

ВПЛИВ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ НА РОЗВИТОК РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

THE IMPACT OF AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOR ON THE DEVELOPMENT OF EATING DISORDERS

У статті викладено теоретичні відомості й результати емпіричного дослідження, яке спрямоване на встановлення взаємозв'язку між аутоагресивною поведінкою особистості та розладами харчової поведінки. Проаналізовано й коротко описано основні ідеї іноземних і вітчизняних учених стосовно проблеми аутоагресивної поведінки та психологічної сторони розладів харчової поведінки. Описано ключові моменти, що стосуються перебігу розладів харчової поведінки й вираження аутоагресивної поведінки. Наведено низку причин виникнення розладів харчової поведінки та появи аутоагресивної поведінки. Зазначено, що розлади харчової поведінки є підвидом аутоагресивної поведінки, які до того ж у більшості випадків супроводжуються селфхармом і самопригніченням. Розмежовано поняття аутоагресивної поведінки та суїцидальної поведінки. Коротко описано погляди на розлади харчової поведінки й аутоагресивної поведінки в історичному контексті та дано можливість відслідкувати зміну в поглядах залежно від зміни історичних епох.

Досліджувана вибірка становила 100 чоловік. Досліджувалася наявність розладів харчової поведінки за двома методиками, спрямованими на їх виявлення, наявність аутоагресивної поведінки, окремо досліджувалася наявність селфхарму та визначався рівень самоцінності особистості.

15% мають високі показники за всіма методиками, 24% мають підвищені показники, 18% мають середні показники. Обробка результатів за допомогою математичних статистичних формул виявила, що існує висока кореляція між наявністю розладів харчової поведінки та наявністю аутоагресивної поведінки. При цьому виявлено, що кореляція між розладами харчової поведінки та самоцінністю є зворотною (чим вищими є показники розладу харчової поведінки, тим нижчою є самоцінність особистості).

Ключові слова: аутоагресивна поведінка, розлади харчової поведінки, селфхарм, саморуйнівна поведінка, поведінкові розлади осо-

бистості, нервова анорексія, аутоагресія, нервова булімія, проблеми з самооцінкою, коморбідні розлади.

The article presents theoretical information and the results of empirical research, which was aimed at establishing the relationship between autoaggressive personality behavior and eating disorders. The main ideas of foreign and domestic scientists on the problem of autoaggressive behavior and the psychological side of eating disorders are analyzed and briefly described. The key points concerning the course of eating disorders and the expression of autoaggressive behavior are described. A number of causes of eating disorders and autoaggressive behavior are given. It is noted that eating disorders are a subtype of autoaggressive behavior, which in most cases are accompanied by self-harm and self-suppression. The concepts of autoaggressive behavior and suicidal behavior are distinguished. Views on eating disorders and autoaggressive behaviors in the historical context are briefly described and it is possible to trace the change in attitudes depending on the change of historical epochs.

The sample consisted of 100 people. The presence of eating disorders was studied by two methods aimed at their detection. The presence of autoaggressive behavior was studied, the presence of self-harm was studied separately and the level of self-worth of the individual was determined.

15% have high scores on all methods, 24% have high scores, 18% have average scores. Processing the results using mathematical statistical formulas revealed that there is a high correlation between the presence of eating disorders and the presence of autoaggressive behavioral disorders. It was found that the correlation is inverse (the higher the rates of eating disorders, the lower the self-esteem of the individual).

Key words: autoaggressive behavior, eating disorders, self-harm, self-destructive behavior, behavioral personality disorders, anorexia nervosa, autoaggression, bulimia nervosa, self-esteem problems, comorbid disorders.

УДК 159.923.2:316.613.434]:613.25
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.32.15>

Каневський В.І.

к.психол.н.,
доцент кафедри психології
Чорноморський національний
університет імені Петра Могили

Шендрик Д.О.

студентка 665 групи кафедри психології
Чорноморський національний
університет імені Петра Могили

Актуальність дослідження цієї проблеми пояснюється розповсюдженістю в наш час випадків аутоагресивної поведінки, розладів харчової поведінки, їх нерозривним взаємозв'язком і необхідністю розвивати науковий інтерес до цього питання з метою поліпшення ситуації, винайдення дієвих методів психологічної допомоги.

Аутоагресивна поведінка (зустрічається також у варіантах аутоагресія, аутодеструкція, самопошкодження, самошкода, також відображається в поняттях «самокатування», «селфхарм») – особлива форма поведінки людини, яка спрямована на спричинення шкоди своєму соматичному чи психічному

здоров'ю, на відміну від агресивної поведінки, яка має на меті заподіяння шкоди оточенню (винятком є інфантильний вид аутоагресії, що має на меті бажання зашкодити собі й оточенню одночасно). Аутоагресивна поведінка в більшості випадків зумовлена внутрішніми причинами та мотивами при цьому без наміру закінчити життя самогубством, яке є усвідомленою, навмисною дією, що являє собою прагнення позбавити себе життя. У всіх інших випадках заподіяння собі прямої шкоди дії відносять до аутоагресивної поведінки або ж до нещасного випадку (самогубство відносять до крайніх випадків аутоагресивної поведінки) [5, с. 48].

Історія дослідження явища аутоагресії глибоко сягає коріннями в історію людства: явище супроводжувало його протягом усіх моментів його розвитку. Деякі філософи Античності вважали самоушкодження синонімом катарсису – очищення від гріхів, переживань. Саме ці випадки стали підґрунтям для наукових досліджень З. Фройдом та Р. Крафт-Ебінгом явища аутоагресії. Існує багато концепцій щодо визначення природи аутоагресії, її причин, проявів, але основними стали фрейдистський підхід, психосоціологічний, суїцидологічний та біхевіореальний [11, с. 145].

З. Фройд уважав, що аутоагресія є механізмом захисту людини, пов'язував її із самозвинуваченням, аутодеструкцією, нанесенням собі тілесних ушкоджень, вибором небезпечних видів спорту, професій і зводив усе до сексуальності людини (мав на увазі сексуальні девіації). Лише після 70-х років ХХ століття почали з'являтися нові теорії щодо цього явища. Е. Емерсон ототожнював аутоагресію і каліцтво. Г. Пилягіна вважала, що аутоагресія спричинена зовнішніми умовами. А. Реан мав протилежну думку, згідно з якою аутоагресія йде зсередини людини. А. Іпатов пов'язував аутоагресію і деструкцію, де причиною виокремив невдалу соціалізацію [7]. Р. вивчав гендерні особливості прояву аутоагресії, звертаючи увагу на вікові аспекти й чинники, що спричиняють аутоагресивну поведінку, фактори ризику, умови прояву та характер цих дій. Зазначав, що чинники були майже тотожні для обох статей, але в хлопчиків аутоагресивна поведінка була викликана причинами, що мали прояв на фізичному впливі, а в дівчаток самоушкодження було викликано переживаннями в емоційній сфері [13, с. 37]. Н. Піщулін пов'язував аутоагресію і дезадаптацію, яку спричиняє фрустрація. На його думку, люди, яким тяжко дається соціальне пристосування до нових змін, обирають такий ірраціональний спосіб, тому що ситуація викликає агресію та інфантилізм як відповідь на безсилля перед стресорами. На думку В. Козлова, люди, які не мають достатньої стійкості до реакції на кризові умови, найбільш схильні до алкоголізму, наркоманії, суїцидальної поведінки, які являють собою хронічне саморуйнування. Д. Доллард у 1939 році говорив, що аутоагресивна поведінка є результатом фрустрації, тобто неможливістю досягнути певної мети, задовольнити потребу, яка є життєво важливою для конкретного індивіда. В. Полтавець та його колеги з біхевіореального напряму вважали аутоагресію за методи захисту, що придбані в процесі виховання [5].

До причин аутоагресивної поведінки прийнято відносити неможливість упоратися із ситуацією, сильні емоційні переживання

(в більшості випадків наноситься як у відповідь на сильний емоційний або психологічний біль). Тим самим фокус зміщується, іде переключення на тілесні відчуття й біль; зміщення фрустрованої зовнішньої агресії на себе (коли людина не має можливості проявляти фізичну або вербальну агресію до свого оточення через те, що такі дії засуджуються в суспільстві, або ж коли вона не хоче завдати шкоди близьким); приклади селфхарму серед близького оточення (іде принцип наслідування, можливо, людина бачила, що комусь із її оточення такий метод допомагав у покращенні свого самопочуття, тоді вирішує слідувати йому. Або ж, якщо для сім'ї цієї людини самоушкодження було звичним явищем, вона може й не задумуватися, що є інші способи вирішення проблем); знущання в дитинстві або в актуальний момент життя; наявність таких залежностей, як алкоголізм або наркоманія (самоушкодження може викликатися дією хімічних речовин або ж з метою звільнитися від їх уживання); імпульсивність (нанесення пошкодження відбувається під дією пориву, у стані афекту; наявність депресії (часто самоушкодження супроводжує депресію, допомагаючи змістити акцент душевного болю на тілесний, аби замінити постійні негативні відчуття, думки); заради зниження занепокоєння, тривожності, зняття стресу; за умови, що людина почуває себе нібито занімілою, використовує самоушкодження для того, аби відчувати себе живою, пережити відчуття, повернутися в реальність (у деяких випадках необхідність у нанесенні собі пошкоджень викликана відчуттям внутрішньої порожнечі, такі дії «допомагають» її заповнити); з метою покарати себе за певні свої недоліки, невдачі, гріхи (можуть бути викликані такі дії уявним або реальним відчуттям власної провини, люди тим самим намагаються себе покарати, уважають себе жадливою людиною, недостойною); занижена самооцінка; заради отримання задоволення; аби привернути увагу оточення до своїх проблем і до себе, з метою шантажу [10].

Інші форми відображено у забитті, нанесенні синців, передавлюванні кінцівок, нанесенні опіків, перешкоджанні загоєнню ран, вириванні волосся, уживанні токсичних речовин, роздиранні та видавлюванні прищів, вириванні шкіри, відщипуванні шкіри, надмірному захопленню пірсингом і татуюваннями, морінні себе голодом, навмисному ламанні собі кінцівок, кусанні своєї шкіри, виборі екстремальних видів спорту та професій при всьому розумінні ризику для життя і здоров'я [2].

Домінуючим типом є саме фізична аутоагресія, але виділяють і такий тип поведінки, коли людина говорить про себе в принизливому тоні, використовуючи різні принизливі

про себе слова. При такій поведінці найважливішим фактором є рівень самооцінки, так як такий вид аутоагресії викликаний насамперед заниженою самооцінкою індивіда.

Явище аутоагресії, самоушкодження, селфхарму поширене найбільш серед молоді. Сюди відносяться підлітки, студентська молодь і люди віком до 30 років. Наявність аутоагресивних дій у житті молодої людини зумовлено тими ж причинами, що й у дорослому віці, але через особливості сприйняття в цьому віковому періоді оточення й подій, що відбуваються навколо, аутоагресія має свої особливості. Молоді люди критично ставляться до себе та до оточення, їм притаманна імпульсивність, у деяких випадках демонстративність. Чим більшим є рівень наявної аутоагресії, тим більш негативним у підлітка є уявлення про те, яким його бачить оточення. Підлітки часто, наносячи пошкодження, вирізають на шкірі певні слова, як прояв самозвинувачення, з негативними написами, що адресовані їм самим. Особливо складно молодим людям звільнитися від цієї звички, їм не вистачає внутрішніх ресурсів, сили волі, витримки, а іноді й усвідомлення того, що вони потребують допомоги [15, с. 9].

Розлади харчової поведінки – психічні розлади, які згубно впливають на здоров'я людини та емоційний стан, указують на стійке серйозне порушення звичної поведінки, пов'язаної з прийомом їжі, і можуть призвести до смерті в разі психологічного й медичного невтручання. Як правило, розлад харчової поведінки включає зміни того, що людина зазвичай споживає; зміни кількості їжі; заходи та дії, які застосовує людина, аби запобігти всмоктуванню їжі та перетравленню (виклик блювоти, застосування проносних, голодування). Розлад можна вважати розладом у тому випадку, коли відмінна від звичайної поведінка продовжується протягом довготривалого періоду, завдає шкоди фізичному та психічному здоров'ю, впливає на соціальну взаємодію та нормальне функціонування особистості у важливих сферах життя [1].

Незважаючи на те що розлади харчової поведінки почали досліджувати відносно нещодавно, сама хвороба супроводжує людство з давніх часів. Випадки занотовані ще Гіппократом – давньогрецьким ученим і лікарем, а про булімічну поведінку згадано в замітках Ксенофонта. І хоча в давнину культ тіла не мав на увазі надмірну худобу, випадки розладів харчової поведінки були наявні. Усі дослідження анорексії проводилися в рамках лікарняної практики: описувалися симптоми, зовнішній вигляд, були застосовані спроби віднайти причини появи захворювання та методи лікування. Описання випадків продовжувалися майже 2 століття, накопичувалися знання,

описувалися симптоми й наслідки для пацієнтів.

Широку увагу в медицині нервова анорексія як захворювання отримала завдяки англійському лікарю В. Галлу, який у 1866 році описав випадок розладу в молодої дівчини й у 1873 році винайшов термін [8]. У 1940-х роках анорексію намагалися пояснювати ідеями З. Фрейда й психоаналітичного підходу в психології та психіатрії. Уважалося, що причини анорексії криються в сексуальності людини та сексуальній поведінці, але ці ідеї ні до чого не призвели, проте викликали науковий інтерес до вивчення хвороби. У 1973 році американський психоаналітик німецького походження Х. Брух у працях звернула увагу на занепокоєння пацієнтами виглядом власного тіла й викривлене сприйняття образу тіла. На 80-ті роки ХХ століття припав пік розповсюдження випадків нервової анорексії. Як і у випадку з нервовою анорексією, нервову булімію не розглядали в рамках психологічної науки, лише як фізичну хворобу, не зверталася увага на психологічні причини та симптоми і складності перебігу хвороби. Дж. Рассел у 1979 році зазначив, що хворі на булімію викликають у себе блювоту через панічний страх набрати вагу, схильні до суїцидальної поведінки, мають депресію. Поступово уявлення від суто медичних перейшли в комплекс психолого-медичних і психіатричних [12].

Важливою частиною в розумінні природи та специфіки розладів харчової поведінки є вивчення психологічної сторони захворювання. Лікування розладів повністю залежатиме від психологічних особливостей і психологічних переживань хворих [9].

Нервова анорексія – розлад, що характеризується цілеспрямованою втратою маси тіла, яка викликається та підтримується пацієнтом. Розлад зазвичай зустрічається серед дівчат підліткового віку й молодих жінок, але ним можуть хворіти юнаки та молоді чоловіки, також діти, які за віком наближаються до пубертатного періоду, і жінки старшого віку. Розладу притаманний страх ожиріння та набору ваги, що стає нав'язливою думкою. Пацієнти встановлюють для себе низький кордон маси тіла й дотримуються його за допомогою дієт, голодування, надмірних фізичних вправ, уживання препаратів, що контролюють відчуття голоду, знижують апетит, викликають блювоту, сприяють швидшому виходу їжі з організму. Цьому порушенню характерні вторинні порушення з боку фізичного здоров'я: порушення обміну речовин, ендокринні порушення, порушення функціонування внутрішніх органів. Нервову анорексію, окрім фізичних хвороб і розладів, що викликані хворобою, супроводжують такі психічні проблеми, як депресія, селфхарм, панічні атаки,

тривожний розлад, суїцидальні схильності, обсессивно-компульсивний розлад. Відбувається розрив соціальних контактів зі звичним оточенням, розвивається соціофобія, замкненість, відчуття самотності [4, с. 60].

Нервова анорексія є одним із видів селфхарму й повільного суїциду. Часто хворі застосовують інші види селфхарму, такі як нанесення порізів, синців. Зазвичай ці ушкодження наносяться як покарання за зриви, для звільнення від сильних негативних емоцій, зокрема провини, і для відчуття контакту з власним тілом [6, с. 156].

У разі відсутності уваги з боку дорослих на цю проблему чи власного бажання звільнитися від розладу анорексія може супроводжувати дитину аж до юнацького віку та навчання у ВНЗ. Частіше за все нервова анорексія з'являється в студентів, яких можна охарактеризувати як перфекціоністських особистостей із низькою самооцінкою, відчуттям власної неповноцінності й невпевненості [3, с. 60].

Нервова булімія – розлад, якому притаманні неодноразові приступи переїдання та викликів блювоти через переживання про свій зовнішній образ тіла й вагу. Часто за пацієнтами з булімією в минулому спостерігалися випадки анорексії, яка тривала декілька місяців або років і яка перейшла в нервову булімію.

Зазвичай випадки зустрічаються серед дівчат підліткового віку та серед молодих жінок, рідше серед юнаків і молодих чоловіків. Хворі зациклюються на вигляді власного тіла, намагаються схуднути і тримати себе в сталій формі. Утрачаючи контроль, споживають велику кількість калорійної їжі, зазвичай солодке, навіть за відсутності голоду. Переїдання триває до появи відчуття фізичного дискомфорту. Далі, відчуваючи провину за втрату самоконтролю та переїдання, хворі виводять їжу з організму. Надалі можуть обмежувати себе в їжі, застосовуючи голодування у вигляді покарання за зрив. Часто приступи переїдання трапляються у відповідь на негативні емоції, такі як самотність, розчарування, стресові ситуації, страхи, агресію. Також причиною виділяють складні відносини з матір'ю. Хворі за допомогою їжі також часто намагаються сховатися від зовнішнього світу, який лякає, викликає негативні почуття й відчуття небезпеки [14].

При нервовій булімії супутніми розладами є депресія, панічні атаки, тривожні стани, селфхарм і суїцидальна поведінка.

За зриви хворі карають себе посиленням заходів, самоушкодженням, обмеженнями та новими правилами. Хворі постійно знаходяться у відчутті провини, фрустрації, емоцій і відчуттів, що пригнічують.

Висновки з проведеного дослідження. Нами проведено дослідження на встанов-

лення взаємозв'язку між розладами харчової поведінки й аутоагресивною поведінкою за допомогою методик «Eat-26», «DEBQ», методики «Види агресивності» Почебут, тесту на виявлення наявності селфхарму («Self-harm test») і тесту на визначення рівня самоцінності (самоповаги) особистості Розенберга. Вибірка становила 100 чоловік віком від 18 до 25 років серед студентської молоді. З отриманих даних випливає, що в 15% досліджуваних виявлено високі показники наявності розладу харчової поведінки за двома методиками, при цьому високі показники виявлено й за методиками на діагностування аутоагресивної поведінки, селфхарму та виявлено низькі показники самоцінності особистості, яка є однією з причин появи розладів харчової поведінки й аутоагресії. У 24% виявлено підвищені показники за всіма вищезазначеними методиками та відповідний їм низький рівень самоцінності особистості. У 18% діагностовано середній рівень вираженості розладів харчової поведінки й аутоагресивної поведінки та середній рівень самоцінності особистості. У 43% не виявлено наявності розладу харчової поведінки, аутоагресивної поведінки, селфхарму та низького рівня самооцінки. Обробка результатів за допомогою математичних статистичних формул виявила, що існує висока кореляція ($p < 0,001$) між наявністю розладів харчової поведінки й наявністю аутоагресивної поведінки, між самоагресією та розладами харчової поведінки ($p = 0,949$) за методикою «Eat-26» і ($p = 0,869$) за методикою «DEBQ», між селфхармом і розладами харчової поведінки ($p = 0,942$) за методикою «Eat-26» і ($p = 0,881$) за методикою «DEBQ». При цьому виявлено, що кореляція між самооцінкою, розладами харчової поведінки, аутоагресивною поведінкою є зворотною (чим вищими є показники розладу харчової поведінки й аутоагресії, тим нижчою є самоцінність особистості). Між самооцінкою (за тестом Розенберга) і розладами харчової поведінки ($p = -0,954$) за методикою «Eat-26» та ($p = -0,804$) за методикою «DEBQ». Між самооцінкою (за тестом Розенберга) й аутоагресивною поведінкою ($p = -0,915$) (за тестом Почебут), зокрема із селфхармом ($p = -0,863$).

Отримані результати підкреслюють необхідність подальшого розвитку знань і досліджень у цьому напрямі з метою детальнішого опису перебігу станів покращення стану людей, які страждають на розлади харчової поведінки, аутоагресію, низьку самооцінку, завдяки застосуванню методів психологічної допомоги. Дослідження підкреслює важливість психологічного супроводу та застосування психотерапевтичного впливу.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Абсаямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2014. № 25. С. 28–40.
2. Бенджамін С., Голдберг Д., Крид Ф. Психіатрія в медичній практиці : навчальний посібник. Київ : Сфера, 1999. 179 с.
3. Брюхін А.Е., Ушкалова А.В. Нервова анорексія. *Журнал неврології та психіатрії ім. С.С. Корсакова*. 2007. № 7. С. 59–61.
4. Демешкіна Л.В., Сердюченко О.Н. Нервова анорексія: огляд та клінічний випадок. *Оригінальні дослідження*. 2015. № 3. С. 59–65.
5. Зейгарнік Б.В. Основи патопсихології : хрестоматія. Москва : Академія, 2007. 208 с.
6. Змановська О.В. Девіантологія : навчальний посібник. Москва : Видавничий центр «Академія», 2003. 288 с.
7. Іпатов А.В. Підліток. Від саморуйнування до саморозвитку. Санкт-Петербург : Речь, 2011. 111 с.
8. Коркіна М.В., Цивілько М.А. Про особливості нервової анорексії. *Журнал неврології та психіатрії ім. С.С. Корсакова*. 2001. № 1. С. 40–42.
9. Ляпін В.А. Харчова поведінка студентів вузів різного профілю. *Омський вісник*. 2014. № 134. С. 147–150.
10. Мак-Вільямс Н. Захисні механізми : монографія. Київ : Клас, 1998. 480 с.
11. Максименко С. Д. Загальна психологія : навчальний посібник. Київ : Центр навч. літератури, 2004. 272 с.
12. Малкіна-Пих І.Г. Терапія харчової поведінки : посібник практичного психолога. Москва, 2002. 1041 с.
13. Масагутов Р.М. Гендерні відмінності у виявах аутоагресії у підлітків. *Питання психології*. 2003. № 3. С. 35–42.
14. Ніколаєва Н.О. Порушення харчової поведінки: соціальні, сімейні та біологічні посилення. *Питання психічного здоров'я дітей та підлітків*. 2011. № 1. С. 39–49.
15. Реан А.А. Агресія в структурі поведінки збудливої і демонстративної особистості. *Ананьєвські читання*. 1997. № 2. С. 13–16.
16. Реан А.А. Агресія і агресивність особистості. *Психологічний журнал*. 1996. № 5. С. 3–18.