

нием социального окружения, считающего происходящее капризом или данью моде. Только вторичные тяжелые нарушения приводят пациента в стационар.

Объектом нашего исследования явились больные с расстройствами пищевого поведения, лечившиеся в Томской областной клинической психиатрической больнице (ТОКПБ) и клиниках НИИ ПЗ ТНЦ РАМН в течение двух периодов: 1983-1985 годы (первый период) и 1993-1995 годы (второй период). Эти периоды были выбраны для исследования в связи с тем, что за десятилетний промежуток, и особенно с начала девяностых годов произошли значительные перемены экономических и социо-культурных условий в обществе, что не могло не отразиться на численности, структуре и течении психических расстройств. Анализ проводился на базе архивной документации указанных стационаров.

Проведенное нами исследование показало, что расстройства пищевого поведения в форме нервной анорексии встречаются у психически больных различных нозологических категорий. Поэтому сознательный отказ от пищи или резкое ограничение ее приема имеют разную клиническую обусловленность, мотивацию. Кроме дисморфофобии (дисморфомании) - болезненной убежденности в мнимом уродстве, в основе расстройств пищевого поведения могут быть метафизическая интоксикация, бредовые идеи, депрессия, навязчивости ипохондрического характера, истерические и психастенические личностные расстройства. Нами наблюдалось отчетливое изменение мотивации, произошедшее с

начала 90-х годов. Если до этого нарушения пищевого поведения почти всегда являлись прямым следствием психопатологической симптоматики, то, начиная с 1994 года, наблюдалось резкое увеличение случаев отказа от питания, доминирующего в клинической картине с мотивацией, свойственной маргинальным субкультурам. Во втором периоде отмечалась большая приверженность к диетам, диктуемым различными сектами и течениями, не свойственными традиционной российской культуре. Особенностью последних лет стало «лечебное голодание» психически больных, как одно из средств самолечения, получившее широкое распространение, а также увлечение различного рода пищевыми добавками, направленными на снижение веса. Пациенты в некритичной и некорректируемой форме приводили в качестве мотивации своего поведения выдержки из различных источников, издаваемых как в России, так и за рубежом, активно проповедовали свои взгляды, пытались самостоятельно разрабатывать диетические программы.

Представляется возможным объяснить выявленные особенности интервенцией различных культуральных образцов, преподносимых средствами массовой информации, и легализацией ранне маргинальных учений.

Таким образом, исследование показало, что в условиях общественного кризиса активизируются и возникают клинические формы, ведущие к тяжелой дезадаптации, что требует совместного внимания специалистов медицинского профиля, педагогов и психологов.

**RESEARCH of INFLUENCE of SOCIO-CULTURAL CHANGES the 90-th YEARS
on MOTIVATION of INFRINGEMENTS of FOOD BEHAVIOUR
(on the data psychiatric clinic)**

I.V. Kodzajeva (Tomsk)

The summary: Is analyzed the sindrom of infringement of food behaviour at boundary mental frustration and schizophrenical disease. The reasons of similar infringements are discussed, among which refer to as change of social stereotypes and social crises. Besides as the reasons of infringement of food behaviour the crazy ideas, dismorphofoby, dismorphomaniac, depression and others are marked. The attempt of the analysis of motivations of failure(refusal) from reception of food is carried out.

Key words: Nervous anorection, sindrom of infringement of food behaviour, schizophrenic, image of a body, boundary frustration, nozology, motivation.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ И РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ

А.В. Ротов, С.В. Гудков, А.В. Гордиенко, А.В. Бобровский, М.А. Гаврилов (Томск)

Аннотация: Обсуждается проблема первичности индивидуальных психологических особенностей и приобретенных фиксированных форм поведения по отношению к нарушениям его пищевой формы. Ведется поиск оптимальных методик психокоррекции нарушений пищевого поведения, согласующихся с личностными особенностями пациенток. Утверждается мысль о взаимозависимости уровня тревожности как черты личности и состояния с различными степенями ожирения.

Ключевые слова: Ожирение, личностная тревожность, реактивная тревожность, психоэмоциональная напряженность, переедание.

На сегодняшний день ожирение представляет собой проблему, решение которой находится на стыке различных отраслей медицинских знаний. Так, в патогенезе ожирения имеют значение наследственная предрасположенность, приобретенные заболевания и травмы (особенно эн-

докринной и нервной систем), местные климатические, культурные, экономические и другие факторы, влияющие на особенности пищевого поведения, а также индивидуальные психологические особенности пациентов. Известно, что одним из основных механизмов, ведущих к

ожирению, является нарушение пищевого поведения, когда поступающая в организм с пищей энергия превышает энергозатраты. Но нарушение пищевого поведения является вторичным по отношению к индивидуальным психологическим особенностям и усвоенным формам поведения в различных ситуациях. При этом огромное значение имеет исследование психологического статуса пациентов, на основе которого возможна более дифференцированная и эффективная психокоррекция ожирения.

Психологический портрет личности, исследуемой с целью подбора оптимальных методик психокоррекции, обязательно включает в себя эмоциональную составляющую. В этом плане большой интерес представляет исследование такой эмоциональной компоненты, как тревожность, под которой понимают состояние неприятного субъективного переживания неопределенной опасности или угрозы. При этом тревожность обладает принципиальной особенностью (в отличие, например, от страха) - закрепляться на различных уровнях структуры личности. В связи с этим существует клинически оправданный подход к разделению тревожности на две составляющие - тревогу как черту личности и тревогу как психическое состояние. Опросником Ч. Спилбергера исследуется личностная тревожность, под которой понимается закрепленная в структуре личности стереотипность переживаний и реактивная тревожность, как реакция на ситуацию.

В настоящей работе представлены данные обследования 117 пациенток с целью выявления личностной и реактивной тревожности, в числе которых 17 (15%) имеют избыточный вес, 52 (44%) - 1 степень, 32 (27%) - 2 степень, 16 (14%) - 3 степень ожирения (под избыточным весом понимают превышение должной массы тела (ДМТ) до 15%, под 1-й степенью ожирения - превышение ДМТ от 16% до 29%, под 2-й степенью - превышение ДМТ от 30% до 49%, под 3-й степенью - превышение ДМТ более 50%). Обследование проводилось с помощью стандартного опросника Спилбергера. При этом представлялось целесообразным по каждому исследуемому параметру разделять пациенток в соответствующих весовых группах на тех, у кого значения параметра оказались высокими, умеренными и низкими.

Как показал анализ полученных данных, в группах с разными степенями ожирения имеются отличия в уровнях личностной тревожности. Так, если количество пациенток в каждой группе с низкими значениями личностной тревожности (ЛТ) одинаково (6%), то количество пациенток со средним уровнем исследуемого параметра в группе избыточного веса составляет 47%, в группе ожирения 1 степени - 38%, в группе ожирения 2 степени - 28%, а в группе ожирения 3 степени - 19%. Соответственно увеличивается количество пациенток с высокими степенями личностной тревожности и составляет в соответствующих группах 47%, 56%, 66% и 75%. При обработке данных с помощью метода углового преобразования Фишера были найдены достоверные ($p < 0,05$) различия между этими показателями.

Кроме того, в группах с разными степенями ожирения также имеются отличия в уровнях реактивной тревожности. Так, если количество па-

циенток в каждой группе с низкими значениями реактивной тревожности примерно одинаково и составляет соответственно 18%, 23%, 16% и 19% и между ними нет достоверных различий, то количество пациенток со средним уровнем исследуемого параметра в группе избыточного веса составляет 41%, в группе ожирения 1 степени - 46%, в группе ожирения 2 степени - 50%, а в группе ожирения 3 степени - 37%, и при обработке данных с помощью метода углового преобразования Фишера были найдены достоверные ($p < 0,05$) различия между этими показателями. Соответственно количество пациенток с высокими степенями личностной тревожности составляет в соответствующих группах 41%, 31%, 34% и 44%. При этом найдены достоверные ($p < 0,05$) различия между показателями реактивной тревожности между группами избыточного веса и группами 1 и 2 степени ожирения, а также между группами 1 и 2 степени ожирения и группой 3 степени ожирения.

Полученные данные подтверждают наши предположения о том, что в целом вначале при увеличении степени ожирения происходит рост реактивной тревожности, что объясняется реакцией на первоначальное изменение своей внешности. В дальнейшем происходит некоторая адаптация к волнующему изменению внешности и у лиц с 1 и 2 степенями ожирения наблюдается даже некоторое снижение реактивной тревожности. Однако при дальнейшем изменении внешности и соматического состояния, вновь возрастает обеспокоенность ситуацией, которая находит отражение в увеличении реактивной тревожности у пациенток с 3 степенью ожирения.

Кроме того, на уровне структуры личности происходят достаточно серьезные изменения. Так, с увеличением степени ожирения наблюдается рост уровня личностной тревожности. Этот повышенный уровень тревожности привносит свой вклад в формирование психоэмоциональной напряженности у таких пациенток. В свою очередь, психоэмоциональная напряженность требует компенсации за счет получения положительных эмоций, а в силу ригидности поведенческих установок эти эмоции зачастую могут быть получены только за счет гипералиментации (переедания), как приобретенного основного способа получения удовольствия. Переедание же продолжает поддерживать и увеличивать избыточную массу тела, способствуя дальнейшему накоплению психоэмоциональной напряженности, компенсировать которую такие пациентки будут опять же за счет переедания, замыкая, таким образом, патогенетический круг.

Литература:

1. Вознесенская Т.Г., Дорожевец А.Н. Роль особенностей личности в патогенезе церебрального ожирения // Советская медицина. - 1987. - № 3. - С. 28-32.
2. Бекул Е.А., Оленева В.А., Шатерников В.А. Ожирение. - М.: Медицина, 1986. - 192 с., ил.
3. Шурыгин Д.Я., Вязицкий П.О., Сидоров К.А. Ожирение. - Л.: Медицина, 1980. - 263 с.
4. Методики диагностики психических состояний и анализа деятельности человека. - М.: ИП РАН, 1994. - 206 с., ил.

5. Креславский Е.С., Лойко В.И. Психотерапия в системе реабилитации больных алиментарно-конституциональной формой ожирения //

Терапевтический архив, 1984. - № 10. - С. 104-107.

FEATURES of PERSONAL and JET UNEASINESS at PATIENTS with FETTNES
A.V. Rotov, S.V. Gudkov, A.V. Gordijenko, A.V. Bobrovskij, M.A. Gavrilo (Tomsk)

The summary: The problem of primacy of individual psychological features and acquired fixed forms of behaviour in relation to infringements of its food form is discussed. The search of optimum techniques of psychocorrection of infringements of food behaviour agreed with personal features of patients is conducted. The idea on interdependence of a level of uneasiness as features of the person and condition with various degrees of fettiness affirms.

Key words: Fettiness, personal uneasiness, jet uneasiness, psychoemotional intensity, much-eating.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Е.Ю. Брель, С.В. Гайдук (Кемерово)

Аннотация: Проведен обширный анализ литературы по проблемам развития тревожности и формирования страхов на ранних этапах развития. Осуществляется их терминологическое разграничение. Ведется речь внешних формах проявления тревоги и страха. Обсуждаются вопросы личностной и ситуативной тревожности, в качестве причин которой называются различные факторы: конституциональная предрасположенность, особенности развития etc. Выясняются последствия проявления тревожности. Важнейшими факторами формирования тревожности в детском возрасте считаются ситуация в семье и школе.

Ключевые слова: Тревожность, страх, тревога, беспокойство, аффект, конфликт, семья, предрасположенность.

Теоретические представления и экспериментальные исследования тревожности исходят из несогласующихся друг с другом определений этого понятия. С одной стороны, тревожность рассматривается как явление, обладающее только одним измерением [К. Хорни, 1993; А.И. Захаров, 1986]. Но многие авторы, с другой стороны, включают в ее описание различные компоненты, относительно независимые друг от друга [З. Фрейд, 1991].

Согласно Фрейду [З. Фрейд, 1991], тревога возникает в ситуации опасности. Он выделял стадии психосексуального развития человека, на каждой из которых формируется свой, стимулирующий тревогу, механизм. Рождение является прототипом ощущения опасности. Другими, наиболее существенными, ситуациями опасности он считал потерю матери или другого источника любви, а также объектов эмоциональной привязанности и потерю любви Суперэго. Природа ситуации опасности меняется с возрастом. По мнению Фрейда, каждая психосексуальная стадия развития оставляет свою тревогу. Так, оральная стадия (до 1 года) оставляет тревогу расставания с матерью, анальная (2-2,5 года) связана со страхом потери контроля над собой и окружающими. В фаллической стадии развития (раннее детство) опасность связана со страхом кастрации. После развития Суперэго социальная тревога становится внутренней заменой для внешней опасности, а моральная тревога развивается как полностью интраиндивидуальный феномен. Фрейд разделяет социальную и моральную тревогу,

включая в них иные аффекты и когнитивные процессы.

Социальная тревога представляет собой связь между страхом и стыдом, страхом и стеснительностью, а моральная тревога - это структура типа страх - вина.

Таким образом, З. Фрейд представляет тревогу, как комплекс феноменов, включающих страх и один или несколько дополнительных аффектов и различных аффективно-когнитивных структур [З. Фрейд, 1991].

Наиболее точным подходом к определению тревоги мы считаем позицию А.И. Захарова. Он пишет, что тревога - это предчувствие опасности, неопределенное чувство беспокойства, наиболее часто встречающееся в ожидании какого-либо события, которое трудно прогнозировать и которое может угрожать своими неприятными последствиями. Тревога имеет своим мотивом предвосхищение неприятности, и в своей рациональной основе содержит опасения по поводу возможности ее проявления. По мнению Захарова, состояние тревоги в большей мере присуще людям с развитым чувством собственного достоинства, ответственности и долга, к тому же повышенно чувствительным к своему положению и признанию среди окружающих. В связи с этим, тревога выступает и как пропитанное беспокойством чувство ответственности за жизнь и благополучие себя и близких лиц. Таким образом, тревога возникает как отклик на состояние неопределенности в результате предвосхищения неприятности [А.И. Захаров, 1986].