

УДК 159

## ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЕКСЕТИМИИ С АДДИКТИВНЫМ ПЕРЕЕДАНИЕМ У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Е.И. Наумова, студентка гр. П-10, V курс

Научный руководитель: Л.М. Лучшева, к.п.н., доцент кафедры ОиПП

Новокузнецкий институт (филиал) федерального государственного  
бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального  
образования «Кемеровский государственный университет»  
г.Новокузнецк

В данной статье представлены результаты исследования взаимосвязи нарушения пищевого поведения, а именно аддиктивного переедания с алекситимией. В исследовании приняли участие 25 подростков в возрасте 13-17 лет (15,04 лет) с избыточной массой тела (ИМТ < 25) на примере г.Новокузнецка. Испытуемым были предъявлены две методики: с помощью Торонтской шкалы (TAS) оценивалось наличие алекситимического типа личности, а с помощью методики Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ) был определен тип нарушения пищевого поведения. В результате был получен суммарный балл методики TAS по шкале алекситимический тип личности, который имел положительную корреляционную связь (0,802) с опросником DEBQ по шкале эмоциогенное пищевое поведение.

**Ключевые слова.** Алекситимия, пищевое поведение, аддиктивное переедание, эмоциогенное пищевое поведение, подростки.

**Актуальность.** Эмоциональная сторона психической жизни в современном обществе при всей своей значимости крайне недооценивается, вследствие чего процент эмоциональных расстройств разного рода растет с каждым годом [7, 9]. Основным фактором развития соматических и психических нарушений, по последним данным научных исследований, являются вытесненные, а так же подавленные и не вербализованные чувства и эмоции. [8] При проблемах в осознании, описании своих эмоциональных переживаний, в том числе определения их у других людей психологи диагностируют «алекситимию». Термин «алекситимия», означающий «отсутствие слов для выражения чувств (от «а» - недостаток, «lexis» - слово, «thimos» - эмоция), был введен американским психоаналитиком П. Сифнеосом в 1969 г. как обобщающее название для ряда характерных особенностей, наблюдаемых у психосоматических больных [2]. Важным для нашего исследования является понимание автором основных особенностей алекситимии, трактуемых следующим образом: внутренние ощущения описываются преимущественно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д.; ярко выражены

трудности в вербализации чувств; присутствует тенденция к импульсивности; межличностные связи обычно бедны: больные предпочитают одиночество, часто избегают людей; беседа с таким пациентом, как правило, сопровождается ощущением скуки и бессмыслицы контакта [9].

На настоящее время насчитываются сотни исследований, которые рассматривают алекситимию в качестве серьезного предиктора психосоматической патологии, к таким относятся: постстрессовые расстройства, нарушения пищевого поведения, аддикции к психоактивным веществам [4]. Кроме этого, по данным разных авторов [3, 9] у больных с психосоматическими расстройствами независимо от нозологической принадлежности выявляется высокий уровень развития алекситимии.

Можно предположить, что проявления эмоциональной «зажатости», склонности скрывать свои чувства являются приобретенной реакцией необходимой в современном обществе. Подобное поведение одобряется обществом, в качестве примера можно привести традиционные для общества социально-психологические стереотипы «мужского» поведения со скрытым проявлением чувств: «мужчины не плачут», «ты будущий солдат», «терпи боль, ты же мужчина» или «не выносить сор из избы» - для женщин. В целом стереотипы поведения человека в обществе, способствующие формированию алекситимии можно расценивать как запрет на открытое проявление эмоций, проявление слабости и т.д. [9]. Так же немаловажную роль в развитии алекситимии может сыграть такой социальный институт как семья. Согласно Хильде Браш, первооткрывателю в изучении нарушений системы питания, родители могут реагировать на своих детей эффективным и неэффективным образом. Эффективные родители проявляют большое внимание к биологическим и эмоциональным нуждам детей, давая им пищу тогда, когда они плачут от голода, и комфорт тогда, когда они плачут от страха. Неэффективные родители, напротив, не реагируют на внутренние нужды детей, они сами решают, когда их дети голодны, замерзли или устали, без учета реальных обстоятельств. Они скорее покормят детей тогда, когда те беспокойны, чем тогда, когда они голодны, и скорее начнут их успокаивать тогда, когда дети устали, а не тогда, когда те действительно чем-то обеспокоены. Дети, которые сталкиваются с таким родительским отношением, могут запутаться и расти, не осознавая своих внутренних потребностей, не зная, когда они голодны, а когда сыты, не способные определять свои собственные эмоции [5]. На фоне подобной картины воспитания есть риск формирования нарушения пищевого поведения, которое компенсирует отсутствие положительных эмоций непосредственно употреблением пищи.

Видом аддиктивного поведения являются расстройства пищевого поведения [6]. Расстройства пищевого поведения – это психические расстройства, для которых характерно наличие комплекса поведенческих (ограничительное пищевое поведение и др.), психопатологических

(нарушение восприятия собственного тела и др.) и физиологических симптомов (набор веса и др.) [4]. К нарушениям пищевого поведения традиционно относят нервную анорексию, нервную булимию и аддиктивное переедание, которое является одним из наиболее полно изученных и описанных расстройств категории «Неуточненное нарушение пищевого поведения» (МКБ-10,DSM-IV). Вид аддикции как переедания приводит к последствиям в виде ожирения, данного рода проблема относится в современном обществе к медико-социальной и экономической. Кроме этого, является значительным фактором риска целого ряда соматических патологий, таких как: гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь (ГРЭБ), цирроз печени, атеросклероз, различные виды онкологии [1]. Как полагает Х. Браш основная проблема пациентов с нарушением пищевого поведения связана со сложностью описания и распознавания эмоциональных состояний, которая обосновывается недостаточно сформированным уровнем произвольного контроля и рефлексии [10].

Несмотря на значимость феномена Алекситимии у лиц, страдающих нарушениями пищевого поведения, в отечественной литературе данная проблематика фактически не отражена. Поэтому целью нашей работы является анализ соотношения между Алекситимией и аддикцией переедания в неклинической популяции подростков г. Новокузнецка. В исследовании применялись следующие методики: Голланский опросник пищевого поведения (DEBQ), который позволяет определить тип нарушения пищевого поведения и опросник «Торонтская Алекситимическая шкала», адаптированная в институте им. В.М. Бехтерева, которая дает возможность оценить наличие Алекситимии у респондента.

Перейдем к анализу полученных результатов полученных с помощью методики DEBQ. Были выявлены следующие результаты по типу нарушения пищевого поведения: эмоциогенное поведение определено у 60 % (15 чел.) респондентов (средний балл - 3,6), экстернальное – у 24 % (6 чел.) (средний балл-2,6), ограничительное – у 16 % (4 чел.) (средний балл-3,4) . Средние показатели ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения для людей с нормальным весом составляют 2.4, 1.8 и 2.7 балла соответственно. Таким образом, полученные результаты позволяют предположить преобладание эмоциогенного пищевого поведения, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния. При экстернальном пищевом поведении прослеживается частое желание, поесть, которое стимулируется не реальным чувством голода, а внешним видом пищи, ее запахом, текстурой либо видом других людей, принимающих пищу. Подобный тип нарушения легко поддается коррекции с помощью психологической помощи и не отличается избыточной массой тела. Эмоциогенный и экстернальный типы пищевого поведения отличаются по клинической картине. Эмоциогенное пищевое поведение присуще пищевым аддиктам, экстернальный – лицам без аддиктивного расстройства.

Ограничительный тип пищевого поведения характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании. Появляется у респондентов по мере увеличения массы тела, наблюдается у лиц без аддиктивного расстройства. Аддиктивная реализация в виде переедания на период обострения не терпит ограничений, поэтому ограничительное поведение у аддиктов имеет особенности. Например, аддикт не начинает еду в обстановке, где он не сможет полностью утолить голод, аддиктам не свойственно «перекусывать», поскольку в структуре их патологии имеется симптом облигатности насыщения и потери контроля за количеством съеденного, афишировать который не всегда допустимо [10].

В результате применения методики Торонтская алекситимическая шкала (TAS) были получены следующие результаты, алекситимический тип личности выявлен у 56% (14 чел.) респондентов, из которых 48% (12 чел.) по результатам DEBQ имеют эмоциогенный тип пищевого поведения, а значит, подвержены пищевой аддикции. В свою очередь неалекситимический тип личности был определен у 44% (11 чел.) опрошенных респондентов, из их числа 12% (3 чел.) имеют эмоциогенный тип пищевого поведения.

Так как целью исследования было, выявление взаимосвязи между алекситимией и аддиктивным перееданием был применен корреляционный анализ по критерию Пирсона. В результате корреляционного анализа была получена положительная связь (0,802) между переменными алекситимии и аддиктивном поведением суммарного балла методики TAS по шкале алекситимический тип личности с опросником DEBQ по шкале эмоциогенное пищевое поведение.

Так образом, пищевые аддикты, склонные к перееданию, в большей степени имеют алекситимический тип личности, у которых выявляются сложности в опознавании собственных эмоций, переживаний, ригидности эмоциональной сферы.

### **Список литературы:**

1. Анисимова, Е.В. Патология органов пищеварения при ожирении (обзор) / Е.В. Анисимова, И.В. Козлова, С.В. Волков, В.Л. Мищеряков // Медицина и здравоохранение. - 2011. - №4.
2. Былкина, Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) / Н.Д. Былкина // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. - 1995. - №1.
3. Ересько, Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: учеб. пособие для психологов и врачей [Текст] / Д.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская. СПб. : НИПНИ им. Бехтерева, 2005. - 17 с.
4. Келина, М.Ю. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского Кузбасский государственный технический университет имени Т.Ф. Горбачева

- возраста / М.Ю. Келина, Т.А. Мешкова // Клиническая и специальная  
психология. - 2012. - №2.
5. Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики  
[Текст] / Р. Комер. – СПб. : Праймеврознак, 2002. - 608 с.
  6. Короленко, Ц. П. Психоанализ и психиатрия [Текст] / Ц.П. Короленко,  
Н. В. Дмитриева.– Изд-во: НГПУ, 2003. – 667 с.
  7. Сандомирский, М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия:  
Практическое руководство – М. : Независимая фирма «Класс», 2005.-  
592с.
  8. Старшенбаум, Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и  
тела [Текст] / Г.В. Старшенбаум. – М. : Институт психотерапии, 2005.-  
495с.
  9. Холмогорова, А.Б. Эмоциональные расстройства и современная  
культура / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Консультативная  
психология и психотерапия. 1999. - №2. С. 61-90.
  - 10.Чухрова, М.Г. Психологические особенности и поведенческие  
расстройства в структуре аддикции переедания / М.Г. Чухрова, И.А.  
Рукавишников, В.В. Лещинская, А.Н. Савушкин, Е.В. Пахомова, Л.С.  
Хорошилова //Психиатрия и наркология. 2006. - № 1. С. 37-41.