

Н. М. Плескачева

Республиканский институт высшей школы, Минск

N. Pleskachova

National Institute of Higher Education, Minsk

УДК 616-052

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ЛЮДЕЙ

PSYCHOLOGICAL REGULATIONS OF THE OCCURRENCE OF OVERBODY WEIGHT IN PEOPLE

В статье представлен анализ психологических закономерностей (особенностей семейного воспитания, формирование паттернов поведения, реализация человеческих потребностей), которые влияют на возникновение ожирения у людей. Методологическими основаниями теоретического анализа являлась парадигма биопсихосоциального единства человеческого существа.

Ключевые слова: ожирение; алиментарно-конституциональное ожирение; гормональное ожирение; биопсихосоциальное единство; пищевое поведение; гипералиментация.

The article presents an analysis of psychological patterns (features of family education, formation of behavior patterns, implementation of human needs) that affect the occurrence of obesity in people. The methodological basis of the theoretical analysis was the paradigm of the biopsychosocial unity of the human being.

Keywords: obesity; alimentary-constitutional obesity; hormonal obesity; biopsychosocial unity; eating behavior; hyperalimentation.

В последнее время значимость проблемы ожирения людей возрастает в связи с инвалидизацией людей молодого возраста, снижением общей продолжительности жизни и развитием тяжелых сопутствующих заболеваний. Исследования, проведенные в ряде стран, показали, что количество людей с излишней массой тела составляет 25–30 %. Из общего числа этих случаев 95 % составляет первичное ожирение. И всего лишь 5 % страдают вторичным ожирением. Таким образом, можно сделать вывод, что важное значение в развитии ожирения имеют именно психологические факторы. Исследования выявляют «параллелизм» психических и соматических проявлений и обнаруживают нарастание психопатологических расстройств с увеличением степени ожирения, а степень алиментарно-конституционального ожирения, в свою очередь, отражает степень духовного неблагополучия.

Ожирение – это накопление жира в организме, приводящее к увеличению избыточной массы тела. Ожирение характеризуется избыточным отложением жира в жировых депо организма. По современным представлениям ожирение – это хроническое рецидивирующее заболевание, требующее долгосрочного, практически пожизненного лечения, целью которого явля-

ется снижение заболеваемости, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни больных [1, с. 14].

По причине развития ожирение можно разделить на алиментарно-конституциональное и гормональное (первичное нарушение функции эндокринной системы, приводящее к накоплению жировой ткани в организме). Причиной развития первого типа ожирения является избыточное потребление энергии с пищей и недостаточный ее расход в процессе жизнедеятельности. Вторичное ожирение развивается как симптом в синдромо-комплексе общего патологического процесса при поражении центральной нервной, эндокринной систем, при генетических синдромах. Распространенность первичного ожирения составляет более 90 % от всех случаев заболевания. Первичное конституционально-экзогенное ожирение обусловлено наследственной предрасположенностью к избыточному накоплению жира, когда наследуется не само ожирение, а особенность обмена веществ. Факторов, ведущих к развитию ожирения, может быть несколько: нарушение центральной регуляции энергетического баланса (на уровне гипоталамуса и вышележащих структур), морфологические (увеличенное число жировых клеток) и функциональные (повышение метаболической активности адипоцитов) особенности жировой ткани, а также сочетание этих факторов. Прослеживается четкая корреляция между степенью выраженности ожирения у детей и ожирением у их родителей [2, с. 25].

По данным эпидемиологических исследований, около 30 % населения в экономически развитых странах и России имеют избыточный вес или ожирение [3, с. 12]. Несмотря на столь выраженную проблему, современное состояние лечения ожирения, для которого характерен узкоmedizinский подход к проблеме, остается неудовлетворительным. Необходимость комплексного подхода к исследованию и лечению ожирения очевидна, поэтому не вызывает сомнений актуальность представленной темы. В последнее время авторы некоторых публикаций указывают на важное значение психологических факторов в процессе формирования избыточного веса и ожирения. Ряд авторов считает, что процесс формирования лишнего веса приводится в действие понижением физической активности и различными нарушениями пищевого поведения [4, с. 21; 5, с. 11; 6, с. 15].

В отечественной медицинской психологии и психиатрии были проведены исследования различных аспектов психопатологии при нарушениях питания и ожирении [7, с. 19], расстройств пищевого поведения при ожирении [3, с. 15], структуры личности [8, с. 9] и клинико-психологических характеристик женщин с алиментарно-конституциональным ожирением [4, с. 22]. По нашему мнению, вышеуказанные исследования недостаточно учитывали два важных момента. Во-первых, личностные особенности связаны с ожирением не непосредственно, а эта связь опосредуется нарушениями пищевого поведения. Во-вторых, люди с ожирением представляют

собой гетерогенную группу, т. е. эта группа неоднородна, между ее членами имеются существенные различия, поэтому их трудно отнести к определенному личностному типу.

Методологическими основаниями исследования должна являться парадигма биопсихосоциального единства человеческого существа, представленная в работах В. М. Бехтерева, М. М. Кабанова, В. П. Петленко, Г. И. Ца-регородцева, А. Б. Холмогоровой, И. Н. Гуревича, А. Т. Beck, G. L. Engel и др., и теоретико-методологический принцип личностного подхода в психотерапии (В. Н. Мясищев, К. К. Платонов, М. С. Лебединский, Б. Д. Кар-васарский и др.). Важное место в методологии исследования должны занимать разработанные в рамках клинической психологии теоретические положения трансдиагностической модели ожирения (D. A. Williamson), концепции стилей пищевого поведения (T. Van Strien) и современное методологическое положение о том, что люди с ожирением представляют собой гетерогенную группу, т.е. эта группа неоднородна, между ее членами имеются существенные различия, поэтому их трудно отнести к определенному личностному типу (C. Braet).

Увеличение массы тела – следствие воздействия множества причин, выявление и ликвидация которых помогает избавиться от лишнего веса. Другими словами, ожирение является многофакторным заболеванием. Справиться с отклонением удастся только в том случае, если правильно определить причину и подобрать соответствующее лечение.

Физиологическими факторами появления ожирения являются патологические или естественные изменения в организме. В список физиологических причин следует отнести: генетическую предрасположенность, болезни врожденного характера, системные заболевания, избыточную продукцию инсулина, кортизола, пролактина, дефицит гормонов щитовидной железы, соматотропина (гормона роста), применение некоторых лекарств (психотропных, гормональных), вынашивание ребенка и лактационный период.

Под социальными факторами мы подразумеваем влияние окружения на пищевое поведение человека. Если в семье дети с малых лет привыкают к изобилию блюд на столе, если родители считают, что изобилие еды – это проявление благосостояния семьи, если общение с друзьями не обходится без обильно накрытого стола, то формируются так называемые стереотипы пищевого поведения. Социальные факторы тесно переплетаются с психологическими, т. е. существуют причины, из-за которых человек поддается влиянию обществу, что впоследствии оборачивается ожирением. У ожорства есть психосоматические причины, например, состояние беззащитности, потребность в безопасности, недовольство собственной внешностью или личной жизнью, дефицит внимания со стороны близких. Еда воспринимается как лучший способ справиться с внутренними противоре-

чиями. Налегая на вредную пищу, человек пытается заполнить пустоту, возникающую из-за недостатка общения, и т. д. Переедание становится источником положительных эмоций, вариантом адаптации при неблагоприятных социальных условиях или психическом неблагополучии.

Классификация ожирения:

I. Первичное ожирение. Алиментарно-конституциональное (экзогенно-конституциональное):

- 1) конституционально-наследственное;
- 2) с нарушением пищевого поведения (синдром ночной еды, повышенное потребление пищи на стресс);
- 3) смешанное ожирение.

II. Вторичное ожирение:

- 1) с установленными генетическими дефектами;
- 2) церебральное ожирение (опухоли головного мозга, травма основания черепа и последствия хирургических операций, синдром пустого турецкого седла, травмы черепа, воспалительные заболевания (энцефалит и др.));
- 3) эндокринное ожирение (гипофизарное, гипотиреоидное, климактерическое, надпочечниковое, смешанное);
- 4) ожирение на фоне психических заболеваний и/или приема нейролептиков.

Что касается психологических закономерностей возникновения ожирения, то мы можем говорить о первичном типе ожирения, распространенность которого составляет более 90 % от всех случаев заболевания.

Потребность в пище является базовой потребностью человека, однако А. Н. Леонтьев в работе «Деятельность. Сознание. Личность» указывает: «...в самом потребностном состоянии субъекта предмет, который способен удовлетворить потребность, жестко не записан». Анализ пищевого поведения больных ожирением в известной мере подтверждает эту мысль. Пищевое поведение человека психологически полифункционально. Особенно отчетливо полифункциональность пищевого поведения наблюдается у больных ожирением, проявляясь для всех больных одинаково – гипералиментацией, но в сущности оно различно и зависит от того, какие потребности личности удовлетворяет, от его «личностного смысла».

Пищевое поведение может являться:

1. Средством поддержания энергетического и пластического гомеостаза. Это самая простая форма пищевого поведения, когда пища служит только для удовлетворения потребности организма в питательных веществах.
2. Средством релаксации, разрядки нервно-психического напряжения. В этой форме пищевое поведение встречается не только у человека, но и у животных.
3. Средством делектации (лат. *delectatio* – удовольствие, наслаждение), чувственного, сенсорного наслаждения, выступающего как самоцель.

4. Средством коммуникации, когда пищевое поведение связано с общением между людьми, выходом из одиночества.

5. Средством самоутверждения. Пищевое поведение в этом случае направлено на повышение самооценки личности. Такое поведение проявляется в выборе и приеме экзотических, наиболее изысканных и дорогих блюд, активном посещении ресторанов. Оно тесно связано с неадекватным представлением о престижности пищи и соответствующей «солидной» внешности.

6. Средством познания. Процесс принятия пищи всегда включает в себя познавательный компонент. Вкусовой, зрительный, обонятельный анализаторы оценивают качество пищи, безвредность и полезность ее для организма.

7. Средством поддержания определенного ритуала или привычки. Пищевое поведение при этом направлено на поддержание национальных, семейных традиций, ритуалов и привычек. Примером такого поведения являются традиционные праздничные застолья, привычка принимать пищу во время чтения, просмотра телепередач, прослушивания музыки.

8. Средством компенсации, замещения неудовлетворенных потребностей личности (потребности в общении, достижении, родительской потребности, сексуальной потребности и др.).

9. Средством награды. Пища за счет своих вкусовых качеств может служить поощрением за какое-то, оцениваемые положительно социальным окружением поступки. Особенно часто эта форма пищевого поведения встречается в детском возрасте.

10. Средством удовлетворения эстетической потребности. Известно, что пища, пищевое поведение человека могут быть направлены на удовлетворение эстетической потребности человека. Это проявляется как в совершенствовании вкусовых качеств пищи путем кулинарной обработки, так и процесса приема пищи за счет ритуальности, использования красивой столовой посуды и приборов.

11. Средством защиты, например, от нежелательного замужества (женитьбы), оправданием неудач в спортивной и трудовой деятельности.

Таким образом, пищевое поведение у человека направлено не только на обеспечение организма пластическими и энергетическими веществами, а выполняет самые разнообразные функции, причем у отдельного индивида эти функции всегда проявляются комплексно.

Говоря о клинике ожирения, начинать следует с изменений в пищевом поведении человека. Пищедобывательное поведение человека определяется чувством голода. При этом необходимо различать понятия «голод» и «аппетит». Чувство голода является свидетельством потребности организма в питательных веществах и возникает при снижении в крови уровня глюкозы. Аппетит – это желание что-нибудь съесть, которое в наибольшей степени определяется пищевкусовыми пристрастиями человека, поэтому избыточ-

ный аппетит – это проявление не физической, а психологической зависимости человека от пищи.

Анализ немногочисленных имеющихся в литературе сведений об изменениях психической сферы при ожирении показывает, что их можно подразделить на несколько групп. Таким образом, психологический портрет человека с ожирением – это вариативная картинка, которую можно представить следующим образом.

Прежде всего это психологические конституционально-личностные особенности, которые относятся к психогенным факторам. Личностно-структурно они детерминированы влечением к употреблению большого количества пищи, за счет чего может формироваться развитие заболевания с наличием биохимических, эндокринных, обменных нарушений. Последние, в свою очередь, могут способствовать усилению влечения как психогенно обусловленного фактора. Формируется, таким образом, порочный круг, который разорвать проведением только диетического и медикаментозного лечения не удастся. Наступает улучшение, клинически кратковременное, так как не устраняется одна из причин – влечение и связанная с ним зависимость.

Вторая группа нарушений носит вторичный характер. Их можно назвать личностно-реактивными изменениями, поскольку они возникают как реакция пациентов на собственно соматическое состояние, которая меняет их характер социального функционирования. Среди этих изменений можно выделить несколько типов. Одной из частых реакций является игнорирование проблемы. Это может проявляться в виде формирования личностно-типологических особенностей гиперактивных толстяков, в создании своей субкультуры, формировании стиля поведения (создание своего стиля одежды, произведений искусства, клубов и т. п.). Эти изменения можно охарактеризовать как психологическая агнозия или реакции гиперкомпенсации.

Другим типом вторичных личностно-реактивных изменений является формирование депрессивно-невротических нарушений с тягостными переживаниями физического дефекта, в своем пике достигающие невротической депрессии.

Большинство лиц с ожирением не страдают конкретными расстройствами личности (психопатиями), однако им присущи некоторые личностные особенности. Важнейшая из них – алекситимия, т. е. сниженная способность распознавать и называть собственные чувства в сочетании с ограниченной способностью к воображению. Алекситимия присутствует примерно у 8 % людей с нормальной МТ и более чем у 25 % лиц с ожирением, но, как правило, лишь у тех, кто имеет другие психопатологические симптомы, например, тревожность или РПП. У лиц с алекситимией гипертрофированная реакция на стресс: на общем фоне «невывразительности» чувств внезапно возникают эпизоды гнева, нередко «беспричинного». Тучным лицам, обращающимся

к врачу для снижения МТ, присущи также импульсивность, непредсказуемость поведения, пассивность, зависимость, раздражительность, ранимость, инфантильность, эмоциональная неустойчивость, эксцентричность, истероидность, тревожно-фобические и психастенические черты. Импульсивность отражается в чередовании переедания и голодания, попыток снижения МТ и отказа от них. Неудачи со снижением МТ или в других сферах жизни усугубляют свойственную лицам с ожирением низкую самооценку, ощущение собственной несостоятельности, низкую самоэффективность, замыкая «порочный круг» усилением депрессии и тревоги. Характерными особенностями мышления и восприятия, общими и для депрессивно-тревожных расстройств, являются ригидность, склонность к «застреванию» в эмоциях, «черное-белое» мышление (по принципу «все или ничего»), катастрофизация (ожидание наихудшего из всех вариантов событий), склонность к необоснованным обобщениям («у меня никогда ничего не получается»), плохая переносимость неопределенности и ожидания.

Таким образом, обобщая психологические особенности человека с пищевой аддикцией, можно говорить о личности, которая в ситуации повышенного эмоционального напряжения использует гипералиментацию в качестве компенсаторного источника положительных эмоций. Изменение пищевого поведения является одним из видов патологической адаптации, а пищевая аддикция в целом – механизмом ухода от реальности, проявляющимся сочетанием нарушений пищевого поведения по типу гипералиментации с психическими расстройствами невротического и личностного уровня, приводящая к развитию избыточного веса или ожирения различной степени выраженности. Экспериментально-психологическое исследование выявляет «параллелизм и спаянность» психических и соматических проявлений и обнаруживает нарастание психопатологических расстройств с увеличением степени ожирения, а степень алиментарно-конституционального ожирения, в свою очередь, отражает степень духовного неблагополучия. Поэтому в процессе психотерапии пищевой зависимости необходимо выявление и коррекция тех личностных особенностей, которые способствовали становлению гипералиментации как формы реагирования на психо-эмоциональное напряжение, а также формирование более адекватных механизмов психической адаптации и более конструктивного поведения в микросоциуме, более частого использования адаптивных вариантов совпадающего поведения за счет использования личностных и средовых ресурсов. Таким образом, ожирение – это психосоматическое заболевание, в патогенезе и клинической картине которого сочетаются и взаимодействуют биологические и психологические факторы и симптомы.

Основной проблемой лечения ожирения является несостоятельность использования только фармакологического подхода, необходимо совместная работа как медиков, так и психологов в поиске причин ожирения. Большин-

ство причин психологического характера тянется, как правило, из детства. Таким образом, формируются привычки, которые в НЛП называются программами. Привычки закрепляются и выходят на неосознаваемый уровень. Человек в дальнейшем, зная множество диет, будет садиться и все съедать. Поэтому в дополнение к контролируемой диете или курсу голодания следует уточнить, что заставляет человека есть больше, чем это необходимо. Помимо опыта из раннего детства, что еда является чем-то большим, чем просто поступление питательных веществ (например, внимание матери, «усыпление» потребностей, уменьшение чувства неудовольствия), это еще и те концепции, которые мы перенимаем в процессе воспитания («Ты должен хорошо есть, чтобы стать большим и сильным!»), а также это понимание потребностей, их «личностного смысла» для человека с ожирением. Именно для проработки психологических аспектов ожирения желательно использовать пятиступенчатую позитивную психотерапию, в рамках которой при помощи позитивного подхода и содержательного анализа (осознание пищевых концепций) закладываются основы полного смысла комплексной терапии, состоящей из следующих ступеней:

Ступень 1: наблюдение/дистанцирование.

Ступень 2: инвентаризация.

Ступень 3: ситуативная поддержка.

Ступень 4: вербализация.

Ступень 5: расширение системы ценностей.

В процессе психотерапии пищевой зависимости необходимо выявление и коррекция тех личностных особенностей, которые способствовали становлению гипералиментации как формы реагирования на психоэмоциональное напряжение, а также формирование более адекватных механизмов психической адаптации и более конструктивного поведения в микросоциуме, более частого использования адаптивных вариантов совпадающего поведения за счет использования личностных и средовых ресурсов.

Список использованных источников

1. Савельева, Л. В. Современные подходы к лечению ожирения / Л. В. Савельева // *Врач*. – 2000. – № 12. – С. 12–14.
2. Аринцина, И. А. Психологические аспекты формирования пищевого поведения и его нарушений в детском возрасте / И. А. Аринцина // *Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции (соматические и наркопсихиатрические аспекты): материалы 2-го междисциплинар. конгресса с междунар. участием*. – СПб., 2008. – С. 23.
3. Вознесенская, Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская // *Междунар. эндокрин. журн.* – 2007. – № 3(9). – С. 11–15.
4. Вахмистров, А. В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении / А. В. Вахмистров, Т. Г. Вознесенская, С. И. Посохов // *Журн. неврологии и психиатрии*. – 2001. – № 12. – С. 19–24.
5. Петров, Д. П. Психологические и социальные аспекты ожирения / Д. П. Петров // *Ожирение (клинические очерки)* / под ред. А. Ю. Барановского, Н. В. Ворохиной. – СПб.: Диалект, 2007. – 240 с.

6. Braet, C. Psychological profile to become and to stay obese / C. Braet // International Journal of Obesity. – 2005. – № 9. – P. 19–23.

7. Приленская, А. В. Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым поведением (клинико-реабилитационный аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Приленская. – Томск, 2009. – 23 с.

8. Лобин, К. В. Структура личности женщин страдающих алиментарным ожирением (в связи с задачами психотерапии): автореф. дис. ... канд. психол. наук / К. В. Лобин. – СПб., 2006. – 18 с.

(Дата подачи: 19.02.2020 г.)

B. A. Polikarpov

Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка, Минск

V. Polikarpov

Belorussian State Pedagogical University named after Maxim Tank,
Minsk

УДК 159.9.05

ТРИ КОНЦЕПЦИИ СОЗНАНИЯ В КВАНТОВОЙ ПСИХОЛОГИИ¹

THREE CONCEPTS OF CONSCIOUSNESS IN QUANTUM PSYCHOLOGY

В статье рассматривается одна из основных проблем квантовой психологии – проблема связи: как информация, зародившаяся в разрозненных областях человеческого мозга, связывается в сознании? Применительно к решению данной проблемы представлена концепция оксфордского математика Роджера Пенроуза, утверждавшего, что человеческий разум – это квантовый компьютер. Еще одним решением является подход G. Bernroider, J. Sumthammer, J. McFadden, S. Pockett и др. Они пришли к выводу, что квантовая когерентность играет незаменимую роль в проводимости ионов через каналы нервов и, таким образом, так протекает существенная часть нашего мышления. В исследовании 2015 г. физик Мэтью Фишер из Калифорнийского университета в Санта-Барбаре показал, что мозг может содержать молекулы, способные выдерживать более мощные квантовые суперпозиции. М. Фишер утверждает, что квантово-механическое поведение спинов может противостоять декогеренции.

Ключевые слова: квантовая методология; квантовый компьютер; сознание; информация; кубит; тубулин; суперпозиция; спутанность; волновая функция; ионные каналы; квантовая когерентность; потенциал действия; электромагнитное поле мозга; квантовые когерентные ионы; автореферентный цикл; декогеренция; молекулы Пенроуза.

One of the main problems of quantum psychology is considered – the problem of communication: how information originated in isolated areas of the human brain is connected in consciousness? With regard to solving this problem, the concept of the Oxford mathematician

¹ Статья подготовлена при поддержке гранта БРФФИ (договор № Г18Р-267 от 30.05.2018).