

**ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОСТИ  
БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ  
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

**Ю.Ю. Худякова**

*Республиканская клиническая психиатрическая больница, Ижевск*

Современные клинико-психологические исследования пограничных психических расстройств фокусируются на различных проявлениях дезадаптации личности [6; 7; 10; 11]. В то же время, несмотря на существование большого количества научных работ, проблема взаимосвязи особенностей агрессивности с психической патологией сохраняет свою актуальность как в теоретическом, так и в практическом аспекте.

Проблему агрессии, агрессивности нельзя назвать достаточно изученной. В психологии до сих пор нет единства в отношении определения самих понятий "агрессивность" и "агрессия", не существует единого представления о психической реальности, однозначно соотносимой с понятием агрессии [1; 3; 12]. Существует несколько разнонаправленных подходов, каждый из которых дает свое видение сущности и истоков агрессии: агрессия как проявление побуждения (в рамках адаптивного подхода агрессия рассматривается как инструмент для достижения поставленной цели, необходимый в условиях адаптации к внешнему миру); агрессия как приобретенное социальное поведение (в бихевиоризме агрессия рассматривается как приобретенная в процессе научения модель социального поведения, как поведение, нацеленное на причинение вреда); агрессия как инстинктивное поведение (агрессия берет начало из врожденного инстинкта борьбы за выживание, является средством, с помощью которого индивиды пытаются получить свою долю ресурсов); существуют генетические (агрессивное поведение обусловлено преимущественно индивидуально-генетической предрасположенностью), психодинамические модели агрессии (в данном направлении агрессия рассматривается в контексте метапсихоло-

гических подходов: как проявление влечения к смерти, как особенность прегенитальных сексуальных проявлений, как структурная личностная составляющая).

Г. Аммон рассматривает агрессию как центральную Я-функцию, как степень активности отношения индивида к окружающему миру, как уровень целенаправленности и целесообразности душевной деятельности, агрессия обеспечивает способность к контактам, формированию и удержанию целей, представляет собой общий потенциал активности, которым располагает личность для решения задач адаптации и поддержания идентичности [8; 12].

Психодинамику психических заболеваний Г. Аммон рассматривает как проявление и результат нарушения в развитии функций Я [3; 12]. Функции Я в своем развитии зависят от структуры отношений, прежде всего в первичной группе, особенно в рамках раннего симбиоза матери и ребенка. Нарушения межличностного процесса в симбиозе приводят к структурному дефициту Я, к патологической деформации первоначально конструктивной агрессии, либо к недоразвитию Я-функции агрессии, в связи с чем Г. Аммон выделяет конструктивный, деструктивный и дефицитарный варианты проявления агрессивных побуждений. Агрессия может терять свое приспособительное значение, становясь дезинтегрирующим и дезрегулирующим фактором [12].

Конструктивная агрессия понимается как активный, деятельный подход к жизни, любознательность, возможность устанавливать продуктивные межличностные контакты и поддерживать их, несмотря на возможные противоречия, способность формировать свои собственные жизненные цели и задачи и реализовывать их, иметь и отстаивать свои идеи, мнения, точки зрения, вступать в конструктивные дискуссии, наличие развитой эмпатической способности, широкого круга интересов. Конструктивная агрессия связана с возможностью открыто проявлять свои эмоциональные переживания.

Деструктивная агрессия направлена против себя (своих целей, планов и т.д.) или окружающего, проявляется фактической ситуационной неадекватностью агрессии, склонностью к разрушению контактов и отношений, склонностью к обесцениванию

(эмоциональному и мыслительному) других людей и межличностных отношений, суицидальными тенденциями, социальной запущенностью, тенденциями к самоповреждению.

Дефицитарная агрессия проявляется в неспособности к установлению межличностных контактов, в снижении предметной активности, в сужении круга интересов, в избегании каких-либо конфронтаций, конфликтов, дискуссий и ситуаций соперничества, в склонности жертвовать собственными интересами, целями и планами, в неспособности брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения, затруднением возможности открыто проявлять свои эмоции, чувства и переживания.

Рассмотрим психологические особенности больных нервной анорексией. Выделяют следующие черты характера больных нервной анорексией: перфекционизм, упрямство, чрезмерная совестливость, чистоплотность, чувствительность, чрезмерная амбициозность [2].

К эмоциональным факторам, играющим особую роль в возникновении нервной анорексии, относят бессознательные агрессивные импульсы к обладанию. Эти импульсы, если они подавляются совестью, могут вести к расстройствам приема пищи [2].

По мнению Ф. Александра, у больных нервной анорексией присутствует фиксация на оральной ступени организации либидо, согласно К. Абрахаму – на орально-садистической (каннибалистической). Данная ступень сексуальной организации характеризуется появлением садизма, самой примитивной формой которого является удовольствие от кусания. На данной стадии отношения характеризуются дуальностью ("хорошо – плохо"), амбивалентностью, сосуществованием либидинозных и деструктивных тенденций, тотальным присоединением объекта (в результате чего вся агрессивная активность любого рода может чувствоваться как вбирание и переваривание ситуации) [2]. Отмечается невозможность символического выражения собственных переживаний [2; 3; 4].

Согласно психоаналитической теории объектных отношений М. Кляйн, у больных нервной анорексией присутствует фиксация на параноидно-шизоидной позиции [4]. Параноидно-шизоидная позиция позволяет описывать расщепление "Я". М. Кляйн рассматривает проблему содержания тревоги, которая

рассматривается в концепции внутренних и внешних объектов. Содержание тревоги на параноидно-шизоидной позиции – опасность уничтожения "Я", тревога по поводу сохранения "Я". Тревога связана с переживанием преследования со стороны неких враждебных сил, грозящих "Я" уничтожением". Предполагается, что у больных нервной анорексией происходит интроекция расщепленного объекта, его "плохой" части, от которой больной стремится избавиться, в том числе, путем ограничения приема пищи.

В связи с вышеизложенным, к психологическим особенностям больных нервной анорексией относят: склонность к перепадам настроения, дуальность отношений ("агрессия – самопожертвование", "жадность – ограничение", "хорошо – плохо", "правда – зло", "святость – грех"), инфантильные сексуальные теории, склонность оценивать сексуальность с позиции ненависти и отвращения, черты зависимости, неспособность психологически отделять свою личность от материнской, борьбу за установление симбиотического единства с матерью при амбивалентном отношении к ней. Оральное садистическое и каннибалистическое содержание фантазий при жестоком Сверх-Я приводят к чувству вины, сдерживанию агрессивности, конфликту между активностью и пассивностью [2, 5, 9, 13, 14].

Особенности проявления агрессивности больных нервной анорексией может проиллюстрировать следующий пример.

Больная А., 24 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Росла в неполной семье (без отца). Беременность у матери протекала без осложнений. Пациентка развивалась по возрасту. Посещала ДДУ, в детском коллективе адаптировалась хорошо. В школу пошла с 7 лет. Окончила 11 классов, училась хорошо. Получила среднеспециальное образование, в настоящее время работает. Проживает с матерью ("отношения с мамой хорошие, не конфликтую").

Признаки психического расстройства обнаруживает с двадцатилетнего возраста, когда стала высказывать недовольство своей внешностью, считала себя "толстой". Начала соблюдать строгую диету с ограничением углеводов, отказывалась от еды, тщательно изучала состав продуктов, употребляла только молочную продукцию, фрукты, овощи. Два года назад весила 50 кг, год назад – 45 кг, за последние 6 месяцев похудела на 12 кг. Максимальное снижение веса в настоящий момент – 33 кг при росте 164 см. Чтобы снизить вес, пациентка также

очень много времени проводит на улице, гуляя по городу по 8-10 часов в день. С апреля 2013 года начала ощущать слабость, головокружение в душном помещении, непереносимость жары. Единожды теряла сознание. Со слов матери, стала замкнутой, много времени проводит за компьютером. Периодически отмечались перепады в настроении в сторону его снижения. Пациентка была раздражительной. Тогда же у нее появился страх перед едой: "Немного поем – сразу думаю, что сильно поправлюсь, начинало тошнить". Обратилась в психиатрическую больницу.

Психический статус при поступлении в психиатрическую больницу. Сознание ясное. Ориентация не нарушена. Внешний вид соответствует возрасту. В поведении упорядочена. Охотно рассказывает о себе. Речь тихая. Жалобы на переменчивое настроение. Говорит, что "есть хочется, но не могу, сама себя торможу". Обманов восприятия, бреда нет. Настроение ровное. Эмоции лабильные. *Диагноз:* нервная анорексия, стадия кахексии, дефицит массы тела.

По результатам экспериментально-психологического исследования определяется сохранность когнитивной сферы. Социально-психологический срез личности свидетельствует о близости личности к типу тормозимых (сенситивно-шизоидный, по данным ИТО) с интровертированной направленностью личности, повышенной сенситивностью, чувствительностью к внешним воздействиям, тревожностью, пассивностью, повышенной конформностью, чертами зависимости, низкой общительностью, низкой социальной спонтанностью и непосредственностью поведения. Степень выраженности имеет избыточные тестовые результаты, преимущественно по показателю интроверсии, свидетельствующие о заострении характерологических особенностей до уровня затруднений социальной адаптации.

Пациентка характеризует себя терпеливой, спокойной, усидчивой, сдержанной, необщительной, неэмоциональной. Отмечает: "Больше в себе все держу, эмоции в себе переживаю, вовне не проявляю". В качестве психологических проблем можно выделить проблему контроля ("Во время еды боюсь, что не смогу остановиться. Боюсь контроль над собой потерять. Все пытаюсь контролировать, не могу расслабиться. Все сама должна сделать, проверить"), проблему зависимости от матери ("Сама жить не смогу").

Рассмотрим особенности агрессивности испытуемой на различных уровнях организации индивидуальности.

Для оценки агрессивности на конституциональном уровне организации индивидуальности была использована методика Мура-у-Lopez – миокинетический психодиагноз (МКП, субтест

"линеограмма"). Были выявлены положительный показатель неконтролируемой и отрицательный показатель контролируемой составляющих агрессивности. Определяется стремление к контролю над агрессивностью.

На социально-психологическом уровне организации индивидуальности преимущественными формами проявления агрессии является косвенная агрессия, чувство вины, обида (по результатам опросника Баса-Дарки). Для исследования инструментальной агрессии был использован проективный Hand-тест. Выявилась низкая инструментальная агрессивность, низкая склонность к открытому агрессивному поведению, повышенная напряженность в широком диапазоне ситуаций, повышенная пассивность, высокие тестовые результаты по показателю "страх", что отражает страх перед ответной агрессией со стороны других людей. Повышен показатель личностной дезадаптации.

Мотивационный уровень организации индивидуальности исследовался с помощью методики оценки мотивационных склонностей Л. Сонди. Сексуальное влечение характеризуется пассивностью, покорностью, жертвованием собой. Наблюдается переполненность аффектами, напряжение, вызванное подавлением грубых аффектов и побуждений. Отмечается слабость Я, одержимость идеями. Сфера контактов характеризуется тенденцией к прилипанию, к застреванию на том, что есть, невозможностью измениться, упрямством, неспособностью перестроиться на другой тип деятельности, инфантилизмом в сфере межличностных контактов.

Психодинамический профиль по тесту Г. Аммона. Определяется Я-функция нарциссизма в деструктивной форме, которая формируется в процессе деформированных симбиотических отношений, которые приводят к тому, что развитие автономной интерпретации действительности индивидом бессознательно приводит к угрозе быть покинутым матерью, что в силу жизненно обусловленной зависимости ребенка от матери становится для него экзистенциальной угрозой. Вследствие этого имеют место затруднения в формировании собственных границ индивида, выделении себя из первичной группы. Отмечается недостаточность способности испытуемой формировать целостное

отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, своих способностях и возможностях, реалистично оценивать себя. На поведенческом уровне отмечается неадекватная оценка себя, своих действий, способностей и возможностей, выраженная противоречивость самооценки, несогласованность отдельных ее компонентов, нестабильность отношения к себе, искаженное восприятие других, чрезмерная настороженность, закрытость в общении, сдержанность, нетерпимость к критике, низкая толерантность к фрустрациям, обидчивость, боязнь близких, доверительных отношений и неспособность устанавливать их, склонность к построению аутистического мира, отгораживающего от реальных интерперсональных взаимодействий.

Вследствие утрачивания стремления к автономизации, выходу из симбиоза и построению своей собственной идентичности имеет место недоразвитие Я-функции агрессии, т.е. неиспользованность изначально заданной конструктивной предрасположенности к активному, игровому манипулированию предметным миром. В поведении это проявляется в неспособности к установлению межличностных контактов, в снижении предметной активности, в сужении круга интересов, в избегании каких-либо конфронтаций, конфликтов, дискуссий и ситуаций соперничества, в склонности жертвовать собственными интересами, целями и планами, а также в неспособности брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения, в затруднении возможности открыто проявлять свои эмоции, чувства, переживания, предпочтения, пассивной жизненной позицией, уступчивостью, зависимостью в межличностных отношениях.

Отмечается функциональная недостаточность внешней границы Я, ее сверхпроницаемость, что отражает нарушение процесса регуляции отношений личности с внешней реальностью. В поведении неразвитость внешней границы проявляется склонностью к гиперадаптации к внешней среде, неспособностью устанавливать и контролировать межличностную дистанцию, чрезмерной зависимостью от требований, установок и норм окружающих, отсутствием возможности в достаточной степени рефлексировать, отслеживать и отстаивать собственные интересы, потребности.

Отмечается неспособность дифференцированно относиться к различным опасностям и собственному опыту переживания угрожающих ситуаций (низкие показатели по шкале "тревога").

Таким образом,

- проблема контроля при нервной анорексии, вероятно, связана с контролем над агрессивными импульсами;
- имеет место недоразвитие Я-функции агрессии, преобладание дефицитарной агрессии;
- на социально-психологическом уровне организации индивидуальности агрессивные импульсы подавляются, переживаются в виде повышенного напряжения, страха, проявляются в форме чувства вины.

Так как недоразвитие функции агрессивности связано с нарушением межличностных отношений в симбиозе в довербальный период (архаические заболевания Я), то психотерапия нервной анорексии, основанная только лишь на вербальном обмене, приносит незначительные результаты [2; 9].

Агрессивность является инструментом для регуляции объектных отношений [2]. Нарушение пищевого поведения является механизмом защиты, который необходим больному для поддержания своей идентичности, способности выполнения функций Я, компенсирует дезинтеграцию Я. Следует проводить аналитическую обработку коммуникативного поведения. Рекомендована аналитическая групповая психотерапия, где происходит не анализ симптома, а восполняющее развитие идентичности, вследствие чего становятся возможными конструктивные отношения, и симптом теряет свою функцию. Группа выполняет поддерживающую функцию, удовлетворяет потребность в опробовании и развертывании функций Я, представляет восполняющее развитие Я, ведущее к обретению собственной идентичности. При групповой психотерапии возможно наблюдать, какая динамика определяет симптомы, на какое поведение в группе пациент реагирует, какую позицию пациент занимает в группе, какие способы взаимодействия использует.

В групповой и индивидуальной форме возможно использование поведенческих и когнитивных методов психотерапии с целью воздействия на основные компоненты системы отношений личности. Мишени воздействия могут быть следующими:



- в поведенческой сфере: эгоцентризм, избегание решения проблем, нестабильность отношений с окружающими, преимущественно однотипный способ реагирования на фрустрацию и трудности, неуверенность в себе, высокий уровень претензий при отсутствии критической оценки своих возможностей, неспособность устанавливать и контролировать межличностную дистанцию, чрезмерная зависимость от требований, установок и норм окружающих, отсутствие возможности в достаточной степени рефлексировать, отслеживать и отстаивать собственные интересы, потребности;
- в аффективной сфере: низкая фрустрационная толерантность и быстрое возникновение тревоги и депрессии, сниженная или нестабильная самооценка, низкая спонтанность эмоциональных проявлений;
- наличие когнитивных искажений, усиливающих дисгармонию личности ("аффективная логика"): "селективная выборка", "сверхраспространенность", "абсолютное мышление", "персонализация".

#### Литература

1. *Абрахам К.* Характер и развитие / пер. с нем. под науч. ред. С.Ф. Сироткина. Ижевск: ERGO, 2007. 180 с.
2. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина: принципы и применение. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. 336 с.
3. *Аммон Г.* Динамическая психиатрия. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 1995. 200 с.
4. *Кляйн М.* Вклад в психогенез маниакально-депрессивных состояний // М. Кляйн. Психоаналитические труды: BVIM / пер. с англ. и нем. под науч. ред. С.Ф. Сироткина и М.Л. Мельниковой. Ижевск: ERGO, 2007. С. 139-177.
5. *Минухин С., Фишман Ч.* Техники семейной терапии. М., 1998.
6. *Николаев Е.Л.* Современные направления исследования пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 8-49.
7. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В.* Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чуваш. ун-та. 2010. № 4. С. 164-170.

8. *Очерки динамической психиатрии: транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.*
9. *Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Ин-т психотерапии. М., 2005. 496 с.*
10. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костром. гос. ун-та имени Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328-332.*
11. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 1. С. 281-288.*
12. *Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 1998. 70 с.*
13. *Meyer C., Weinroth L. Observations on psychological aspects of anorexia nervosa: report of a case. Psychosom Med. 1957. N 19. P. 389-398.*
14. *Wandereycken W., Meereman R. Anorexia nervosa. Berlin, 1984.*