

Таким образом можно сделать вывод, что у подавляющего большинства испытуемых уровень склонности к суицидальным реакциям выявлен средний и ниже среднего, однако при соотнесении с результатами, полученными при проведении диагностики «Готландская шкала мужской депрессии» (В.Рютц, З.Ример), где у 50% опрошенных были выявлены признаки депрессии, можно говорить о том, что лица, страдающие хронической алкогольной зависимостью, находятся в группе суицидального риска.

Заключение. Хроническая алкогольная зависимость – тяжелое заболевание, которое достаточно быстро прогрессирует. Его главный симптом – наличие непреодолимой тяги к спиртному. Чем больше алкогольный стаж, тем более выраженной становится болезненная симптоматика. С развитием болезни происходит обострение негативных личностных качеств, человеку становится всё труднее контролировать свои эмоции, он теряет интерес ко всем жизненным сферам. Приоритетной жизненной целью становится поиск и употребление алкоголя.

В какой-то момент человек перестает себя контролировать, становится агрессивным, нервным и неуравновешенным, вследствие чего повышается риск склонности к суицидальным реакциям и суицидоопасному поведению.

Список использованной литературы:

1. Завьялов, В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В.Ю. Завьялов. – Новосибирск: Наука, 2002. – 198 с.
2. Суицид: Хрестоматия по суицидологии / Сост. А. Моховиков. – Киев: А.Л.Д., 1996. – 216 с.
3. Васильева, О.С. Осознание смысла жизни как средство профилактики суицидального поведения подростков / О.С. Васильева, И.Е. Андрущенко // Журнал практического психолога. – 2000. – №10–11. – С. 103–107.

Макаренко А.А.

ВГУ имени П.М. Машерова, Республика Беларусь
г. Витебск
Студент

olleni722@gmail.com

Крестьянинова Т.Ю.

ВГУ имени П.М. Машерова, Республика Беларусь
г. Витебск
Доцент, кандидат биологических наук
auta@bk.ru

УДК 159.9.07+616.8

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВИДОВ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Статья освещает проблему взаимосвязи агрессивного поведения с расстройствами пищевого поведения. В ней производится теоретический анализ литературы по теме, который может быть положен в разработку мероприятий, направленных на профилактику формирования нарушений пищевого поведения.

Ключевые слова: пищевое поведение, нервная анорексия, нервная булимия, агрессия как форма поведения.

THE CONNECTION OF TYPES OF AGGRESSIVE BEHAVIOR WITH EATING DISORDERS

The article highlights the problem of the relationship of aggressive behavior with eating disorders. It provides a theoretical analysis of the literature on the topic, which can be used in the development of events aimed at preventing the formation of eating disorders.

Keywords: eating behavior, anorexia nervosa, bulimia nervosa, aggression as a form of behavior.

Введение. Меняющиеся условия жизни усиливают тенденции людей, склонных к нарушениям пищевого поведения, находить опору в отклоняющихся пищевых практиках.

Высокая распространенность, серьёзные последствия с целью соматического а также психического здоровья, продолжительный период реабилитации говорят о существенной актуальности задачи расстройств пищевого действия. Одной из ключевых задач исследований в данной сфере является изучение факторов возникновения заболевания у отдельных пациентов, выделение различных условий, оказывающих большое влияние на развитие РПП. Пищевые расстройства вместе с высокой вероятностью являются итогом взаимодействия большого количества сложных, взаимозависимых, многомерных факторов. Простое следование ограничивающей диете может развиваться в полноценное нарушение в следствии комплексного влияния предшествующей генетической, психологической, социальной уязвимости, существующих соматических либо психических болезней, семейной ситуации, окружающей среды в целом. Однако прежде, чем заявлять о расстройствах пищевого поведения, следует разъяснить сущность пищевого поведения.

Материал и методы: теоретический анализ литературы по теме исследования.

Результаты и их обсуждение. Пищевое поведение – это комплекс всех принципов и установок, вместе с которыми человек подходит к приему пищи, поведенческая реакция организма на употребление еды. Под пищевым поведением подразумевается ценностное отношение к еде, а также ее приему, стереотип питания в обыденных условиях, а также в ситуации стресса, поведение, направленное на образ собственного тела, а также деятельность по формированию данного образа.

Пищевое поведение определяют не только потребности, однако и приобретенные в прошлом знания. Несмотря на то, что потребность в энергии и формирует подобное биологическое влечение, как чувство голода, на конкретное поведение (то, что человек будет есть) оказывают большое влияние на сформировавшиеся привычки и стратегии мышления. При адекватном пищевом поведении еда воспринимается, как способ насытиться и применяется только при ощущении голода в необходимом количестве. При неадекватном пищевом поведении человек подходит к проблеме питания нерационально, что зачастую порождает подобные болезни, как переедание, булимия, анорексия и несколько других [1,2].

Главная проблема психологии пищевого поведения состоит в том, что человек питается никак не в соответствии с его физиологическими потребностями. К примеру, при подавленном эмоциональном состоянии ему не терпится обрадовать себя и наестся сладостей несмотря на то, что природной необходимости в этом вовсе нет. В ситуациях сильного стресса способен появляться нежелание принимать еду в том числе и при ощущении голода. Это может привести к зависимости от конкретных товаров либо от пищи в целом, к регулярной рвоте, к отвращению к еде, к нарушению работы внутренних органов, а в запущенных случаях – к риску летального исхода.

Согласно сведениям МКБ-11 к расстройствам пищевого поведения относят нервную анорексию, нервную булимию, избегающе-ограничительные расстройства приема пищи, нездоровый голод.

Нервная анорексия. Психиатры устанавливают этот диагноз, если больной весит по крайней мере на 15% ниже нормы. Стремясь уменьшить вес, больные интенсивно занимаются физическими упражнениями, пытаются постоянно быть на ногах, предполагая, что это повысит расход энергии. В то же время они начинают упорно ограничивать себя в приеме пищи, невзирая на испытываемое чувство голода. Для того чтобы исключить конфликтов с родителями из-за недостаточного приема пищи, пациенты делают видимость нормального питания, к примеру, незаметно прячут, а затем выбрасывают "съедаемую" еду. Некоторые применяют для похудения слабительные, а также мочегонные средства, вызывают рвоту, используют разнообразные пищевые добавки для уменьшения веса. Устойчивое и активное ограничение в еде приводит к существенному падению веса тела, дистрофическим изменениям более важных жизненных органов, соматоэндокринным расстройствам, кахексии. Более серьезные случаи нервной анорексии могут привести к летальному исходу [3].

При утрате веса физическая активность со временем понижается, пациенты меньше двигаются, больше лежат. Формируются дистрофические изменения кожи, мышц, внутренних органов. Пациенты выглядят бледными и истощенными, снижается артериальное давление и температура, возникают признаки анемии, фиксируется существенное снижение сахара крови, нарушается деятельность желудочно-кишечного тракта. Ничего не понимающие обеспокоенные родители часто зовут терапевтов либо гинекологов, и поскольку больные тщательно умалчивают настоящие причины голодания, а вторичные эндокринные расстройства весьма выражены, здесь возможны диагностические ошибки. Между тем, в подобных случаях необходимо немедленно вызывать психиатра. Чем раньше он начнет лечение, тем меньше угроза формирования необратимых осложнений.

Нервная булимия. Именно она может сопровождать нервную анорексию, однако может возникнуть и самостоятельно. Пациенты с нервной булимией следят за собственным весом, много занимаются физкультурой, регулярно соблюдают диету, однако по крайней мере 2 раза в неделю у них появляются приступы обжорства. За непродолжительный период они могут съесть колоссальный объем высококалорийной пищи, при этом зачастую практически заглатывают еду, не прожевывая ее и не ощущая вкуса. Их прием пищи завершается, когда с переедания начинает болеть живот, и в таком случае жертва болезни стремится вызвать рвоту либо применяет большое число слабительных, либо мочегонных средств. Такого рода цикл способен повторяться несколько раз в неделю, а в тяжелых случаях несколько раз в день. Друзья и родные могут, а также не знать, что близкий им человек мучается от этого расстройства вследствие того, что пируют подобные пациенты, как правило, в одиночку. В отличие от пациентов, страдающих нервной анорексией, они не теряют вес так стремительно, они имеют все шансы весить чуть меньше или даже чуть больше нормы для их роста, но их соматическое состояние усугубляется. У тех пациентов, которые прибегают к рвоте, слизистая горла, зубы, пищевод регулярно подвергаются влиянию кислого желудочного содержимого. За счет этого горло часто покрасневшее, распухают слюнные железы и лицо выглядит припухшим, даже полнее чем обычно, портятся зубы, воспаляется слизистая. У пациентов нарушается работа поджелудочной железы, что приводит к гипогликемии. У тех, кто злоупотребляет слабительными, а также мочегонными средствами, возникают проблемы с кишечником либо почками. Так как организм не получает необходимых для нормальной жизнедеятельности веществ, нарушается электролитный баланс, а в далеко зашедших случаях происходит обезвоживание, истощение и все эти перемены внутренних органов, о которых мы говорили при нервной анорексии.

Расстройство избегания/ограничения способа еды – это нарушение пищевого поведения, которое характеризуется очень небольшим потреблением пищи и/или

избеганием потребления определенных продуктов питания. При этом нет искаженного понятия о теле (как это происходит при нейрогенной анорексии) или озабоченности имиджем тела (как это происходит при нейрогенной булимии).

Расстройство избегания/ограничения приема пищи может послужить причиной значительного уменьшения массы тела, замедленного роста у детей, затруднений при участии в обычных социальных мероприятиях, а в некоторых случаях и к угрожающему существованию дефицита питательных элементов.

Врачи ставят диагноз на основе характера ограниченного потребления пищи и его последствий после исключения иных факторов недостаточного приема пищи.

Когнитивно-поведенческая терапия может помочь научиться людям с этим расстройством нормально питаться и чувствовать меньше беспокойства касательно того, что они едят.

Расстройство избегания/ограничения еды как правило начинается в детстве и может сначала походить на выборочное питание, что зачастую наблюдается на этом жизненном этапе. К примеру, человек может отказаться употреблять конкретные продукты питания либо продукты конкретного цвета, консистенции или запаха. Но выборочное питание как правило включает только несколько товаров, и люди с выборочным питанием в сравнении с людьми с этим расстройством обладают нормальным аппетитом, в целом, потребляют достаточное количество еды и нормально растут, и развиваются.

Люди с избеганием/ограничением приема пищи могут не есть, так как они теряют интерес к еде или потому что полагают, в результате приема пищи наступают вредные последствия. Они могут остерегаться конкретных товаров из-за цвета, консистенции либо запаха.

Агрессивность в взаимосвязи с РПП можно проанализировать с трех позиций.

1) При РПП человек способен чувствовать вину за естественную потребность в пище, что порождает у него враждебность в отношении самого себя. Человек уверен в том, что он духовно слаб и не способен противостоять «мешающим» ему нуждам, которые препятствуют его истощению (приведению себе в порядок).

2) Агрессия забирает у человека большое количество энергии и порождает гормональные патологии, которые провоцируют нарушение обмена веществ и чувство голода наступает стремительнее, к тому же еда вызывает выброс эндорфинов, улучшающих эмоциональное состояние человека, с каждым разом необходимость в них увеличивается.

3) Неудовлетворенность собственным внешним видом ввиду искаженного восприятия себя вызывает агрессию, нацеленную на себя самого ввиду несоответствия представлений о себе и собственном теле и реальным внешним видом человека.

Таким образом же чувство агрессии может появляться по отношению к окружающим людям (семье и друзьям), которые обнаруживая признаки заболевания приступают демонстрировать прямой интерес к самочувствию человека, чем могут усугублять его эмоциональное состояние, что может и не являться прямой взаимосвязью, однако в таком случае прослеживается радикальная поведенческая реакция (отказ от пищи в целом, заедание в еще большей степени).

Агрессию можно рассматривать как форму поведения, отталкиваясь от ее внутренней сути и внешних проявлений. С точки зрения одного из крупнейших необихевиаристов Карла Халла, поведение начинается со стимула из вне или из состояния необходимости и завершается реакцией. Однако главной детерминантой поведения Халл считал потребность, порождающую активность организма, его поведение. По его мнению, агрессивность – благоприятная форма поведения. В соответствии с когнитивными моделями агрессии проявления враждебного поведения акцентируют эмоциональные и познавательные процессы. С точки зрения контроля и прогнозирования агрессивного поведения данные концепции достаточно оптимистичны, поскольку подразумевается, что человека можно научить быть менее агрессивным. Однако, с другой

стороны, сами же авторы данных концепций никак не исключают вероятность проявления импульсивной агрессии, не подвластной сознанию и разуму [1; 4].

Эволюционный же подход к развитию и исследованию человеческой агрессии опирается, в первую очередь, на теорию К. Лоренца, разработанную в следствии изучения поведения животных. Согласно концепции К. Лоренца агрессия – врожденный инстинкт борьбы за выживание. И у данного инстинкта, в ходе его эволюции, развились три значимые функции: 1) борьба рассеивает представителей видов в широком географическом пространстве, 2) агрессия помогает усовершенствовать генетический фонд вида за счет того, что оставляют потомство исключительно наиболее сильные и энергичные, 3) сильные животные лучше защищаются и обеспечивают выживание своего потомства. Имеет смысл обозначить, что в применении к человеку, второй пункт необходимо рассматривать как отрицательный [5].

Заключение. Агрессия, как и вырабатываемая ей энергия, генерируется в организме стихийно, непрерывно, в постоянном темпе, регулярно и накапливается с течением времени.

Чем больше враждебной энергии доступно в данный момент, тем меньше нужно стимулов, чтобы агрессия «выплеснула» наружу.

С позиции индивидуальной психологии А. Адлера главный источник поведения агрессии находится в сильном стремлении к достижению превосходства и безупречности, которое формируется у человека в ответ на собственную неприспособленность в природе как биологического существа и неполноценности отдельных своих органов.

Уровень агрессивности, будучи биологически детерминированным, в человеческой среде подвергается конкретным видоизменениям и обуславливается как степенью социализации, так и этнокультуральными нормами, требованиями, установками.

Хекхаузен Х. продемонстрировал, что агрессия находится под абсолютным контролем социальных норм и функций. Культура формирует и задает норму, которая определяет тип и частоту агрессивных форм поведения. Этот факт подтверждается наблюдениями за детьми, которые вплоть до возраста 10 – 11 лет, по сути, остаются «вне культуры» и показывают одинаковые формы и частоту агрессивного поведения. Любая культура объявляет и санкционирует собственные характерные нормы и критерии, тем самым, предопределяя, что можно разрешать, что запрещать и что поощрять.

Таким образом мы можем говорить об общих характеристиках агрессии и расстройств пищевого поведения: взаимосвязи с перфекционизмом, регулировании общественными нормами, биологическими детерминантами, что делает оба эти явления как минимум схожими по происхождению и изменениям, а также позволяет нам предполагать их взаимосвязь.

Список использованной литературы:

1. Бобров, А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. – 2015. – № 51.
2. Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология – М.: МЕДпресс, 2014.– 360 с.
3. Менделевич В.Д. Пищевые зависимости, аддикции – нервная анорексия, нервная булимия //Руководство по аддиктологии. – . СПб.: Речь, 2007
4. Косаревская, Т.Е. Личностные ресурсы саморегуляции поведения / Т.Е. Косаревская, Ю.В. Бекренева // Наука – образованию, производству, экономике: материалы XXII (69) Регион. науч.-практ. конф. преподавателей, науч. сотрудников и аспирантов, Витебск, 9–10 февраля 2017 г.: в 2 т. – Витебск, 2017. – [Электронный ресурс] Url: <https://rep.vsu.by/handle/123456789/10635> (Дата обращения: 2.11.2022.)
5. Пономарева Л.Г. Современные представления о расстройствах пищевого поведения // Молодой ученый. – 2010. -- №10. – С. 274–276.