

## ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ КОНФЛИКТЫ И ОЖИРЕНИЕ

Заковоротная Г. М.<sup>1</sup>

Гайнуллина Ю. И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*ДВФУ г.Владивосток*

В настоящее время проблема ожирения имеет мировые масштабы. По данным ВОЗ за 2016 год, 39% (1,9 миллиарда) взрослых старше 18 лет имеют избыточный вес и около 13% (свыше 650 миллионов) взрослого населения планеты страдают ожирением. Исследование, проведенное Имперским колледжем в Лондоне и ВОЗ выявило, что 124 миллионов детей и подростков (от 5 до 19 лет) страдают ожирением, а еще 213 миллиона имеют избыточный вес. В России ожирение наблюдается у 26,9% мужчин и 30,8% женщин в возрасте от 25 до 64 лет. Другими словами, у двух миллионов россиян диагностировано ожирение, это каждый четвертый житель нашей страны. Каждый третий россиянин имеет избыточный вес. Более 450 тысяч детей и подростков до 18 лет страдают от лишнего веса. В данной статье представлен анализ взаимосвязи внутрисемейных конфликтов и риска развития ожирения, на основе доступных публикаций по этому вопросу. В семье происходят основные процессы человеческой жизни, она является базой и основой развития любого человека. Практически ни один человек не может представить свою жизнь без семьи. Сложно переоценить, на сколько психологическая атмосфера в семье влияет на наше здоровье и самочувствие.

**Ключевые слова:** ожирение, лишний вес, конфликты, внутрисемейные конфликты, нарушение пищевого поведения

## FAMILY CONFLICTS AND OBESITY

Zakovorotnaya G. M.<sup>1</sup>

Gainullina Yu. I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*DVFU Vladivostok*

Now, the problem of obesity is global. According to WHO for 2016, 39% (1.9 billion) of adults 18 years and older, 39% of men and 40% of women are overweight; about 13% (over 650 million) of adults throughout the world (11% men and 15% of women) are obese. A study by Imperial College in London and WHO found that 124 million children and adolescents (5 to 19 years old) are obese, and another 213 million are overweight. In Russia, obesity observed among 26.9% of men and 30.8% of women aged 25 to 64 years. In other words, two million Russians are diagnosed with obesity; this is every fourth inhabitant of our country. Every third Russian is overweight. More than 450 thousand children and teenagers under 18 suffer from overweight. This article presents an analysis of the relationship between family conflicts and the risk of obesity, based on the available publications on this issue. The family is the main processes of human life, it is the basis and the basis for the development of any person. Virtually no one can imagine their life without a family. It is difficult to overestimate how much the psychological atmosphere in the family affects our health and well-being.

**Keywords:** obesity, overweight, conflicts, family conflicts, eating disorders

Общеизвестно, что ожирение – это нездоровое состояние, которое создает значительный риск для миллионов взрослых и детей во всем мире. Избыточный вес предрасполагает людей к различным серьезным заболеваниям со снижением качества

жизни и сокращением ее продолжительности [33]. Несмотря на широкое признание опасности избыточного веса, процент людей, страдающих ожирением, неуклонно растёт, и за последние 50 лет доля людей с ожирением значительно выросла по всему миру, что характерно для всех возрастов, рас и полов [32].

Следует при этом отметить, что проблема ожирения – комплексная проблема, которая может быть следствием множества факторов, в том числе психологических. Как пишут Г.О. Самсонова, Т.А. Языкова, Л.Г. Агасаров, «существенную роль в начале и поддержании неконтролируемого приема пищи, ведущего к ожирению, играют психологические факторы, и в первую очередь негативные эмоции и неадекватные стратегии эмоционального регулирования. Наиболее значимыми являются переживания гнева и грусти, а также негативные эмоции, связанные с межличностными отношениями (разочарование, боль или одиночество)» [7, с. 136]. В данной статье мы сопоставим различные психологические теории, объясняющие возникновение лишнего веса, а затем определим роль семейных проблем как фактора риска развития лишнего веса и ожирения, затронув также и проблему взаимосвязи внутрисемейных отношений и успешной терапии лиц, страдающих от лишнего веса и ожирения.

Изучению причин лишнего веса был посвящён достаточно большой корпус работ в области психологии. Психология изначально рассматривала ожирение как результат психопатологии или как ответ на серьёзную травму в прошлом человека [24]. Однако эти предположения не получили однозначной поддержки в научной среде, и сегодня обычно считается, что воздействием этого фактора нельзя объяснить большинство случаев [30]. Внимание психологов в связи с этим уделяется в большей мере индивидуальным факторам, способствующим ожирению, таким как мысли, поведение и особенности физиологии индивида, а также аспектам социальной среды человека, в том числе влиянию семьи и сверстников. При этом многие ранние теории ожирения продолжают совершенствоваться и включаться в современные концептуальные модели.

В 1957 году было выдвинуто предположение, что ожирение является результатом переедания — поведенческого фактора — и не всегда обусловлено нарушением обмена веществ [22]. Многие работы этого периода были направлены на выявление поведенческих, а не биологических причин переедания. Ранние исследования были сосредоточены на различиях в питании между людьми с нормальной и избыточной массой тела. В ходе исследований стало ясно, что многие факторы, которые способствуют перееданию у людей с ожирением, также провоцируют переедание у некоторых людей с нормальным весом. Интерес исследователей постепенно сместился на причины, по которым происходит переедание.

Согласно теории С. Шактера, сам процесс питания здоровых людей и людей с лишним весом обусловлен воздействием принципиально отличающихся друг от друга факторов [29]. По мнению автора, индивиды с нормальным весом используют внутреннее ощущение голода и сытости для того, чтобы принять решение о необходимости приёма пищи, тогда как индивиды с лишним весом принимают решение о принятии пищи, руководствуясь внешней информацией, такой, например, как время, в которое пища должна приниматься, наличие доступной еды в определённом месте и в определённое время и т.д. Хотя эта теория интуитивно понятна, далеко не все учёные её безоговорочно поддержали, и её основные предпосылки часто подвергались сомнению [27]. Ряд исследователей оспаривают утверждение о том, что чрезмерная опора на внешние сигналы, свойственная людям, страдающим ожирением, обязательно указывает на то, что внутренние сигналы, получаемые ими от организма, ослаблены [20]. Было также доказано, что люди, не страдающие от ожирения, используют внутренние сигналы для регулирования своего питания в той же мере, что и люди с лишним весом, и что на них также влияют внешние сигналы [20].

Хотя эта гипотеза и была оспорена, от нее не отказались вовсе; напротив, в последнее время она получила дальнейшее развитие. Например, К. Херман и Дж. Поливи [20] утверждают, что некоторые типы внешних сигналов (например, размер порций), которые авторы называют нормативными сигналами, влияют на всех, в то время как другие сигналы (например вкусовые качества), называемые сенсорными сигналами, сильнее влияют на процесс питания полных и сидящих на диете людей. Таким образом, теория С. Шактера все еще присутствует в академическом дискурсе, когда рассматриваются причины лишнего веса и ожирения.

Различия в том, как люди реагируют на эмоциональные переживания, являются еще одним фактором, который, как считается, играет роль в развитии ожирения. Согласно психосоматической гипотезе [22], полные люди едят больше меры, чтобы справиться с эмоциональным расстройством. Считается, что люди, страдающие от ожирения, ощущают, что еда уменьшает чувство тревоги и, как результат, переедают, чтобы успокоить себя. Е.И. Гетманчук, например, выделяет четыре стадии этого процесса. На первой стадии развиваются первичные тревожно-депрессивные расстройства вследствие психотравмирующих факторов. На второй стадии индивид стремится компенсировать воздействие этих факторов посредством переедания. На третьей стадии формируются вторичные тревожно-депрессивные расстройства, которые рассматриваются уже как реакция индивида на увеличение массы собственного тела. Последняя стадия характеризуется усилением беспокойства по поводу избыточного потребления пищи и

утратой компенсирующей способности переедания [2]. Это приводит к непрерывному циклу, в котором переедание, направленное на устранение или ослабление негативных ощущений, фактически способствует усугублению психологических проблем [22]. Х. Брух, объединяя две рассмотренные ранее группы теорий, предположил, что индивиды с лишним весом встречают трудности при интерпретации внутренних сигналов организма, касающихся потребности в еде, и именно поэтому воспринимают различные эмоциональные состояния как голод [10].

Хотя и эти теории были приняты далеко не всеми исследователями [16], приём пищи как реакция на эмоциональный опыт по-прежнему рассматривается как важный фактор переедания и ожирения [11]. Исследования показывают, что некоторые люди, причём не только страдающие ожирением, проявляют склонность к перееданию при наличии сильных эмоций, особенно негативных [31]. Хотя существует множество исследований по этой теме, до сих пор не до конца ясно, чем обусловлено такое поведение. Специалисты не смогли продемонстрировать, что эмоциональное питание ослабляет негативное воздействие эмоций, в частности тревоги [19]. Однако недавние исследования показали, что употребление вкусной пищи всё же улучшает настроение у некоторых групп людей [25].

Третий индивидуальный фактор, который, как считается, способствует перееданию, когнитивный контроль, был рассмотрен К. Херманом и Д. Маком [18]. Исследователи описали явление, которое было названо ими «эффектом растормаживания» и представляло собой реакцию людей, которым свойственно переедание, на предполагаемое нарушение диеты. Это явление считается когнитивным (а не физиологическим), потому что важно не то, действительно ли индивиды нарушали свои диеты, а то, думают ли они, что они это сделали. Исследования, подтверждающие наличие воздействия этого эффекта на переедание, показывают, что индивиды будут переедать, если они считают, что нарушили свою диету, даже если в действительности этого не произошло, но при этом они не будут переедать после фактического нарушения диеты, если внушат себе, что еда, которую они употребили, фактически не нарушает их диетических предписаний [26].

Самоограничение индивида в действительности функционирует как форма самоконтроля и поэтому подвержено воздействию широкого спектра факторов, которые способствуют сбоям в регулировании собственного поведения. Было показано, что многие факторы, такие как чувство незащищённости [17] и стресс [16], приводят к перееданию среди некоторых групп индивидов, в частности тех, кто стремится тщательно контролировать процесс принятия пищи. Хотя степень контроля за собственным поведением оказалась надёжным индикатором переедания и привлекла к себе внимание

значительного количество исследователей, всё ещё ведутся споры о том, как её лучше концептуализировать и измерять [28].

Помимо индивидуальных переменных, способствующих перееданию и развитию ожирения, психологи также уделяют особое внимание внешним причинам, включая семейные и социальные конфликты, что особенно важно в контексте нашего исследования.

Поскольку дети с ожирением, скорее всего, в будущем также будут иметь проблемы с лишним весом [12], факторы, связанные с развитием детского ожирения, включая психологический климат в семье, находятся в центре внимания многих исследований. Родители прямо или косвенно влияют на питание своих детей. Показано, что влияние родителей, будь то моделирование пищевого поведения, непосредственное управление пищевым поведением своих детей или родительская оценка веса и формы ребенка, способствует формированию у детей определённых стилей питания [13].

Как уже упоминалось выше, в ряде теорий ожирение рассматривается как результат сбоя в работе механизмов контроля личности. Эти теории применяются также и в контексте анализа влияния семейных отношений на развитие лишнего веса и ожирения у детей. Здесь речь идет как о контроле на поведенческом уровне (поведение, питание), так и контроле на уровне психическом, т. е., на уровне представлений и мыслей, связанных с едой. Главную роль в приобретении, культивировании или прекращения поведения, связанного с потреблением пищи, играют мышление, убеждения и представления. Проблема контроля появляется в работах многих психологов [4, 7, 8]. У многих людей с избыточной массой тела отмечается превалирование внешнего чувства контроля, а также отсутствие возможности его осуществлять. Способность к контролю формируется в процессе развития, и ее отсутствие может быть обусловлено спецификой отношений в семье. Чрезмерный родительский контроль подавляет способность ребенка к самоконтролю [3].

Некоторые психологи утверждают, что нарушение баланса между самоконтролем ребенка и внешним контролем, т.е. контролем родителей, являются типичным для детей, страдающих ожирением. В частности, изучалась взаимосвязь между состоянием контроля у десятилетних детей и их пищевым поведением, наблюдаемом уже в возрасте 30 лет. Результаты исследований показали, что мужчины и женщины с более выраженным самоконтролем в детстве имели меньший риск развития избыточного веса и ожирения в зрелости [14]. Таким образом, естественные механизмы контроля ребенка нарушаются поведением родителя, который пытается заставить его принимать пищу, потому что он якобы лучше знает, что ребенок должен есть много. В результате такого поведения родителей ребенок демонстрирует пассивную позицию и не заинтересован в принятии активных действий в направлении поддержания нормального веса. Родители часто не

понимают закономерности развития своего ребенка. В течение первого года жизни его вес должен утроиться, после чего увеличение веса на некоторое время прекращается. Падающий в этом возрасте аппетит ребенка является нормальным признаком падения темпов развития. Если мать, не понимая закономерностей развития ребенка, заставляет его больше есть, пища становится внешним регулятором сытости. Фиксация таких привычек приводит к серьезному расстройству ребенка в понимании сигналов, отправляемых его организмом.

Множество терапевтических программ ожирения подчеркивает значимую роль действий, направленных на восстановление внутреннего чувства контроля у ребенка как одного из условий успеха терапии. Цель такой терапии – научиться заново распознавать сигналы, посылаемые организмом. С приобретением власти над собой растет мотивация и самооценка ребенка. Это подтверждают исследования Х. Бруха, заметившего, что родители детей, страдающих от анорексии и ожирения, часто показывают чрезмерную заботу или склонность к доминированию, в результате чего ребенок не имеет возможности самостоятельно регулировать количество съедаемой пищи [10].

В рамках психоаналитического подхода ожирение не рассматривается как отдельное расстройство, вместо этого предлагается считать его как неспецифический симптом, или как защитную реакцию. Ожирение может быть проявлением сбоя в работе защитных механизмов эго или следствием возникновения патологической оборонительной реакции. Психоаналитики обращают внимание на специфику отношений в семье детей, страдающих от ожирения, которое трактуется ими как результат отношений родитель-родитель и родители-ребенок [9]. В соответствии с этим взглядом, еда может компенсировать то, что пережил ребенок, его проблемы и неудачи в ситуации эмоционального дискомфорта (например, в ситуации, когда он чувствует себя недостаточно любимым родителями). Поведение родителя при этом может также выполнять компенсационную функцию. Родитель кормит ребенка, потому что не в состоянии удовлетворить другие его потребности и предоставляя ему пищу, уменьшает собственное чувство вины. С другой стороны, ожирение ребенка может быть сопряжено с чувством стыда и родительского отчаяния и рассматриваться как видимый признак небрежности и недостаточной вовлеченности родителя в отношения с ребенком.

В исследовании, опубликованном в журнале *Preventive Medicine* [21], были рассмотрены три типа семейного стресса с целью понимания того, какие из них – при длительном воздействии на психику ребёнка – связаны с избыточным весом или ожирением в возрасте 18 лет. Они включали распад семьи и другие конфликты — такие события, как развод или повторный брак матери, отправление родителя в тюрьму, смерть член семьи,

насилие над ребенком, финансовое напряжение, характеризуемое жизнью за чертой бедности или длительным периодом безработицы матери; плохое здоровье матери, которое включало также проблемы матери с алкоголизмом, употребление ей наркотиков и наличие у неё депрессии.

Анализируя данные лонгитюдного исследования почти 4800 подростков, учёные обнаружили, что девочки, которые неоднократно сталкивались с распадом семьи, внутрисемейными конфликтами или финансовыми трудностями между их рождением и 15-летним возрастом, с большей вероятностью имели избыточный вес или ожирение в возрасте 18 лет. Для мальчиков с избыточным весом или ожирением в 18 лет связано также плохое состояние здоровья матери.

Полученные результаты согласуются с результатами предыдущих исследований, показывающих, что нестабильность семьи и экономические трудности подвергают детей большему риску ожирения в молодом возрасте.

Так, предварительные данные свидетельствуют о том, что хронический уровень психологического стресса в семье связан с ожирением у детей [23]. Психологический стресс, возникающий в детстве, может привести к развитию эмоционального стиля питания. Недавнее исследование, проведенное Э. Гринфилдом и Н. Марксом [15], показало, что люди, которые сообщили о физическом и психологическом насилии со стороны своих родителей в детском возрасте, имели в будущем больший риск ожирения, чем те, кто не испытывал такого насилия. Кроме того, связь между имевшими место в прошлом случаями физического и психологического насилия и ожирения частично опосредовалась использованием продуктов питания в качестве ответной реакции на стресс. Уровень стресса в семье, как и влияние родителей на питание, по-видимому, способствует ожирению, формируя индивидуальное поведение, связанное с перееданием.

Исследователи М.П. Билецкая и Д.С. Полумеева выявили наиболее распространённые типы семейных конфликтов, с которыми сталкивались испытуемые, страдающие ожирением (в эксперименте принимали участие только девушки). Так, было выявлено наличие неадаптивных семейных копинг-стратегий, нарушение процессов общения на вербальном и невербальном уровнях и диффузность границ семейных подсистем в семьях испытуемых. Как пишут исследователи, «психодиагностический метод выявил дисфункциональный тип семейного воспитания по типу «потворствующая гиперпротекция» у матерей и неустойчивый, колеблющийся между потворствующей и доминирующей гиперпротекцией, стиль семейного воспитания у отцов больных девушек, которые подтверждаются отношением больных девушек к воспитательной практике родителей. У матерей больных девушек выявлены такие установки, как чрезмерное

вмешательство в мир ребёнка, а также излишняя концентрация на ребёнке, что проявляется в опасении обидеть и чрезмерном стремлении создания безопасности» [1, с. 1094].

Таким образом, обзор литературы показывает, что рассмотрение внутрисемейных конфликтов в качестве фактора риска развития лишнего веса и ожирения достаточно обосновано, поскольку, хотя всецело механизмы воздействия этого фактора не изучены, это положение вполне вписывается в современные представления о психологических предпосылках развития ожирения, связанных, с одной стороны, с потребностью индивида противодействовать негативным эмоциям, которые он испытывает, с другой стороны, с излишним внешним контролем его поведения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Билецкая М.П., Полумеева Д.С. Особенности функционирования семейной системы в семьях девушек с алиментарным ожирением // Сборник тезисов «Психологические проблемы современной семьи». Секция 9. Теория и практика семейной психотерапии и консультирования. – 2015. – С. 1082-1095.
2. Гетманчук Е.И. Клинико-психопатологическая и медико-психологическая характеристика больных с психогенной гиперфагией // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 3. – № 70. – С. 19–25.
3. Емелин К.Э. Расстройства пищевого поведения, приводящие к избыточному весу и ожирению: классификация и дифференциальная диагностика // РМЖ. – 2015. – №. – С. 12.
4. Еричев А.Н., Бобровский А.В., Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия избыточной массы тела: учебное пособие. – СПб: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2011. – 362 с.
5. Малкина-Пых И.Г. Перфекционизм и удовлетворенность образом тела в структуре личности пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением // Экология человека. – 2010. – № 1. – С. 25–32.
6. Никишова Т.В. Немедикаментозные методы лечения ожирения: рефлексотерапия в коррекции метаболических нарушений и пищевого поведения: монография. – Казань: ИД «МеДДоК», 2017. – 104 с.
7. Самсонова Г.О., Языкова Т.А., Агасаров Л.Г. Психологические аспекты алиментарного ожирения (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – № 3. – С. 133-139.



8. Сидоров А.В. Типология психологических особенностей пациентов с алиментарным ожирением // Психологические исследования. – 2012. – № 1(21). – С. 10.
9. Хадарцев А.А., Морозов В.Н., Хрупачев А.Г., Карасева Ю.В., Морозова В.И. Депрессия антистрессовых механизмов как основа развития патологического процесса // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 4 (часть 2). – С. 371–375.
10. Bruch H. The Transformation of Oral Impulses in Eating Disorders: A Conceptual Approach // Psychiatric Quarterly. – 1961. – № 35. – P. 458–481.
11. Canetti L., Bachar E., Berry E. M. Food and Emotion // Behavioural Processes. – 2002. – № 60. P. 157 – 164.
12. Epstein L.H., Wing R. R., Valoski A. Childhood Obesity // Pediatric Clinics of North America. – 1985. – № 32(2). – P. 363-379.
13. Francis L.A., Birch L.L. Maternal Influences on Daughters: Restrained Eating Behavior // Health Psychology. – 2005. – № 24. P. 548–554.
14. Gale C. R., Batty G.D., Deary I.J. Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: the 1970 British Cohort Study // Psychosomatic Medicine. – 2013. – № 70. – P. 397-403.
15. Greenfield E.A., Marks N. F. Violence from Parents in Childhood and Obesity in Adulthood: Using Food in Response to Stress as a Mediator of Risk // Social Science and Medicine. – 2009. – № 68. – P. 791–798.
16. Greeno C.G., Wing R. R. Stress-induced Eating // Psychological Bulletin. – 1994. – № 115. – P. 444 – 464.
17. Heatherton T.F., Herman C. P., Polivy J. Effects of Physical Threat and Ego Threat on Eating Behavior // Journal of Personality and Social Psychology. – 1991. – № 60. P. 138–143.
18. Herman C. P., Mack D. Restrained and Unrestrained Eating // Journal of Personality. – 1975. – № 43(4). – P. 647–660.
19. Herman C.P., Polivy J. Anxiety, Restraint, and Eating Behavior // Journal of Abnormal Psychology. – 1975. – № 84. – P. 666–672.
20. Herman C. P., Polivy J. External Cues in the Control of Food Intake in Humans: The Sensory-Normative Distinction // Physiology and Behavior. – 2008. – № 94. – P. 722–728.
21. Hernandez D.C., Pressler E. Gender disparities among the association between cumulative family-level stress & adolescent weight status // Preventive Medicine. – 2015. – № 73. – P. 60-66.
22. Kaplan H.I., Kaplan H. S. The Psychosomatic Concept of Obesity // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1957. – № 125. – P. 181 – 201.

23. Koch F.S., Sepa A., Ludvigsson J. Psychological Stress and Obesity // *The Journal of Pediatrics*. – 2008. – № 153. P. 839–844.
24. Kolata G. *Rethinking Thin*. – New York: Farrar Straus and Giroux, 2007.
25. Macht M., Mueller J. Immediate Effects of Chocolate on Experimentally Induced Mood States // *Appetite*. – 2007. – № 49. – P. 667–674.
26. Polivy J., Herman C.P. Dieting and Binging: A Causal Analysis // *American Psychologist*. – 1985. – № 40. – P. 193–201.
27. Rodin J. Current Status of the Internal-External Hypothesis for Obesity: What Went Wrong? // *American Psychologist*. – 1981. – № 36. – P. 361–372.
28. Ruderman A.J. Dietary Restraint: A Theoretical and Empirical Review // *Psychological Bulletin*. – 1986. – № 99. – P.247–262.
29. Schacter S. Obesity and Eating // *Science*. – 1968. – № 16 – P. 75 –756.
30. Stunkard A.J., Wadden T.A. Psychological Aspects of Severe Obesity // *American Journal of Clinical Nutrition*. – 1992. – № 55. P. 524 – 532.
31. Van Strien T., Ouwens M.A. Counterregulation in Female Obese Eaters: Schacter, Goldman and Gordons (1968) Test of Psychosomatic Theory Revisited // *Eating Behaviors*. – 2003. – № 3. – P. 329-340.
32. Wang Y., Beydoun M. A. The obesity epidemic in the United States – gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics; a systematic review and meta-regression analysis // *Epidemiological Review*. – 2007. – №29. –P. 6-28.
33. Withrow D., Alter, D.A. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity // *Obesity Reviews*. – 2011. – № 12. – P. 131-141.