

16. Закону України "Про соціальні послуги" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.rada.gov.ua

17. Закону України "Про освіту" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.rada.gov.ua

УДК 159.9:61

НЕРВОВА БУЛІМІЯ ЯК ПОГЛИБЛЕННЯ ПРОЦЕСУ РОЗВИТКУ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ

Шебанова В.І.

В статті зроблено аналіз наукових джерел з проблеми дослідження основних форм розладів харчової поведінки (нервової анорексії та нервової булімії). Визначено тісний зв'язок патологічних патернів харчової поведінки за булімічним та анорексичним типом. У статті узагальнено дані більше 80 наукових джерел, з яких представлено 18.

Ключові слова: *розлади харчової поведінки, нервова анорексія, нервова булімія, психопрофілактика, терапія, реабілітація.*

В статье изложен анализ научных источников по проблеме исследования основных форм расстройств пищевого поведения (нервной анорексии и нервной булимии). Определена тесная связь патологических паттернов пищевого поведения по булимическому и анорексическому типу. В статье обобщены данные более 80 научных источников, из которых представлены 18.

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, психопрофилактика, терапия, реабилитация.*

The article is analysis of the scientific sources on the study of basic forms of eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa). Defined a close relationship pathological patterns of feeding behavior by bulimic and anorexic types. The article summarized findings for more than 80 scientific sources, of which presented 18.

Keywords: *eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, psychopreventive, therapy, rehabilitation.*

Постановка проблеми. Актуальність проблеми клінічних розладів харчової поведінки обумовлена зростанням цієї патології у останнє десятиліття, її більш раннім початком, труднощами діагностики та лікування, схильністю хворих до дисимуляції, несвоєчасністю звертання пацієнтів до фахівців. Так, за останні десятиріччя епідеміологічні й статистичні дані з нервової анорексії вказують на певні зміни у бік значного зростання: 1) загального числа випадків у популяції; 2) чоловічої анорексії, 3) проявів булімічної симптоматики у хворих на нервову анорексію (М.О. Цивілько, М.В. Коркіна, В.І. Скворцова та ін., 2001;

Н.І. Долишня 2009, І.В. Бабенко-Сорокопуд, 2010; В.О. Мітюков, Н.В. Князева, Н.В. Гребельна, 2011 та ін.) [2; 4; 9; 16; 18]. Усе це викликає необхідність уточнення не тільки діагностичних критеріїв, але особливостей формування патологічної харчової поведінки.

Мета статті – теоретичний аналіз наукових джерел стосовно сучасного стану проблеми нервової анорексії та нервової булімії.

Основний виклад матеріалу. Нервова анорексія – це поведінковий синдром, форма патологічної харчової поведінки, яка характеризується наполегливою відмовою від їжі (усвідомленого й неусвідомленого характеру) з метою корекції фігури (зовнішності). В основі цього деструктивного (дезадаптивного) типу поведінки лежать дисморфобічні-дисморфоманічні переживання. Особливість перших полягає у надмірній фіксації "страху повноти" – реальної або уявної зайвої ваги. Особливість дисморфоманічних переживань пов'язана з надмірною переоцінкою власної ваги та жирових відкладень. Поведінкові патерни, які обумовлені надмірною переконаністю у повноті, призводять до фізичного та психічного виснаження, важких соматоендокринних розладів.

Нервова анорексія розцінюється як поведінковий синдром, який належить до "неспецифічної" патології пубертатного та юнацького віку (більш ніж 75% випадків складають підлітки) [2; 4; 5; 6; 8; 9; 15; 16; 18].

Серед ранніх клінічних визначень, які застосовували щодо особливостей булімічної харчової поведінки (переїдання з наступною штучною блювотою) відзначимо: "особливий варіант харчової поведінки" (М.В. Коркіна, М.А. Цивілько, В.В. Марілов, 1975), "синдром харчового хаосу" (dietary chaos syndrome, R.L. Palmer, 1979), "синдром ненормального контролю над нормальною вагою" (A.H. Crisp, 1979), "нервова булімія" (bulimia nervosa, F.M. Russell, 1979, DSM-III-R, 1987). С.Г. Fairburn (1982) характеризує нервову булімію як "порушення харчової поведінки з періодами неконтрольованого переїдання, дотриманням жорсткої дієти з виключенням жирної їжі та з обов'язковим прагненням до певної ваги".

Довгий час питання про те, чи є нервова булімія самостійною патологічною поведінкою (захворюванням), чи це етап розвитку нервової анорексії, залишається дискусійним. Відповідно, відсутність єдності в поглядах на діагностичні критерії та питаннях щодо особливостей й формування патологічної харчової поведінки не дозволяють досягти єдності в області профілактики, терапії та реабілітації. Вирішення цих питань являє собою важливе завдання клінічної психології.

На сучасному етапі розвитку науки ряд зарубіжних дослідників відстоюють думку про нозологічну самостійність нервової булімії,

підкреслюючи необхідність розмежування нервової анорексії та нервової булімії (R.L. Palmerr, 1979; C.G. Fairburn 1982; B.J. Blinder, 1991; J.E. Mitchell, 1992; T.B. Walsh, M.J. Devlin, 1998 та ін.).

У той же час, багато зарубіжних дослідників вказують на "загальні коріння" (певну єдність, спільність) нервової анорексії та нервової булімії (A.Z. Guiora, 1967; R.C. Casper, 1990; G.F.M. Russell, et. al., 1992; D.M. Gamer et. al., 1997; V. Pudel, N. Maus, 1990; C. Costin, 2007 та ін.). Зокрема, A.Z. Guiora (1967) розглядає "нервову анорексію й нервову булімію" як одне захворювання "dysorexia", що проявляється у двох варіантах. G.F.M. Russell et. al. (1992), визначає нервову булімію як "злюкисний варіант нервової анорексії". Вагомим аргументом прихильників даної точки зору є можливість взаємної трансформації нервової анорексії та нервової булімії (H. Bruch, 1961; W.S. Agras, et al., 1986, 1987; J.J. Brumberg, 1988; D.B. Herzog, et al., 1991; J.E. Mitchell, et al., 1990; G.F.M. Russell et. al. 1992; M. Boskind-White, W.C. White, 2001; J. Kirkpatrick, et al., 2004 та ін.). Отже, багато авторів, вважають, що булімія – це варіант анорексичної поведінки, але із більш глибоким рівнем патології.

О.К. Кісова звертає увагу, що, незважаючи на виокремлення НА та НБ в окремі групи захворювань у DSM-IV (1994) та МКХ-10 (1995), у зазначених нозологічних посібниках підкреслюється не тільки їх подібність, але й нерозривний зв'язок між булімічною та анорексичною поведінкою [8, с. 15]. Так, згідно з МКХ-10: "... термін (булімія) повинен обмежуватися тією формою розладу, що пов'язаний з нервовою анорексією, фактично розділяючи з нею загальні психопатологічні ознаки. Розподіл за віком та статтю подібний до того, який спостерігається при нервовій анорексії, але вік манифестації розладу зазвичай є вищим. Нервова булімія може розглядатися як продовження хронічної нервової анорексії (хоча може мати місце зворотна послідовність)" [14, с. 175].

Серед вітчизняних дослідників в області патології харчової поведінки ряд провідних спеціалістів також ставлять під сумнів правомірність розмежування нервової анорексії й нервової булімії (М.В. Коркіна М.О. Цивілько, В.В. Марілов, 1986, 1988, 1990, 1991; В.В. Ковальов, 1990; М.О. Цивілько, 2000, 2001; О.К. Кісова, 2004; В.О. Мітюков, Н.В. Князева, Н.В. Гребельна та ін., 2011 та ін.) [8; 9; 10; 16; 18]. При цьому звертається увага на те, що нервова анорексія й нервова булімія мають "загальний психопатологічний стрижень – дисморфобічні й дисморфоманічні ідеї". Дослідники заперечують нозологічну самостійність нервової булімії, відзначаючи, що мова йде про несприятливий перебіг нервової анорексії, підкреслюючи нерозривний зв'язок між булімічною та анорексичною поведінкою.

Аналіз наукових праць, присвячених вивченню проблеми пору-

шень харчової поведінки (як зарубіжних, так і вітчизняних авторів), дозволяє помітити, що якщо у ранніх публікаціях 70-х років простежується тенденція до розмежування нервової анорексії й нервової булімії, то в пізніших дослідженнях (к. XX – п. XXI ст.) підкреслюється ідея їх єдності та тенденції до об'єднання (цит. за О.К. Кіслювою) [8, с. 15].

Розгляд робіт у плані нозологічної приналежності розладів харчової поведінки також дозволяє констатувати різноманіття позицій фахівців з цього питання. Частина зарубіжних дослідників відносять нервову анорексію до "кола шизофренічних форм" (К. Lingyarde, 1949; Н. Bassoe, 1998 та ін.), вважаючи її початковим проявом шизофренії (А. Buge, 1966; Theander, 1969 та ін.). У МКХ-10 також є вказівки на те, що нервова анорексія може бути синдромом шизофренії [14]. На підтвердження шизофренічної природи НА авторами наводяться такі загальні для цих захворювань риси, як порушення мислення за шизофренічним типом (наявність маячної ідеї), порушення соціальних контактів, емоційна тупість із втратою прихильності до близького оточення, обсесивно-компульсивна поведінка, що супроводжується множинними ритуалами захисного характеру, неадекватна поведінка, перекручення образу свого тіла.

Наводяться дані про спадкову обтяженість ендогенними психозами (А. Rosenj, 1989; S. Kendlerk et al., 1991 та ін.) та ожирінням (J.V. Beumontpetal, 1987; E. Mitchellj et al., 1990 та ін.) у групі хворих на нервову булімію. Низка авторів (P.E. Garfinkelc et al., 1980; W. Vandereycken, R. Pierloot 1983; С. Bulіkc et al. 1992; V. Taylora et al., 1993 та ін.), досліджуючи хворих з різними варіантами нервової анорексії, встановили значущі статистичні відмінності стосовно частоти прояву різних форм залежності (від алкоголю, фармакологічних препаратів тощо).

У межах психосоматичної патології нервову анорексію й булімію розглядали в закордонній літературі у 90-ті роки XX століття (P.V. Beumontetal, 1987; R.C.W. Hall, 1989; K.A. Halmi, 1989 та ін.). Серед вітчизняних учених близької позиції дотримуються (Д.М. Ісаєв, 2004, 2005; Г.В. Старшенбаум, 2005, 2013; І.П. Брязгунов, 2009; С.О. Кулаков, 2010; О.А. Краснов, І.Ф. Дьяконов та ін., 2012 та ін.) [3; 5; 6; 11; 12; 17].

У межах концепції неврозу нервову анорексію й нервову булімію розглядає низка авторів (Н. Bruch, 1970; J.E. Meyez, 1974; А. Кемпінські, 1975; V.E. Pudel, 1985; Б.Д. Карвасарський, 1990; В.А. Абабков, Г.Л. Ісуріна, О.Б. Мізінова, 2012 та ін.) [1; 6]. На їхню думку, механізм розвитку порушень харчової поведінки формується в умовах психотравмуючої ситуації на тлі первісного зниження апетиту, що обумовлює значне зменшення кількості їжі, що у свою чергу змінює (порушує) нормальне функціонування фізіологічних процесів. В од-

них випадках це призводить до поступового зникнення почуття голоду, в інших – до загострення потреби в їжі (що дозволяє редукувати психоемоційну напругу). Визначальним фактором у походженні таких протилежних патернів харчової поведінки є конституційна спадковість, а також виховання та умови життя у дитинстві, які впливають на формування харчових звичок та специфічного ставлення до їжі.

Плеяда вітчизняних авторів (Н.М. Азеркович, 1963; М.С. Ротинян, 1971; Г.К. Ушаков, 1981; М.В. Коркіна та співавт., 1986; В.В. Ковальов, 1979; В.В. Крилов, 1995 та ін.) розглядають нервову анорексію у якості проявів невротичної патологічної реакції пубертатного віку, реактивного стану або психопатологічного розвитку (у якості межової психічної патології). На думку А.С. Лічка (1985, 1989), "ендореактивна пубертатна анорексія" – це особлива форма розладу психіки, яка обумовлюється взаємодією двох факторів – психогенного та ендогенного. Роль родини у виникненні НА відзначається в дослідженнях М.В. Коркіної, М.О. Цивілько, В.В. Марілова, 1986; Н.Д. Жигалової, 1991; А.М. Маслюк, 2011; M. Strober, C. Lampert et al., 1985 та ін.

За даними Thoma, Kraepelin розглядав нервову анорексію як модифіковану версію афективного захворювання. На доказ цієї теорії наводяться наступні факти: 1) поява афективної симптоматики до маніфестації нервової анорексії; 2) частота афективних розладів у родичів; 3) результати нейроендокринологічного тестування при харчових розладах подібні до результатів з афективними розладами); 4) ефективність лікування антидепресантами.

Сучасні зарубіжні автори відзначають високу частоту розладів на нервову анорексію та нервову булімію у хворих з родин, де спостерігається спадкова обтяженість на афективні розлади. Це дало підставу вважати, що розлади харчової поведінки також можна розглядати у спектрі афективних порушень (R.G. Laessle et al., 1987; A.B. Levy et al., 1989; K.S. Kendler, 1991; J. Jordan et al., 2003; G. Perugi et al., 2006; A. V. Lunde et al, 2009 та ін.). На думку авторів (J.I. Hudson, H.G. Pope, J.M. Jonas, 1982, 1983, 1984, 1987 та ін.), первино виникають афективні розлади, а вже на їх тлі виникають функціональні порушення харчової поведінки, які є вторинними.

Протилежну позицію займають інші зарубіжні вчені (G.F.M. Russell, 1979; A. Crisp, H. Bruch, C.G. Fairburn, P.J. Cooper, 1984, 1986; M. Strober, 1985; J. Wardle, J. Waller, L. Rapoport, 2001 та ін.). На їх погляд, розлади харчової поведінки являють собою специфічний комплексний дефект функцій харчування (розладів фізіологічного й психологічного походження), при яких афективна симптоматика є вторинною.

Подібну позицію (про зв'язок НА та НБ із депресивними розла-

дами) підтримують і вітчизняні провідні спеціалісти. В своїх робах ці науковці (М.В. Коркіна, М.О. Цивілько, В.В. Марілов, 1963, 1967, 1974, 1975 1977, 1981 та ін.) розглядають можливість протікання НА як самостійного захворювання, так і у межах неврозу (істеричного, obsесивно-фобічного) або у межах розладів особистості (зокрема істеричних, ананкастних розладів особистості), проявів ендogenousного процесу. Інакше кажучи, автори звертають увагу на зв'язок патологічної харчової поведінки з іншими психопатологічними розладами – афективними, невротичними, особистісними, розладів потягу (наприклад, kleптоманією).

Низку робіт присвячено вивченню залежності клінічних проявів нервової анорексії від особистісних якостей хворих. Автори обговорюють можливий зв'язок між патологічною харчовою поведінкою й рисами особистості в аспекті причинно-наслідкових взаємозв'язків: або особистісні риси є наслідком патології харчової поведінки, або особистісні розлади детермінують розвиток розладів харчової поведінки. У якості найбільш характерних рис хворих автори вказують на надмірну пунктуальність, акуратність, високий рівень домагань, в той же час підкреслюється особлива сензитивність та інфантильність (А.М. Панів, 1982; М.С. Артем'єва, 2000 та ін.). Серед преморбідних особистісних рис хворих на нервову анорексію, що сполучається з булімічними нападами, найчастіше виділяють риси, що характерні для тривожного, істеричного, ананкастного розладу особистості (P. Dally, 1969; K.A. Halmi, 1974; N. Piran et al., 1988; J. Jordan et al. 2003; B. Zalar et al., 2011; O. Konti?, 2012 та ін.). Зокрема, J. Jordan et al. (2003) відзначають значне сполучення obsесивно-компульсивних та істеричних рис у преморбіді хворих на нервову анорексію.

Гіпотеза про взаємозв'язок між особистісними рисами хворих та особливостями харчової поведінки перевірялася у дослідженнях A.F. Gartner et al., 1989 та H. Steiger et al., 1991 та ін. Однак автори не отримали достовірних даних, які дозволили б зв'язати специфічні особливості харчової поведінки з певним типом особистості. В той же час, H. Steiger et al., (1994) припускають, що тип особистості може мати вирішальне значення у формуванні клінічної картини на початковому етапі хвороби. При цьому, на думку авторів, в "системі особистість – патологія харчової поведінки" діє принцип прямого та зворотного зв'язку, тобто, з одного боку, особистісні риси хворих визначають патологічну харчову поведінку, а з іншого ? хвороба змінює особистість.

У межах концепції адитивної поведінки нервову анорексію та нервову булімію розглядають Ц.П. Короленко, Н.В. Дмітрієва, 1991, 1993, 2010, 2012; А.В. Пріленська, 2009; Д.В. Култишев, 2010 та ін. Автори оцінюють патологічну харчову поведінку хворих на нервову

анорексією та нервову булімію у якості особливої форми "адиктивної реалізації".

Аналіз специфічних особливостей динаміки патологічних форм харчової поведінки (клінічної картини НА, НБ та наслідків захворювань) також дозволяє спостерігати різноманіття позицій.

У зарубіжній літературі робилися спроби виділення різних клінічних варіантів нервової булімії, зокрема, J.E. Mitchell (1992) виокремлює два варіанти синдрому: "НБ без очисної поведінки" та "НБ, що супроводжується очисною поведінкою". Хворі першої групи з метою корекції фігури та підтримання ваги на сталому рівні застосовують тільки дієтичні обмеження (тобто вони періодично переїдають, а потім "сидять" на дієті, голодують та ін.). Хворі другої групи, окрім обмежень у раціоні та періодичного голодування, застосовують штучну блювоту, приймання фармакологічні препарати тощо. E. Stice et al. (2008) зазначають, що періоди голодування є одним з основних факторів ризику для розвитку булімії.

У ряді порівняльних досліджень було встановлено, що у хворих на нервову булімію "без очисної поведінки" захворювання протікає більш сприятливо (менш виразні дисморфоманічні переживання та загальноневротична симптоматика). У хворих на нервову булімію з "очисною поведінкою" спостерігається яскраво виражене незадоволення власною зовнішністю (часто на тлі надлишкової ваги та ожиріння) (H. Rowtherj, 1987; E. Willmuthm et al., 1988 та ін.). У цій групі частіше виявляються депресивні (J.E. Mitchell, 1992; J. Jordan, 2003 та ін.), тривожні (E. Willmuthm, 1988; V. Fornarietah, 1992; R.C. Laessle et al., 1992, P.J. Cooper, 1995 та ін.) та obsesивно-фобічні (W. Vandereycken, 1994; L. Lükouras, 2011 та ін.) розлади.

У той же час, P.C. Grace (1985) у порівняльному дослідженні хворих на "нервову булімію з очисною поведінкою" та "нервову булімію без очисної поведінки" не виявив відмінностей у їхньому психічному стані. Також у дослідженнях, які проведені німецькими фахівцями, не виявлено суттєвих відмінностей між особливостями психопатологічної симптоматики у хворих на нервову анорексію без булімічних проявів та хворих на нервову анорексію з булімічними проявами (T. Herzog et al., 1992).

Суттєве місце в клінічній картині нервової анорексії займають різні соматичні захворювання, і насамперед, це порушення менструального циклу та шлунково-кишкового тракту, які відзначаються в більшості хворих (М.В. Коркіна, М.О. Цивілько, В.В. Марілов, 1986; І.В. Бабенко-Сорокопуд, 2010; В.О. Мітюков, Н.В. Князева, Н.В. Гребельна, 2011; Г.В. Старшенбаум, 2013 та ін.) [2; 9; 16; 17]. Порушення шлунково-кишкового тракту виражаються в гастралгіях, явищах дис-

кинезії жовчовивідних шляхів, порушеннях моторної та евакуаторної функції, гастритів, ентероколітів, випадінні прямої кишки та ін.

Під час обговорення питання терапії НА та НБ більшість авторів підкреслюють необхідність комплексного підходу, що сполучає медикаментозну терапію, дієтотерапію та психотерапію. В той же час, низка фахівців, наприклад, британської школи (А.Н. Crisp et al., 1980; С.Г. Fairburn, 1985, 1986, 1991, 1993; Р.Д. Cooper, 1998, К. Middleton, 2007 та ін.) звертають увагу на можливості психотерапевтичних методів лікування без застосування фармакологічних препаратів.

У літературі описаний досвід застосування педінкової психотерапії при лікуванні хворих на нервову анорексію (М.С. Лебединський, 1971; К.М. Варшавський, 1973; F.M. Fairburn, 1981, 1991, 1993, 1997; D.M. Garner et al., 1993, 1998; V. Solantom, 1994; К. Hsul, 1990 та ін.), раціональної терапії (Д.В. Панков, 1974; І.З. Вельвоський, 1984 та ін.), сугестивної терапії (Б.Д. Карвасарський, 1985; М. Varabasz, 2008 та ін.) "терапії середовищем" (М.В. Коркіна та ін., 1991; А.Н. Crisp et al., 1980, W. Vandereycken et al., 1989; L. Rutherford, J. Couturier, 2007; Р.К. Keel, А. Naedt, 2008 та ін.), тілесно-орієнтованої (І.І. Федорова, 2007; W. Vandereycken et al., 1987; U. Laumer et al., 1997 та ін.). Н. Lieberman пропонує під час лікування хворих на нервову анорексію з булімічними розладами застосовувати метод парадоксальної інтенції В.Е. Франкла. Багато робіт присвячено застосуванню психоаналітичних методів (М. Sarlesr, 2000, J. Wietersheim, 2001; S. Kavalier-Adler, 2006; B. Izydorczyk, 2010 та ін.).

За формою проведення психотерапевтичних сеансів пропонується використання як індивідуальної, так і групової психотерапії (Н.Ю. Краснопорова, 2001; О.І. Хвостова, 2007; І.І. Федорова, 2008; С.Г. Faiburn et al. 1991, J.E. Mitchell et al. 1993 та ін.). Разом із тим, багато авторів указують на тенденцію до затяжного плину нервової анорексії з булімічними розладами та схильністю до рецидивів (W. Vandereycken et al., 1987, 2010; J. Yager et al., 1995, D.V. Herzog et al., 2000 та ін.). Так, зокрема, дослідники відзначають, що від 30% до 70% хворих після виписки із стаціонару знову повертаються до патологічних форм харчової поведінки (обмежують себе в їжі та відновляють стратегії "переїдання та блювоти").

У окремих порівняльних дослідженнях встановлено, що поява булімічних нападів є прогностично несприятливою ознакою. У цих випадках захворювання має тенденцію до хронічного, хвилеподібного плину (А.Н. Crisp, 1985; D.M. Garner, 1993; Н.В. Hoek, W. Vandereycken, 2001 та ін.).

Аналіз коморбідності анорексичних та булімічних стратегій харчової поведінки із симптоматикою інших непсихотичних розладів, пре-

морбідних характерологічних особливостей індивідів, специфічних особливостей динаміки патологічних форм харчової поведінки (клінічної картини НА та НБ, виразності вторинних соматоендокринних розладів, результатів захворювання) підтверджує думку про тісний зв'язок та єдність порушень харчової поведінки й дозволяє вважати, що поділ цих двох видів харчової поведінки є штучним.

Таким чином, аналіз робіт, які присвячені патологічним формам харчової поведінки, дає змогу зробити наступні висновки:

1. При оцінюванні особливостей харчової поведінки результати досліджень часто мають суперечливий характер. Відсутня єдність у нозологічній приналежності булімічної симптоматики та у психопатологічній структурі синдромів НА та НБ. В одних дослідженнях "нервова булімія" виділяється як самостійна патологічна форма харчової поведінки, в інших – вважається симптомом, етапом, варіантом нервової анорексії.

2. На тісний зв'язок патологічних патернів харчової поведінки за булімічним та анорексичним типом указують:

- активне прагнення (свідомого та несвідомого характеру) корекції фігури/зовнішності за рахунок певних дезадаптивних (нераціональних, деструктивних) стратегій поведінки;

- загальний психопатологічний механізм ініціалізації дезадаптивних стратегій поведінки – дисморфобічні та дисморфоманічні ідеї;

- загальні психопатологічні ознаки (подібна психопатологічна структура синдромів НА та НБ);

- можлива взаємна трансформація нервової анорексії та нервової булімії, при цьому, зміна анорексичних стратегій на булімічні або їх чергування, розглядається як несприятлива динаміка нервової анорексії (її "злоякісний варіант") або вважається прогностично несприятливою ознакою;

- подібна коморбідність НА та НБ із симптоматикою інших несприятливих розладів (симптоматикою тривожно-фобічних та афективних розладів);

- подібні преморбідні характерологічні особливості (у відповідності до ананкастного, тривожного, істеричного розладу особистості).

3. Відсутні чіткі дані про психотерапевтичні методи лікування людей, які з метою корекції фігури застосовують патологічні форми харчової поведінки (анорексичні та булімічні стратегії). Разом із тим, очевидна необхідність вивчення цих питань для проведення адекватної психопрофілактики, терапії та реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абабков В.А. Учение о неврозах / В.А. Абабков, Г.Л. Исури-

на, Е.Б. Мизинова. – СПб. : Санкт-Петербургский университет, 2012. – 176 с. (Серия "Клиническая психология").

2. Бабенко-Сорокопуд И.В. Нарушения менструального цикла у девочек-подростков на фоне нервной анорексии / И.В. Бабенко-Сорокопуд // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 3(30). – С. 54-56.

3. Брызгунов И.П. Психосоматика у детей / И. Брызгунов, В. Бондарь, Р. Даирова, А. Кизева, А. Михайлов. – М. : Психотерапия, 2009. – 480 с. (Серия "Из практики педиатра").

4. Долишня Н.И. Нервова анорексія / Н.И. Долишня // Сімейна медицина. – 2009. – № 1. – С. 50-51.

5. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – М. : Речь, 2005. – 400 с.

6. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 576 с. (Серия "Руководство").

7. Кемпински А. Психопатология неврозов / [пер. с польск. Евгения Квятковская] / Антони Кемпински. – Варшава : Польское медицинское издательство, 1975. – 398 с.

8. Кислова Е.К. Булимические расстройства при нервной анорексии : дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.18 – психиатрия / Елена Константиновна Кислова. – М. : Российский университет дружбы народов, 2004. – 121 с.

9. Коркина М.В. Нервная анорексия / М.В. Коркина, М.А. Цивилько, В.В. Марилев. – М. : Класс, 1986. – 176 с.

10. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М. : Медицина, 1995. – 560 с. (Серия "Руководство").

11. Краснов А.А. Основы психосоматики / А.А. Краснов, И.Ф. Дьяконов, А.М. Жирков, Б.М. Овчинников. – СПб. : Санкт-Петербургский университет, 2012. – 108 с.

12. Кулаков С.А. Психосоматика / С.А. Кулаков. – М. : Речь, 2010. – 320 с. (Серия "Мэтры мировой психології").

13. Маслюк А.М. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості / А.М. Маслюк // Проблеми сучасної психології : [збірник наукових праць КПНУ ім. І.Огієнка, Ін-т психології ім. Г.С.Костюка НАПН України] / [гол. ред. С.Д. Максименко]. – К., 2011. – Вип. 11. – С. 454-463.

14. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / [пер. с англ. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина]. – СПб. : Адис, 1994. – 300 с.

15. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / Владимир Менделевич. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.

16. Мітюков В.О. Нервова анорексія та булімія у дівчат-підлітків:

проблеми, комплексне лікування з втручанням методів фізичної та психологічної реабілітації / В.О. Мітюков, Н.В. Князева, Н.В. Гребельна, О.П. Закревський, М.І. Томашевський, П.М. Писаренко, С.Б. Норейко, І.В. Чернов // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2011. – Том. 16. – № 2. – С. 96-100.

17. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. – М. : Феникс, 2013. – 352 с. (Серия "Психологический практикум").

18. Цивилько М.А. Случай тяжелой нервной анорексии у мужчины / М.А. Цивилько, М.В. Коркина, В.И. Скворцова, Л.Г. Ерохина, Н.С. Чекнева, А.Е. Брюхин и др. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – № 2. – С. 46-49.

УДК 159. 928. 5

ПРИНЦИПИ ВИКОРИСТАННЯ ОСВІТНІХ МОДЕЛЕЙ ТА СТРАТЕГІЙ ДЛЯ НАВЧАННЯ СОЦІАЛЬНО ОБДАРОВАНИХ ПІДЛІТКІВ

Янковчук М.М.

У статті представлено результати аналізу освітніх моделей для навчання обдарованих дітей, визначено основні характеристики розвивального навчання, виокремлено психологічні особливості освіти соціально обдарованих підлітків на основі застосування різних стратегій, з'ясовано деякі загальні вимоги до роботи педагогів із обдарованими дітьми та із соціально обдарованими підлітками, зокрема.

Ключові слова: освітнє середовище, освітні моделі, розвивальне навчання, соціально обдаровані підлітки.

В статье представлены результаты анализа образовательных моделей для обучения одаренных детей, определены основные характеристики развивающего обучения, выделены психологические особенности обучения социально одаренных подростков на основе применения различных стратегий, выявлены некоторые общие требования к работе педагогов с одаренными детьми и с социально одаренными детьми, в частности.

Ключевые слова: образовательная среда, образовательные модели, развивающее обучение, социально одаренные подростки.

The results of the analysis of educational models for teaching gifted children are presented in the article and the basic characteristics of developmental education are determined. The psychological characteristics of teaching socially gifted adolescents were outlined based on the application of various strategies. Some general requirements for teachers of gifted children, and particularly socially gifted children, were found out.