

Список використаних джерел

1. Лисина М. Влияние общения со взрослыми на психическое здоровье ребенка // Дошкол. воспитание. – 1982. – № 8. – С. 43-47.
2. Общение как предмет теоретических и прикладных исследований. Тезисы Всесоюзного симпозиума. – Ленинград: 1973. – 200 с.
3. Семиченко В.А., Заслуженюк В.С. Мистецтво взаєморозуміння. Психологія та педагогіка сімейного спілкування: Навч. посібник для студентів вищ. навч. закладів. 2-ге вид. – К.: Веселка, 1998. – 214 с.
4. Сорокина Т. О некоторых особенностях общения детей со взрослыми // Дошкол. воспитание. – 1980. – № 5. – С. 47-49.
5. Урунтаева Г.А. Дошкольная психология: Учебное пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – 4-е изд., стереотип. – Москва: Академия, 1999. – 336 с.
6. Шаповаленко И.В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). – М.: Гардарики, 2005. – 350 с.

In this article presented theoretical approaches to the problem of intercourse in psychology-pedagogical literature, analysis of the state of development of problem of domestic intercourse of preschool child, factors and criteria of thinking-in-words development of preschool child.

Key words: development of intercourse, preschool child, speech, parents, thinking-in-words development.

Отримано: 27.08.2009

УДК 159.9:61

О.М. Мойзріст

ВИДИ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ)

У статті викладено аналіз літературних джерел з проблеми основних форм порушень харчової поведінки. Виявлено, зокрема, що психологічна феноменологія різних форм порушень харчової поведінки не дає цілісної картини.

Ключові слова: порушення харчової поведінки, нервова анорексія, нервова булімія, ожиріння, розлад «binge-eating» («переїдання»), гіперфагічний синдром.

В статье изложен анализ литературных источников по проблеме основных форм нарушений пищевого поведения. Выявлено, в частности, что психологическая феноменология различных форм нарушений пищевого поведения не дает целостной картины.

Ключевые слова: порушення пищевого поведіння, нервная анорексія, нервная булімія, ожирение, расстройство «binge-eating» («переедание»), гиперфагический синдром.

Погіршення соціального середовища та різке зростання шкідливих психологічних впливів призвело до значного поширення нервово-психічних та соматичних захворювань, у механізмі яких велику роль грають емоційні фактори, тобто хвороб, які називають психосоматичними (Семке В.Я., 1988; Коркіна М.В., 1995; Исаев Д.Н., 1995; Гиндикин В.Я., 2000). До кола цієї патології прийнято включати різноманітні порушення функцій органів та систем, до того ж останнім часом коло даної патології розширилося, і до «класичних психосоматозів» (нейродерміт, бронхіальна астма, виразкова хвороба, неспецифічний виразковий коліт, інфаркт міокарду та ін.) приєдналися порушення харчової поведінки (ПХП) у вигляді нервової анорексії, нервової булімії, гіперфагічного синдрому та деяких форм психогенного ожиріння.

Актуальність проблеми. Проблема порушень харчової поведінки в сучасній медицині та психології займає особливе місце. З кожним роком в Україні повільно, але неухильно зростає кількість людей із різноманітними варіантами патології харчової поведінки, зростає також кількість звернень за медичною та психологічною допомогою.

Отже, актуальність психологічного вивчення порушень харчової поведінки обумовлена потребою практики. Рішення практичних завдань потребує всебічного аналізу і осмислення механізмів виникнення та розвитку даних розладів.

Мета дослідження: теоретичний аналіз літературних джерел стосовно сучасного стану даної проблеми.

Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотипи харчування в буденних умовах і в умовах стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу (Менделевич В.Д., 2005). Харчова поведінка є предметом комплексного дослідження, а ПХП розглядається як серйозна проблема багатофакторної етіології, загрозлива здоров'ю індивіда [1].

Розглянемо найбільш поширені форми порушень харчової поведінки.

Анорексія

Нервова анорексія визначається як свідоме обмеження в їді у зв'язку з переконаністю в наявності уявної або різко переоцінюваної повноти та виражається в свідомому, надзвичайно стійкому і цілеспрямованому бажанні схуднути, що нерідко досягає вираженої кахексії з можливим летальним результатом (М.В. Коркіна, М.А. Цивілько, В.В. Марілов, 1986). У 1694 році Р. Мортонем був описаний випадок, названий як «самоголодування», що супроводжувався різким схудненням, відмовою від їжі, запереченням хвороби, спотворенням картини власного тіла і летальним результатом. В. Галл у 1874 році дав цьому стану

назву – *anorexia nervosa*. А ось медичні діагностичні критерії нервової анорексії були описані тільки в 1970 році. Перші формалізовані діагностичні критерії нервової анорексії були запропоновані С.Ф. Russel (1970).

З початку 50-х років минулого століття нервову анорексію (НА) відносять до психосоматичних розладів. НА – клінічний діагноз комплексу симптомів, викликаних комбінацією психологічних, сімейних, культуральних і біологічних чинників (Fine L.L., Shadid L.G., 1986). Термін «нервова анорексія» використовується не зовсім правильно. Більш ніж у половини хворих апетит не втрачається до останніх етапів захворювання і немає ознак неврозу. Грунтуючись на особливостях патогенезу, Личко А.Е. (1985) розглядає це захворювання як ендореактивну пубертатну анорексію. Сухарева Г.Е. (1959) відносить нервову анорексію до патологічних реакцій в перехідному періоді, а Исаев Д.Н. (1977) – до патологічного розвитку особистості.

Нервова анорексія належить до того ряду захворювань, в трактуванні яких найвиразніше виявляється суперечність інтерпретації патології представниками різних шкіл. Якщо вітчизняні психіатри описують цю патологію при шизофренії і при так званих межових психічних розладах, що виникають переважно у дівчаток-підлітків і юних дівчат (дуже рідко в осіб чоловічої статі цього ж віку), то в більшості зарубіжних країн нервова анорексія і шизофренія чітко розмежовуються як абсолютно різні, незалежні один від одного захворювання, що рідко поєднуються один з одним по випадкових зв'язках. При цьому нервова анорексія відноситься до типових варіантів психосоматичної патології або до різновиду розладів харчової поведінки. Тенденцію віднесення нервової анорексії до розладів шизофренічного кола можна пояснити тим, що в процесі розвитку цього захворювання особистість набуває особливостей, які інколи помилково розцінюють як прояв «м'якого шизофренічного дефекту».

Хворі на нервову анорексію відрізняються високим невротизмом і тривожністю, яка в стресовій ситуації реалізується в дифузну тривогу. До особистісних особливостей слід віднести також високий рівень загальної ворожості та інтрапунітивності, схильність до obsesивно-фобічних і дистимічних реакцій і тенденції до соматизації тривоги. Відмічені особливості сприяють вибору в ситуації фрустрації головним чином інтрапунітивного типу реагування. Виразність його посилюється при збільшенні тривалості захворювання.

НА – розлад, при якому основними особливостями є стійка активна відмова від їжі і помітна втрата маси тіла. Він кодифікується за Міжнародною класифікацією хвороб (МКБ) 10-го перегляду (1994) в V розділі «Поведінкові і психічні розлади, що поєднуються з фізіологічними дисфункціями», в підрозділі F50, в рубриках: *нервова анорексія (F50.0)*, *атипова нервова анорексія (F50.1)*.

У МКБ-10 діагностика НА (F50.0) ґрунтується на таких ознаках:

1. індекс маси тіла складає 17,5 або нижче;
2. втрата ваги досягається за рахунок уникнення їжі, яка «повинить» і одного або більше прийомів з числа наступних, – викликання блювоти; прийом послаблюючих, аноректиків, діуретиків; надмірні гімнастичні вправи;
3. спотворення образу тіла приймає специфічну психопатологічну форму, при якій жах перед ожирінням зберігається як нав'язлива або надцінна ідея;
4. загальний ендокринний розлад, що включає вісь гіпоталамус – гіпофіз – статеві залози, і що виявляється у жінок аменореєю, а у чоловіків – втратою статевого потягу і потенції;
5. на початку препубертатного віку прояви пубертатного періоду затримуються або навіть не спостерігаються.

У DSM-IV (1994) описуване захворювання належить до розділу «Розлади харчової поведінки» і включається в рубрику: нервова анорексія (307.1). На сьогоднішній день, за DSM-IV, нервова анорексія має такі прояви:

1. Відмова підтримувати ту масу тіла, яка відповідає комплекції тіла, зросту і статі. Реєстрована вага тіла як мінімум на 15% нижче за норму.
2. Страх хворого перед збільшенням маси тіла. Постійний кількісний контроль ваги і об'ємів тіла. Явна худина не визнається.
3. Заперечення критично низької маси тіла, знижена самооцінка, самобичування. Порушення в сприйнятті власного тіла.
4. Жінка переживає аменорею більше трьох циклів.

Поширеність цієї патології в загальній популяції складає від 0,2-1,3% (Kuboki T., 1996; Lubin F., 1995; Nilsen S., 1996). При цьому слід зазначити різке збільшення частоти НА за останні 20-30 років.

Початок захворювання зв'язують, в основному, з підлітковим віком (12-15 років). Пік захворюваності припадає на 15-16 років. Meyer J. (1971) пояснює цей факт тим, що пусковим механізмом захворювання є настання статевого метаморфозу, що призводить до розладу уявлень про схему тіла. В той же час, Д.Н. Исаев (2005), проводячи диференціальну діагностику між НА і шизофренією, пише, що: «не типові для анорексії ... порушення схеми тіла». А в МКБ-10 (1994) як діагностичний критерій НА вказується: «3. Спотворення тілесного образу ...». На нашу думку, це пов'язано з неправильним вживанням і змішуванням понять «схема тіла» і «образ тіла», що нерідко зустрічається в літературі. Дійсно, автор цих понять Р. Schilder (1964) використовував їх в своїх роботах як синоніми, але більшість учених схильна розділяти ці поняття. Вони вважають, що схема тіла є більш стійкою по відношенню до образу тіла, оскільки відображує знання людини про власну анатомію і фізіологію. Навпаки, образ тіла рухливіший, оскільки може неодноразово змінюватися впродовж всього життя під впливом змінних обставин.

Булімія

Нервова булімія (НБ) вперше описана тільки п'ятдесят років тому. НБ тісно пов'язана з ожирінням, поширена переважно серед стероїдних дівчат і молодих жінок і проявляється у вигляді таємних нападів об'їдання висококалорійною їжею з подальшим штучним випорожненням шлунково-кишкового тракту для запобігання повноту тіла.

Кількість досліджень, присвячених НБ, зросла в США з одиничних робіт в 1980-1985 рр. до 500 наукових публікацій і сотень публікацій в засобах масової інформації в період з 1985 по 1989 рр. Вказана патологія позначається як «синдром харчового хаосу» (Palmer R.L., 1979), «синдром ненормального контролю над нормальною вагою» (Hsu L.K., Crisp A.H., 1979), «нервова булімія» (Russel G., 1985), «особливий варіант харчової поведінки» (Жоркіна М.В., 1984). Точні дані про захворюваність відсутні. Захворюваність серед учнів складає 4-9%, початок у віковому проміжку 12-35 років, пік частоти виникнення припадає на 18 років, тобто декілька пізніше, ніж при нервовій анорексії. Перебіг захворювання безперервний, тривалість нерідко перевищує 30 років (Shalop P., 1995).

У даний час діагностичні критерії нервової булімії за МКБ-10 (F-50.2) включають такі ознаки:

1. напади об'їдання, що повторюються (швидкого поглинання великої кількості їжі в дискретний період часу);
2. відчуття втрати контролю за поведінкою під час нападу;
3. для запобігання надбавці у вазі хворі постійно використовують самоіндуковані блювання, послаблюючі або сечогінні препарати, жорсткі дієтичні обмеження або голодування, фізичні навантаження;
4. середня кількість нападів об'їдання не менше двох на тиждень протягом 3-х місяців;
5. постійна надмірна стурбованість лініями фігури і вагою тіла.

Специфічні для нервової булімії етіологічні чинники не виявлені. У розвитку захворювання мають значення підвищене харчування в преморбидному періоді і мода на струнку фігуру. Відмічено достовірний взаємозв'язок із стресовими ситуаціями (сімейні і сексуальні конфлікти, входження в новий колектив), які можуть служити пусковим механізмом для виникнення розладу (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997). Для пояснення патогенезу нервової булімії запропоновано декілька нейрохімічних механізмів, але жоден з них не доведений.

Відповідно до сучасної когнітивної моделі булімії, розробленої М. Купер та її колегами, епізоду об'їдання передують активація негативних переконань про себе, яку викликає стрес, що або стосується їди, фігури і ваги (наприклад, зауваження про кількість з'їденого), або не стосується (суперечка, помилка в роботі тощо). Негативні автоматичні думки, пов'язані із сприйняттям себе, з оцінкою себе іншими, постійно викликають тривогу, депресив-

ність, відчуття провини. Люди з ПХП навчилися справлятися з такими негативними емоціями через процес їди, а також за допомогою різних патернів поведінки, пов'язаних з їдою. Проте це не змінює суті негативних переконань, це лише спосіб тимчасово справлятися з ними. І в тому або іншому ступені у пацієнта, який «заїдає стрес», виникають думки про наслідки об'їдання, з'являється відчуття провини, посилюються негативні переконання про себе. Людина опиняється в ситуації конфлікту, в якому їда пов'язана як з позитивними, так і негативними переконаннями. Ця ситуація руйнівна. Щоб впоратися з нею, людина удається до третього блоку переконань, так званих «дозволяючих переконань», які «дозволяють» пацієнтові їсти, асоціюють їду з чимось, що не підлягає контролю. Коли цей блок активується, людина їсть. Після їди у неї виникає відчуття провини, знову активуються негативні самовпевнення, емоції, знов допомоги може їда, і «коло об'їдання» замикається. Цей процес супроводжується специфічними патернами поведінки. [1]

Mitchell J. (1992) виділяє два варіанти перебігу нервової булімії:

1. з очисною поведінкою;
2. без очисної поведінки.

Хворі першої групи для підтримки ваги поряд з голодуванням використовують самоіндуковані блювання і прийом фармакологічних препаратів, а хворі другої групи підтримують вагу тільки за рахунок жорстких дієтичних обмежень. У хворих НБ з очисною поведінкою спостерігаються важчі дисморфоманічні порушення.

Вивчаючи літературу, присвячену дослідженням проблеми порушень харчової поведінки, ми зіткнулися з тим, що опис психологічної складової НА і НБ не завжди складається в цілісну картину. Мало того, у різних авторів зустрічається опис не просто різних психологічних феноменів, але часом і прямо протилежних. Так, наприклад, Д.Н. Исаев (2005) пише, що «хворі на нервову анорексію в преморбідному періоді відрізняються високим інтелектом, різнобічними інтересами, вони – активні, вольові, організовані, з високим почуттям обов'язку і відповідальності особи», а М.В. Коркина (1971) наголошує, що «їх мислення нижче загальноосвітнього і вікового рівня». Якщо L. Michaux (1962) укаже на «завжди наявний поганий апетит» як на схильність до анорексії, то Г.В. Старшенбаум (2005) пише, що: «Назва «нервова анорексія» протиріче його суті: як правило, апетит зникає тільки на його пізній стадії, а типовою для хворих є якраз всепоглинаюча пристрасть до їди, вказуюча на єдиний механізм анорексії і булімії, як двох форм харчової залежності». К. Меннігер (2000) розглядає НА як хронічну форму самогубства. Інші автори (E. Piazza, N. Piazza, N. Rollins, 1980; Д.Н. Исаев, 2005) або категорично заперечують, або говорять, що «саморуйнівна поведінка при нервовій анорексії ... рідко є суїцидальним наміром».

Таких прикладів можна навести ще багато. Це, поза сумнівом, говорить про недостатню розробленість даної проблеми, що

недивно, враховуючи відносно недавнє виникнення і зовсім вже недавній «вибух» цих порушень у популяції.

Ожиріння

Ожиріння виникає як наслідок порушення енергетичного балансу і зазвичай супроводжується підвищенням апетиту.

Етіопатогенетична класифікація ожиріння підрозділяє дану нозологію на первинні і вторинні форми. Вторинне, або симптоматичне, ожиріння включає ендокринно-метаболічне ожиріння і церебральне, пов'язане із захворюваннями і ураженнями головного мозку. Первинне ожиріння, на частку якого припадає 90-95% всіх випадків захворювання, у свою чергу, підрозділяється на аліментарно-конституціональну і нейроендокринну (гіпоталамічну) форми [6]. Генеза аліментарно-конституціональної форми ожиріння, що розглядається в даній роботі, є багаточинною. Головною причиною виникнення надлишкової ваги і такого типу ожиріння є об'їдання як одна з форм порушення харчової поведінки (ПХП) [1].

Патологічна обжерливість є вираженням підвищеного відчуття голоду і/або зменшенням відчуття насичення. Їда для багатьох осіб, що страждають на ожиріння і розлади дозрівання в препубертатному і пубертатному віці, служить захистом від відчуття втрати, особливо при депресивних переживаннях або розладах. При цьому неможливість подолання втрати об'єкта замінюється пошуком заміни об'єкта, яким стає їжа, що задовольняє і заспокоює пацієнта. Він відчуває себе душевно урівноваженим, інколи навіть стає ейфорійним (Freubergerger H., 1999). Страждаючі ожирінням часто заперечують як факт підвищеного апетиту, так і об'єктивну важкість своєї зайвої маси і диспластичності та нерідко переконують себе і оточуючих в необхідності «трохи поїсти» [3].

Ґрунтуючись на діагностичних критеріях DSM-IV (1994) розладів харчової поведінки, Carlos A.J., Coutincho W., Povoia L.C. (1995) підкреслюють важливість діагностики порушень харчової поведінки, пов'язаних з об'їданням в психіатричній і ендокринологічній практиці з метою включення даних пацієнтів в програми по зниженню ваги. Автори відзначають, що пацієнти цієї групи відрізняються наявністю меншої психопатологічної симптоматики в порівнянні з нервовою булімією.

Розлад «Binge-Eating». Гіперфагічна реакція на стрес (ГФРС)

За класифікацією DSM-IV цей розлад класифікується як «розлад «Binge-Eating» («переїдання»).

Дослідницькі критерії для розладу «Binge-Eating» по DSM-IV (1996):

1. «Напади обжерливості», що неодноразово повторюються, при втраті контролю над харчовою поведінкою.
2. Ці напади відповідають принаймні трьом з перелічених критеріїв:
 - значно більш прискорене вживання їжі, чим зазвичай;
 - вживання їжі продовжується до тих пір, поки не з'явиться неприємне відчуття перенасичення;

- поглинання великої кількості їжі без відчуття голоду;
 - вживання їжі наодинці через відчуття збентеження або сорому;
 - після «нападу обжерливості» пацієнтки переживають почуття відрази до себе, докори сумління або депресію.
3. Яскраво виражений «тягар страждання» через напади обжерливості.
 4. Напади трапляються в середньому двічі на тиждень (мінімум) упродовж шести місяців.
 5. Після таких епізодів патологічного об'їдання компенсаторні заходи по встановленню контролю над масою тіла (наприклад, за рахунок викликання блювоти) слідує нерегулярно. Відсутні ознаки нервової анорексії і нервової булімії.

Для розладів цього типу характерне те, що пацієнтки страждають від «нападів обжерливості» без наявності решти критеріїв нервової булімії, що постійно повторюються. До ухвалення і публікації діагностичних критеріїв DSM-IV ці порушення були описані в англомовній літературі як «non-purging bulimia» («не послаблююча» булімія) або «compulsive overeating» (компульсивне об'їдання).

У МКБ-10 виділяють також пласт порушень харчової поведінки у вигляді об'їдання, пов'язаного з іншими психологічними розладами (F-50.4), що включає об'їдання, яке призводить до огрядності, як реакцію на дистрес. «Реактивна огрядність» може слідувати за втратою близьких і нещасними випадками у сфері значущих стосунків, особливо у схильних до надлишкової ваги осіб.

ГФРС відрізняється від булімії тим, що хворі не викликають блювоту після їди.

Т.Г. Вознесенская зі співавт. (1987), досліджуючи групу хворих на ожиріння без ознак ураження ЦНС, акцентують увагу на так званій гіперфагічній реакції на стрес (ГФРС) за Meyer J.E. (1977). Об'їдання, що виникає в стресових умовах у цих пацієнтів, є формою психологічного захисту і, в той же час, основним механізмом збільшення маси тіла. ГФРС є примітивною, дезадаптивною і соціально незасуджуваною формою захисту від стресу. У анамнезі пацієнтів із ГФРС відмічається певна навченість гіперфагічному засобу реагування на стресову ситуацію в дитячому віці. У пізніших роботах з цієї проблеми (Коростылева И.С. зі співавт., 1994) стверджується, що ГФРС є патогенним чинником у порушенні адаптивної взаємодії з дійсністю, оскільки становлення її значною мірою блокує розвиток тонших способів зняття емоційної напруги. Цей напрям підтримується роботами з вивчення системи ендорфінів. Л.А. Берестов (1983) гіпотетично передбачає, що викид ендогенних опіатів у відповідь на їду може стати звичною розрешаючою реакцією стресу, компенсація зниження емоційного фону може відбуватися за рахунок зміни харчової поведінки.

Висновки

При аналізі літературних першоджерел звертає на себе увагу, насамперед, те, що якщо медична складова всіх чотирьох досліджуваних нами видів патології описана повно і добре структурована (є чіткі класифікації, описана симптоматика на всіх стадіях хворобливого процесу, наведені показники клінічних аналізів, розроблені критерії диференційного діагнозу, схеми стаціонарного і амбулаторного лікування), то психологічна феноменологія не дає цілісної картини. Сукупність феноменів виглядає, швидше, як безліч незалежних порушень, що приписуються хворим за принципом «колекції», за якої не є видимою єдина модель їх взаємозв'язку, відсутні спільні функціональні ланки, практично не виділені психологічні патологічні стигмати, які були б дефінітивними для діагностики різних форм ПХП.

Особистісні особливості, сімейний і соціальний фон, особливості міжособистісного спілкування описуються в більшості випадків на момент розгорненої клінічної картини захворювання, в преморбіді та на ініціальной стадії вони представлені тільки з анамнестичних даних. Більше того, незважаючи на особливу важливість підліткового віку, в якому анорексія і булімія найчастіше починаються, а психогенне ожиріння (навіть якщо воно виникло набагато раніше) набуває особливо драматичних рис, особистісні особливості підлітка з порушенням харчової поведінки також описані, в більшості своїй, на основі анамнезу (що особливо впадає в очі, коли автор, описуючи підлітка, згадує, наприклад, як психотравматичну «ситуацію розставання з чоловіком») або на момент яксраво вираженої стадії захворювання. Відповідно, відсутня і цілісна психологічна програма превенції, даються лише спільні розрізнені рекомендації.

І останнє. Незважаючи на те, що більшість авторів констатують позитивний вплив шкільної адаптації – успіхів у навчанні, нормальному міжособистісному спілкуванні з однокласниками і вчителями – на прогноз лікування та одужання, дослідження проблеми шкільної адаптації підлітків з ПХП практично відсутні.

Це робота є проміжним етапом дослідження і потребує подальшої розробки проблеми. Як напрям продовження роботи ми вбачаємо дослідження шкільної адаптації підлітків з порушеннями харчової поведінки.

Список використаних джерел

1. Аныкина А.В. Адаптация русскоязычной версии опросника «Мысли и паттерны поведения» для лиц, страдающих ожирением / А.В. Аныкина, Т.А. Ребеко // Психологический журнал. – Том 30. – №1. – 2009. – С. 106-118.
2. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) // Психологический журнал. – Том 18. – №2. – 1997. – С. 149-161.

3. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
4. Коркина М.В. Нервная анорексия / М.В. Коркина, М.А. Цивилько, В.В. Марилов. – М., 1986. – 176 с.
5. Матвеев А.А. Репрезентация эмоций у больных нервной булимией // Вестн. Моск. ун-та. – №4. – 2008. – С. 38-53. – (Сер. 14. – Психология)
6. Метаболический синдром / Под ред. Г.Е. Ройтберга. – М.: Медпресс-информ, 2007.
7. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности./ Елена Теодоровна Соколова. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 215 с.
8. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела./ Геннадий Владимирович Старшенбаум. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с.

This article presents an analysis of the existing works on a problem of the main forms of the eating behavior disorders. It was found that the psychological phenomenology of different forms of eating behavior disorders doesn't provide an integral picture.

Key words: eating behavior disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity, binge-eating disorder («overeating»), hyperphagic syndrome.

Отримано: 06.10.2009

УДК 159.976

О.Є. Мойсеева

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОНЦЕПЦІЙ АГРЕСІЇ

У статті здійснюється порівняльний аналіз різних психологічних концепцій агресії. Розглядаються три основні науково-психологічні підходи: 1) агресія як вроджений інстинкт; 2) агресія як відповідь на фрустрацію; 3) агресія в результаті соціального наuczіння. Досліджуються класичні тексти визнаних у даній галузі психологічної науки авторів та проведено експериментальні дослідження.

Ключові слова: порівняльний аналіз, психологічна концепція, агресія, науково-психологічний підхід, інстинкт, фрустрація.

В статье осуществлен сравнительный анализ различных психологических концепций агрессии. Рассматриваются основные научно-психологические подходы: 1) агрессия как врожденный инстинкт; 2) агрессия как ответ на фрустрацию; 3) агрессия в результате социального научения. Исследуются классические тексты признанных