (23%) и гистрионического личностного расстройства (23%) [15].

Таким образом, проявления анорексивного поведенческого синдрома у женщин оказывают существенное влияние на систему ценностей, а также на имидж женской привлекательности с уходом от фиксации внимания на параметрах полноты и худобы и концентрацией на личностном росте, интеллигентности, интеллекте, интегральности, профессиональных способностях, талантах и др.

Анорексивный синдром у женщин — это комплексная проблема, сочетающая в себе как чисто психологический, так и чисто физиологический факторы, и, как следствие, психогенная анорексия зачастую требует одновременной работы с обоими факторами путем обращения к психологу/психиатру, к диетологу и активной поддержки со стороны значимых лиц из близкого окружения.

Совместными усилиями удалось вернуть пациентке мотивацию к жизни и естественный здоровый физический статус.

Поскольку проблемы и особенности больных, страдающих расстройствами приема пищи, происходят из детской ситуации, психоаналитическая терапия часто рассматривается как наиболее адекватный выбор.

Библиографический список

1. Дмитриева Н. В., Левина Л. В. Психологические механизмы развития аддиктивного поведения // Сибирский педагогический журнал. — 2012. — №9.
2. Дорожевец А. Н., Соколова Е. Т. Исследования образа тела в зарубежной психологии // Вестник МГУ. Серия 14 : Психология. — 1985. — №4.
3. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире : монография. — Новосибирск, 2009.
4. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Интимность : монография. — Новосибирск, 2012.
5. Ральникова И. А., Гурова И. С., Ипполитова Е. А. Жизненные перспективы личности: риски воспроизводства девиантного поведения : монография / под науч. ред. Л. Д. Деминой. — Барнаул, 2012.
6. Bell R. Holy Anorexia. — Chicago, 1989.
7. Borstein R., Greenberg R. Dependency ad Eating Disorders Among Female Psychiatric Inpatients // Journal of Nervous and Mental Disease. — 1991. — V. 179.
8. Borstein R. The Dependent Personality. — New York, 1993.
9. Erikson E. Childhood and Society. — New York, 1950.
10. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety // S. E. — 1926. — V. 20.
11. Kaufman G. The Psychology of Shame. — New York, 1993.
12. Lenihan G., Kirk W. Personality Characteristics of Eating-Disordered Out-Patients as Measured by the Hand Test // Journal of Personality Assesment. — 1990. — V. 55.
13. Levenkron S. Anatomy of Anorexia. — New York, 2000.
14. Wansink B. Mindless Eating. — New York, 2006.
15. Wonderlich S., Swift W., Slomick H., Goodman, S. DSM-III-R Personality Disorders in Eating Disorder Subtypes // International Journal of Eating Disorders. — 1990. — V. 9.