

МОДЕЛИ СПОРТИВНОЙ АДДИКЦИИ

А.Ю. ЕГОРОВ^{1,2,3}, А. САБО^{4,5}, О.В. ФЕЛЬСЕНДОРФФ¹

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

³ Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова, Санкт-Петербург

⁴ Институт охраны здоровья и спортивных наук, Университет Этвоша Лорана, Будапешт, Венгрия

⁵ Институт психологии, Университет Этвоша Лорана, Будапешт, Венгрия

Спортивная аддикция представляет собой уникальную форму аддикции, которая, в отличие от других поведенческих зависимостей, требует физических усилий и осуществляется с большими затратами энергии. Причиной противоречивых литературных данных относительно распространенности спортивной аддикции может являться отсутствие полных концептуальных моделей заболевания. Текущие объяснения спортивной аддикции предполагают, что данное расстройство является переходом от здоровых спортивных привычек к нездоровым формам поведения. Предложенная новая модель предполагает наличие гипотетического «черного ящика», содержащего уникальные для индивидов предпосылки и особенности. Субъективные аспекты «черного ящика» взаимодействуют со стрессовыми событиями в жизни человека, которые заставляют его защищаться. Переход к спортивным упражнениям зависит от личностных (субъективных) и ситуационных (объективных) факторов, но субъективные компоненты малодоступны для априорного научного исследования. С нашей точки зрения, только двойная интерактивная модель может объяснить тот факт, что зависимость от упражнений возникает внезапно и только у сравнительно небольшого числа лиц, находящихся в группе риска.

Ключевые слова: нехимические зависимости, злоупотребление физическими упражнениями, модели спортивной аддикции.

МЕСТО СПОРТИВНОЙ АДДИКЦИИ В КЛАССИФИКАЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ

В настоящее время в научной литературе известны три группы зависимостей (Короленько, Дмитриева, 2001; Егоров, 2007): 1) зависимости от психоактивных веществ, или химические; 2) поведенческие (нехимические или нефармакологические); 3) пищевые.

Нехимическими (поведенческими) называются аддикции, где объектом зависимости становится какая-либо форма влечения или поведенческий акт, а не психоактивное вещество. Исследователи, работающие над этой проблемой, уделяют все большее внимание группе поведенческих зависимостей. Категория «поведенческие зависимости» включена в новую классификацию DSM-5 Американской

психиатрической ассоциацией. Несмотря на многообразие форм нехимических зависимостей, классификация DSM-5 в указанную категорию включает только игровую зависимость.

Сегодня не вызывает сомнений, что люди могут быть зависимы от разных форм поведения. В дополнение к игровой зависимости, отмеченной в DSM-5 (Parke, Griffiths, 2004), в литературе все чаще встречаются новые формы аддиктивного поведения: трудоголизм (Scottl, Moore, Miceli, 1997): многие люди тратят все большее количество времени на работу; интернет-зависимость (Young, 1998): постоянно пребывают в режиме онлайн; шопоголизм (Krueger, 1988): излишнее увлечение шопингом; зависимость от просмотра телевизора (Kubey, Csikszentmihalyi, 2002); сексуальная зависимость (Carnes, 1983): злоупотребление порнографией

или сексуальной активностью; спортивная аддикция (Szabo, 2010): вовлекают себя в чрезмерную физическую активность; и даже танцевальная зависимость (Targhetta, Nalpas, Perney, 2013), прежде всего от танцев танго. Несмотря на то что сегодня относительно мало внимания уделяется пониманию и коррекции этих так называемых социально приемлемых зависимостей, их нельзя игнорировать. Как было замечено П. Мартином и Н. Петри (Martin, Petry, 2005), нехимические зависимости не только клинически похожи на химические, но и имеют общие нейробиологические механизмы. Таким образом, поведенческие зависимости, независимо от признания и/или согласия исследователей, входящих в группу разработчиков DSM-5, могут быть более распространены, чем предполагается, поскольку их трудно обнаружить из-за сходства с нормальным спектром ежедневной человеческой активности. При этом последствия нехимических зависимостей зачастую могут быть так же серьезны, как и последствия алкогольной или наркотической зависимостей (Там же). Большинство нефармакологических зависимостей возникают в семейном контексте, т.е. их появлению способствуют семейные проблемы (Yen et al., 2007). Исходя из этого, семейная терапия на сегодня является первым шагом в терапии различных форм нехимических зависимостей в индивидуальных (идеосинкретических) случаях, а не на уровне исследовательской группы.

Существует несколько новых попыток классификации поведенческих зависимостей. А.Ю. Егоров (2007) предложил рабочую классификацию для нехимических форм зависимостей. В этой классификации концепция позитивной аддикции В. Глассера (Glasser, 1976, 2012) была включена в контекст социально приемлемого человеческого поведения, которое при других условиях может сделать человека сильнее и счастливее. Однако такие дей-

ствия превращаются в негативные аддикции, когда начинают приносить вред как самому индивиду, так и его социальному окружению.

А.Ю. Егоров (2007) предложил рабочую классификацию нехимических форм аддиктивного поведения:

1. Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг).
2. Эротические аддикции:
 - 2.1. Любовная аддикция.
 - 2.2. Сексуальная аддикция.
 - 2.3. Любовно-сексуальная аддикция.
3. «Социально приемлемые» аддикции:
 - 3.1. Трудоголизм.
 - 3.2. Спортивные аддикции.
 - 3.3. Аддикция отношений.
 - 3.4. Аддикция к покупкам (компульсивный шоппинг).
 - 3.5. Аддикция к модификации собственного тела.
 - 3.6. Религиозная аддикция.
4. Технологические аддикции:
 - 4.1. Интернет-аддикция¹.
 - 4.2. Зависимость от видеоигр.
 - 4.3. Аддикция к мобильным телефонам.
 - 4.4. Другие технологические аддикции (телевизионная аддикция, тамагочи-аддикция и другие гаджет-аддикции).
5. Пищевые аддикции:
 - 5.1. Аддикция к перееданию (булимия).
 - 5.2. Аддикция к голоданию (анорексия).

В этом контексте физические упражнения можно рассматривать как то, что приносит пользу людям как физически, так и морально. Следовательно, их регулярное выполнение может быть полезным и даже терапевтическим. Недавно В. Глассер

¹ Интернет-аддикция включает: аддикцию к азартным играм в Интернете, игровую аддикцию в Интернете, сексуальную аддикцию в Интернете, эротическую аддикцию в Интернете, шопоголизм в Интернете, аддикцию отношений в Интернете и аддикцию к социальным сетям.

(Glasser, 2012) подчеркнул, что в некоторых случаях поведение, «направленное на самосовершенствование», такое как занятия спортом или медитация, может нести аддиктивный потенциал, однако эта форма аддикции делает человека сильнее и обеспечивает более счастливую и здоровую жизнь. Это мнение в сочетании с клинически диагностированными случаями обеспечивает парадоксальную роль для спортивной аддикции. Действительно, привычные или определенные формы упражнений могут оказывать терапевтическое влияние, тогда как потеря контроля над тренировочным процессом делает такое поведение патогенным. При таком аналитическом подходе современные модели спортивной аддикции должны пересматриваться. Так, в попытке разделить оценку риска и клинический диагноз зависимости от упражнений предлагается альтернативная единая модель для лучшего понимания парадокса физических упражнений, т.е. ситуации, когда здоровые занятия спортом приводят к развитию аддикции.

В последние десятилетия появилось немало публикаций, посвященных спортивной аддикции. Исследование привычки к чрезмерным тренировкам началось с работы, посвященной изучению влияния эффектов депривации тренировок на сон (Baekeland, 1970). Автор столкнулся с трудностями при наборе спортсменов, тренирующихся пять-шесть раз в неделю, которые были бы согласны прекратить тренировки на один месяц. Потенциальные участники отказались от участия в эксперименте, даже когда им было предложено денежное вознаграждение. Ф. Бэкленд смог найти спортсменов, тренирующихся только три-четыре раза в неделю. В течение месяца депривации тренировок участники заявляли о плохом психологическом самочувствии, которое выражалось в повышенной тревожности, частых ночных пробуждениях и сексуальном напряжении.

Концепция спортивной аддикции была впервые представлена М. Сашем и Д. Прагманом (Sachs, Pragman, 1984). Авторы использовали термин «аддикция к бегу» для описания источника синдрома отмены, заключавшегося в тревоге, напряжении, раздражительности, мышечных судорогах и т.д. во время периодов депривации бега. Между тем еще раньше В. Морган (Morgan, 1979) приводил примеры бегунов, продолжавших тренировки, несмотря на неблагоприятные ситуации (например, различные травмы), которые должны были бы привести к снижению или прекращению нагрузок. В последующих работах сообщалось о диагностике клинических случаев спортивной аддикции в разных видах спорта – борьбе, тяжелой атлетике и бодибилдинге (Griffiths, 1997; Hurst et al., 2000; Murphy, 1994). Эти клинические случаи характеризуются снижением контроля над спортивным поведением, которое выражается больше в необходимости занятий спортом, чем в удовольствии от них, а также имеет негативные физические или психосоциальные последствия для индивида. Симптомы включают все компоненты аддиктивных расстройств: «сверхценность», синдром отмены, изменение настроения, конфликт с окружающими и самим собой, толерантность и рецидив (Szabo, 2010). В свете этих характеристик патогенные тренировки могут быть отделены от других высокоинтенсивных тренировок, например атлетических. В последнем случае спортсмены контролируют свои тренировки, имеют их фиксированное расписание; кроме того, отсутствуют вредные или негативные последствия в результате таких интенсивных тренировок.

С целью избегания смыслового конфликта Де Коверли Вилл предложил различать первичную и вторичную спортивную аддикцию. Первичная спортивная аддикция развивается при отсутствии расстройств пищевого поведения, в то время как вторичная является следствием

таких пищевых расстройств, как нервная анорексия и булимия (De Coverley Veale, 1987). При этих расстройствах увеличение физических нагрузок является средством контроля калорийности и снижения веса, а не способом избегания психологических трудностей. Вторичная спортивная аддикция как симптом расстройств пищевого поведения проявляется в разной степени выраженности у людей, страдающих этими расстройствами. По оценкам исследователей, вторичная спортивная аддикция может встречаться примерно у одной трети людей, страдающих анорексией (Crisp et al., 1980). В данной статье рассматривается только первичная зависимость от упражнений.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СПОРТИВНОЙ АДДИКЦИИ

Массовый мониторинг спортивной аддикции обычно осуществляется с использованием психометрически валидизированных опросников. Среди них два инструмента похожи по чувствительности и надежности (Mónok et al., 2012). К ним относятся Шкала зависимости от упражнений (Exercise Dependence Scale – EDS, Hausenblas, Downs, 2002) и Шкала спортивной аддикции (Exercise Addiction Inventory – EAI, Terry, Szabo, Griffiths, 2004). К сожалению, эти шкалы не передают точной информации о фактической распространенности спортивной аддикции, так как они являются больше скрининговыми, чем диагностическими инструментами. В действительности оценки, основывающиеся на этих методиках, как отмечалось самими разработчиками исследовательских инструментов, могут интерпретироваться как симптомы спортивной аддикции или попадание в зону риска развития аддиктивного расстройства.

Часть исследований проводилась на доступных выборках студентов из высших учебных заведений. Х. Хаузенблас и С. Да-

унс (Hausenblas, Downs, 2002) отмечали, что из общего количества участников выборки от 3,4 до 13,4% студентов попадали в зону высокого риска по наличию спортивной аддикции. Более низкий показатель был подтвержден М. Гриффитсом, А. Сабо и А. Терри (Griffiths, Szabo, Terry, 2005), которые сообщали, что 3,0% студентов университетов могут быть в зоне риска по спортивной аддикции. Позже А. Сабо и М. Гриффитс (Szabo, Griffiths, 2007) подтвердили, что распространенность риска спортивной аддикции составляет 3,6% от общего числа тренирующихся. Вместе с тем результаты, полученные на магистрантах Британской школы спортивных наук, вдвое превышают эти показатели (6,9%). Следует отметить, что исследование Х. Хаузенблас и С. Даунс (Hausenblas, Downs, 2002) было проведено с использованием методики EDS, в то время как остальные два – с использованием методики EAI. Таким образом, результаты, полученные с помощью этих методик, являются сопоставимыми для американской и британской выборок. В недавнем венгерском популяционном исследовании с помощью методики EDS было показано, что в зону риска по аддикции попали 1,9% от общего числа занимающихся спортом и 0,3% от общего числа всей популяции. Однако методика EAI дала несколько более высокие результаты: 3,2% среди занимающихся спортом и 0,5% – в общей популяции (Mónok et al., 2012). Авторы объяснили это расхождение отсутствием единой точки отсчета для методики EAI. Несмотря на небольшое расхождение в методиках EAI и EDS, они были созданы для приблизительной оценки распространения спортивной аддикции среди приверженцев активных тренировок (Sussman, Lisha, Griffiths, 2011). Недавний анализ результатов всех доступных исследований, где были использованы разные инструменты для выявления риска спортивной аддикции, показал значительные различия в данных по ее распространенности: от 0,3 до 77% (Egorov, Szabo, 2013).

Во многих исследованиях подчеркивается, что реальные случаи спортивной аддикции встречаются весьма редко (Szabo, 2000; Veale, 1995), особенно по сравнению с другими видами аддикций (Sussman et al., 2011). Поэтому опубликованные в последние пять лет результаты исследований, сообщающие о распространенности аддикции более чем в 40% выборки, скорее всего, говорят о том, что данная форма аддиктивных расстройств не находит сегодня достаточного понимания среди ученых. Эти несоответствия могут быть объяснены как разнообразием используемых инструментов, выборок или методов исследования, так и возможными кросскультурными особенностями, которые вообще не исследовались на сегодняшний день. Кроме того, как отмечалось ранее, работы, опирающиеся на данные методики, позволяют оценить скорее наличие групп риска, нежели действительные клинические случаи. Следовательно, реальный уровень распространения спортивной аддикции может быть даже ниже, чем цифры, полученные в недавних популяционных исследованиях (Mónok et al., 2012).

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СПОРТИВНОЙ АДДИКЦИИ

Очевидное отсутствие понимания парадокса физических упражнений требует анализа теоретических моделей исследования. В своей монографии А. Сабо (Szabo, 2010) представил две специфические модели объяснения спортивной зависимости и несколько моделей, объясняющих психологическую выгоду от упражнений, что, в свою очередь, может быть косвенно связано с зависимостью. В данной работе рассматриваются только специфические модели.

Гипотеза Симпатического Возбуждения (Thompson, Blanton, 1987) – это физиологическая модель, предполагающая, что адаптация организмов к привычным упражнениям может приводить к зависи-

мости. Суть ее заключается в следующем: адаптация к упражнениям снижает симпатическую активность тела, что приводит во время покоя к низкому уровню возбуждения, неадекватному различным видам повседневной деятельности, поскольку может восприниматься как летаргическое или низкоэнергетическое состояние. Это чувство заставляет человека что-то сделать для усиления возбуждения, например заняться физическими упражнениями. Однако эффект от физической нагрузки, проявляющийся в увеличении возбуждения, только временный. Поэтому необходимо увеличение количества тренировок для поддержания оптимального уровня возбуждения (рис. 1). Кроме того, для достижения тренировочного эффекта необходимо увеличивать не только частоту, но и объем тренировок. Таким образом увеличивается уровень толерантности в процессе аддикции. Главное противоречие этой модели заключается в том, что симпатическая адаптация к физическим нагрузкам является универсальной для всех людей, однако только 3% из общего числа регулярно тренирующихся становятся зависимыми (Sussman, Lisha, Griffiths, 2011).

Следующая модель, разработанная А. Сабо (Szabo, 1995), получила название «Гипотеза когнитивной оценки». Эта модель учитывает жизненный стресс (задачу, которая выходит за пределы воспринимаемых ресурсов) как фактор развития аддикции. Некоторые тренирующиеся могут пытаться избегать внезапного или постоянного стресса, прибегая к тренировкам как средству его преодоления. С того момента, когда тренировки становятся методом борьбы со стрессом, самочувствие индивида начинает зависеть от них. Потенциальные аддикты считают, что тренировки являются здоровым способом борьбы со стрессом, и эти знания основаны на информации, полученной из научных или популярных информационных источников. Поэтому индивид использует

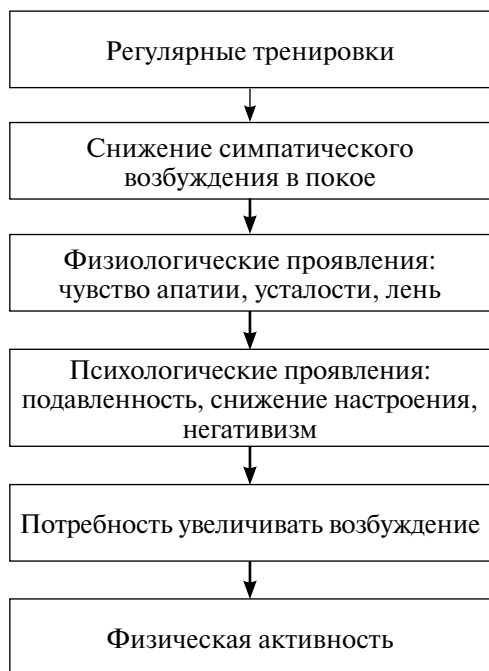


Рис. 1. Гипотеза симпатического возбуждения (Thompson, Blanton, 1987)



Рис. 2. Гипотеза когнитивной оценки (Szabo, 1995)

механизм рационализации для объяснения все увеличивающегося количества тренировок, что, безусловно, накладывает отпечаток на другие повседневные дела и обязательства. Однако если необходимо снизить количество тренировок из-за каких-либо жизненных обстоятельств, возникают психологические трудности в виде *симптомов отмены*. Невозможность тренироваться означает утрату механизма совладания, что приводит к еще большей уязвимости для стресса, а также дальнейшему увеличению негативных чувств, связанных с гиподинамией. Проблема может быть решена только через возвращение к прежней системе тренировок часто в ущерб другим повседневным обязанностям (рис. 2). Значительным недостатком этой модели является то, что фокус ее рассмотрения направлен только на сформированную и устойчивую аддикцию, а не на причины ее появления.

Четырехфазная модель спортивной аддикции была предложена М. Фреймутом,

С. Моницом и С. Кимом (Freimuth, Moniz, Kim, 2011). Первая фаза формирования зависимости характеризуется приятной активностью, при этом поведение находится под контролем. Здесь еще нет никаких серьезных негативных последствий, хотя могут ощущаться мышечные боли. Во второй фазе осознается психологическая польза от упражнений, а позитивные последствия в виде изменения настроения могут быть использованы для преодоления трудностей. Вероятное появление аддикции может произойти тогда, когда тренировки становятся главным и единственным способом борьбы со стрессом. Эта часть модели указывает на момент начала спортивной аддикции, но она не отвечает на два ключевых вопроса:

1) Формируется ли существующий паттерн борьбы со стрессом постепенно или появляется внезапно?

2) При каких условиях тренировки будут восприниматься как средство борьбы со стрессом?

Третья фаза включает жесткую организацию повседневной активности вокруг тренировок, увеличение их количества. Добавляются некоторые формы упражнений или изменяется привычный режим тренировок: упражнения выполняются индивидуально, а не с друзьями, в команде или во время фитнес-классов по расписанию, как было раньше. Четвертая (последняя) фаза включает симптомы полностью сформированной зависимости, такие как сверхценность, рост толерантности, конфликт с окружающими и самим собой, изменение настроения, симптомы отмены и рецидив (рис. 3). При всех очевидных плюсах этой модели в расчет не принимается, кто именно и по какой причине из общего числа тренирующихся будет обращаться к такому затратному по времени и энергии механизму совладания со стрессом.

В недавнее время была также представлена Биопсихосоциальная модель спортивной аддикции у элитных спортсменов (McNamara, McCabe, 2012) (рис. 4), утверждающая, что данная аддикция включает также и биологическую основу (индекс массы тела). Это было показано на примере профессиональных спортсменов. В данной модели взаимодействие социальных и психологических факторов определяет вероятность возникновения спортивной аддикции. Незадолго до появления этой модели М. Фреймут с коллегами (Freimuth, Moniz, Kim, 2011) предупреждали, что не следует путать интенсивные многочасовые тренировки и желание стать лучшим у профессиональных спортсменов с симптомами аддикции, хотя некоторые их проявления могут быть схожи. Мы согласны с этой точкой зрения и тоже считаем, что избыточные тренировки и спортивные амбиции у спортсменов-профессионалов отличаются от клинических случаев спортивной аддикции. По нашему мнению, данная модель спорна по крайней мере по двум следующим причинам:

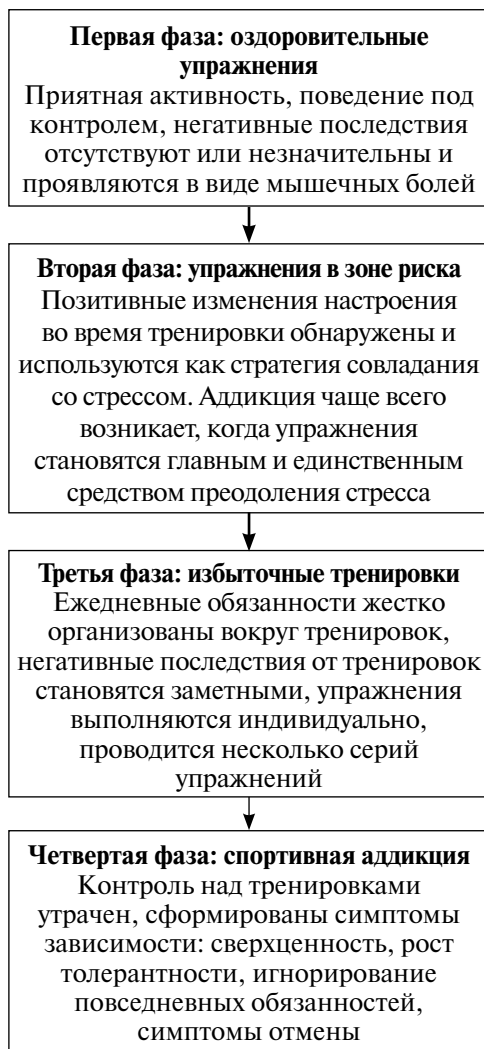


Рис. 3. Четырехфазная модель спортивной аддикции (Freimuth, Moniz, Kim, 2011).

1. Время и доступность: если поведенческие аддикции есть средство совладания с невыносимым стрессом (Короленко, 1991), то избегание должно осуществляться, когда возникает боль или возрастает сильная потребность. Элитные спортсмены придерживаются режима тренировок, составленного специально для них, с учетом группы параметров и их интенсивности. Это не характеристики спортивной или любой другой поведенческой

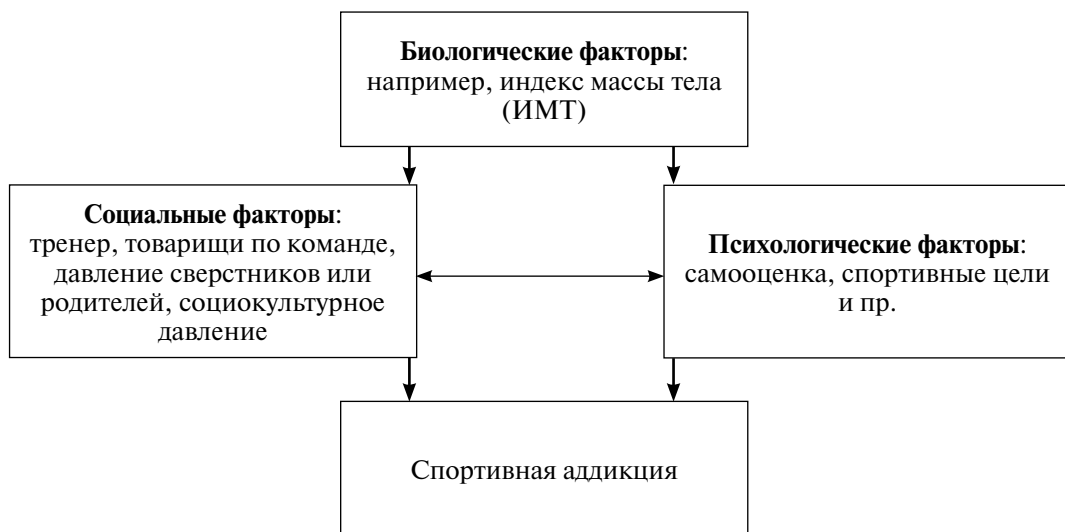


Рис. 4. Биопсихосоциальная модель спортивной аддикции у элитных спортсменов (McNamara, McCabe, 2012)

или химической зависимости, потому что компульсивные влечения, которые доминируют в поведении индивида, после того как он теряет контроль над аддиктивным поведением, вызывают тягу к немедленной реализации данной формы поведения.

2. Модель имеет биологически детерминированные основания, такие как индекс массы тела (ИМТ), который приводится авторами в качестве примера (McNamara, McCabe, 2012). Если мы убеждены в том, что большинство аддикций возникают вследствие избегания травмирующей реальности (Короленко, 1991), то, несмотря на влияние биологических факторов, ведущими в генезе зависимостей все равно остаются психологические факторы.

Таким образом, обзор имеющихся моделей спортивной аддикции показывает наличие определенной противоречивости в исследованиях данной поведенческой зависимости. Гипотеза симпатического возбуждения говорит о том, что те, кто часто тренируются, страдают спортивной аддикцией, что вряд ли согласуется с оценкой ее распространения (3–6% выборки). Согласно гипотезе когнитивной оценки,

спортивная аддикция возникает только после того, как поведение было адаптировано в качестве копинг-стратегии для преодоления трудных жизненных ситуаций, но она не объясняет, кто и почему выбирает эту аддикцию в качестве копинг-стратегии. Четырехфазная модель, являясь иерархической и развивающейся, постулирует, что все тренирующиеся, которые заметили улучшение настроения и другие позитивные психологические последствия от тренировок, могут стать аддиктами упражнений при борьбе со сложными жизненными ситуациями. Однако она также не объясняет, кто и почему будет полагаться на изменение настроения в результате физической нагрузки в качестве средства для преодоления возникших жизненных трудностей. Биопсихосоциальная модель, которая была создана для элитных спортсменов, является теоретически неубедительной в контексте свободы выбора для удовлетворения потребности и убежденности в наличии аддикции у спортсменов. Таким образом, модель, учитывающая адаптацию, техническое обслуживание и трансформацию поведения, необходима для последовательного осмысления и исследования

границ понимания спортивной аддикции как аддиктивного расстройства.

РАСШИРЕННАЯ ИНТЕРАКТИВНАЯ МОДЕЛЬ СПОРТИВНОЙ АДДИКЦИИ

Во всех вышеуказанных моделях спортивной аддикции (Thompson, Blanton, Szabo, Freimuth, Moniz, Kim, McNamara, McCabe) отсутствует аспект, определяющий детерминанту выбора ее в качестве способа избегания травмирующих ситуаций. Мы убеждены, что только взаимодействие таких факторов, как личностные ценности, социальный имидж, прошлый спортивный опыт и жизненные ситуации, определяет, будет ли индивид преодолевать стресс с помощью спорта или найдет какой-то иной способ его преодоления. Возможность взаимодействий между личными и ситуационными факторами настолько велика, что каждый случай идиографического мышления напоминает «черный ящик». «Ящик» может быть открыт только после диагностики при помощи специалистов в области психического здоровья. Действительно, спортивная аддикция, в отличие от других химических и/или поведенческих зависимостей, имеет такие уникальные характеристики, отсутствующие в других видах аддикций, как физическое усилие или работа.

Исходя из предварительных лабораторных исследований, было сделано предположение, что спортивные упражнения являются слабым буфером для стресса (Tsang, Szabo, 2003). Привычные к тренировкам люди, зная о позитивных изменениях настроения в ходе тренировок, при переживании стресса могут прибегать к занятиям спортом для преодоления сложных ситуаций. Однако не все занимающиеся будут пытаться снизить последствия эмоциональных нагрузок с помощью спорта, некоторые, напротив, будут обращаться к пассивным формам избегающего поведения или к другой форме аддикции. По-

этому модель, принимающая во внимание личностные аспекты и их взаимодействия с социально-экологическими факторами, может быть необходима для лучшего понимания происхождения феномена спортивной аддикции. Действительно, была отмечена положительная связь между оценками риска спортивной аддикции и личностной тревожностью (Coen, Ogles, 1993), перфекционизмом (Cook, 1996), обсессивно-компульсивными расстройствами (Spano, 2001). Сообщалось, что нейротизм, экстраверсия и уступчивость могут быть симптомами и спортивной аддикции (Hausenblas, Giacobbi, 2004). Наконец, гендерные (Cook, Hausenblas, Rossi, 2013) и сексуальные (Rejeski et al., 1987) ролевые ориентации могут также играть роль факторов, влияющих на формирование зависимости. Большие комбинации субъективных психологических факторов, взаимодействующих с ситуационными переменными, могут сделать трудным, если вообще возможным, рассмотрение спортивной аддикции в номотетической перспективе.

Модель, представленная на рис. 5, является интерактивной моделью спортивной аддикции, она была предложена А.Ю. Егоровым и А. Сабо (Egorov, Szabo, 2013). Данная модель ближе всего к предложенной ранее четырехкомпонентной модели ППКО (Прагматика, Привлечение, Коммуникация, Ожидание), актуальной для всех поведенческих аддикций (Sussman et al., 2011). В нашей модели комплексный набор личностных факторов взаимодействует с большим количеством средовых и/или ситуационных факторов с целью определения основного мотива спортивной аддикции. Эти мотивы разделяются по двум направлениям: по терапевтическому (мотив поддержания и улучшения здоровья) и профессиональному (совершенствование мастерства). Реализуя мотив здоровья (психического и физического), индивиды занимаются спортом для улучшения (поддержания) здоровья и/или для предотвра-

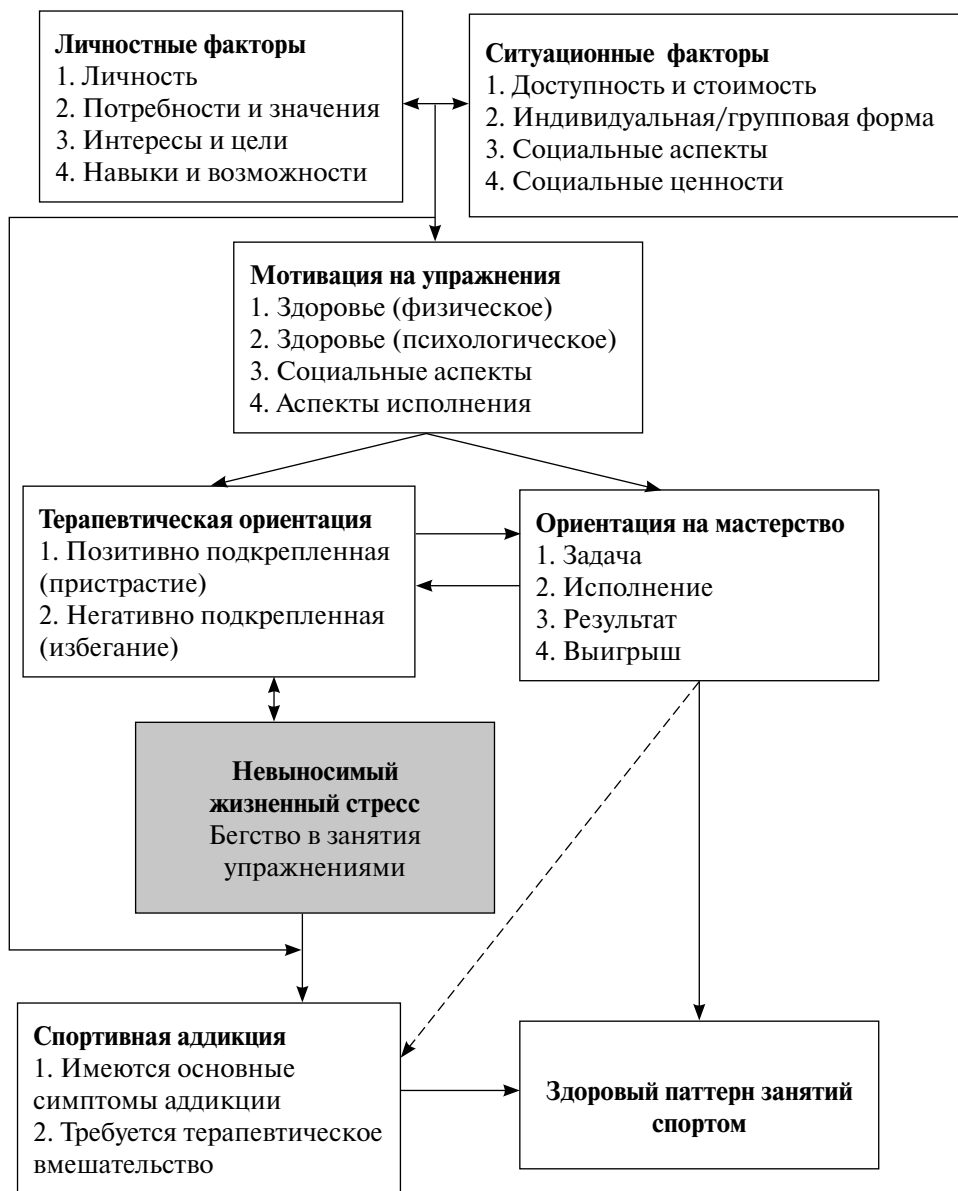


Рис. 5. Интерактивная модель для лучшего понимания парадокса физических упражнений (Egorov, Szabo, 2013)

щения ухудшений состояния здоровья, таких, например, как набор веса или часто испытываемое состояние усталости. Обе тенденции имеют терапевтический характер. Мотивы, направленные на совершенствование профессионального мастерства, отражают и другие цели: стать сильнее,

поднимать большие веса, лучше концентрироваться или быть более продуктивным на работе. Если повышение концентрации само по себе является целью, то это будет считаться терапевтической ориентацией. Если же результатом повышения концентрации ожидается, к примеру, увеличение

продуктивности, то тогда движущей силой будет стремление добиться успехов в профессии.

Наиболее важным компонентом в представленной модели является учет внезапно возникающей реакции, определяемой набором идиографических (личностных и ситуационных) взаимодействий в «черном ящике», на постоянный или внезапный жизненный стресс, с которым индивид не может справиться. Этот компонент основывается на догадке о том, что спортивная аддикция является не эволюционной, медленно формирующейся, а революционной, возникающей внезапно (Szabo, 2010). В тот момент, когда ситуация выходит из-под контроля, индивид будет стремиться к одной из подходящих стратегий преодоления, согласно компоненту «Прагматика» из модели ППКО. Выбор определяется взаимодействием в сознании и подсознании (в «черном ящике») таких факторов, как особенности личности, ситуационные факторы, прошлый спортивный опыт. В соответствии с компонентом «Привлечение» в модели ППКО, это происходит подобно тому, как изначально определяется мотивация. Соответственно, даже лица, нацеленные на повышение спортивного мастерства, могут сместить фокус со спортивных тренировок на терапевтические аспекты и быть более вовлеченными в этот процесс для избавления от тяжелого стресса. Это связано также с фактором «Коммуникация» в модели ППКО, так как путь избегания стресса может быть выбран индивидом исходя из межличностных и внутриличностных взаимодействий, верований и убеждений. Например, отсутствие опыта принятия алкоголя, табакокурения или легких наркотиков в сочетании с долгой историей и позитивными убеждениями касательно спортивных тренировок (масс-медиа, социум, установки на здоровье) при взаимодействии с уникальными личностными факторами создает предпосылки для выбора именно такого способа

избегания, которым могут служить избыточные тренировки. Далее, в соответствии с моделью ППКО, чем большие ожидания индивид возлагает на физические нагрузки, тем меньше вероятность того, что он может обратиться к другим формам аддикции. Наличие «позитивной аддикции» в виде зависимости от упражнений позволяет намного легче сохранить репутацию в социуме, чем наличие других стигматизирующих форм аддикций.

Пунктирная линия в нашей модели от ориентации на мастерство к спортивной аддикции (рис. 5) учитывает маловероятный или очень редкий случай, когда атлет рискует своим здоровьем для расширения собственных возможностей.

Описанная нами интерактивная модель спортивной аддикции, с одной стороны, не противоречит модели ППКО. С другой стороны, она является специфической именно для спортивной аддикции, поскольку в ней подчеркивается, что именно с помощью привычных спортивных тренировок осуществляется аддиктивный феномен бегства от существующей реальности. Прошлые исследования показали, что риск развития спортивной аддикции выше у тех, кто тренируется с целью избавления от стресса, изменения эмоционального фона, повышения самооценки или улучшения внешности, по сравнению с теми, кто тренируется для повышения спортивного мастерства (Thornton, Scott, 1995). Действительно, Бейкер и соавт. представили модель для химической аддикции, в основе которой лежит отрицательное подкрепление (Baker et al., 2004). Сабо (Szabo, 2010) утверждает, что спортивная аддикция также стимулируется негативным подкреплением. Однако внутренняя терапевтическая мотивация, такая, например, как снижение веса и/или рост мышечной массы, после достижения цели может трансформироваться в мотивацию «мастерства» и продолжать поддерживать тягу к занятиям спортом в здоровом ключе.

Следует подчеркнуть, что ключевой причиной избыточных тренировок, которые в любом случае будут безуспешными из-за травм или переутомления, могут быть психологические причины:

1) спортсмен не может принять и осознать ограниченность своих возможностей;

2) спортсмен стремится побить собственный или чей-то рекорд, иначе спортивная карьера не имеет смысла;

3) психологическое давление от прошлых неудач или негативного опыта провоцирует потребность доказать себе собственную ценность.

Хотя эти мотивы могут стать источником чрезмерных физических нагрузок, путь, ведущий к такому поведению, отличается от механизма формирования спортивной аддикции. На самом деле, пунктирная линия отражает случаи избыточных тренировок как несбыточную мечту или иллюзию того, что спортсмен не может сдаться. Это может более точно определяться как обсессивно-компульсивное поведение, нежели как аддикция. Следует отметить, что зависимое поведение включает принуждение и зависимость (Berczik et al., 2000) и может не просматриваться в ситуациях спорта высших достижений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обзор исследований, проведенных за последние полвека, показал, что в понимании спортивной аддикции отсутствует ясность. Данные о ее распространении разнятся от 0,3 до 77%, что говорит о наличии теоретических и методологических сложностей при ее исследовании. Действительно, номотетический подход (т.е. исследование общих закономерностей и их индивидуальных вариаций по отношению к индивиду) может дать сведения о склонности или риске спортивной аддикции, в то время как фактические клинические случаи можно рассматривать только

с помощью идиографических исследований. Существующие модели спортивной аддикции являются неполными. Новая комплексная интерактивная модель дополняет существующие подходы; она была предложена с целью однородной концептуализации спортивной аддикции. Тем не менее двойная интерактивная модель аддикции имеет субъективный или идиосинкретический компонент, который взаимодействует с объективными ситуационными факторами, не учитываемыми в номотетических научных исследованиях. Поэтому основным посылом данной работы является то, что исследователи должны четко различать риски спортивной аддикции, которые могут или не могут в конечном итоге привести к заболеванию, и реальные клинические случаи зависимости. Целью модели, представленной в данной работе, было стремление провести разграничительную линию между риском и заболеванием. Литература, касающаяся спортивной аддикции, за исключением нескольких исследований, занимается лишь оценкой риска, который может и не привести к реальному аддиктивному расстройству.

1. *Егоров А.Ю.* Нехимические аддикции. СПб.: Речь, 2007.
2. *Короленко Ц.П.* Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии.* 1991. № 1. С. 8–15.
3. *Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.* Социодинамическая психиатрия. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
4. *Ackard D.M., Brehm B.J., Steffen J.J.* Exercise and eating disorders in college-aged women: Profiling excessive exercisers // *Eating Disorders.* 2002. V. 10 (1). P. 31–47.
5. *Baekeland F.* Exercise deprivation: Sleep and psychological reactions // *Archives of General Psychiatry.* 1970. V. 22 (4). P. 365–369.
6. *Baker T.B. et al.* Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement / Baker T.B., Piper M.E., McCarthy D.E., Majeskie M.R., Fiore M.C. // *Psychol. Rev.* 2004. V. 111 (1). P. 33–51. doi:10.1037/0033-295X.111.1.33

7. *Bamber D., Cockerill I.M., Carroll D.* The pathological status of exercise dependence // *British J. of Sports Medicine*. 2000. V. 34 (2). P. 125–132.
8. *Berczik K.* et al. Exercise addiction: Symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology / *Berczik K., Szabo A., Griffiths M.D., Kurimay T., Kun B., Urbán R., Demetrovics Z.* // *Substance Use & Misuse*. 2000. V. 47 (4). P. 403–417.
9. *Carnes P.* The sexual addiction. Minneapolis, MN: CompCare Publications, 1983
10. *Coen S.P., Ogles B.M.* Psychological characteristics of the obligatory runner: A critical examination of the anorexia analogue hypothesis // *J. of Sport & Exercise Psychol.* 1993. V. 15. P. 338–354.
11. *Cook B., Hausenblas H.A., Rossi J.* The moderating effect of gender on ideal-weight goals and exercise dependence symptoms // *J. of Behavioral Addictions*. 2013. V. 2 (1). P. 50–55.
12. *Cook C.A.* The psychological correlates of exercise dependence in aerobics instructors. Unpublished master's thesis, University of Alberta, Alberta, Canada. (cf. Hausenblas & Giacobbi.) 1996.
13. *Costa S.* et al. Psychometric examination and factorial validity of the Exercise Dependence Scale-Revised in Italian exercisers / *Costa S., Cuzzocrea F., Hausenblas H.A., Larcán R., Oliva P.* // *J. of Behavioral Addictions*. 2012. V. 1 (4). P. 186–190.
14. *Crisp A.H.* et al. Clinical features of anorexia nervosa: A study of a consecutive series of 102 female patients / *Crisp A.H., Hsu L.K.G., Harding B., Hartshorn J.* // *J. of Psychosom. Research*. 1980. V. 24. P. 179–191.
15. *De Coverley Veale D.M.W.* Exercise dependence // *British J. of Addiction*. 1987. V. 82. P. 735–740.
16. *Egorov A.Y.* New classification and psychopathology of nonchemical addictions // *J. of Behavioral Addictions*. 2013. V. 2 (Suppl. 1). P. 14. Abs.
17. *Egorov A.Y., Szabo A.* The exercise paradox: An interactional model for a clearer conceptualization of exercise addiction // *J. of Behav. Addictions*. 2013. V. 2 (4). P. 199–208.
18. *Freimuth M., Moniz S., Kim S.R.* Clarifying exercise addiction: Differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction // *Intern. J. of Environmental Research and Public Health*. 2011. V. 8 (10). P. 4069–4081.
19. *Glasser W.* Positive addiction. N.Y.: Harper and Row, 1976.
20. *Glasser W.* Promoting client strength through positive addiction // *Canad. J. of Counselling and Psychotherapy / Revue Canadienne de Counseling et de Psychothérapie*. 2012. V. 11 (4). P. 173–175.
21. *Griffiths M.D.* Exercise addiction: A case study // *Addiction Research & Theory*. 1997. V. 5 (2). P. 161–168.
22. *Griffiths M.D., Szabo A., Terry A.* The exercise addiction inventory: A quick and easy screening tool for health practitioners // *British J. of Sports Medicine*. 2005. V. 39 (6). P. 30.
23. *Hausenblas H.A., Downs S.D.* How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale // *Psychology and Health*. 2002. V. 17. P. 387–404.
24. *Hausenblas H.A., Giacobbi P.R. Jr.* Relationship between exercise dependence symptoms and personality // *Pers. and Individ. Diff.* 2004. V. 36 (6). P. 1265–1273.
25. *Hurst R.* et al. Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters / *Hurst R., Hale B., Smith D., Collins D.* // *British J. of Sports Medicine*. 2000. V. 34 (6). P. 431–435.
26. *Krueger D.W.* On compulsive shopping and spending: A psychodynamic inquiry // *Amer. J. of Psychotherapy*. 1988. V. 42 (4). P. 574–584.
27. *Kubey R., Csikszentmihalyi M.* Television addiction // *Scientific American*. 2002. V. 286 (2). P. 74–81.
28. *Martin P.R., Petry N.M.* Are non-substance-related addictions really addictions? // *The Amer. J. on Addictions*. 2005. V. 14 (1). P. 1–7.
29. *McNamara J., McCabe M.P.* Striving for success or addiction? Exercise dependence among elite Australian athletes // *J. of Sports Sciences*. 2012. V. 30 (8). P. 755–766.
30. *Mónok K.* et al. Psychometric properties and concurrent validity / *Mónok K., Berczik K., Urbán R., Szabo A., Griffiths M.D., Farkas J., Magi A., Eisinger A., Kurimay T., Kőkönyei G., Kun B., Paksi B., Demetrovics Z.* // *Psychology Sport Exercise*. 2012. V. 137 (39). P. 46.
31. *Morgan W.P.* Negative addiction in runners // *The Physician and Sports Medicine*. 1979. V. 7. P. 57–77.
32. *Murphy M.H.* Sport and drugs and runner's high (Psychophysiology) // *Psychology in sport*. L.: Taylor and Francis, 1994. P. 173–186.
33. *Parke J., Griffiths M.D.* Gambling addiction and the evolution of the “near miss” // *Addiction Research & Theory*. 2004. V. 12 (5). P. 407–411.
34. *Rejeski W.J.* et al. Sex-role orientation and the responses of men to exercise stress / *Rejeski W.J., Best D.L., Griffith P., Kenney E.* // *Research Quart. for Exercise and Sport*. 1987. V. 58 (3). P. 260–264.
35. *Sachs M.L., Pargman D.* Running addiction // *Sachs M.L., Buffone G.W.* (eds). *Running as therapy: An integrated approach*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press, 1984. P. 231–252.
36. *Scott K.S., Moore K.S., Miceli M.P.* An exploration of the meaning and consequences of workaholic // *Human Relations*. 1997. V. 50 (3). P. 287–314.

37. *Spano L.* The relationship between exercise and anxiety, obsessive-compulsiveness, and narcissism // *Pers. and Individ. Diff.* 2001. V. 30 (1). P. 87–93.
38. *Sussman S.* et al. A framework for the specificity of addictions / *Sussman S., Leventhal A., Bluthenthal R.N., Freimuth M., Forster M., Ames S.L.* // *Intern. J. of Environmental Research and Public Health.* 2011. V. 8. P. 3399–3415.
39. *Sussman S., Lisha N., Griffiths M.D.* Prevalence of the addictions: A problem of the majority or the minority? // *Evaluation & the Health Professions.* 2011. V. 34 (1). P. 3–56.
40. *Szabo A.* Exercise addiction: A symptom or a disorder? N.Y.: Nova Science Publishers Inc, 2010.
41. *Szabo A.* The impact of exercise deprivation on well-being of habitual exercisers // *The Austral. J. of Science and Medicine in Sport.* 1995. V. 27. P. 68–75.
42. *Szabo A.* Physical activity as a source of psychological dysfunction // *Biddle S.J.H., Fox K.R., Boutcher S.H.* (eds). *Physical activity and psychological well-being.* L.: Routledge, 2000. P. 130–195.
43. *Szabo A., Griffiths M.D.* Exercise addiction in British sport science students // *Intern. J. of Mental Health and Addiction.* 2007. V. 5 (1). P. 25–28.
44. *Targhetta R., Nalpas B., Perney P.* Argentine tango: Another behavioral addiction? // *J. of Behav. Addictions.* 2013. V. 2 (3). P. 179–186.
45. *Terry A., Szabo A., Griffiths M.D.* The exercise addiction inventory: A new brief screening tool // *Addiction Research and Theory.* 2004. V. 12. P. 489–499.
46. *Thompson J.K., Blanton P.* Energy conservation and exercise dependence: A sympathetic arousal hypothesis // *Medicine and Science in Sports and Exercise.* 1987. V. 19. P. 91–97.
47. *Thornton E.W., Scott S.E.* Motivation in the committed runner: Correlations between self-report scales and behavior // *Health Promotion International.* 1995. V. 10 (3). P. 177–184.
48. *Tsang T.C.E., Szabo A.* Motivation for increased self-selected exercise intensity following psychological distress: Laboratory based evidence for catharsis // *J. of Psychosomatic Research.* 2003. V. 55 (2). P. 133.
49. *Veale D.* Does primary exercise dependence really exist? // *Annett J., Cripps B., Steinberg H.* (eds). *Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise.* Leicester: The British Psychological Society, 1995. P. 1–5.
50. *Yen J.Y.* et al. Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents / *Yen J.Y., Yen C.F., Chen C.C., Chen S.H., Ko C.H.* // *CyberPsychology & Behavior.* 2007. V. 10 (3). P. 323–329.
51. *Young K.S.* Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // *CyberPsychology & Behavior.* 1998. V. 1 (3). P. 237–244.

References

1. *Egorov A.Y.* *Nechimicheskie addikcii.* SPb.: Rech, 2007. (In Russian).
2. *Korolenko C.P.* Addictivnoe povedenie. Obshaia charakteristica i zakonomernosti razvitiia // *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psichologii.* 1991. №1. P. 8–15. (In Russian).
3. *Korolenko C.P., Dmitrieva N.V.* *Sociodinamicheskaya psichiatria.* M.: Academicheskii Project; Ekaterinburg: Delovaya kniga, 2000. (In Russian).

Поступила в редакцию 6. X 2014 г.