

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Психологічні чинники порушень харчової поведінки у жінок

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 201
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Дегтярьова Руслана Анатоліївна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

К.МЕД.Н., ДОЦ.
(наукова ступінь, вчене звання)

Прокопович Євгеній Михайлович
(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2022р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання ,прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЧИННИКИ ЇЇ ПОРУШЕНЬ В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ	
1. Проблема харчової поведінки особистості та її порушень як феномен в науковій літературі.....	7
2. Чинники харчової поведінки та її порушень у жінок.....	19
3. Особливості особистісного психологічного простору у жінок з порушеннями харчової поведінки.....	33
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	44
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК	
2.1. Підходи до психологічної діагностики харчової поведінки.....	46
2.2. Організація та проведення дослідження.....	53
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	60
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	88
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНА РОБОТА ПСИХОЛОГА З ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ ЯК ПРОБЛЕМОЮ КЛІЄНТА	
3.1. Підходи до роботи психолога щодо корекції порушень харчової поведінки.....	91
3.2. Програма корекції харчової поведінки у жінок.....	107
3.3. Перспективи розробки теми корекції харчової поведінки	118
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	120
ВИСНОВКИ.....	121
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	125
ДОДАТКИ.....	136

ВСТУП

Актуальність. Рівень поширення розладів харчової поведінки у світі та українському суспільстві показує постійне зростання в своїх цифрах. Вони стають одними із самих поширених психічних розладів в світі.

Як надмірна, так і недостатня вага є результатами таких порушень. Розлади харчування мають складну природу і серйозні наслідки для здоров'я. Вони часто переплітаються з іншими психічними розладами та фізіологічними захворюваннями.

Зокрема, чим більш розвинута економіка країни - тим актуальніша проблема ожиріння, ВООЗ називає ожиріння глобальною епідемією і говорить, що біля 20% населення планети має проблему з ожирінням і більше 40% з надмірною вагою. В 2019 році в Україні провели національне дослідження щодо поширеності ризиків неінфекційних захворювань STEPS і опублікували результати, що відповідають загальним світовим тенденціям: 59,1% дорослого населення мали надмірну вагу і з них 24,8% ожиріння. Лише 39,6% дорослих мали нормальну вагу.

З початком воєнних дій та зростанням невизначеності майбутнього спостерігається значне підвищення використання їжі в якості коупінгу серед українців і з часом ми можемо зіштовхнутися з новою хвилею розладів харчування. Невелика кількість клініцистів знайома з розладами споживання їжі - наразі є потреба у поширенні та розвитку профілактики харчових розладів та підвищення рівня обізнаності клініцистів.

Відомо, що рівень смертності в наслідок РХП досить високий, а також надмірна вага і ожиріння призводить до значної кількості різних соматичних захворювань, таких як діабет, деякі види онкології, серцево-судинні хвороби, застій жовчі, деменції, проблеми з опорно-рухальним апаратом, атеросклероз, артеріальна гіпертензія, частішими є ускладнення у наслідок грипу, ковіду, призводить до частіших депресивних станів. Здорова харчова поведінка - запорука здорового тіла, енергійності, високої працездатності, стабільності нервової системи, витривалості, адаптивності та знаходиться серед факторів,

які продовжують тривалість життя. Суспільству потрібні здорові люди, яким доступні повноцінне проживання свого життя та продуктивність.

Дослідженням проблем формування та терапії розладів харчової поведінки приділяється все більше і більше уваги як в цілому у світі, так і в Україні. Зокрема, серед іноземних науковців хочемо відмітити роботи Дж.Нардоне, Т.Вербіц, Р.Міланезе (2019), К.Фейрберн (2018), Л.Вайтгед (2014), Шнаккенберг Н. (2017), Е.К. Сандоз та К.Уілсон (2011), Кеннет Госс (2014), С.Аграс (2018), Е.Мур (2021), Л.Сала (2021), Дебора Сейфер (2018). В пострадянському науковому просторі проблеми харчової поведінки почали досліджуватися пізніше і цими питаннями займалися О.О.Скугаревський (2016), І.Г. Малкіна-Пих (2019), М.Ю. Дурнева (2015), Лапіна Ю. (2018), Меглінська О. (2020), Леонова О.М. (2017), Л.Г.Жедунова (2014). Серед українських науковців свій вклад в дослідження цієї теми зробили Л.М. Абсямова (2017), Бугославська О.О. (2021), Кульчицька А. (2019), Кузнецова М. (2016), Безшейко В. (2017).

Як бачимо, продовження та поглиблення досліджень у цьому напрямку саме на часі. Сучасному суспільству притаманний високий рівень стресу. Військові дії на території України принесли ще більше факторів, що стимулюють розвиток у жінок дезадаптивних способів справлятися з підвищеним рівнем стресу. Тому профілактика такої поведінки та потреба поглиблення розуміння особистісних чинників, що сприяють цьому, лежать в основі актуальності нашого дослідження.

Наша робота присвячена вивченню психологічних чинників розвитку порушень харчової поведінки, що сприятиме більш глибокому розумінню того, як розвивається така девіація та допоможе в розробці превентивних та корекційних підходів у цьому питанні. Робота також досліджує суверенність психологічного простору як можливого фактора, що впливає на формування таких порушень у жінок, оскільки залежність часто пов'язана з вразливістю (нестабільністю, слабкістю, підвищеною проникністю) особистісних меж.

Об'єкт дослідження: феномен харчової поведінки.

Предмет дослідження: психологічні чинники порушень харчової поведінки у жінок.

Мета дослідження: дослідити психологічні чинники порушень харчової поведінки у жінок та розробити програму її корекції.

Для досягнення мети визначимо наступні завдання:

1. Проаналізувати наукові джерела, що розкривають феномен харчової поведінки та психологічні чинники її порушень;
2. Організувати та провести емпіричне дослідження;
3. Проаналізувати та інтерпретувати отримані результати;
4. Розробити програму корекції харчової поведінки у жінок.

Методи дослідження:

1. Теоретичний метод - аналіз наукових джерел, синтез інформації, яка стосується даної теми, порівняння;
2. Психодіагностичний метод:
 - Методика “Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)”;
 - Опитувальник “Суверенність психологічного простору - 2010” (СППО), розроблений С.К.Нартовою-Бочавер;
 - Опитувальник “Шкала оцінки харчової поведінки” (ШОХП) в адаптації О.А.Ільчика, С.В.Сивухи, О.А.Скугаревського, С.Суїхі;
 - Біографічний авторський опитувальник;
3. Математико-статистичний аналіз даних:
 - методи первинної описової статистики (середні та стандартні відхилення, оцінка нормальності розподілу по коефіцієнту Шапіро-Уїлка;
 - побудова таблиць сполученості та порівняння розподілу у відсотках;

- порівняння середніх значень для незалежних вибірок по U-критерію Манна-Уїтні;
 - кореляційний аналіз по критерію Спірмена;
4. Якісний аналіз анкетних даних.
 5. Метод психологічної інтервенції.

Обробка кількісних даних проводилася за допомогою програми статистичної обробки Jamovi 1.6.23

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЧИННИКИ ЇЇ ПОРУШЕНЬ В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Проблема харчової поведінки особистості та її порушень як феномен в науковій літературі.

Для досягнення мети нашого дослідження нам потрібно сформулювати базову дефініцію його предмету так, щоб вона розкривала суть та розвиток харчової поведінки жінок. Ми будемо спиратися на діяльнісну теорію Виготського Л., згідно якою психічний розвиток особистості є соціально-обумовленим і визначається більше соціальним впливом, ніж біологічним.

Хоча в новонародженого спрацьовують рефлекси, що покликанні забезпечити їжею на перший період, але далі взаємодія людини з їжею уже стає повністю культурально- та соціально-обумовленою.

Харчова поведінка (далі ХП) - це поліфункціональна система психологічної активності людини задля задоволення за допомогою їжі біологічних, психічних, соціальних, естетичних та культурних потреб.

Менделевич В.Д. визначає харчову поведінку як “ціннісне відношення до їжі та її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах та в ситуації стресу; орієнтація на образ свого тіла та діяльність, направлена на його формування” [35]. Люди роблять сотні рішень щодо їжі щодня, керуючись своїми звичками, установками, патерами поведінки та емоціями по відношенню до їжі. Їх формують ранній дитячий досвід, знання та стратегії мислення, здобуті протягом життя, сімейні та культурні традиції, релігія, поради медиків щодо здоров'я, мода, економічні умови та особистісні чинники. Кожен вибір людини що їсти, коли їсти і скільки їсти має складний і комплексний характер і формує індивідуальний стиль поведінки з їжею. Характеристики ХП як сукупності форм поведінки зображено на Рисунку 1.1.



Рис.1.1. Характеристики харчової поведінки

З іншої точки зору, ХП розглядається як складна реакція на різні внутрішні та зовнішні фактори, мета якої збереження всіх видів гомеостазу, та, перш за все - енергетичного, а також стабільності маси тіла і зрештою здоров'я.

Абсалямова Л.М. в своїх дослідженнях звертає увагу на різницю між голодом та апетитом [3]. Голод є фізіологічним станом. Це комплекс неприємних фізичних переживань та інстинктивного відчуття, що пора поїсти, який стимулює до пошуку їжі, щоб актом її поїдання усунути неприємні відчуття. Насичення при цьому настає не тільки після втамування голоду, але і в наслідок відчуття задоволення. При цьому чим активніше задіяні всі органи чуття (нюх, смак, тактильні відчуття і навіть слух) під час прийому їжі, тим швидше настає насичення. А коли їжа поглинається швидко та похапцем, неуважно, відчуття задоволення може не наступити і сигналом до завершення поїдання буде слугувати тільки відчуття переповнення шлунку.

Апетит є психологічним актом сприйняття та усвідомлення голоду. Він включає і свідоме передчуття задоволення від їжі, емоційне переживання

смаку, текстури, якості їжі. Задача апетиту може бути не пов'язана з біологічною потребою в їжі, апетит може змінюватися під впливом установок та внутрішніх і зовнішніх умов, але при цьому може бути і поєднаний з відчуттям голоду. Апетит це природній потяг до певного виду продуктів, які потрібні організму.

У кожного індивіда формується свій індивідуальний стиль харчової поведінки, який відображає не тільки його біологічні потреби, але і її емоційний стан та патерни взаємодії з середовищем. Сам акт прийому їжі має велику афективну напруженість, пов'язану з відчуттям задоволеності та насичення. В особливостях ХП виражено багато афектів: любов, протест, лють, почуття сорому. Акт прийому їжі з дитинства наділяють особливим значенням, він може використовуватися для вираження міжособистісних та внутрішніх конфліктів [9]. Коли настає насичення, приходять відчуття захищеності, підвищення настрою та заспокоєння.

Психологічні функції ХП, на думку Ю.І.Савенкова [46], полягають в:

- розрядці психоемоційного напруження;
- чуттєвій насолоді як самоцілі;
- їжа як засіб спілкування, якщо її прийом пов'язаний з перебуванням в колективі;
- самоствердження, оскільки при цьому часто першочергову роль відіграють уявлення про престижність їжі чи про відповідний "солідний" зовнішній вигляд;
- підтримання певних ритуалів чи звичок (релігійних, національних, сімейних та інших традицій і стереотипів);
- компенсація незадоволених потреб (потреби в спілкуванні, близькості, схваленні, батьківській любові та увазі);
- як нагорода чи заохочення у вигляді привабливої та бажаної їжі;
- задоволення естетичних потреб.

ХП людини лежить в рамках континуума, що включає в себе нормальні харчові патерни, епізодичні харчові розлади та патологічну харчову

поведінку [22] - Рис.1.2. Залежно від того на скільки великого значення як цінності надається харчуванню, а також від кількісних та якісних показників цього процесу (швидкість поглинання їжі, естетика, охайність тощо), поведінка з харчування буде зміщуватися в цьому континуумі між адекватною (нормою) та девіантною (з відхиленням) [29].

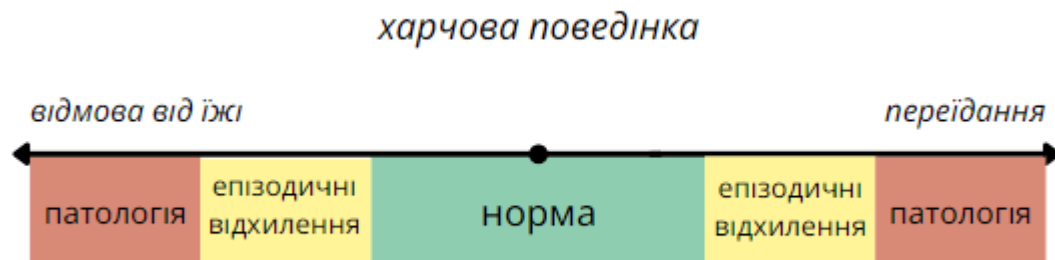


Рис.1.2. Континуум варіацій харчової поведінки

Надзвичайно важко визначити “нормальні” харчові патерни. Навіть здорові люди час від часу проявляють ті чи інші ознаки відхилень у харчуванні. Лише коли один або декілька патернів харчових порушень починають панувати тривалий час, тоді ми можемо констатувати психічний розлад. Традиційно порушення харчової поведінки розглядаються через кількість та якість їжі, яку вживає особа, а також через наявність/відсутність очисної поведінки. Часто наслідком надмірного споживання їжі (булімія та компульсивне переїдання) є ожиріння, а недостатнє споживання їжі (анорексія) призводить до виснаження. Дж.Нардоне виділяє схильність до очисної поведінки (vomiting) в окрему категорію і серед негативних наслідків називає руйнівний вплив на стан зубів, кісток та стану шлунково-кишкового тракту. Окрім фізіологічних наслідків, що можуть призвести і до смерті, очевидний негативний вплив розладів харчової поведінки на сферу стосунків, самопочуття та часто є супутниками розвитку депресивних станів.

Важливо внести розмежування між категоріями “розладу харчової поведінки” та “порушення харчової поведінки”. Таку поведінку, що

становить уже медико-психологічну проблему через руйнівний вплив на фізичне та психічне здоров'я особистості будемо вважати “розладом”. Серед них будуть найбільш поширені - нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, очисна поведінка (vomiting), та менш поширені пікацизм, розлад румінації, сітофобія та деякі інші. Ці розлади пов'язані з серйозними змінами в емоційній, поведінковій та особистісній сферах, а також з порушенням сприйняття свого тіла. Розлади харчової поведінки (РХП) проявляються як хронічні стани, що призводять до зниження якості життя в особистісному, міжособистісному та фінансових аспектах [92]. А поведінку, яка не призводить до серйозних порушень здоров'я, але перешкоджає повноцінному життю, віднесемо до “порушень”. Часом компульсивне переїдання можна віднести порушення харчової поведінки, якщо не буде виявлено ознак булімії при цьому. Такі типи харчової поведінки, як емоціогенний, обмежувальний та екстернальний, є порушеннями та часто не призводять ні до ожиріння, ні до виснаження, але при цьому є проявом неадаптивної поведінки.

Клінічні типи РХП представлені в двох основних класифікаторах психічних розладів: Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-5) та Міжнародному класифікатору хвороб, затвердженому ВООЗ (наразі діють редакції МКХ-10 [33] та з 1 січня 2022 року розпочався перехід на МКХ-11, який триватиме до 2027 року). МКХ-11 [34] дає більш розширений перелік РХП, порівняно з МКХ-10, і виділяє їх в окремий блок (L1-6B8) “Розлади харчування та харчової поведінки”, чим стає більш близьким до класифікації DSM-5 [74]. Категорії розладів харчової поведінки, передбачені в кожному з керівництв, подані в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.

Розлади харчової поведінки згідно міжнародних класифікаторів
психічних хвороб

DSM-V	МКХ-11
нервова анорексія	нервова анорексія
нервова булімія	нервова булімія
переїдання	нападоподібне переїдання
інші специфічні розлади харчування та прийому їжі	інші уточнені розлади харчування та харчової поведінки
піка (надмірний апетит)	піка
розлад жування	патологічне пережовування та відригування
розлад уникнення/обмеження прийому їжі	розлад уникнення/обмеження прийому їжі
неспецифічні розлади харчування та прийому їжі	неуточнені розлади

Основні діагностичні характеристики поширених РХП наведено у Додатку А. Переважна кількість досліджень та клінічних даних стосуються нервової анорексії, нервової булімії та нападоподібного переїдання. Про це йдеться в огляді Нау Р. [77].

Особи, що страждають на неврогенну анорексію і неврогенну булімію, надмірно переживають за свій зовнішній вигляд та вагу. Ці переживання приймають форму надцінних ідей та мають значний вплив на самооцінку.

Неврогенній анорексії притаманні контроль над споживанням їжі задля зниження ваги та об'ємів тіла через страх стати товстою та деформоване сприйняття розмірів власного тіла. Самооцінка прямо залежить від зовнішнього вигляду. Часто для підтримання форми застосовується не тільки обмеження в їжі, але і надмірна фізична активність та “очисна поведінка” (блювота, діуретики та сечогінні препарати). Найчастіше вага у

тих, хто страждає на анорексію нижче норми, але бувають і виключення. Найчастіше на цей розлад страждають дівчата-підлітки та жінки з високими розумовими здібностями, які при цьому не можуть керувати своєю підвищеною чуттєвістю і знаходять відчуття контролю через самообмеження.

Неврогенна булімія проявляється в неконтрольованих повторюваних приступах сильного переїдання та надмірною та надмірним страхом набрати вагу. Найчастіше зворотною стороною є регулярні дієти та голодування, щоб зменшити наслідки переїдання. Особам з розладом притаманна емоційна крихкість поряд з труднощами у контролі над своїми емоціями та потягами. Їх відмінна риса - це нестримна тяга до поглинання їжі та страх втратити контроль над власними бажаннями, за якими слідує звинувачення себе в тому, що не вдалося стриматися. І це формує замкнене коло самопідтримуючої деструктивної поведінки. Частина з них також застосовують “очисну поведінку” у вигляді блювання, проносних та сечогінних препаратів чи надмірній фізичній активності. Вага при цьому може бути як надмірною, так і нормальною.

Нападоподібному переїданню та розладам уникнення/обмеження прийому їжі не притаманна жага до контролю на формою тіла та його вагою і це є ключовою діагностичною ознакою. При нападоподібному переїданні не має “очисної поведінки” та компенсаторних дієт, але приступи надмірного поглинання їжі відбуваються часто і впливають на емоційний стан та якість життя. Розладам уникнення/обмеження прийому їжі притаманний острах взагалі їсти чи вживати певні продукти. Така відмова від їжі призводить до серйозних проблем зі здоров'ям. Найчастіше зустрічається при неврозах та психопатіях.

Ризик розвитку розлад харчової поведінки не залежить від статі, віку, економічних та соціальних умов проживання. При цьому неврогенна анорексія найчастіше зустрічається у підлітків, зокрема дівчат. А булімія і переїдання притаманні і підліткам, і дорослим жінкам.

Інші розлади зустрічаються рідше. Серед них розлад румінації (відригування з повторним пережовуванням та можливим ковтанням), піка (поїдання неїстівного з метою втамувати голод, але не набрати вагу), синдром “нічної їжі”, “вуглеводна спрага”. В останні 30 років почали говорити про новий розлад - орторексію. Вона виникли на фоні демонізації жирів, а пізніше вуглеводів. Деякі люди, що хочуть вести здоровий спосіб життя, почали перейматися надцінними ідеями здорової їжі з виділенням шкідливих продуктів. Патологічну форму таке ставлення до здорового харчування набуває, коли люди починають сторонитися компаній інших людей через неможливість знайти однодумців, занадто фіксуються на їжі та здоров'ї, завзято намагаються перетягнути інших і свій спосіб харчування. Але досі точаться суперечки щодо віднесення такої поведінки до психічних розладів.

Варто зазначити, що є і інший підхід. У своїх прикладних дослідженнях Дж.Нардоне, Т.Вербіц та Р.Міланезе відходять від “описового” підходу до роботи з РХП на базі класифікаторів, оскільки ті дають статичне бачення проблеми з перерахуванням характеристик проблеми і зовсім не розкривають модель її функціонування та способи вирішення. Натомість вони пропонують “оперативну” модель (“діагноз-втручання”), яка описує характеристики стійкого існування проблеми та складну сукупність перцептивно-реактивних дій суб'єкта зі своєю особистою та міжособистісною реальністю, що підтримують девіантну поведінку. Беручи у фокус патологічну перцептивно-реактивну систему, в рамках якої особа наполегливо підтримує свій розлад своїми ж стратегіями його подолати, науковці застосовують дещо інше розмежування розладів. Зокрема, до неврогенної анорексії та булімії вони відносять випадки без “очищувальної поведінки” у вигляді блювання. А самий потяг до блювання (vomiting) виносять в окрему категорію, оскільки при терапії такого розладу терапевтичною мішенню стає сама жага до очищення як мотив переїдання [36].

Для цілей нашого дослідження ми вирішили зосередитися не на клінічних розладах харчової поведінки, а на соціально-психологічних типах харчової поведінки, які закладені в теоретичній моделі Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ) та є досить поширеними у використанні в психологічній практиці. В першу чергу саме тому, що для осіб дорослого віку, які склали основу нашої вибірки, більш характерні прояви переїдання. Такі соціально-психологічні типи харчової поведінки, як емоціогенний, екстернальний та обмежувальний, ми пропонуємо розглядати через конструкт “порушення харчової поведінки”.

Щоб пояснити, чому деякі люди набирають вагу і втрачають контроль над своєю харчовою поведінкою, в теоретичну модель соціально-психологічних типів харчової поведінки було закладено три теорії: психосоматична теорія (Bruch, 1973 [70]), теорія екстернальності (Schachter, 1964 [100]) та теорія стриманого харчування (Herman & Polivy, 1980 [78]). Вони були покликанні пояснити різні аспекти мотивації до прийому їжі, які можуть порушити адекватне споживання їжі та контроль над вагою тіла. Ці три теорії лягли в основу трьох соціально-психологічних типів (стилів) ХП: емоціогенного, екстернального та обмежувального [102].

Емоціогенний тип харчової поведінки.

Для пояснення емоціогенної харчової поведінки, яка призводить до набору зайвої ваги, була висунута психосоматична модель (Bruch, 1973 [70]). Ця модель комбінує теорію соціального наuczіння та концепцію стресу. Згідно цієї теорії стимулом до прийому їжі стає не голод, а емоційний дискомфорт. Людина їсть не тому, що голодна, а тому що тривожна, роздратована, пригнічена, в поганому настрої, їй нудно, самотньо або навіть перебуджена в умовно позитивному ключі тощо.

Емоціогенне харчування в цьому випадку виступає як нетипова відповідь на дистрес. Така людина “заїдає” стреси, образи, невдачі, сварки, нудьгу, поганий настрій, гнів та інші емоції та стани. Їжа стає головною

підтримкою та компенсацією, коли особа боїться своїх емоцій чи не може з ними впоратися.

Емоціогенний тип притаманний жінкам, що мають надмірну вагу, але зустрічається і в людей з нормальною вагою. У пацієнтів з ожирінням цей тип діагностується в 60% випадків, а серед населення в цілому - у 30% випадків [28]. Особи, яким притаманний цей тип ХП надають перевагу висококалорійним, багатим жирами та вуглеводами, легко засвоюваним продуктам (шоколад, здоба, морозиво, кондитерським виробам). Такі продукти харчування виступають своєрідними ліками, оскільки дають не тільки відчуття насичення, але і заспокоюють, допомагають зняти нервову напругу, розслабитися та отримати задоволення, підвищують настрій [28].

Емоціогенний тип ХП властивий соціально орієнтованим, надто емоційним людям, що схильні до різного роду адикцій. Їжа для них виступає певним захисним механізмом, що при цьому є легко доступним і суспільно схваленим видом залежності [17]. Часто такі особи зловживають і алкогольними напоями та палінням, а також відчувають надмірну потребу у сні та сексуальних контактах. Такий тип реагування на стрес вважається пасивним.

Емоціогенний тип ХП можна розділити на підвиди: перманентна емоціогенна ХП, компульсивне переїдання та синдром нічної їжі.

Екстернальний тип харчової поведінки.

В рамках особистісного підходу досліджується роль особистості в розвитку та підтриманні порушень ХП, які призводять до росту маси тіла. Згідно теорії екстернальності (Schachter, 1964 [100]), особи з таким типом ХП розвивають наростаючу реактивність на їжу. Для них запах, вигляд та присутність їжі є стимулом до реакції поїдання поза внутрішнім відчуттям ситості. Особи з екстернальним типом харчової поведінки не можуть завершити прийом їжі поки не закінчиться їжа, яку вони бачать перед собою, ніколи не відмовляються від гостинців та їдять за компанію, купують

незаплановані продукти в магазинах та заходять в кіоски, які трапляються на їхньому шляху, щоб купити щось смачненьке. Такі люди готові їсти при будь-якій можливості та відчують насичення тільки тоді, коли їх шлунок переповнений. Практично у всіх осіб з ожирінням в певній мірі присутня екстернальна ХП.

Салміна-Хвостова О.І. вказала, що розвитку екстернального типу ХП сприяють культурально-обумовлені стереотипи відношення до прийому їжі як засобу комунікації та винагороди. Її дослідження показало, що можливий перехід від екстернального до емоціогенного типу ХП внаслідок тривалого перебування в ситуації хронічного стресу [47].

Обмежувальний тип харчової поведінки.

С.Р.Herman & J.Polivy (1980) запропонували модель обмежування для пояснення того, що якщо дієта строга та “емоційна” (психологічно переживається як “випробування”), то це обов’язково призведе пізніше до “зриву” (рецидиву) у формі неконтрольованого епізоду надмірного переїдання [78]. Згідно з цією моделлю, між механізмами голоду та насичення знаходиться простір, який керується скоріше когнітивно, ніж біологічно. У осіб, які “сидять на дієті”, нижня межа голоду буде нижча, а верхня межа вища, ніж у людей, що не слідуєть дієтам. Таким чином, особи на дієті “накладають” на себе ще одну верхню межу, що знаходиться нижче біологічної межі ситості, яка знаходиться у неї вище, чим у особи, що “не сидить на дієті”. Цей феномен назвали “контррегуляцією”, маючи на увазі, що особи, що слідуєть дієті, дійсно свідомо регулюють споживання їжі та схильні переїдати при ослабленні самоконтролю та переживанні стресу. Таким чином, людина, що слідує дієті парадоксально буде набирати все більше і більше ваги.

Емоційна нестабільність, що виникає на фоні застосування строгих дієт, отримала умовну назву “дієтична депресія” і сюди входить цілий комплекс негативних емоцій, зокрема підвищена дратівливість та втомлюваність, внутрішня напруженість, агресивність, тривожність,

занижений настрій, смуток та пригніченість тощо. Виражений емоційний дискомфорт при “дієтичній депресії” веде до відмови від подальшого дотримання дієти і рецидиву підвищення ваги.

Леонова К.Н. переглянула класичну типологію типів харчової поведінки та доповнила і розширила її, керуючись тим, що кожен соціально-психологічний тип ХП представлений симптомокомплексом специфічних статево-вікових, психологічних і соціально-психологічних особливостей особистості. Вона запропонувала виділити шість видів ХП: інтернальний, екстернальний, емоціогенно-обмежувальний, нестійкий, обмежувальний, емоціогенно-екстернальний [24]. В нашій роботі ми будемо користуватися моделлю трьох типів харчової поведінки.

1.2. Чинники харчової поведінки та її порушень у жінок

Ми володіємо уже великою кількістю результатів різних теоретичних, методологічних та експериментальних досліджень щодо проблеми порушень харчування. Науковці говорять про комплекс біологічних, психологічних та соціокультурних чинників, які виступають предикторами до їх виникнення. Порушення харчової поведінки одні з небагатьох, що спричинені такою значною кількістю чинників. В виділенні причин виникнення та підтримуючих факторів часто виникають труднощі, оскільки ці порушення мають багато заплутаних, глибоких та прихованих мотивів.

У кожної людини формується свій унікальний стиль харчової поведінки, який починає закладатися іще внутрішньо-утробно у взаємодії мати-плід через сприймання плодом речовин, які мати отримує з їжею, психологічних станів матері та відношення матері до майбутньої дитини. Далі після народження і проходячи етапи дитинства також у взаємодії зі своїми важливими дорослими закладаються патерни ставлення до їжі та в цілому способи адаптації. Харчова поведінка та харчові вибори обумовлюються такими фізіологічними процесами, як відчуття голоду, апетиту, ситості та насичення. В людському організмі еволюційно сформувався потяг по солодкого, жирного та солоного, харчовий процес обслуговується нервовою та ендокринною системами з задіянням лімбічних процесів, та має складні механізми, які часто бувають невідконтрольні свідомості.

Стиль харчової поведінки жінок окрім біологічних факторів обумовлюється такими психологічними процесами, як засвоєні харчові вподобання, мотивація, харчовий досвід, цінності, особистісні риси, коупінг-стратегії, установки та емоційний фон.

Харчові вподобання частково закладені еволюційно, але при цьому змінюються протягом життя під впливом пережитого досвіду та отриманих знань. При цьому при виборі їжі частим є конфлікт між досвідом і знаннями щодо поживності та впливі на здоров'я та смаковими бажаннями. Жирна та

багата вуглеводами їжа в силу роботи “дофамінового кільця” має високу сенсорну привабливість та безпосередньо впливає на емоційний стан. Багато досліджень с сферах харчових розладів, ожиріння, антиеїдж та в сфері здоров'я та працездатності зосереджують свою увагу на питанні регулювання харчової поведінки, враховуючи цей конфлікт, та закладені механізми [63, 95].

Харчовий досвід включає і особистий досвід від споживання різних продуктів, так і знання про їжу і харчування. Харчовий стиль формується як наслідок свого харчового досвіду через відчуття після вживання продуктів харчування. Знання про користь чи шкідливість певних харчових продуктів, розуміння основ гармонійного харчування може слугувати поштовхом для зміни харчової поведінки при наявності достатньої мотивації. При цьому саме по собі поширення інформації про здорове харчування часто не призводить до реальних змін [95].

Мотиви харчового вибору можуть бути як усвідомлюваними, так і не усвідомлюваними. Стимули бувають внутрішніми і зовнішніми. Відчуття голоду чи (та) апетит спонукають людину до пошуку їжі та втамування неприємних відчуттів. Але харчування рідко буває чисто функціональним, емоційна складова є частим мотивом у харчовому виборі. Е.Фромм називав нудьгу, поганий настрій, тривогу, страхи і стрес основними причинами частого їжі [61]. Без включеності в життя, дієвості, наповненості інтересів в різних сферах виникає душевна і емоційна порожнеча, яку жінки схильні заповнювати їжею. Мотивацією для вибору певних продуктів слугує також бажання змінити свій стан, а обранні обмеження часто є результатом бажання досягти певних цілей.

Стиль споживання їжі та харчові вибори взаємо переплітаються з емоційними станами, різна їжа здатна викликати різні реакції. Споживання їжі або утримання від певних продуктів чи навіть утримання в цілому в деяких випадках спрацьовує як не адаптивна коупінг-стратегія. Харчування є частиною механізмів саморегуляції особистості.

Індивідуальний стиль харчової поведінки особистості базується також на тому, які вона має переконання, установки та цінності щодо харчування. Вони безумовно формуються в культурно-соціальному просторі через слідування правилам своїх культуральних груп та субкультур, професійних та дружніх кіл, в наслідок зчитування рольових моделей у сімейному колі. Соціальне сімейне наuczіння стилю харчування має найбільший вплив в перші п'ять років життя, з процесом дорослішання особа починає переймати особливості харчування все з більшого соціального кола, а також додає свої особисті знання та досвід до цього процесу. Окремо слід виділити вплив ЗМІ та реклами на формування харчової поведінки. Багато дослідників говорять про те, що вони є одними з ключових джерел інформації про їжу та харчування.

На тип та кількість їжі впливає фізичне середовище проживання, яке визначає доступність та різноманіття тих чи інших продуктів, цінову доступність, зовнішню привабливість упаковки чи сервірування, порційність. Простіше та доступніше споживати промислово перероблені продукти з тривалим терміном придатності, ніж натуральні та неперероблені. В сільській місцевості суттєво нижчий вибір продуктів, в тому числі продуктів високої якості порівняно з великими містами. Також має вплив і сезонність, оскільки доступність якісних натуральних овочів, фруктів та зелені в різні пори року різна.

На макрорівні на формування харчового стилю особистості впливає навколишнє середовище, що формується економічною системою, сільськогосподарською та продовольчою політикою, а також виробництво та розповсюдження певних продуктів [86].

Таким чином ми можемо сказати, що при вивченні факторів, що впливають на розвиток харчової поведінки, обов'язково потрібно враховувати не тільки фізіологічні та психологічні фактори, а також культуральні, історичні, соціальні, економічні та демографічні аспекти.

Механізми виникнення порушень харчування до кінця не досліджені та не існує єдиного теоретичного підходу, який би пояснював їх [48]. Колектив з

7 авторів разом з Барильник Ю.Б., Антоною А.А. та Філіповою Н.В. досліджували мультидисциплінарний підхід в діагностиці та терапії розладів харчової поведінки і зазначили, що поки що в цій сфері ще багато невирішених питань, незважаючи на її розробленість та широкий арсенал методів та препаратів [7].

Коли мова йде про причини виникнення розладів харчової поведінки, то завжди потрібно враховувати, що це комплекс різноманітних по своїй силі тривалості впливу факторів - фізіологічних, генетичних, соціо-культурних, сімейних, психологічних, травматичного досвіду та особистісних особливостей. Їх поєднання має індивідуалізований характер і механізми виникнення та розвитку розладів та порушень харчової поведінки ще до кінця не розкриті і потребують подальшого теоретичного та експериментального вивчення [24]. Розглянемо ці фактори, щоб описати модель формування розладів та порушень харчування в цілому.

Фізіологічні чинники.

Фізіологічна теорія пов'язує виникнення розладів та порушень харчування з ендокринними регулятивними системами організму. Зокрема, з системою "голод-насичення", що регулюється переважно гіпоталамусом, та гормональною системою емоційної регуляції, яка пов'язана також з роботою гіпоталамусу (в ньому знаходиться група центрів, що відповідають за різні аспекти настрою та вираження емоцій, як то агресія, гнів, страх та задоволення) та в цілому лімбічною системою.

Приєм їжі розслабляє та покращує емоційний стан, оскільки стимулює продукцію серотоніну в мозку та норадреналіну в наслідок як зростання рівня триптофану, так і внаслідок підвищення рівня гормону лептину. Це приводить до покращення настрою та відчуття ситості [64]. З фізіологічної точки зору РХП виникають внаслідок значного розбалансування та розсинхронізації цих систем та зв'язків між когнітивною сферою, поведінкою, нейрохімічними процесами та фізіологією [53].

С.Абрахам звертає увагу на те, що при тривалому голодуванні в мозку продукується більше опіатів, що піднімає настрій та активність осіб з неврогенною анорексією та призводить до фіксації неадекватної харчової поведінки і стимулює до ще меншого споживання їжі. У людей, що страждають на ожиріння, булімію та компульсивне переїдання, вона виділяє особливу роль лептинорезистентності, що заважає цим людям зафіксуватися на бажаному рівні ваги [64]. А також виділяє фактор генетично запрограмованого рівня ваги, до якого прагне організм людини, в силу своєї конституції.

Окремо варто виділити взаємозв'язок сну та переїдання. Багато досліджень повідомляє про суттєвий дисбаланс між гормонами лептин-грелін, які відповідають за насичення та відчуття голоду. Недостача сну знижує рівень лептину та підвищує грелін, що дає відчуття негамовного голоду, що в свою чергу провокує переїдання. І більше того зміна профілю мозкової активності стимулює потяг до висококалорійної їжі з високим вмістом цукру та вуглеводів. З численних досліджень можна зробити висновок, мала кількість сну може бути фактором розвитку ожиріння [66, 67, 76, 91, 96]. А тривала депривація сну призводить до розвитку депресивних станів та різних психологічних розладів, в тому числі і харчової поведінки. При цьому слід зазначити, що вчені прийшли до висновку, що і переїдання, і раціон з великим вмістом цукру і малою кількістю клітковини знижує якість і кількість сну, а також емоційну стабільність.

Таким чином фізіологічні особливості нейро-гуморальної системи можна включити до чинників розвитку РХП.

Генетичні чинники.

Згідно досліджень останніх 20 років було виділено 6 генів, що значно підвищують ризик розвитку переїдання та ожиріння і більше половини населення планети є їх носіями. Таким особам значно важче досягнути відчуття насичення. Також встановлено, що генетично передається схильність до низького рівня гормону задоволення - дофаміну, який також відіграє значну

роль у відчутті задоволеності від їжі та ситості. Генетично обумовлюються і схильність викликати блювання [53, 71].

Психологічна гнучкість та спонтанність самовираження також обумовлюється генетичною конституцією. Наявність рідних першої лінії з розладами харчування суттєво підвищує ризик виникнення їх у наступного покоління [101, 53]. За допомогою близнюкових досліджень встановили, що спадкова схильність до розвитку РХП як анорексичного, так і булімічного спектру коливається від 30 до 83%. При цьому не вдалося встановити співвідношення та вагомість генетичних, психологічних факторів та середовища.

Таким чином, генетичний фактор обов'язково слід віднести до чинників розвитку порушень та розладів харчування.

Соціо-культурні чинники.

Синдром незадоволеності своїм тілом розвивається та підтримується внаслідок стандартів краси, які продукує суспільство та ЗМІ. Стандарти краси в західному суспільстві тривалий час проводили паралель між успіхом, щастям та стрункістю, чим породжувало надмірну заклопотаність жінок своїм зовнішнім виглядом та харчуванням і дієтами. Сучасні дослідження розглядають РХП як результат взаємодії численних причин, в тому числі соціокультурних та економічних: роль жінки в суспільстві стрімко змінюється, стандарти краси вносять свої корективи, харчові звички зазнають змін через підвищення доступності різноманітної їжі. Раніше їжу потрібно було добувати і під це заточені внутрішні механізми регуляції людини, зараз вона доступна на кожному кроці - і людям потрібно приділяти більше уваги до взаємодії з нею.

Концепція “модель дистресу” робить спроби розглядати харчові розлади в культуральному контексті [89]. Її суть полягає в тому, що страждання, яке частково визначається культурою, виражається і долається людьми в різних культурах по-різному і тими способами, які ця ж культура їм пропонує. Тому

розлади харчування в певному сенсі і є тими культурально-обумовленими способами виразити біль і подолати соціальний тиск.

Таким чином, соціо-культурні чинники ніколи не будуть єдиними стимулами для виникнення РХП, при цьому їх вплив потрібно враховувати обов'язково. Вони можуть бути саме тим курком, що вистрілить і запустить деструктивний процес.

Сімейні чинники.

Низка наукових досліджень в середині 70х років визначала, що комплекс певних сімейних характеристик, як то відстороненість батька та деспотичність матері при низькому рівні спілкування в середині сім'ї, може бути фактором розвитку РХП. Симптоматика РХП у дітей системним сімейним підходом розглядається як деструктивний спосіб дитини втримати баланс в сім'ї, в якій при цьому нарізали суттєві зміни, або як спосіб отримати відсутню увагу. [53, 88]. В таких сім'ях часто заплутані відносини із схильністю до залежності, відсутності здорових міжособистісних меж та амбівалентних послань.

Батьки мають великий вплив на формування харчового стилю, як ми розглядали вище. Особливо в перші 5-7 років життя. В перший рік життя матір критично впливає на формування розділення відчуття голоду та відчуттів, пов'язаних з іншими потребами та імпульсами у дитини тим на скільки адекватно вона задовольняє сигнали дискомфорту дитини. Протягом дитинства члени сім'ї пропонують дітям одні продукти і забороняють інші, надмірним контролем за частотою та об'ємом споживання їжі вони також можуть сприяти зламу механізмів саморегуляції. Засуджуючі зауваження батьків щодо зовнішності та ваги можуть негативно впливати на формування самооцінки особистості, образу свого тіла та патерни поведінки з їжею. Частина досліджень при цьому вказує на те, що не має однозначного зв'язку між розвитком РХП та сімейним фактором. За схожих сімейних обставин відносини з їжею у різних осіб можуть бути як гармонійними, так і порушеними.

Тому можна зробити висновок, що сімейний чинник призводить до розвитку порушень харчування тільки у зв'язці з іншими факторами. Сімейні обставини можуть спровокувати розвиток розладів або часткових порушень харчової поведінки при наявності інших причин.

Вплив травмуючого досвіду.

В останні двадцять років все більше уваги серед клініцистів та науковців приділяється ролі травмуючого досвіду у виникненні РХП паралельно з розвитком “моделі травми” та її значимості в житті людей. Ця модель розглядає порушення харчування як певний коупінг.

Деякі дослідження показали, що поєднання несприятливого стилю виховання та травматичних переживань може сприяти розвитку патологій харчування на більш пізніх етапах життя [82]. С.Holman говорить про можливий кумулятивний ефект для різних форм травмуючих подій: зневаги, та різних форм насилля - фізичного, психічного та сексуального [79].

В сфері досліджень ролі травми є методологічні проблеми у діагностиці РХП та травматичного досвіду.

T.D.Brewerton [69] виділяє сексуальне насилля в дитинстві як неспецифічний фактор ризику виникнення девіацій в харчовій поведінці і при цьому зазначає, що спектр таких травмуючих подій набагато ширший. І ризик зростає, коли особа пережила їх більше, ніж одну. важкість РХП не завжди посилюється травмою, але впливає на появу інших нехарактерних симптомів, як то ПТСР. Він виділяє ПТСР як проміжну ланку між травмою та РХП.

С.Holman вдалося встановити зв'язок між знущаннями та насмішками в дитинстві (від однолітків чи батьків) та розвитком девіацій в харчуванні через незадоволеність тілом [79]. Він вважає, що погляд з боку травми на порушення харчування допомагає подивитися на проблему з іншого боку. І бачить цю проблему в площині кризи ідентичності, відчуття себе та світу, а не просто у порушеннях у відносинах з їжею, що є лише поверхневими наслідками.

Психологічні чинники.

Виокремити психологічні чинники від усіх інших важко, але для психолога є необхідним розуміти за яких психологічних характеристик та поведінкових стереотипів виникають та розвиваються РХП. Значимим серед них, ми можемо назвати: бажання ізолюватися, потяг до ідеальності, розчарування, відчуття безсилля та страху перед необхідністю дорослішання, труднощі з емоційною саморегуляцією (підвищена чутливість) та проблеми з чутливістю до внутрішніх сигналів. Нездатність справитися з напругою від стресогенних факторів часто призводить до розладу, який стає “ілюзією безпеки”.

Генезис РХП описується різними моделями відповідно до певної парадигми, якій слідує той чи інший психологічний підхід. З 60-х років почали розглядати розлади харчової поведінки як адикцію, оскільки вони мають елементи, які лежать в основі всіх залежностей, зокрема: надцінність, ейфорія, ріст толерантності, синдром відміни, конфлікт з оточенням та з собою, а також рецидиви. Так само і голодування можна розглядати як форму адикції, шлях до якої лежить через стани ейфорії, які настають при тривалому голодуванні. У деяких продуктів підвищений адиктивний потенціал, зокрема, це їжа, багата на швидкі вуглеводи, шоколад та деякі інші продукти. Біля чверті хворих на булімію мають супутню залежність від алкоголю. Коли їжа стає способом витіснити неприємні відчуття за допомогою тих смакових відчуттів та гормональних змін, які вона спричиняє, тоді і починає формуватися адикція. Може розвинутиися потреба збільшити тривалість та порції харчування. Розгойдуються фізіологічні механізми і у людини з'являється потреба постійно їсти або занадто великі порції. З часом виникає сором за свою поведінку, який підштовхує почати їсти наодинці, вага росте, все частіше відбувається втрата контролю і поступово проблема починає становити загрозу для життя [11].

Проте не всі науковці погоджуються з тим, що РХП є формою адикції, оскільки від їжі не можливо відмовитися - це все одно, що говорити про

залежність від води, повітря чи сну. Дж.Нардоне [36] розглядає розлади харчової поведінки не як адикцію, а як спосіб функціональної адаптації особи до реальності, яка сприймається як неадекватна. Скугаревський О.А. [52] називає РХП коупінг-стратегією, за якої надцінність надається зовнішньому вигляду, їжі та вазі. Їжа стає символічним способом взаємодії зі своїм відчуттям неадекватності перед суворими вимогами дійсності. Таке відчуття назріває і як наслідок мізерних життєвих навичок, так і на фоні невдач у стосунках з іншими.

Різні теоретичні підходи пояснюють розвиток розладів харчової поведінки кожен в своєму контексті. Зокрема, психоаналітики ставлять ранній невдалий досвід відносин з мамою в центр свого підходу. Так, вони розглядають харчування як акт смоктання материнських грудей, а за блювотою бачать відмову від неї. При чередуванні переїдання та очищуючих дій часто будуть виявлені амбівалентні відносини з матір'ю - тобто, конфлікт між психологічною залежністю від мами та жагою до автономії. Із зростанням страхів, пов'язаних із сексуальністю, може статися регрес до едипальних тривог орального типу, що пов'язані з харчуванням [2, 5]. Дослідники також виділяють страх дорослішання та внутрішні конфлікти щодо прив'язаності до матері провокують розвиток розладів як спосіб залишатися в інфантильній позиції [6].

Основоположник гештальт-терапії В.Перлз [43] вперше звернув увагу на проблему психологічної адаптації в контексті розвитку порушень харчової поведінки. Він вказував на те, як в процесі формування досвіду на кордоні контакту розвиваються або творче пристосування, або ж переривання та тривожність з переходом до стереотипності. При психокорекції він приділяв увагу співвідношенню фігури і фону, зосереджувався на інтерпретації цілісності чи розщепленості фігури в конкретному оточенні [42].

Автори та послідовники екзистенційного аналізу бачать передумови до розвитку розладів харчування в проблемі знаходження сенсу. А.Ленгле [26] говорить, що люди з РХП часто переживають безсилля перед долею, а також

у відносинах з важливими людьми та своїми харчовими потягами та поведінкою, яка коливається між зривами та компенсаціями. Це призводить до блокування смислу, оскільки осмислення передбачає дієвість, а інфантильна позиція дозволяє “втечу”. У таких людей емоції стають більш плоскими, втрачається смак життя та відчуття його цінності. Люди, що страждають на РХП починаються відсторонюватися, і внаслідок того, що не формується адекватна самооцінка та ідентифікація, своє буття не переживається як автентичне, що веде до безглуздості життя, яке В.Франкл [59] називав екзистенціальним вакуумом. Наповнюючи себе їжею, людина ніби намагається наповнити своє життя чимось вартісним та важливим.

Частина авторів [24, 35] відносить розлади харчування до психосоматичних захворювань, генезис яких досліджується в рамках поведінкових теорій. Вони поєднують теорію соціального наочіння [5] та впливу стресу. Розлад харчування виступає як заміщення відчуття стресу відчуттям голоду і це провокує більше споживання їжі, за якими часто приходиться сором та бажання “виправити” себе. Когнітивна модель звертає увагу на те, низька самооцінка у зв’язці з дієтичними обмеженнями формують замкнене коло разом із занепокоєністю тілом та фокусом на їжі. При цьому на формування образу тіла можуть мати вплив послання батьків щодо ідеалів тіла і зовнішності та незадоволеність тілом своїх дітей.

З позиції контекстуально-поведінкової теорії порушена харчова поведінка є набутою. Така поведінка стала можливою завдяки подіям, що передували її формуванню. Цей контекст можна розділити на різні типи подій в залежності від того, коли вони відбуваються і як вони впливають на поведінку. Так можуть впливати як попередні події (антецеденти), так і наступні події (наслідки). Контекстні події можна розділити на дві загальні категорії: приємні та відвертаючі стимули (аверсиви). При психологічній ригідності переважає вплив відвертаючих стимулів над впливом приємних. Порушена харчова поведінка та все, що з цим пов’язано характеризується керуванням собою за допомогою аверсивів. Особа навчається сприймати себе

та своє тіло таким чином, що стосунки зі своїм тілом починають виконувати функцію відвертаючого стимулу. Відчуття себе в контексті особистісних якостей, ролей, відносин, мрій слабшає, а важливість сприйняття себе через “Я як тіло” все сильнішає [65].

Терапія, сфокусована на співчутті, розглядає розлади харчової поведінки як спроби особи управляти своїм тілом та системою регуляції афекту в контексті особистого та соціального досвіду, що акцентують увагу на обробці системи загроз. Так, пацієнти переживають сором та інші складні емоції і використовують керування харчуванням, вагою та зовнішністю для управління цими переживаннями. Це призводить до виникнення певних типів мислення та стратегій безпеки, які дають тимчасове полегшення та відволікання від труднощів. Але при цьому може призвести до фізіологічних, психологічних та соціальних наслідків, які захоплюють в капкан порочних циклів [82, 83].

Аналізуючи наукову літературу, ми бачимо, що у жінок з порушеннями харчування можна виділити певні особистісні особливості. При цьому відношення до того, як вони взаємодіють ділиться на такі підходи залежно від того, яку роль вони відводять особистісним особливостям у формуванні РХП:

- вони є прямим чинником виникнення та розвитку розладу;
- ці особливості грають лише роль несприятливого бекграунду разом з іншими чинниками;
- треті розглядають їх лише як наслідки розвитку розладу.

При цьому найчастіше науковці сходяться до думки, ці особистісні чинники впливають на хворобу і після її маніфестації продовжують визначати її протікання, проявляються в поведінці, у взаєминах з іншими та собою, та підкріплюють саму деструктивну поведінку.

Підвищений перфекціонізм одна з тих рис, що найчастіше зустрічається у жінок з розладами харчування [16, 36, 51, 101]. Вони вирізняються завищеними очікуваннями від себе і намагаються відповідати нереалістичним

очікуванням та болюче переживають невдачі. Свої недоліки вони не можуть простити та бачать їх у гіпертрофованому руслі.

Вони переживають відчуття неефективності справлятися із життєвими обставинами. Їм притаманне відчуття розчарування, безсилля, безглуздості та відчуття внутрішньої порожнечі. Вони не відчувають себе в безпеці і мають потяг до встановлення контролю над власним життям у неадекватний спосіб, що часто поєднується з самотністю та страхом втратити контроль [16].

Таким жінкам притаманна відстороненість в контактах з близькими, вони більше часу проводять наодинці. Вони відчувають обмеженість у себе засобів взаємодії [40]. Жінки з РХП як артишоки, що дуже емоційно-вразливі всередині, сенситивні та нарощують зовні броню через свою низьку толерантність до фрустрації [36].

Науковці зазначають і низький рівень інтероцептивної компетентності в розпізнанні внутрішніх сигналів у жінок з РХП. При цьому у них також часто виникають труднощі в здатності описати та назвати свої відчуття та емоції - частина досліджень вказує на зв'язок алекситимії та порушень в харчуванні [3, 19, 68, 99, 103].

Зазначаються також і відхилення у сприйнятті “Я-реального” та “Я-ідеального” та низька самооцінка. Спостерігається конфлікт між потягом до самоствердження та неавтономністю.

Таким чином, усі ці чинники можуть бути як підґрунтям до виникнення розладів харчування, так і чинниками, які підтримують його стабільний розвиток.

Дж.Нардоне, Т.Вербіц і Р.Міланезе в рамках стратегічного конструктивістського підходу переносять фокус з причин формування розладу на те, чим проблема підтримується (problem-solving). В рамках цього підходу науковці вважають мішенню терапевтичного впливу саме “ті спроби, які використовує особа, щоб подолати проблему, але при цьому ними ж її і підтримує”. Вони відходять від діагностичних ярликів і зосереджуються на перцептивно-реактивній системі розладу.

Л.Вайтгед [25] ділить систему чинників, які підтримує харчову поведінку, на два рівні: основний та додатковий. До основних чинників вона відносить обмеження в їжі (дієти), емоційне переїдання, переконання щодо їжі, ваги та фігури та компенсаторну поведінку. До додаткових - перфекціонізм, надмірну емоційну чутливість, низьку самооцінку, проблеми у стосунках та потреби в контролі.

С.К.Нартова-Бочавер сформулювала концепцію суверенності психологічного простору, яка близька по своїй суті до концептів самості, психологічних меж, ідентичності та автономії. Вона відмічає, що порушення суверенності психологічного простору на різних етапах дорослішання може призводити до порушення харчової поведінки [39]. Коли контролю з боку значимих дорослих занадто багато (відносно їжі, приватного простору, права вибору), то формується потяг отримати цей контроль через єдине доступне - прийом їжі.

Таким чином, можна виділити багато теоретичних підходів до генезису розладів харчування. При цьому кожна з них розкриває той чи інший аспект такого складного конструкту. Зважаючи на всю комплексність проблеми харчової поведінки, ми хочемо зазначити, що чим більше чинників включаються, тим більший ризик розвитку РХП.

1.3. Особливості особистісного психологічного простору у жінок з порушеннями харчової поведінки.

В контекст дослідження порушень харчової поведінки ми вклали бачення їй і як викривлення в її розвитку, так і як форму адикції. Як зазначалося раніше, харчова поведінка має такі ознаки (Рис. 1.1.), як темп прийому їжі, режим, вибір певних продуктів, мотиви до прийому їжі та суб'єктивне ставлення до самого процесу.

За даними дослідження Федорової І.І. [58], порушення ХП - це результат складної взаємодії чинників: конституційно-біологічних (жіноча стать - 97,2%; спадкова схильність - 60,0%); соціокультурних (дисгармонійний тип прив'язаності та виховання) - 93,4%; бажання мати струнку фігуру - 68,0%; їжа як "засіб спілкування" - 53,0%) та психологічних (невміння долати стрес - 85,2%, труднощі в диференціюванні та вербалізації власних почуттів та емоцій - 76,4%; високий рівень реактивної тривожності в складних обставинах - 67,9%).

Стан психологічного простору особистості та його меж є одним із чинників порушень харчової поведінки, оскільки вразливість психологічних меж (нестійкість, вразливість, проникливість або ж надщільність) взаємопов'язані з проявами залежності. Для цілей нашої роботи ми зупинилися на підході та розробках С.К.Нартової-Бочавер, яка досліджувала та розвивала конструкт психологічного простору особистості та поняття його суверенності та депривованності.

Під психологічним простором особистості (ППО) авторка розуміє ту особистісно-значиму частину буття, з якої витікає стратегія життя та актуальна діяльність особи. Сюди входить сукупність тих явищ, з якими особа себе ідентифікує - фізичних, соціальних та суто психологічних (наприклад, своє тіло, особисті речі, своя особиста територія, погляди та смаки, звички) [38]. Особа надає їм психологічний зміст та значимість в кожній ситуації та інтеріоризуючи цей зміст та значимість починає

оберігати його соматично та психологічно. Ключове місце в конструкті психологічного простору посідає стан його кордонів. Межі психічного простору відділяють особу від її оточення, своє від чужого, вони є тими психічними та фізичними відмітками, що помічають простір особистого контролю, приналежності та недоторканності.

Під час критичних подій межі можуть втрачати свою міцність, а особистість робить регресію до мови свого минулого, наприклад, в сторону психосоматичних проявів чи імпульсивного володіння речами. Проте умовна рівновага для особистості може бути при надто проникливих межах чи надто укріплених та негнучких межах, що з одного боку є компенсаційним вираженням гомеостазу, а з іншого боку суттєво погіршує якість життя особи та супроводжує різні патології поведінки.

Психологічний простір особистості формується та розвивається від народження протягом всього життя, взаємодіє з іншими її особистісними рисами та має такі особливості, як об'єм, структурованість та інтегрованість та якість меж. При цьому найвагомішою характеристикою на погляд авторки С.К. Нартової-Бочавер є достатня щільність кордонів ППО [38], що визначає цілісність особистості, суверенність «Я», відчуття безпеки та довіри до світу. Відповідно до цього особистість будує свою діяльність.

Виділяють такі властивості психологічного простору особистості:

1. Особа сприймає свій психологічний простір як створений або присвоєний і ця приналежність визначає його цінність для неї.
2. Особа реалізується в ньому як автор та здатна керувати та захищати все, що до нього відноситься чи виникає в ньому.
3. Психологічний простір виражається в поведінці особи, яка направлена на організацію життя.
4. Особистісний простір «прозорий» і стає доступним для усвідомлення тільки біля своїх кордонів, якщо змін чи негараздів в останній час в ньому не було, то він не доступний для рефлексії.

5. Найвагоміші властивості психологічного простору це: цілісність, щільність та гнучкість його кордонів.

Якщо ППО сприймається як збережений, то особа відчуває впевненість, а якщо переживається його опушеність, то виникає відчуття тривожності. Рівень суверенності особистісного простору визначається станом його кордонів та здатністю особи керувати, контролювати, розвивати та захищати його.

Конструкт “суверенність психологічного простору особистості” був введений в науковий ужиток С.К. Нартовою-Бочавер та активно розроблявся та уточнювався нею та іншими науковцями протягом останніх 20 років [39]. Суверенність ППО формується на базі автономності та відображає її узагальнений досвід. Це є прояв суб’єктності особи, що забезпечує задоволення її потреб різними засобами, що знаходяться в зовнішньому середовищі, через різні форми спонтанної діяльності.

Оскільки різні види порушень харчової поведінки є відображенням різних способів контакту людини зі світом, стан меж психологічного простору особистості та аспекти його суверенності будуть різними при різних видах харчування, що ми і плануємо дослідити в емпіричній частині роботи.

Цій темі присвячені також роботи Жедунової Л.Г. та Волдаєвої А.С., які досліджували стан меж психологічного простору особистості при недостатньому (анорексія) та надмірному (компульсивне переїдання) споживанню їжі [14]. В ході їх дослідження було виявлено, що люди з анорексією та ожирінням суттєво відрізнялися по відношенню до їжі. На базі структурного аналізу та аналізу феноменології поведінки, автори дали характеристику різним типам харчової поведінки. Зокрема, компульсивне переїдання характеризується нерозбірливістю у виборі їжі та не диференційованістю потреб. Людина поглинає великі об’єми їжі, не фіксуючись на окремих смакових якостях. При анорексії навпаки, поведінка надзвичайно вибіркова і ретельно контролюється. В основі обох видів

харчового порушення лежить інфантильна установка по відношенню до світу [12].

Абросімов І.В. досліджував саморегуляцію особистості та суверенність психологічного простору як факторів здоров'язберігаючої поведінки [1]. Було встановлено, що для осіб, які проявляють здоров'язберігаючу поведінку, характерні збережена здатність до саморегуляції та суверенітет психологічного простору. В групі осіб з поведінкою, що призводить до погіршення здоров'я (вживання ПАР, порушення харчової поведінки, імпульсивність) здатність до саморегуляції була недостатньою, а психологічна суверенність - депривованою.

С.К.Нартова-Бочавер визначає, що залежно від стану кордонів, психологічний простір особистості може бути:

- суверенним (від франц. *souverain* - носій верховної влади) – характеризується особистісною автономністю, переживанням автентичності свого буття, впевненості в собі та своїх діях, відчуттям доречності в обставинах життя в площині часу, простору та цінностей.
- депривованим (від англ. *deprive* - позбавляти) – характеризується порушенням реалізації права на особисту приватність, особистісні кордони проникливі, хиткі та регулярно порушуються, нездатністю керувати та контролювати вхідним потоком та своїм простором при взаємодії зі світом. Превалює переживання підпорядкованості, відчуження, фрагментарності власного життя та відчуття себе “на чужій території” та не в своєму часі.

Крайні точки суверенності можна описати від “надсуверенності”, як явища надкомпенсації у відповідь на надмірно дериваційний вплив ззовні, до “травмованості”, як повної зневаги до потреб людини [39].

В термінологічному контексті поняття «суверенність» вказує на той об'єкт, по відношенню до якого вона встановлюється, або на те середовище, з якого суб'єкт себе виділяє. Таким чином, це визначення має відношення до всіх психологічних підходів та дослідженні, присвяченим різним аспектам

прояву індивідуального буття. Зокрема, мова йде про «самість» К.Г.Юнга, «ідентичність» Е.Еріксона, «автономію» в гуманістичних підходах, «відчуження» та «сепарація» в психоаналізі, «локус контролю» Дж.Роттера, «конформізму» С.Аша та «автоматичного конформізму» Е.Фромма, «асертивність» біхейвіористської школи. При цьому суверенність психологічного простору є проявом своєї згоди з життєвими ситуаціями, а не тільки як гармонія з собою чи порівняння своїх дій з нормами та правилами. Тому суверенність може бути вивчена тільки через відношення до різних вимірів психологічного простору.

Виділяють шість вимірів ППО, які відображають фізичні (територіальні та темпоральні), соціальні та духовні аспекти людського буття: власне тіло; територія; особисті речі (артефакти); часові звички; соціальні зв'язки; цінності (смаки). (Рисунок 1.2.).

Простір розвивається в онтогенезі через появу нових вимірів, перенесення свої меж в рамках тих вимірів, які уже існують, та наповнення їх різним вмістом відповідно до досвіду та задач дорослішання.

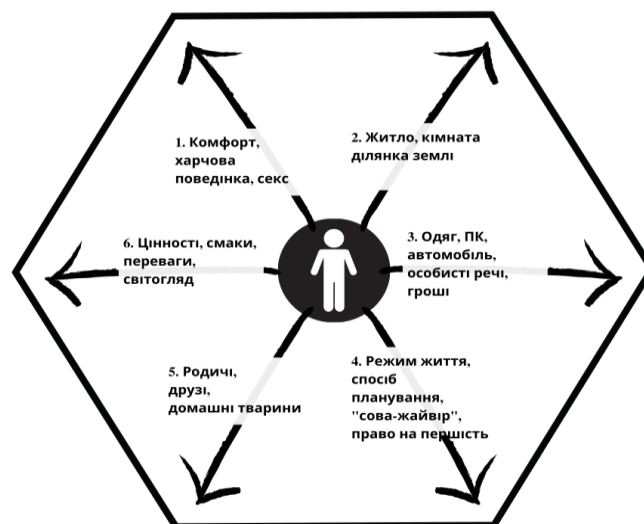


Рис.1.2. Структура психологічного простору особистості

Суверенність фізичного тіла.

Існування та значимість цього виміру психологічного простору обґрунтовуються в рамках етології, психоаналізу, тілесно-орієнтованої психології, теорії прив'язаності, а також підтверджуються емпіричними даними про наслідки ранньої материнської депривації, фізичного насилля та жорстокого поводження з дітьми.

Перший вимір, що виникає в онтогенезі та слугує основою первинної ідентифікації суб'єкта, це його власне тіло. Людина відкриває його раніше іншої реальності та вчиться ним користуватися через розвиток сенсорики та моторики. Насилля над тілом може виражатися у фрустрації базових потреб в їжі чи комфорті; насильницькому годуванні, незручній позі, жорстокому поводженні - все це різні форми вторгнення в особистий життєвий простір людини. Щільність тілесних меж, яка формується в результаті діалогічної ненасильницької взаємодії зі світом протягом раннього дитинства, стає основою самоідентифікації особи.

Тілесність виражається в тих потребах, які традиційно позначають як базові, біологічні, нижчі, але при цьому без їх задоволення чи хоча б без усвідомлення їх фрустрованості людина переживати свою самість не зможе. Найважливіші біологічні потреби, які формують людську тілесність, це - харчова потреба, комфортність місцезнаходження та розміщення в просторі (поза), а починаючи з пубертату - сексуальна потреба.

Сформованість фізичних меж особистості визначає її прийняття власного тіла, розвиток суб'єктності як незалежності людини від змін оточуючого середовища, здатності до формування надійної прив'язаності та забезпечення базової довіри до світу. Порушення суверенності фізичного тіла в рамках харчової поведінки можуть бути пов'язані з тим, що в дитинстві дитину заставляли їсти, коли вона цього не хотіла, або, навпаки, не дозволяли, коли вона була голодною, щоб "не перебивати апетит" перед основним прийомом їжі. На думку Нартової-Бочавер С.К., їжа може бути символом захвату чи знищення певного недоступного об'єкта, а у випадку

емоціогенної харчової поведінки - свідчити про те, що у людини наявні емоційні порушення.

Суверенність території.

У фізичному просторі особиста територія зазвичай виділяється по мірі розвитку маніпуляцій та локомоцій, коли людина може переміщуватися з однієї кімнати в іншу, самостійно відкривати двері, встановлюючи таким чином межі між особистою та не особистою територією. Таким чином, якщо тіло відкривало людині в першу чергу самого себе, то територія визначає факт існування інших людей, яких треба приймати до уваги.

В психології частіше вивчається територіальність у вузькому сенсі слова, а саме, як площа (зазвичай в домашньому середовищі), яку суб'єкт вважає особистою та безпечною для себе. Можна припустити, що цей вимір також відкривається протягом першого півріччя життя, коли дитина вчиться оцінювати відстань до об'єкту, а у другому півріччі, коли у неї розвивається хапання, і територія на відстані витягнутої руки починає визнаватися особистою - її дитина уже може контролювати сама, не потребуючи допомоги дорослого.

Суверенність особистих речей.

Цей вимір виникає з розвитком маніпуляцій - світ предметів, які не тільки функціонально необхідні, але і позначають потреби, схильності, уподобання людей. Предмети і у дорослих, і у дітей є «текстом», метафоричним повідомленням іншим людям про себе. Тут можна говорити про особливий вид комунікації, що є для багатьох основним.

Речі та способи спілкування, що реалізуються завдяки ним, мають значення набагато ширше, ніж чисто функціональне, вони мають символічне значення, як знаряддя праці, служать підтриманню статусу в суспільстві. Одяг при цьому - це символ захищеності та особистої ідентичності. Саме тому часто насильницька деіндивідуалізація супроводжується навмисним роздяганням людини. Окрім одягу, існують інші особливо значущі для людини індустріальної культури предмети -

гроші як “загальний еквівалент” володіння речами, автомобілі, комп’ютери, мобільні телефони. Всі ці предмети можуть виступати засобом самоствердження.

Суверенність часових звичок.

Звички як часова форма володіння простором також є предметом ідентифікації людини. Цей вимір психологічного простору - єдиний, що визначає та впорядковує час користування всіма іншими секторами простору. Так, накладення часових обмежень на користування всім, що людина вважає своїм, може фруструвати його тілесність. Звички як напрацьовані способи поведінки визначаються: а) тривалістю дій та б) послідовністю дій. Тому депривація звичок може виражатися або в перериванні дій, в силу чого людина переживає фрустрацію незавершеності гештальту, або в порушенні порядку дій, порушенні права першості.

Повага до звичок людини виражається в наданні їй можливості завершити почату справу, не перериваючи її заради бажань інших людей. Дискомфортно високий (часом і неприродньо низький) темп життя - це не єдиний спосіб депривації повсякденного буття. Те тільки темп, але і порядок дій як спосіб структурувати час та вносити визначеність в ситуацію конститує життєвий розклад людини. Адекватні психологічні межі часової організації життя характеризуються тим, що людина живе в комфортному для неї темпоритмі, визначає для себе зручний розпорядок дня, встигаючи при цьому усвідомити свої внутрішні потреби та почуття. Особа з порушеними часовими межами, на думку автора, може переживати негативні емоції, пов’язанні з незавершеністю гештальту, ігноруванням потреб в зоні звичок, нав’язування режиму, в тому числі режиму прийому їжі оточуючими [38]. Низька суверенність в цьому секторі ПП може проявлятися у відсутності режиму харчування та постійних перекусах, а спроби налагодити режим прийому їж з обмеженнями фруструють, що є частою характеристикою осіб з порушенням прийому їжі.

Суверенність соціальних зв'язків.

Цей сектор психологічного простору обговорюється в декількох персонологічних проблемах. По-перше, як будуються відносини людини з великим соціумом та як протистояти цьому соціуму? Багато цікавих фактів отримано в процесі вивчення соціальної конформності. По-друге, як людина встановлює безпечну дистанцію з близькими? По-третє, за якими критеріями хтось включається в коло близьких або виключається з нього?

Відсутність суверенності у встановленні соціальних відносин призводить або до відчуження, або до симбіотичної залежності. В діадних відносинах ці дистанційні відношення часто поєднуються. Можна виділити декілька форм спотворених соціальних контактів, що свідчать про порушення дистанції. Так, може мати місце насильницьке вторгнення, коли дитина або дорослий вимушено спілкується з тим, кого він не обирає собі в партнери. Відчуття, що всі довкола - інші, не свої, свідчить про деперсоналізацію, відчуття власної недоречності в соціальних обставинах буття. Буває і по іншому, коли людина позбавлена умов для нормального знайомства та взаємодії з цікавою їй людиною та переживає в зв'язку з цим самотність та спустошеність. Обидва варіанти свідчать про депривованість людини в сфері спілкування. Суверенність соціальних зв'язків - необхідна передумова формування прихильності та вибірковості у соціальних відносинах. Без практики такої вибірковості не може з'явитися суб'єктне відношення до іншого, і відповідно не може бути досягнута і психологічна інтимність.

Суверенність цінностей та смаків.

Цінності та смаки відображають індивідуальну позицію на початку життя, а з часом - світоглядний аспект людського буття. Цінності та смаки направлені не на умови виживання, а скоріше знаходять ресурс розвитку, ті "запасні елементи" системи, які і роблять можливою індивідуалізацію.

Смаки ми розуміємо як вираження прихильності по відношенню до об'єкта, що не є життєвоважливим, але є необхідним для підтримання

ідентичності. Прагнення наполягати на своїх смаках не можна пояснювати одномірно в контексті дій людини, воно припускає індивідуалізовану інтерпретацію. Прагнення особи наполягати на своїх смаках - є розвитком його суверенності цінностей та смаків. Наприклад, маленька дитина не може аргументувати свою нелюбов до манної каші її шкідливим впливом на здоров'я, вона просто її не любить, а любить натомість вівсяну кашу.

Депривація цінностей та смаків проявляється в тому, що близькі не розділяють і не поважають смаків, а потім і цінностей, які притаманні особі. Очевидно, що низька внутрішньо-сімейна толерантність до смакових та ідеологічних переваг один одного серед членів сім'ї супроводжується психологічними травмами, конфліктами "батьків та дітей". Здатність рахуватися та поважати те, що не є необхідним, але складає святкову сторону життя, ростить "внутрішню дитину". Нездатність захистити власну ідеологію призводить до появи некритичності по відношенню до світоглядних систем інших людей і, як наслідок, - до нездатності будувати міцні межі перед ідеологічним вторгненням та конформності.

Формування психологічної суверенності починається в ранньому дитинстві та продовжується протягом всього життя людини. Функції, які забезпечує суверенність у кожному із секторів психологічного простору, описані у Додатку Б.

Якщо суверенність фізичного тіла, території, особистих речей - це необхідні умови виживання людини як індивіда, то суверенність звичок, соціальних зв'язків та цінностей роблять можливою самотрансценденцію, здобуття нею голосу, її самореалізація як особистості. Тому можна очікувати, що ці виміри представляють собою пізні історичне та онтогенетичне утворення. Всі виміри психологічного простору дозволяють виділити моменти становлення та механізми функціонування такої основоположної системної риси особистості як її суверенність.

Узагальнюючи все, що було сказано вище, можна впевнитися в тому, що людина дійсно існує як цілісна тілесно-територіально-психо-

екзистенціальна одиниця, ототожнюючись, самостверджуючись та презентуючи себе через різні мови свого буття, здатна до розвитку та самокомпенсації. Порушення харчової поведінки представляють собою комплексне екзистенційно-психосоматичне явище, яке свідчить не про локальне захворювання, а про системне порушення взаємодії людини зі світом, при якому відмова від їжі – це протест проти світу, а залежність від їжі – це ознака емоційної несвободи людини від певних важливих явищ чи подій.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

В результаті проведеного теоретичного аналізу феномену харчової поведінки та чинників, що впливають на неї та сприяють формуванню порушення ми можемо зробити наступні висновки.

Під харчовою поведінкою розуміється відношення до їжі та харчування на рівні цінностей, патерни прийому їжі в звичайних та стресових умовах, а також зв'язок її з сприйняттям образу свого тіла. Вона залежить від багатьох факторів та умовно лежить в рамках континуума, що включає в себе нормальні харчові стереотипи, епізодичні харчові розлади та патологічну харчову поведінку. Основними видами клінічних розладів харчової поведінки є невrogenна анорексія, невrogenна булімія та нападоподібне переїдання, яким притаманна заклопотаність контролем над вагою та зовнішнім виглядом, спотворення сприйняття образу свого тіла та поміщенням харчування на значимий рівень в ієрархії цінностей. Серед субклінічних проявів порушень харчування спостерігається екстернальність, емоціогенність та/чи обмежувальний тип поведінки.

Більшість дослідників відносять порушення харчової поведінки до поліфакторних розладів, оскільки в її дослідженні та корекції потрібно враховувати і генетичні, і фізіологічні, і соціокультурні, і сімейні, і психологічні фактори. В останні десятиріччя почали також приділяти окрему увагу такому фактору, як наявність психотравмуючого досвіду в особистості. Особливості взаємодії усіх цих чинників ще слабо досліджені. У вивченні психологічних чинників науковці часто зіштовхуються з різноманітними труднощами. Але уже відомо, що чим більше факторів задіяно, тим більший ризик виникнення порушення харчової поведінки. Частіше вони діагностуються у жінок, ніж у чоловіків та можуть мати свої вікові особливості.

У жінок з порушеннями харчової поведінки часто проявляється високий рівень перфекціонізму та низький рівень адаптованості та здатності керувати

своїм життям, вони досить емоційні та чутливі і часто проявляють відстороненість у контактах з іншими, їх самооцінка на низькому рівні, здатність розрізняти відчуття голоду та насичення сильно депривовані.

Оскільки усяка залежність характеризується вразливістю (нестабільністю, ригідністю та проникливістю) меж психологічного простору, ми припустили, що цей фактор також відіграє роль у формуванні порушень харчової поведінки. Стереотип харчування є відображенням певного способу контакту людини із оточуючим середовищем. Рівень суверенності чи депривованості в кожному із секторів психологічного простору (фізичного тіла, території, часових звичок, особистих речей, цінностей та соціальних зв'язків) та загальний стан особистісного простору впливають на відносини особи зі своїм тілом та їжею.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

2.1. Підходи до психологічної діагностики харчової поведінки

Сучасний погляд на проблему харчової поведінки вважає її розлади та порушення одними з найважчих в діагностичному плані, оскільки вони довгий час ховалися за соціально-прийнятними масками.

Діагностика клінічних типів розладів харчової поведінки має опиратися на класифікатори психологічних розладів, зокрема, МКБ-10 (і скоро уже ввійде в практику МКБ-11), та DSM-5. При чому американська класифікація психічних та поведінкових розладів DSM-5, яка широко застосовується в світі, більш повно відображає особливості розладів харчової поведінки порівняно з МКБ-10 [33] та має детальний підхід до діагностики цих розладів. В новій 11-й редакції МКБ [34] перелік та опис розладів харчової поведінки поданий уже в суттєво розширеному вигляді та віднесений в окремий розділ (L1-6B8) “Розлади харчування та харчової поведінки”, чим стає ближчим до класифікації DSM-5 [74].

Скугаревський О.А. розробив інструкцію по застосуванню методів діагностики порушень харчової поведінки, де, зокрема, зробив детальний аналіз діагностичних рубрик DSM-5 [50].

До інших методів дослідження та діагностики харчової поведінки слід віднести:

- клінічне інтерв'ю;
- опитувальники самооцінки, тести;
- проєктивні методики;
- процедура самомоніторингу;
- інструментальні та лабораторні методи дослідження.

В процесі клінічного інтерв'ю досягається одна із його цілей - встановлення діагнозу. Опитувальники самооцінки дозволяють в більшій мірі

уточнити та об'єктивувати інформацію, що стосується симптоматики, пов'язаної з особливостями харчової поведінки та загальної психопатології. Процедура самомоніторингу, яку здійснює учасник дослідження самостійно, забезпечує важливими даними про особливості поведінки з їжею, що отримані в природніх умовах. В великих дослідженнях із залученням медичних закладів також використовуються лабораторні та інструментальні методи дослідження, які допомагають об'єктивно оцінити характер компенсації/декомпенсації основних функціональних систем організму.

Для реалізації мети нашого дослідження ми вибрали дослідження за допомогою опитувальників самооцінки, тому розкриємо більш детально ті інструменти, які існують наразі для дослідження та діагностики особливостей харчової поведінки.

Опитувальники самооцінки та тести застосовують як для діагностики особливостей самої харчової поведінки, так і для оцінки чинників, які впливають на неї. Вони представляють собою стандартизовані психодіагностичні методи, призначені для вивчення та оцінки (як кількісної, так і якісної) своєрідних рис особистості в її переживаннях та поведінці. В принципі, якщо розглядати їх цінність в індивідуальній діагностиці, то опитувальники не дадуть принципово нової інформації, порівняно з тією, яку можна отримати в ході клінічного інтерв'ю. Їх цінність полягає в тому, що за їх допомогою можна отримати об'єктивну оцінку не залежну від суджень дослідників. Їх роль особливо важлива в проведенні досліджень на великій групі осіб, оскільки використовуються систематичні та співставні дані для усіх учасників дослідження, що досягається шляхом високої стандартизації в проведенні та оцінюванні опитувальників.

Принципи відбору методик для дослідження харчування:

- відносна простота застосування вибраних методик;
- швидкість їх заповнення;
- повнота вивчення досліджуваного явища;
- взаємна доповнюваність вибраних методик;

- висока сумарна валідність;
- достатня чутливість до ознак явища, яке вивчається.

Методики для діагностики проблем, пов'язаних з порушеннями харчової поведінки та надмірною вагою умовно можна розділити на три категорії: діагностика харчової поведінки, діагностика рис особистості та діагностика ставлення до свого тіла.

Для діагностики харчової поведінки використовуються методики, які, в першу чергу, направлені на виявлення різних форм порушень та їх чинників, а також для виявлення його форм - емоціогенного, обмежувального та екстернального типів ХП. Зробимо їх короткий огляд.

1. Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ

Був розроблений кінці ХХ століття в Нідерландах. Його мішень дослідження – це визначення порушення по одному з типів харчової поведінки – екстернальному, емоціогенному та обмежувальному [13, 102].

2. Діагностична шкала порушень харчування

Вимірює особливості поведінки з їжею за останній квартал та півріччя, а також показники поведінки під час епізодів гіперфагії та послаблення самоконтролю.

3. Опитувальник “Ставлення до прийому їжі” (EAT-26).

Його створив Д.Гарнер в 1979 році при Канадському інституті психіатрії, а через 4 роки розробили його модифікацію EAT-26. Це надало йому високу надійність та валідність. Ця методика широко використовується у скринінгових та дослідницьких цілях для діагностики наявності симптомів РХП. В його можливості діагностувати окремі симптоми та переконання (напр., стурбованість зовнішнім виглядом, незадоволення фігурою, та фіксація на вазі та харчуванні), які притаманні певним видам РХП, але для повноцінної постановки діагнозу її не достатньо. В методиці закладено три шкали діагностики: схильність до дієт, булімія, фіксація на їжі, шкала орального контролю (прийомів їжі).

5. Опитувальник “Шкала оцінки харчової поведінки” (ШОХП).

Опитувальник призначений для діагностики неврогенної булімії та нападоподібного переїдання, а також схильності до занепокоєння фігурою та вагою. Він зарекомендував себе як валідний та надійний клінічний діагностичний інструмент. Перша версія методики була розроблена в кінці ХХ століття Д.Гарнером та Дж.Полівим. Далі вона була адаптована до версії EDI-2 та скоротилася до 7 шкал та 51 питання, що розбиті на два блоки – діагностика ПХП та супутні їм симптоми. Російськомовний варіант розробили білоруські вчені (Ільчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревський О.А. та Суїхі С.) в 2011 році група [16]. Наразі він є досить популярним інструментом діагностики порушень харчування та пов'язаних з ними психологічних чинників.

6. EDI-3 – третє покоління опитувальника “Шкала оцінки харчової поведінки”.

В останні роки методика EDI-2 була переглянута та уточнена до наступної версії EDI-3, а три роки назад вийшла і українська версія. Його можна застосовувати для категорії осіб від 13 років для стандартизованої клінічної діагностики порушень прийому їжі, а також в якості допоміжного інструменту при складанні корекційних програм, розробці нестандартних інтервенцій та моніторингу ефективності терапії. EDI-3 розділена на 12 шкал, що групуються по задачам: перші три визначають ризик розвитку порушень, а останні дев'ять описують психологічні конструкти. З них 6 є об'єднаними показниками: перший специфічний для порушень харчування, а інші п'ять є загальними інтегративними психологічними категоріями: (міжособистісні проблеми, емоційні труднощі, психологічна негнучкість, гіперконтроль та неефективність). А також оцінює періодичність окремих проявів, які становленні міжнародними діагностичними класифікаторами (як то, використання сечогінних та проносних засобів, самовикликане блювання та компенсаторну фізичну активність).

Всього опитувальник містить 91 запитання. По ньому визначенні статистичні норми по віку – для підлітків та дорослих.

7. Анкета “Харчова поведінка”

Складається з 22 закритих запитань. Питання 1, 2, 3, 5, 6, 10, 11 є спрощеними варіантами пунктів опитувальника “Questionnaire of Eating and Weight Patterns” (Nangle D.W. et al., 1993), який базується на діагностичних критеріях компульсивного переїдання, що були визначені в DSM-4. Питання 11 стосується очищувальної поведінки. Питання 12, 13 вибрані з “опитувальника по ожирінню”, запропонованого Пезешкіаном Н. (1996). Питання 7 стосується нічної їжі, питання 13 і 14 - емоціогенного типу ХП, питання 8, 9 та 15 пов'язані із стурбованістю проблемами харчування та схуднення, питання 16-22 стосуються сімейного виховання в сфері харчової поведінки.

8. Римський опитувальник нервової орторексії.

Методика направлена на виявлення нервової орторексії - пролонгованого (не транзиторного) психічного розладу, який автори визначають як “маніакальну одержимість здоровою їжею”. Автори опитувальника виходили із уявлення про нервову орторексію як психічний розлад, що існує довгий час і проявляється в коморбідному поєднанні з obsесивно-компульсивним розладом, та має значний вплив таких факторів середовища, як система відносин особистості та мода. Автори визнають, що невrogenна орторексія не наносить такої шкоди організму, психіці та оточенню як інші види ПХП, але все ж таки знижує якість життя.

9. Опитувальник нервової орторексії Бретмена.

Це авторський опитувальник, розроблений в 1997 році Стівеном Бременом для попередньої діагностики описаного ним психічного розладу - нервової орторексії, який характеризується підвищеною, патологічною, нездоровою прихильністю правильному харчуванню, схильністю до дієт та харчових обмежень, які заповнюють собою інші психічні проблеми та збіднюють життя людини. На сьогодні термін “нервова орторексія” використовується деякими дослідниками, хоча він не визнаний в якості діагнозу і не включений до класифікацій психічних розладів.

10. Методика “Мої відносини з їжею” (МТРА-їжа).

Методика ретроспективного аналізу проблеми, яка дозволяє розкрити не тільки різні аспекти взаємовідносин “з їжею” в буденній життєдіяльності, але і дозволяє прослідкувати процес “спотворення” стратегій поведінки з їжею, виявити “коріння” розладів харчування, зрозуміти базис світогляду, що лежить в основі ставлення до їжі, до себе, своєї тілесності, встановити причинну обумовленість порушень та намітити шляхи її корекції.

Група методик дослідження рис особистості використовується для виявлення рис особистості, які можуть сприяти розвитку порушень харчової поведінки і, як наслідок, появи ожиріння. В цьому переліку зазначимо основні з них:

1. Структурний профіль Basic ID (Лазарус, 2001);
2. Опитувальник Міні-Мульт (скорочений варіант ММРІ);
3. Опитувальник дослідження сексуальної сфери;
4. Торонтська шкала алекситимії;
5. Опитувальник “Індекс життєвого стилю”;
6. Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна;
7. Тест Кейрсі;
8. Опитувальник для дослідження ставлення до себе;
9. Методика дослідження відмінності між ідеальним та реальним “Я” (Butler, Naigh, 1954);
10. Опитувальник для дослідження мотивації;
11. Методика “Коупінг-тест”, Лазарус, Фолкман, 1981р.;
12. Методика дослідження індивідуальних стратегій подолання;
13. Опитувальник “САН - самопочуття, активність, настрої”.

Багато досліджень показують зв'язок між незадоволеністю своїм тілом та такими порушеннями харчової поведінки, як емоціогенна ХП та переїдання.

Дані опитувальники та тест допомагають досліджувати відношення до свого тіла:

1. Тест “Чи любите ви своє тіло?”;
2. Опитувальник дослідження образу тіла, розроблений директором Національного Центра порушень харчової поведінки Великобританії;
3. Опитувальник образу свого тіла, розроблений Скугаревським О.А. та Сивухою С.В.;
4. Дослідження самооцінки методикою Дембо-Рубінштейн;
5. Проективна методика “Автопортрет”.

Для дослідження суверенності психологічного простору та таких суміжних йому категорій, як психологічні межі особистості, автономність, локус контролю, конформність-неконформність використовуються наступні методики:

1. Методика “Суверенність психологічного простору особистості - 2010”, розроблена С.К.Нартовою-Бочавер;
2. Опитувальник “Психологічні межі” Е.Хартмана;
3. Опитувальник казуальних орієнтацій Е.Десі та Р.Райана (в адаптації О.Е.Дергачової та співавторів);
4. Тест міжособистісних залежностей Р.Гіршвільда (адаптація О.П.Макушиної);
5. Методика “Межі Я” Н.Браун (адаптація Е.О.Шамшикової);
6. Опитувальник «Рівень суб’єктивного контролю» Дж.Роттера;
7. Опитувальник «Діагностика міжособистісних відносин» Т.Лірі (адаптація Л.Л.Собчик).

2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження

Вибірка та організація процедури експерименту.

Теоретичні положення першого розділу лягли в основу організації нами дослідження психологічних чинників розвитку порушень харчової поведінки у жінок. В дослідженні прийняли участь 107 жінок віком від 30 до 46 років з вищою освітою (одна або декілька).

Процедура проведення дослідження.

Учасникам дослідження була запропонована «Інформаційна згода на участь в експерименті», в якій вказана процедура дослідження, а також інформація про добровільність, анонімність опитування та безпеку використання їхніх особистих даних.

Опитування проводилося шляхом самостійного заповнення гугл-форми респондентами.

Загальний огляд методик, які використовувались в цій роботі.

Для реалізації поставленої мети дослідити суверенність психологічного простору в дорослих жінок з різними типами харчування серед різноманіття методик, частину з яких ми описали в пункті 2.1, ми обрали ті, які мають високі показники надійності та валідності, не викликають труднощів у респондентів при їх проходженні, а також є достатніми для реалізації мети даного дослідження. Зокрема, це:

1. Біографічний опитувальник.

Відповідно до мети та задач нашого дослідження ми склали коротку анкету, яка включає в себе питання про сімейний статус, кількість дітей, професійний статус, рівень заробітку, дані про ріст та вагу для вирахування ІМТ, питання про внутрішню і зовнішню оцінку своєї ваги, а також прохання описати своє тіло за допомогою п'яти слів. Анкета носить анонімний характер. Повний текст опитувальника знаходиться у Додатку В.

2. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ)

Дана методика була використана нами для визначення типу харчової поведінки: обмежувальний, емоціогенний чи екстернальний [13, 102].

Опитувальник був валідизований та стандартизований на 1170 респондентах, які були розділені по статі та наявності/відсутності ожиріння. Метою його створення було отримання простого та валідизованого інструменту для якісної та кількісної оцінки порушень харчової поведінки, пов'язаних з переїданням та ожирінням, яке її супроводжує, а також для диференційованого формування стратегії клінічної роботи з пацієнтами. При створенні методики було використано три теорії переїдання, кожна з яких знайшла відображення в діагностиці відповідного типу харчової поведінки. Детально про кожну з теорій, які лягли в основу розробки методики, ми написали в розділі 1.1.

Опитувальник переведено російською мовою. Але хоча він не був рестандартизованим ні в Росії, ні в Україні, він широко використовується в науково-дослідницькій діяльності.

DEBQ складається з 33 тверджень, які стосуються харчування, для кожного з яких респондент має вибрати один із запропонованих варіантів відповідей: “ніколи”, “рідко”, “іноді”, “часто” і “дуже часто”. Для кожної шкали є свої нормативні значення, вище яких констатується наявність порушень в харчовій поведінці:

обмежувальний тип - 2.4;

емоціогенний тип - 1.8;

екстернальний тип - 2.7.

На основі результатів даного дослідження респондентки були розділені за типами харчової поведінки:

Обмежувальний тип - характеризується навмисними зусиллями, направленими на досягнення чи підтримання бажаної ваги за допомогою самообмежень в харчуванні.

Емоціогенний тип - характеризується посиленням апетиту в ситуаціях сильних емоційних станів.

Екстернальний тип - апетит стимулює не реальне відчуття голоду, а зовнішній вигляд їжі, її запах, текстура або ж вигляд людей, які їдять.

3. Опитувальник «Суверенність психологічного простору» - 2010.

Методика призначена для діагностики суверенності психологічного простору особистості. Сам конструкт був розроблений С.К. Нартовою-Бочавер і для нього 18 років назад авторка створила діагностичний інструментарій у вигляді опитувальника за 80 питань. В 2019 році вона провела повторне дослідження та оптимізувала опитувальник до 67 питань та валідизувала опитувальник «Суверенність психологічного простору» - 2010 [37]. Структура була збережена: це 6 шкал з тим же розподілом питань між ними. На матеріалі контрольних груп та кореляційних досліджень доведена змістова валідність, а також отримані нові норми, що виявили іншу вікову динаміку, ніж та, яка відмічалася у 2004 році.

За допомогою даного опитувальника ми маємо можливість діагностувати збереженість особистісних меж, які є важливим показником психологічного здоров'я. Якщо виявляється їх порушеність чи надмірна міцність, ми маємо можливість передбачити якість і основний зміст психологічних труднощів, які переживає суб'єкт.

Ці труднощі можуть тяжити до невротичного полюса у разі депривованості або до психотичного – у разі надсуверенності. Крім того, методика дозволяє визначити найбільш зруйновані і найбільш збережені сектори психологічного простору людини, що дає нам знати про типові для нього способи стихійного психологічного додання та ресурси особистості.

Опитувальник містить шість шкал, що відображають вимір психологічного простору (суверенність фізичного тіла, суверенність території, суверенність світу речей, суверенність часових звичок, суверенність соціальних зв'язків, суверенність цінностей).

Кожне твердження може прийматися, або відкидатися респондентом. Відповідь, що відповідає ключу, збільшує показник суверенності (+1), а відповідь, що не збігається з ключем, – показник депривованості (-1).

Діагностичні шкали опитувальника.

1. Суверенність фізичного тіла (СФТ) буде проявлятися, якщо особа жила в умовах уваги до її тілесного благополуччя, то у неї буде проявлятися суверенність фізичного тіла, а депривованість розвивається при регулярному досвіді дискомфорту, та дотиками без дозволу, примусом в задоволенні базових потреб.

2. Суверенність території (СТ) забезпечується досвідом безпеки свого простору та принципу поваги до особистої території (особиста частина загального простору чи власна кімната, ігрова модель дому), при цьому депривованість розвивається, якщо територіальні кордони під періоду дорослішання регулярно порушувалися і не можна було вплинути на це.

3. Суверенність речей (СР) формується через проживання досвіду поваги до особистих речей особи з боку значимих дорослих, наявності права самостійно розпоряджатися своїми речами, а депривованість через заперечення її права мати особисті речі та матеріальні блага та вільно розпоряджатися ними.

4. Суверенність часових звичок (СЧЗ) є наслідком поваги часових ритмів життя особи, а депривованість – наслідком силових спроб змінити комфортний для неї режим життя.

5. Суверенність соціальних зв'язків (СС) передбачає право обирати самостійно коло спілкування та право підтримувати з ним зв'язки, навіть якщо близьким це не подобається, депривованість виникає через надмірний контроль над соціальним життям особи в період її дорослішання.

6. Суверенність цінностей (СЦ) визначається свободою вибору своїх поглядів та формування смаків та цінностей, а депривованість має місце при насильницьких спробах вплинути на світогляд особи та насадження неблизьких цінностей.

Респонденткам було запропоновано оцінити твердження тесту, який описує дитинство людини. Даний тест не вимірює інтелектуальні здібності, тому правильних чи неправильних відповідей не існує, кожен варіант зустрічається у реальному житті.

Оцінки як за кожною шкалою, так і загальна оцінка, виражаються у відсотках. Оцінки можуть бути зі знаком «+» (суверенність) та зі знаком «-» (депривованість).

Інтерпретація рівнів вираженості суверенності або депривованості проводиться за абсолютною величиною отриманих відсотків:

- 0 – 20 – низький рівень;
- 21-40 - знижений рівень;
- 41-60 - середній рівень;
- 61-80 - підвищений рівень;
- 81 – 100 – високий рівень.

4. Опитувальник «Шкала оцінки харчової поведінки» ШОХП в адаптації О.А.Ільчика, С.В.Сивухи, О.А.Скугаревського, С.Суїхі

Ми використовуватимемо російськомовну версію опитувальника EDI-2, яка була адаптована групою вчених О.А.Ільчик, С.В.Сивухою, О.А.Скугаревським та С.Суїхі [16].

Методика представляє собою клінічний скринінговий інструмент для виявлення розладів прийому їжі, насамперед неврогенної булімії та нападоподібного переїдання. Опитувальник оцінює також чинники, які можуть вказувати на розвиток порушень харчової поведінки, а саме: часте занепокоєння щодо ваги, наявність епізодів голодування або переїдання, систематичні спроби схуднути, впевненість в своїй здатності розпізнавання голоду та ситості, рівень перфекціонізму, завищені очікування і заборона допускати помилки, рівень самотності, відчуття небезпеки оточуючого середовища, недовіра.

Методика містить 51 твердження, які є розділеними на 7 субшкал. Респонденти мають оцінити за 6-бальною шкалою частоту певних дій, думок

чи почуттів. При підрахунку сумарного показника за відповіді «завжди», «зазвичай» та «часто» нараховуються відповідно 3, 2 та 1 бал; за відповіді «іноді», «рідко» та «ніколи» бали не нараховуються. Ряд тверджень мають зворотний напрямок оцінки.

Перші 3 шкали націлені на виявлення ризику порушень харчування (оцінка фізіологічних та поведінкових симптомів), а інші 4 шкали на визначення особистісних характеристик, пов'язаних із ними:

1. “Прагнення худорлявості” – систематичні спроби схуднути через надмірні переживання щодо ваги, зовнішнього вигляду та фігури.
2. “Булімія” – повторювальне коло епізодів гіперфагії та компенсаторної поведінки.
3. “Незадоволеність тілом” – незадоволеність своїм зовнішнім виглядом та негативна оцінка окремих частин тіла (стегна, груди та сідниці).
4. “Неефективність” – дезадаптивність поведінки, відчуття безсилля через нездатність контролювати та керувати своїм життям, незадоволеність життям.
5. “Перфекціонізм” – ідеальний образ себе, в спробах досягти якого витрачається багато психічних сил.
6. “Недовіра у міжособистісних відносинах” – схильність триматися в стороні та не вступати в близькі відносини з оточуючими, надавання переваги проводити вільний час наодинці.
7. “Інтероцептивна некомпетентність” – депривованість системи оцінки голоду та насичення.

ШОХП є надійним та валідним психометричним інструментом. Шкала дозволяє оцінити не тільки вираженість клінічних ознак, значимих для діагностичних оцінок, але також оцінює притаманні розладу психологічні характеристики та поведінкові.

Хоча в Україні з 2019 року є адаптована третя версія Опитувальника «Шкала оцінки харчової поведінки» EDI-3, проте у вільному доступі її немає. Для подальшої діагностичної роботи у сфері проблем харчової поведінки вона

має перспективне значення. Для виконання задач нашої роботи ми використовуватимемо версію EDI-2 в адаптації на російську мову, оскільки має достатню реалізацію мети дослідження валідність та надійність.

Використані методи математико-статистичного аналізу даних:

- 1) методи первинної описової статистики (середні та стандартні відхилення, оцінка нормальності розподілу по коефіцієнту Шапіро-Уїлка;
- 2) побудова таблиць сполученості та порівняння розподілу у відсотках;
- 3) порівняння середніх значень для незалежних вибірок по U-критерію Манна-Уїтні;
- 4) кореляційний аналіз по критерію Спірмена;
- 5) якісний аналіз висловлювань про своє тіло.

Обробка кількісних даних проводилася за допомогою програми статистичної обробки Jamovi 1.6.23.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Вибірку склали 107 жінок віком від 30 до 46 років з вищою освітою (одна або декілька). Для реалізації мети дослідження, пов'язаної з вивчення психологічних чинників розвитку порушень харчової поведінки, ми визначили рівень схильності до порушень харчування серед респонденток і розділили їх на дві групи:

Група 0 – без порушень харчової поведінки (N=56, 52%);

Група I – з ознаками порушень харчової поведінки (N=51, 48%).

Для більш глибокого дослідження проблеми, враховуючи особливості даного виду порушень, ми розділили Групу I на дві підгрупи:

Група 1.1. – жінки з ознаками порушень харчової поведінки без булімічної складової (N=24, 23%);

Група 1.2. – жінки з ознаками порушень харчової поведінки з булімічною складовою (N=27, 25%).

Підставою для розподілу на групи стали результати по першим трьом шкалам ШОХП, які сфокусовані на виявленні ризику РХП, оцінюючи фізіологічні та поведінкові симптоми. Сумарні бали по шкалах «прагнення до худорлявості», «булімія» та «незадоволеність своїм тілом» були переведено в стенографи. Досягнення респонденткою 7 стенографа і вище діагностує дезадаптивну харчову поведінку у неї. Усі, хто мав відхилення по шкалах «прагнення до худорлявості» та «незадоволеність своїм тілом» без ознак порушень по шкалі «булімія» віднесені до підгрупи 1.1. З відхиленням по шкалі «булімія», попали в групу 1.2. Серед них переважна більшість респонденток (95% з групи 1.2. мала відхилення і по одній із шкал «прагнення до худорлявості» та «незадоволеність своїм тілом» або ж одразу по всіх.

Біографічний опитувальник

На підставі анкетних даних (Додаток В), зокрема про освіту, зайнятість, сімейний статус, кількість дітей та рівень заробітку, можемо зробити висновок про достатню однорідність груп вибірки за цими критеріями.

Щоб оцінити чи є залежність між масою тіла та порушення харчової поведінки ми вирахували показник Індексу маси тіла (далі ІМТ). Він дозволив нам визначити співвідношення ваги (в кілограмах) до квадрата зросту (в метрах квадратних). Здоровий ІМТ коливається від 18.5 до 24.9. Надмірна вага визначається ІМТ 25-29.5. Ожиріння має три ступені, і починається із ІМТ 30 та більше. ІМТ, менший за 18.5, є низькою вагою. У загальній вибірці жінок 50 (47%) з ІМТ від 18.5 до 24.9, що є нормою, і 57 (53%) з ІМТ від 25 до 47.6, що лежить в діапазоні від надлишкової ваги до третьої стадії ожиріння.

Загальні характеристики вибірки по групах описані в Таблиці 2.1. Як бачимо, усі група без порушень та дві підгрупи з порушеннями харчування мають нормальний розподіл по віку. А середній ІМТ у жінок з груп з порушенням харчової поведінки вище, ніж у групі 0. При чому у групі 1.2 стандартне відхилення вище, за інших.

Таблиця 2.1.

Загальні характеристики вибірки по групах

Характеристики групи		Група 0	Група I	Група 1.1	Група 1.2
Кількість респонденток		56 (52%)	51 (48%)	24 (23%)	27 (25%)
Сімейний стан	<i>в шлюбі</i>	68%	53%	50%	56%
	<i>не в шлюбі</i>	32%	47%	50%	44%
Наявність дітей	<i>немає дітей</i>	29%	18%	8%	26%
	<i>1-2 дитини</i>	62%	76%	79%	74%
	<i>3 і більше дітей</i>	9%	6%	13%	0%
Трудова діяльність	<i>найманий працівник</i>	36%	39%	21%	56%
	<i>працює на себе</i>	41%	45%	58%	33%
	<i>не працює</i>	23%	16%	21%	11%
ІМТ	<i>M (середнє)</i>	23.1	29.9	27.4	32.2
	<i>SD (стандартне відхилення)</i>	4.00	6.00	4.49	6.33
Вік	<i>M (середнє)</i>	37.4	39.2	40.7	37.9
	<i>SD (стандартне відхилення)</i>	4.47	4.59	4.35	4.44
	Shapiro-Wilk, p	0.054	0.028	0.080	0.477

Дослідивши профілі груп по ІМТ (Рис.2.1) можемо прийти до висновку, що жінки, які мають порушення харчової поведінки, суттєво частіше мають і

надмірну вагу. При цьому наявність булімічної складової у поведінці призводить до підвищення ваги аж у 93% випадків, оскільки типова представниця цієї категорії має труднощі у регуляції своїх емоційних потягів. Ми бачимо, що навіть при незадоволеності своїм тілом та заклопотаності вагою, але без булімічної поведінки, на 22% рідше зустрічається надмірна вага тіла. Жодна з респонденток вибірки не дала стверджувальної відповіді на питання 41 ШОПП щодо очисної поведінки у вигляді викликаного блювання.

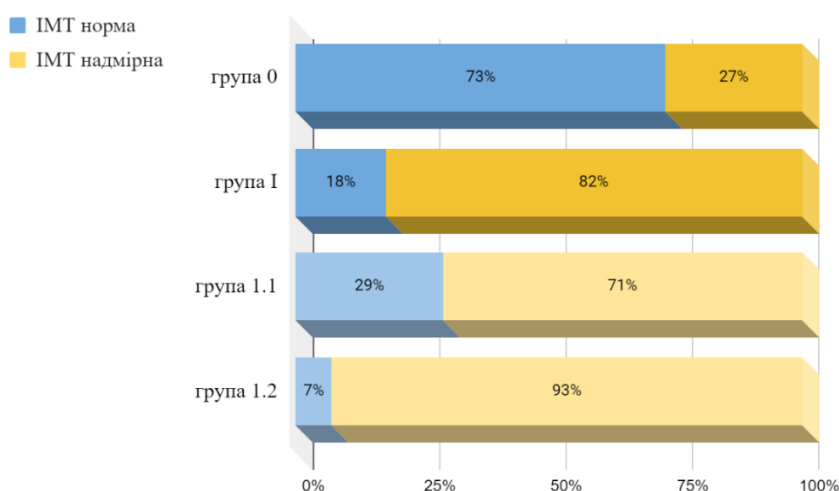


Рис.2.1. Розподіл ІМТ залежно від наявності чи відсутності порушень харчової поведінки у жінок (у %)

Проаналізувавши відповіді на питання про внутрішню та гіпотетичну зовнішню оцінку своєї ваги, можемо дійти висновку (Рис. 2.2), що жінки без порушень харчування в 48% вважають свою вагу нормальною, а інші 48% думають, що мають зайву вагу. Серед жінок з порушеннями харчування без булімічного компоненту переважна більшість оцінюють свою вагу як зайву і 33% називають свою вагу як занадто велику. При наявності булімії оцінка своєї ваги в сторону занадто великої зростає на 19%. Це може пояснюватися також як реальною збільшеною вагою, так і розвитком дизморфобії.

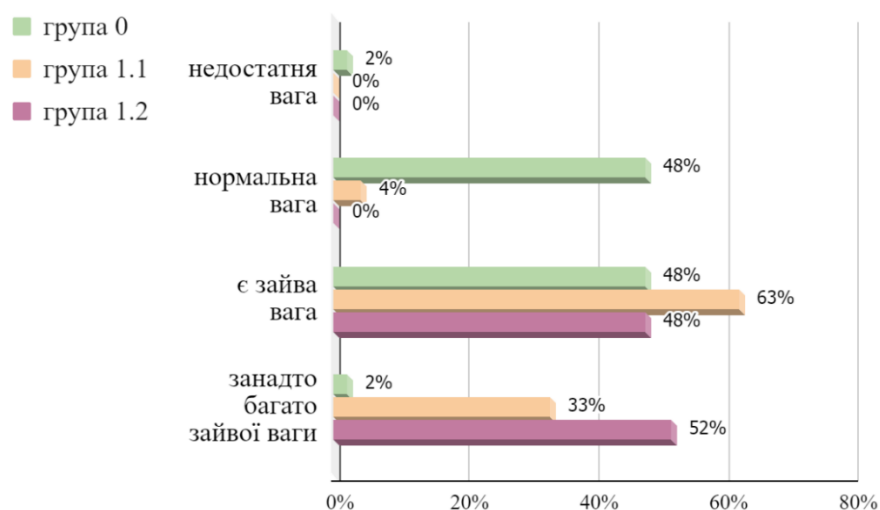


Рис 2.2. Розподіл внутрішніх оцінок своєї ваги по групах (у %).

Групах з порушеннями харчової поведінки ми не спостерігаємо тих, хто оцінював би свою вагу як нормальну, хоча серед них є ті, хто має нормальний ІМТ.

Картина розходжень між тим як респондентки оцінюють свою вагу і тим, як вони думають, їх оцінили би інші, по групах дуже схожа (Рис.2.3.). Порівнюючи внутрішні та зовнішні оцінки своєї ваги респондентками по групах, ми бачимо, що у більшості випадків оцінки збігаються (62-67% випадків) і в усіх групах є значна частина жінок, що оцінюють свою вагу хуже, ніж на їхню думку могли би їх оцінити зі сторони (від 30 до 38%).

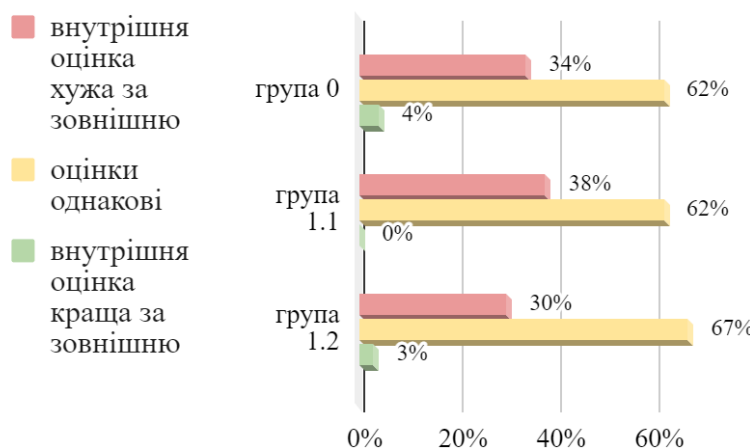


Рис.2.3. Аналіз відмінностей у внутрішній та зовнішній оцінках ваги свого тіла по групах (у %)

При аналізі рівня доходу по групах ми спостерігаємо суттєву різницю в розподілі. Жінки без відхилень в харчовій поведінці з групи 0 діляться більш-менш рівномірно по категоріям доходу (Рис.2.4). Серед жінок з булімічною складовою порушення (група 1.2) переважна більшість має низький рівень щомісячного доходу до 20 000 гривень (44% жінок) або середній 20-35 тисяч гривень (30%). При цьому в групі без порушень - 16% жінок вказали, що не мають свого доходу у зв'язку з тим, що займаються доглядом за малими дітьми, в групі I – таких жінок лише 2%.

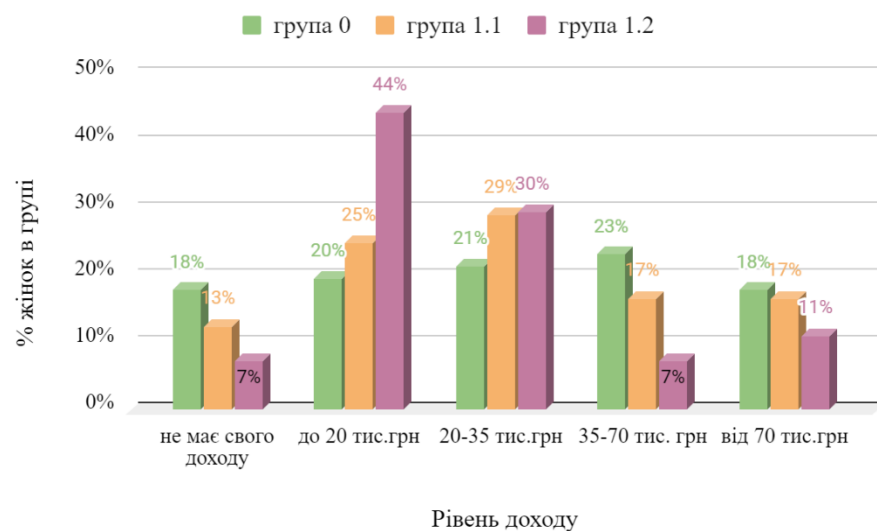


Рис.2.4. Різниця в рівні щомісячного доходу між групами

Якісний аналіз відповідей на питання анкети “Напишіть п’ять слів, які найкращим чином описують Ваше тіло” по групах респонденток (Додаток Г) показав, що в «групі 0» жінки без порушень харчової поведінки суттєво частіше описують своє тіло словами «струнке», «спортивне», «красиве», «привабливе», «сексуальне», «жіноче», «чуттєве», а «в групі I» жінки з порушеннями харчування частіше вживають такі слова, як «м’яке», «хвороба», «втома», «в’яле», «пухке», «повне», «важке», «об’ємне», «не красиве», «не спортивне».

Слід відмітити, що в «групі 0» є ціла категорія слів, що відображають цінність свого тіла: «єдине», «дорогоцінне», «моє», «цінне», «важливе».

А в «групі І» є такі групи слів, які притаманні тільки цій категорії респонденток: «біле», «біла шкіра», «пухке», «не красиве» і «не спортивне».

Жінки з ПХП частіше описують своє тіло, як негнучке, неповоротке, зажате, а жінки без порушень тіла говорять про нього частіше, як про гнучке та пластичне.

В цілому, жінки з ПХП частіше мали складність в підборі слів для опису свого тіла, зокрема, 16% респонденток не змогли написати більше 1-2 слів проти 8% в першій групі. В «групі І» слова частіше були негативно емоційно забарвленими, а в «групі 0» частіше зустрічалися слова з позитивним емоційним забарвленням.

Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ).

Дана методика дала змогу виявити та диференціювати типи порушень харчової поведінки - обмежувальний, емоціогенний та екстернальний.

Аналіз надійності шкал Опитувальника DEBQ за коефіцієнтом Омега Макдональда показав високий рівень надійності – 0.883. Це означає, що шкали достатньо узгоджені на даній вибірці респондентів (відповіді були осмисленими та однакові питання викликали однакову реакцію).

Наявність порушень харчової поведінки по методиці в середньому оцінюється в таких значеннях: від 2.4 і вище балів по шкалі обмежувального типу, від 1.8 і вище балів - емоціогенного типу, від 2.7 і вище балів - екстернального типу.

За результатами опрацювання методики DEBQ (Таб.2.2) можемо дійти висновку, що в обох основних групах жінок і без порушень харчової поведінки, і з порушеннями у 98% випадків виявлено підвищення проявів хоча б одного з типів харчової поведінки. Це в цілому характеризує нашу вибірку як жінок з нестабільним типом харчової поведінки.

Таблиця 2.2

Результати опрацювання методики опитувальника DEBQ, у %

Типи харчової поведінки	група 0	група I	група 1.1	група 1.2
Обмежувальний	45%	73%	75%	70%
Емоціогенний	23%	90%	79%	100%
Екстернальний	77%	80%	79%	81%
Комбінації типів харчової-поведінки	група 0	група I	група 1.1	група 1.2
Обмежувальний тип	2%	0%	0%	0%
Емоціогенний тип	13%	10%	8%	11%
Екстернальний тип	14%	0%	0%	0%
Емоціогенно-обмежувальний	7%	10%	13%	7%
Екстернально-обмежувальний	5%	7%	13%	0%
Емоціогенно-екстернальний	27%	14%	13%	15%
Змішаний	30%	59%	50%	67%
Норма	2%	2%	4%	0%

В «групі 0» у жінок без порушень харчової поведінки у 4 рази рідше зустрічався емоціогенний тип ХП, ніж у «групі I» (група 0 = 23%, а група I=90%). При цьому всі жінки з «групи 1.2», що мають булімічну складову розладу відчують потяг до їжі в напружених емоційних ситуаціях, а ті що не мають її на 20% рідше «заїдають емоції».

Жінки з порушеннями харчової поведінки на 28% частіше мають обмежувальний тип ХП (група 0=45%, а група I=73%) і вдаються до самообмежень в їжі заради коригування ваги.

Частота екстернальних проявів досить висока в обох категоріях (група 0=77%, а група I=80%), що може бути культурною особливістю українців їсти за компанію та не відмовляти на запрошення приєднатися до трапези.

Аналізуючи комбінації типів харчової поведінки, ми спостерігаємо, що чистих типів менше у жінок з порушеннями харчової поведінки і чистий екстернальний тип зустрічається лише у жінок без порушень харчування. І в «групі 0» в 2 рази частіше присутня емоціогенно-екстернальна поведінка. А

комбінація усіх трьох типів притаманна 60% жінок з порушеннями прийому їжі при 30% жінок з групи без порушень. Це говорить про комплексну складність патернів харчування у жінок з порушеннями харчової поведінки.

Для наглядності ми зобразили профілі груп за типами харчової поведінки, з яких видно питому вагу кожного типу у профілі. «Групу 0» - без порушень харчової поведінки (Рис.2.5.) можна описати як жінок, серед яких найчастіше зустрічається прийом їжі за компанію (77%), лише 23% таких жінок схильні застосовувати їжу, як заспокійливе і в 45% можуть вдаватися до обмежень в їжі заради корекції своєї ваги. Серед них у 2% випадків не має жодних відхилень у харчуванні і в 30% спостерігається комбінація усіх трьох патернів поведінки з їжею та у 27% емоціогенно-екстернальна поведінка.

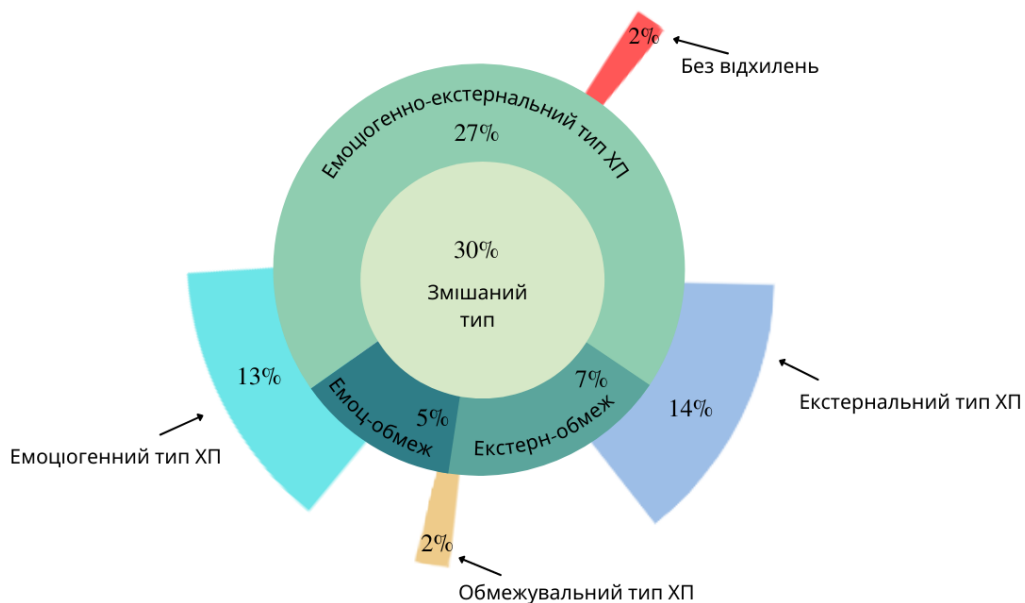


Рис.2.5. Профіль групи жінок без порушень харчування по типам харчової поведінки (група 0, n=56)

Група респонденток з порушеннями харчової поведінки без булімічної складової (група 1.1.) найчастіше має змішаний тип (50%), коли мотивом для початку споживання їжі можуть бути як складні емоційні переживання, так і вигляд людей які їдять чи наявність їжі поруч при цьому з залученням самообмежень у харчуванні (Рис.2.6.). Потяг до таких самообмежень виникає

після епізодів переїдання і вони ж потім стають спусковим гачком для нових епізодів переїдання. Чистого екстернального та обмежувального типу в групі немає, тільки у поєднанні екстернального з емоціогенним (13%) та обмежувального з емоціогенним (13%) і обмежувального з екстернальним (13%). Чистий емоціогенний тип у 8% випадків. Також варто відмітити, що 4% опитуваних показали відсутність проявів зрушень в типах харчування.

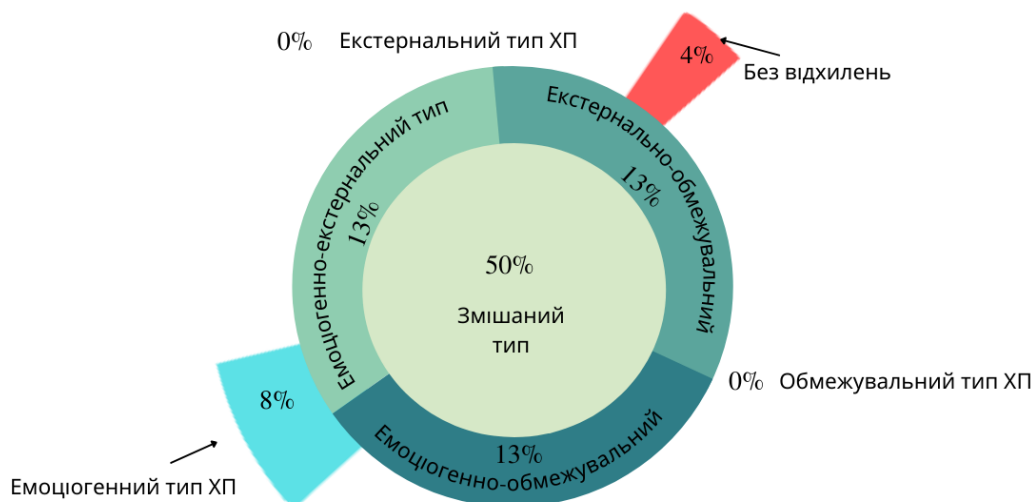


Рис.2.6. Профіль групи жінок з порушеннями харчування без булімічної складової по типам харчової поведінки (група 1.1, n=24)

Оцінюючи типи ХП в «групі 1.2», виявлено, що серед жінок з порушеннями харчування з булімічною складовою найбільш поширеним є емоціогенний тип ХП (100%), з екстернальним типом ХП діагностовано 81% випадків, на високому рівні також кількість жінок з обмежувальним типом ХП (70%). Поєднання декількох типів ХП виявлено у 89% жінок з порушеннями ХП з булімічною складовою. В 22% випадків виявлено поєднання двох типів ХП з перевагою комбінації емоціогенного та екстернального типів ХП (15%). Екстернально-обмежувального типу взагалі не виявлено. Комбінація усіх трьох типів ХП мала місце у переважній кількості випадків серед цієї групи загалом - 67%. Чистий емоціогенний діагностовано в 11% респонденток, а чистих типів обмежувального та екстернального не виявлено. Усі жінки з цієї групи мали ті чи інші порушення по типах харчування. (Рис.2.7).

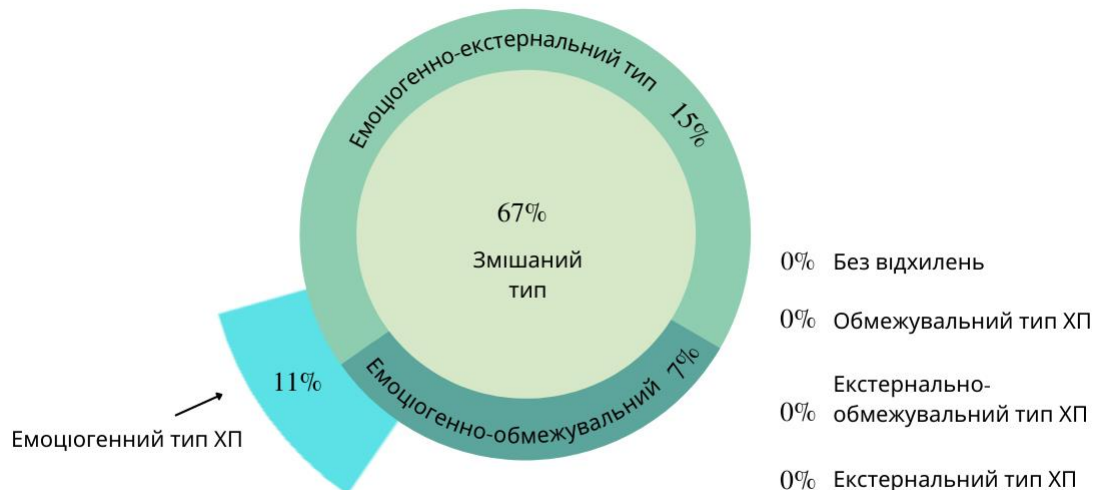


Рис.2.7. Профіль групи жінок з порушеннями харчування з булімічною складовою по типам харчової поведінки (група 1.2, n=27)

Проаналізувавши первинні описові статистики методики (Таб.2.3.), ми можемо зробити висновок, що середні значення по всім трьом типам (обмежувальному, емоційному, екстернальному) виходять за верхні межі норми, встановлені для кожного типу окремо. При цьому в групі без порушень прийому їжі середнє нижче і лежить ближче до межі порушення по кожному типу. Ця картина показує нам, що в цілому жінки з нашої вибірки схильні до залежної харчової поведінки, можливо при розширені кількості учасників дослідження ми прийшли б до спадання рівня середнього в групах. Звертаючи увагу на поширеність підвищеного рівня порушення харчування у кожній групі, ми можемо констатувати, що жінки з порушеннями харчування частіше схильні до емоційного переїдання, тобто компенсація непрожитих емоцій, стресу та напруження в переважній більшості відбувається за допомогою їжі. І в якості «виправлення» такої поведінки вони часто вдаються і до самообмежень в їжі. У жінок в усіх групах мотивом для прийому їжі часто служить не тільки фізіологічний голод, а і зовнішні стимули, як то реклама, запах, вигляд їжі чи вигляд людей, які їдять.

Таблиця 2.3

Описові статистики опитувальника DEBQ

Опитувальник DEBQ	Обмежувальний тип			Емоціогенний тип			Екстернальний тип		
	група 0	група 1.1	група 1.2	група 0	група 1.1	група 1.2	група 0	група 1.1	група 1.2
Кількість	n=25 45%	n=18 75%	n=19 70%	n=43 23%	n=19 79%	n=27 100%	n=43 77%	n=19 79%	n=22 81%
Середнє (M)	2.48	2.79	2.77	2.19	2.60	3.35	3.04	3.10	3.37
Стандартне відхилення	0.78	0.85	0.65	0.67	0.79	0.88	0.40	0.52	0.60
Мінімум	1.1	1.1	1.7	1.0	1.2	1.8	2.0	2.1	2.0
Максимум	4.7	4.9	4.0	4.0	4.2	5.0	4.1	4.3	4.7
Верхня межа норми	2.4			1.8			2.7		
Shapiro-Wilk p	0.199	0.182	0.161	0.135	0.852	0.590	0.755	0.975	0.843
t-критерій Стьюдента	0.75	2.22	2.96	4.37	4.98	9.10	6.25	3.72	5.83
p-value	0.46	0.04	0.006	< .001	< .001	< .001	< .001	0.001	< .001
Коеф. d Коена	0.10	0.45	0.57	0.58	1.02	1.75	0.84	0.76	1.12
Ефект	дуже слабкий	слабкий	середній	середній	сильний	сильний	сильний	середній	сильний

По всіх шкалах і групах виявлено нормальний розподіл, тому при перевірці гіпотези про рівність середніх по парам групах ми застосовували t-критерій Стьюдента. В результаті опрацювання показників було встановлено, що рівень обмеження в прийомі їжі в усіх групах вище, ніж в генеральній сукупності по методиці, при цьому лише в «групі 1.2» виявлено середній ефект (коеф. d Коена = 0.57). Емоціогенність харчової поведінки суттєво вища в обох групах з порушеннями харчової поведінки (сильний ефект). А екстернальний тип демонструє сильний ефект у групах без порушень, та з порушеннями і булімічною складовою (Таб.2.3).

Опитувальник “Шкала оцінки харчової поведінки” (ШОХП).

Коефіцієнт Омега Макдональда по ШОХП показав високий рівень надійності (0.9) - шкала достатньо узгоджена на даній вибірці респондентів.

Оскільки розподіл даних по більшості шкал опитувальника відрізняється від нормального і переведення в стеноїни по таблиці автора не виправило цю

ситуацію, для порівняння середніх значень між групами без порушень ХП (група 0) та з порушеннями ХП (група I) ми використовували U-критерій Манна-Уїтні. Результати аналізу значень опитувальника ШОХП для цих груп респонденток показали (Таблиця 2.4), що між групою 0 та групою I спостерігаються значимі відмінності по всім шкалам в більшу сторону серед груп з порушеннями харчової поведінки ($p \leq 0,05$). По шкалі «перфекціонізм» відмінності значимі, але суттєво менші, ніж по іншим шкалам.

Таблиця 2.4.

Порівняння груп по шкалам опитувальника ШОХП

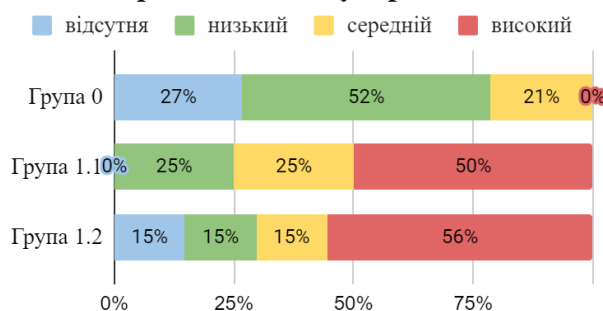
Шкала ШОХП		група 0	група I	група 1.1	група 1.2	U-критерій Манна- Уїтні (групи 0 та I), p
Прагнення до худорлявості	M	1.48	5.55	5.13	5.93	<.001*
	SD	1.29	3.56	3.05	3.98	
	Shapiro-Wilk p	<.001*	0.019*	0.070	0.050	
Булімія	M	0.30	3.2	1.00	5.15	<.001*
	SD	0.54	2.57	0.83	1.92	
	Shapiro-Wilk p	<.001*	0.002*	<.001*	0.009*	
Незадоволеність своїм тілом	M	3.13	11.4	11.0	11.9	<.001*
	SD	1.35	4.80	3.86	5.54	
	Shapiro-Wilk p	0.003*	0.185	0.014*	0.469	
Неефективність	M	1.68	4.31	3.88	4.70	<.001*
	SD	2.50	3.77	3.13	4.29	
	Shapiro-Wilk p	<.001*	0.002*	0.074	0.021	
Перфекціонізм	M	4.59	6.49	6.58	6.41	0.001*
	SD	3.03	3.10	3.26	3.02	
	Shapiro-Wilk p	0.002*	0.278	0.936	0.154	
Недовіра в міжособистісних відносинах	M	2.95	4.63	4.54	4.70	<.001*
	SD	1.47	2.57	2.72	2.48	
	Shapiro-Wilk p	<.001*	0.001*	0.067	0.006*	
Інтероцептивна некомпетентність	M	0.79	2.49	1.50	3.37	<.001*
	SD	1.64	2.78	1.98	3.12	
	Shapiro-Wilk p	<.001*	<.001*	<.001*	0.012*	

Результати опрацювання методики ШОХП вказують на те, що для груп жінок з порушеннями харчової поведінки притаманне часте занепокоєння щодо ваги, чергування епізодів переїдання та обмеження, регулярний фокус на тому, що тіло не таке, як би хотілося, проблеми у розпізнаванні сигналів організму щодо насичення та апетиту, завищені очікування від себе, схильність до самотності через відчуття напруженості у відносинах та незадоволеність своїм життям. В групі жінок з порушеннями харчової поведінки з булімічною складовою діагностовано найвищий рівень інтероцептивного дефіциту, неефективності поведінки та труднощів в міжособистісних відносинах. Незадоволеність своїм тілом та прагнення до худорлявості також на високому рівні, а середній рівень перфекціонізму трішки нижчий, ніж у групі без булімічної складової.

Далі сума балів по шкалам опитувальника була переведена в стенайни, як описано в методиці і оцінено рівень проявленості кожного з показників. При досягненні сьомого стенайну і вище ми констатуємо високий рівень дезадаптивності по шкалі. Стенайн 6 свідчить про середній рівень ризику (недостатній для діагностики порушення). Від 1 до 5 – низький рівень.

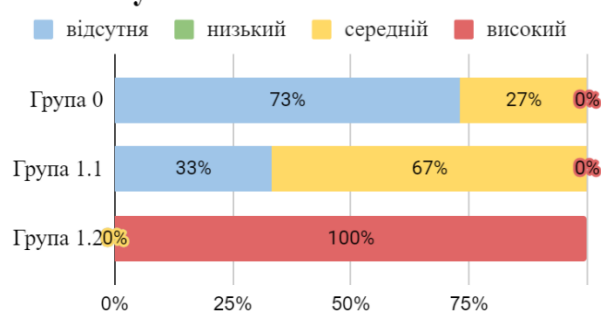
Перші три шкали опитувальника націлені на діагностику ризику розладів харчування, оцінюючи фізіологічні та поведінкові прояви. Їх результати лягли в розподіл вибірки на групи з порушеннями харчування та без. І як видно на Рисунку 2.8 для «групи 1.2.» (з булімічною складовою) так само характерні незадоволеність своїм тілом та регулярні спроби схуднути, як для «групи 1.1.», що мають пограничний рівень дезадаптації поведінки по шкалі «булімія».

Рівень прагнення до худорлявості



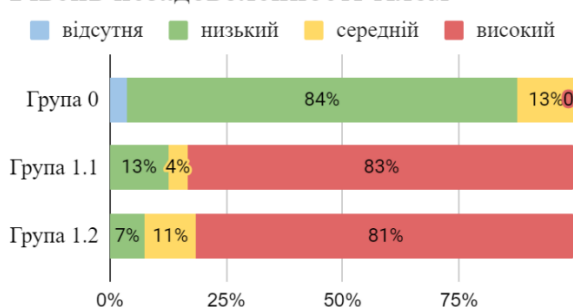
p-value U-критерію Манна-Уїтні <.0001

Рівень булімії



p-value U-критерію Манна-Уїтні <.0001

Рівень незадоволеності тілом



p-value U-критерію Манна-Уїтні <.0001

Рис.2.8. Відмінності в рівнях ризику порушень харчової поведінки по першим трьом шкалам ШОХП по групах вибірки, у %

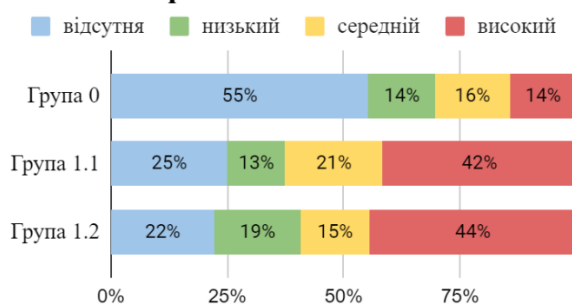
Наступні чотири шкали направленні на діагностику особистісних характеристик, що впливають на формування порушень прийому їжі. Дослідивши їх результати (Рис.2.9), можемо зазначити, що жінки з порушеннями харчової поведінки (як без булімічної складової (група 1.1), так і з булімією (група 1.2)) досить часто проявляють неефективну поведінку, незадоволенні життям та собою у відносинах з іншими (42-44%). А жінки без порушень харчування мають подібні проблеми лише в 13-14% випадках.

«Група 1.1» продемонструвала вищий рівень перфекціонізму, ніж «група 1.2», що свідчить про те, що перфекціонізм є важливим фактором для формування поведінки із фіксацією на зовнішньому вигляді. В «групі 0» таких жінок лише 11%.

Найнижчу здатність розрізняти тілесні сигнали щодо голоду та насичення маємо серед жінок з булімією (група 1.2) - 37%. У жінок без булімічної

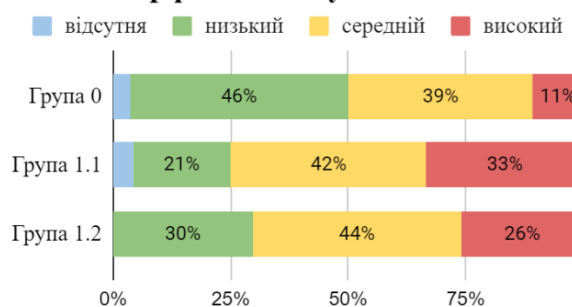
складової (група 1.1) лише 8% мають таку проблему. І тільки 5% жінок без порушень харчової поведінки відчують дефіцит інтероцептивної компетентності, 66% жінок з цієї групи взагалі не мають такої проблеми.

Рівень неефективності



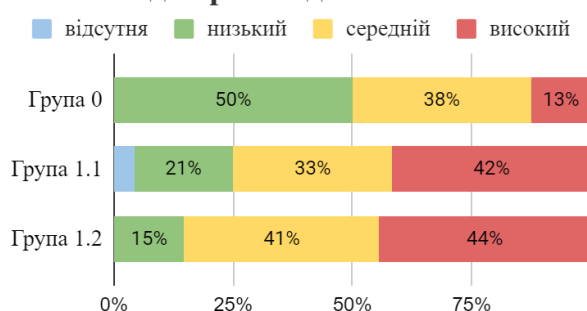
p-value U-критерію Манна-Уїтні <.0001

Рівень перфекціонізму



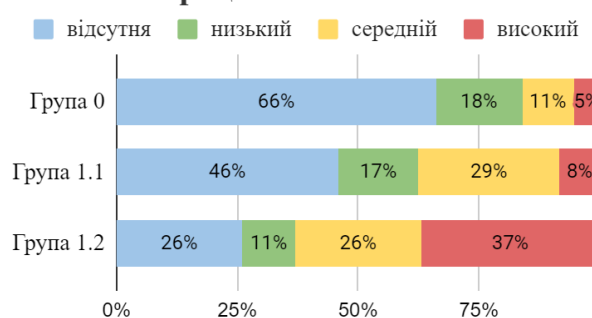
p-value U-критерію Манна-Уїтні 0.001

Рівень недовіри в відносинах



p-value U-критерію Манна-Уїтні <.0001

Рівень інтероцептивної некомпетентності



p-value U-критерію Манна-Уїтні <.0001

Рис.2.9. Відмінності в рівнях ризику порушень харчової поведінки по останнім чотирьом шкалам ШОХП по групах вибірки, у %
Опитувальник “Суверенність психологічного простору особистості” у новій версії 2010 року.

Аналіз надійності шкал СППО-10 за коефіцієнтом Омега Макдональда показав високий рівень надійності 0.909, що означає, що шкали достатньо узгоджені на даній вибірці респондентів.

Після обробки даних за допомогою запропонованого ключа та переведення сирих балів у відсотки, ми перейшли до інтерпретації результатів.

Оцінки як за кожною шкалою, так і загальна оцінка, виражаються у відсотках. Оцінки можуть бути зі знаком «+» (суверенність) та зі знаком «-» (депривованість).

Інтерпретація рівнів вираженості суверенності або депривованості проводиться за абсолютною величиною отриманих відсотків:

0 – 20 – низький рівень; 21-40 - знижений рівень; 41-60 - середній рівень; 61-80 - підвищений рівень; 81 – 100 – високий рівень.

При аналізі середніх за всіма шкалами у досліджуваних груп жінок, простежується певний рівень суверенності психологічного простору, окрім шкали цінностей, по якій спостерігаємо тенденцію до депривованості. На Рисунку 2.10 схематично зображено дані середніх у відсоткових значеннях по групах і сегментах. А в Таблиці 2.5 подані описові статистики суверенності/депривованості сегментів психологічного простору у відсотках по групах.

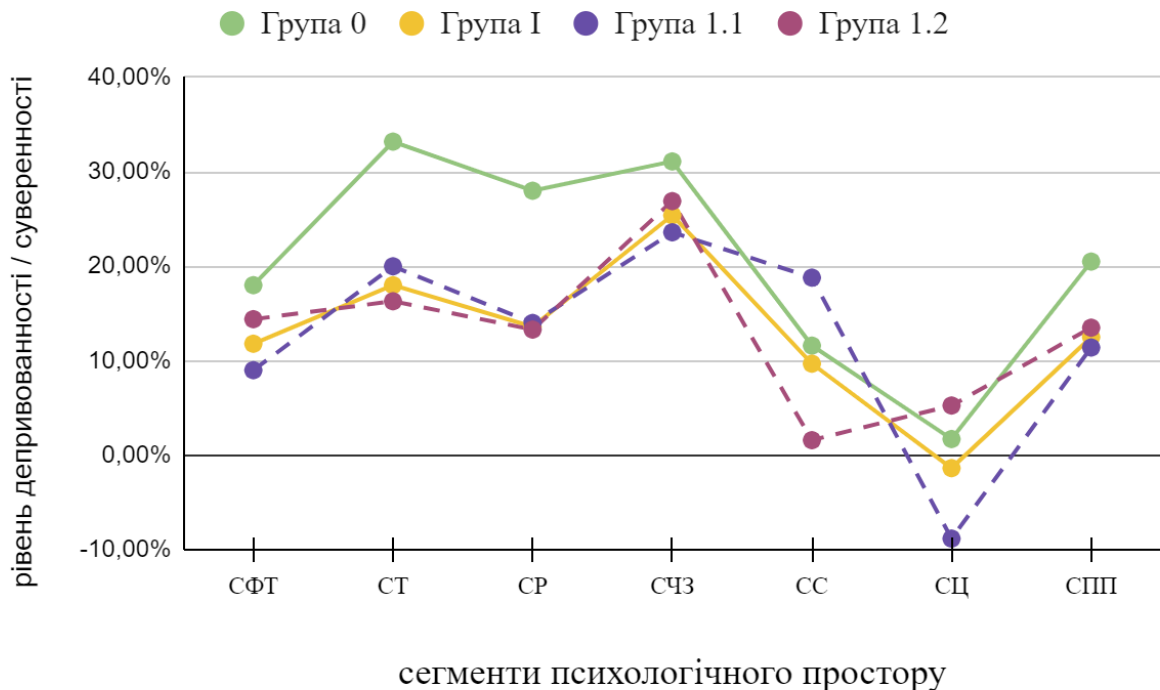


Рис.2.10. Рівень суверенності/депривованості в середніх по сегментах психологічного простору у групах жінок по результатам методики СППО.

Таблиця 2.5

Описові статистики суверенності/депривованності сегментів
психологічного простору у відсотках по групах

Сегменти психологічного простору		Суверенність фізичного тіла (СФТ) %	Суверенність території (СТ) %	Суверенність речей (СР) %	Суверенність часових звичок (СЧЗ) %	Суверенність соціальних зв'язків (СС) %	Суверенність цінностей (СЦ) %	Суверенність психологічного простору - загальний рівень (СПП) %
Середнє (М)	Група 0	18.0	33.2	28.0	31.1	11.6	1.71	20.5
	Група I	11.8	18	13.6	25.4	9.69	-1.37	12.5
	Група 1.1	9.00	20.0	14.0	23.6	18.8	-8.83	11.4
	Група 1.2	14.4	16.3	13.3	26.9	1.59	5.26	13.5
Медіана	Група 0	27.0	20.0	38.0	33.0	14.0	0.00	20.5
	Група I	9.0	20.0	7.0	33.0	14.0	-14.0	13.0
	Група 1.1	9.0	40.0	15.0	41.5	28.0	-14.0	16.0
	Група 1.2	9.0	0.0	7.0	33.0	-14.0	0.0	10.0
Стандартне відхилення	Група 0	45.9	40.1	39.9	34.4	51.7	44.4	32.6
	Група I	38.4	45.7	45.8	44.1	63.2	45.3	37.3
	Група 1.1	37.5	48.3	48.3	53.7	58.6	41.2	38.4
	Група 1.2	39.6	44.0	44.4	34.4	67.1	48.5	37.0
Мінімум	Група 0	-100	-80	-69	-66	-100	-100	-79
	Група I	-63	-80	-100	-66	-100	-85	-58
	Група 1.1	-63	-60	-69	-66	-100	-71	-58
	Група 1.2	-63	-80	-100	-50	-100	-85	-52
Максимум	Група 0	100	100	84	100	100	85	76
	Група I	100	100	84	100	100	85	76
	Група 1.1	81	100	84	100	100	71	76
	Група 1.2	100	100	69	83	100	85	76
Shapiro-Wilk, p	Група 0	0.013*	0.005*	0.002*	0.035*	0.005*	0.268	0.036*
	Група I	0.149	0.079	0.042*	0.043*	0.003*	0.024*	0.138
	Група 1.1	0.432	0.068	0.108	0.071	0.050	0.098	0.338
	Група 1.2	0.275	0.430	0.026*	0.361	0.020*	0.119	0.398
U-критерій Манна-Уїтні, p	Групи 0 та I	0.246	0.065	0.109	0.637	0.945	0.749	0.272

За результатами опрацювання методики СППО-10 С.К.Нартової-Бочавер у «групі 0» серед жінок без порушень харчової поведінки виявлено найвищий рівень суверенності в сегменті «території» (33.2%), а найнижчий рівень в сегменті «цінностей» (1.71%). Суверенність речей (28%), часових звичок (31.1%) та загальний рівень суверенності психологічного простору (20.5%) на зниженому рівні, а суверенність фізичного тіла (18%) та соціальних зв'язків (11.6%) на низькому рівні. Всі сегменти в «групі 0» не мають нормальності розподілу.

В «групі I» у жінок з порушеннями харчової поведінки рівень суверенності по всіх сегментах нижчий за «групу 0». Найвиразніша різниця між основними групами в сегментах «території» (на 15.5% нижче = 18%) та «речей» (на 14.4% нижче = 13.6%) – вони знаходяться на низькому рівні суверенності разом з сегментом «соціальних зв'язків» (9.69%) та загальним показником (12.5%). Тільки у сегменті «часових звичок» (25.4%) простежується знижений рівень суверенності. А в сегменті «цінностей» спостерігаємо навіть низький рівень депривованості (-1.37%). Нормальність розподілу встановлено для «групи I» по сегментах «фізичного тіла», «території» і загальному показнику. По всіх інших шкалах нормальність розподілу не спостерігається.

Оцінюючи відмінності в середніх між жінками з порушеннями харчової поведінки у «групі 1.1» (без булімії) та у «групі 1.2» (з булімією), спостерігаємо різну картину. Зокрема, у жінок без булімії краще у сфері відносин аж на 17%, але при цьому вони демонструють депривованість на рівні мінус 8.83% у сегменті «цінностей», що говорить про схильність заставляти себе сприймати неблизькі цінності. У «групі 1.1» встановлено нормальність розподілу по всіх сегментах. У «групі 1.2» нормальності розподілу не виявлено тільки в сегментах «речей» і «соціальних зв'язків».

Оскільки розподіл даних по більшості шкал опитувальника СППО відрізнявся від нормального, то для порівняння середніх значень між групами використовувався U-критерій Манна-Уїтні. Різниця між середніми

по шкалам суверенності психологічного простору в групі 0 та групі І не значима.

Цікаво, що наша вибірка продемонструвала сильне зниження суверенності в сегменті «цінностей». Проаналізувавши різницю в середніх окремо по групах в порівнянні з нормативними даними центральних тенденцій, зазначеними розробниками методики СППО-2010 для вибірки середньої вікової групи, ми зробити наступні висновки, які проілюстровано в Таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Порівняльний аналіз показників суверенності психологічного простору груп з нормативними показниками методики

сегмент СППО		СФТ	СТ	СР	СЧЗ	СС	СЦ	СПП
нормативні значення середніх методики		3.6	3.1	4.1	4.1	2.2	2.7	19.9
група 0 без порушень ХП	<i>M</i>	2.00	3.32	3.68	3.75	0.82	0.25	13.8
	<i>t</i> -критерій Стьюдента, <i>p</i>	0.022*	0.681	0.549	0.530	0.006*	0.005*	0.043*
	<i>Коеф. d</i> Коена	-0.315	0.055	-0.081	-0.085	-0.378	-0.390	-0.277
група І з порушеннями ХП	<i>M</i>	1.31	1.8	1.78	03.06	0.69	-0.196	8.45
	<i>t</i> -критерій Стьюдента, <i>p</i>	<.001*	0.048*	0.008*	0.169	0.019*	0.002*	0.002*
	<i>Коеф. d</i> Коена	-0.537	-0.284	-0.385	-0.195	-0.341	-0.451	-0.455
група 1.1 з порушеннями ХП без булімії"	<i>M</i>	1.00	2.00	1.83	2.83	1.33	-1.25	7.75
	<i>t</i> -критерій Стьюдента, <i>p</i>	0.006*	0.276	0.094	0.349	0.313	0.003*	0.031*
	<i>Коеф. d</i> Коена	-0.623	-0.228	-0.357	-0.195	-0.211	-0.677	-0.470
група 1.2 з порушеннями ХП з булімією	<i>M</i>	1.59	1.63	1.74	3.26	0.11	0.74	9.07
	<i>t</i> -критерій Стьюдента, <i>p</i>	0.025*	0.045*	0.045*	0.303	0.030*	0.150	0.033*
	<i>Коеф. d</i> Коена	-0.457	-0.334	-0.405	-0.202	-0.443	-0.285	-0.434

СФТ – суверенність фізичного тіла, *СТ* – суверенність території,

СР – суверенність особистих речей, *СЧЗ* – суверенність часових звичок,

СС – суверенність соціальних зв'язків, *СЦ* – суверенність цінностей,

СПП – суверенність психологічного простору (загальний показник)

Усі групи мають статистично значимий нижчий рівень адаптованості в сфері «суверенності фізичного тіла» - зв'язок по коеф. d Коена слабкий у «групі 0», а в «групі 1.1» середній, в «групі 1.2» слабкий, але близький до межі з середнім. Та по загальному показнику - зв'язок по коеф. d Коена слабкий у всіх групах.

В групі жінок без порушень харчування значимо нижчий рівень суверенності в сегментах «фізичного тіла», «соціальних зв'язків», «цінностей» та загальному показнику - зв'язок по коеф. d Коена слабкий.

В загальній групі жінок з порушеннями харчової поведінки у всіх сегментах психологічного простору (окрім «часових звичок») спостерігається значимо нижчий рівень суверенності - зв'язок по коеф. d Коена слабкий, а в секторі «фізичного тіла» середній. Такий низький рівень суверенності фізичного тіла вказує на те, що такі жінки часто переживали примус та неадекватне задоволення своїх потреб під час дорослішання, а також мали місце часті дотики до тіла інших людей без згоди.

Низька суверенність порівняно із нормативними значеннями середніх та результатами «групи 0» у сегменті «території» у таких жінок свідчить про те, що в їх територію (кімнати, ігровий простір, робоче місце) регулярно вторгалися і перешкоджали формуванню здорових територіальних кордонів. І найбільший вплив відсутність відчуття свого безпечного простору має на формування булімічної складової в порушеннях ХП. Такі жінки поступово починали схилитися до того, щоб їсти наодинці та тамувати емоційні труднощі за допомогою їжі.

На формування булімічної складової також впливає низький рівень суверенності «особистих речей» – такі жінки часто зіштовхувалися з невизнанням їх права на особисті речі, та права розпоряджатися ними на власний розсуд. В «групі 1.2» спостерігається більша депривованість в здатності присвоювати собі право на особисті речі, право на матеріальні блага та фінансові ресурси. І цим моментом також може бути пов'язано те, що жінки з цієї групи мають переважно низький рівень доходу до 20 000

гривень (44% жінок в групі 2 проти 20% жінок в «групі 0») та досить рідко мають високий рівень заробітків, при тому, що середній вік в обох групах однаковий (Рис.2.4). Зв'язок наявності порушень ХП з булімічною складовою та рівня заробітку потребує подальшого дослідження.

Суверенність «часових звичок» не має значимих відхилень у порівнянні з нормативними показниками, хоча в цілому нижча в усіх групах. Це означає, що в цілому по вибірці жінки переживали спроби інших впливати на розпорядок життя були, але не мали суттєвого впливу.

Привертає увагу те, що в сегменті «соціальних зв'язків» дуже низький рівень також в «групі 1.2» та статистично значима менша суверенність порівняно з нормативними значеннями методики. Такі жінки часто зіштовхувалися з заборонами у праві обирати своє коло спілкування та не змогли сформувати свою повноцінну суб'єктність у соціальних зв'язках. Найвищий рівень суверенності в «групі 1.1» без булімічної складової.

Суверенність цінностей найвища в «групі 1.2» і найнижча в «групі 1.1», статистично значимі відмінності з нормативами є в «групі 0» (слабкий ефект) та «групі 1.1» (середній ефект). Притиснення в слідуванні своїм цінностям та вільному виборі свої смаків та поглядів має певний вплив на формування незадоволеності своїм тілом та бажанням виглядати краще, але не має визначального впливу на формування булімічного порушення споживання їжі.

Узагальнюючи, можна зробити висновок, що в цілому серед жінок з групи без порушень харчової поведінки (група 0) суверенність по кожній шкалі дещо вища, ніж у жінок з порушеннями харчування (група I), що може говорити про вищий рівень адаптивності та здатності захищати межі свого психологічного простору. При цьому середне лежить переважно в зоні зниженої суверенності, що дозволяє забезпечувати і стабільність свого психологічного простору і при цьому вступати в контакт з іншими. Група жінок з порушеннями прийому їжі загалом демонструє вищу вразливість. Особливо жінки з булімічною складовою у поведінці, що вказує на те, що те

як сформувався психологічний простір особистості має вплив на формування порушення, особливо в секторах «фізичного тіла», «території», «особистих речей» та «соціальних зв'язків».

Кореляційний аналіз.

Статистично достовірні кореляційні взаємозв'язки показників всередині біографічного опитувальника відображені на Рис.2.11.

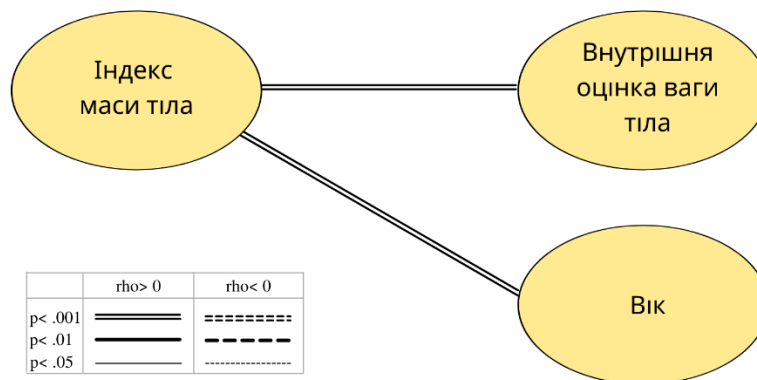


Рис.2.11. Кореляційні взаємозв'язки показників біографічного опитувальника, значимі на рівні від $p < 0.05$

“Індекс маси тіла” позитивно зв'язаний з внутрішньою оцінкою ваги тіла, зв'язок достатньо закономірний - чим вища вага, тим вища оцінка маси власного тіла.

“Індекс маси тіла” також позитивно зв'язаний з віком, що також закономірно, оскільки з віком жінки схильні набирати більше ваги в силу гормональних змін, а також накопичення збоїв в роботі організму та загального його забруднення, в тому числі в результаті вживання шкідливих продуктів, а також надмірної кількості їжі.

Оскільки нас цікавить вплив психологічних чинників на формування харчової поведінки, ми обрахували кореляції між всіма шкалами опитувальника ШОХП та шкалами опитувальників DEBQ, СППО-10 та біографічного опитувальника.

На Рисунку 2.12 наглядно подані усі значимі кореляційні зв'язки середнього та сильного рівня ($p < 0.01$ та $p < 0.001$) між шкалами на загальній вибірці респонденток. Таблиця усіх кореляційних зв'язків від слабкого до високого по загальній вибірці подана в Додатку Д.

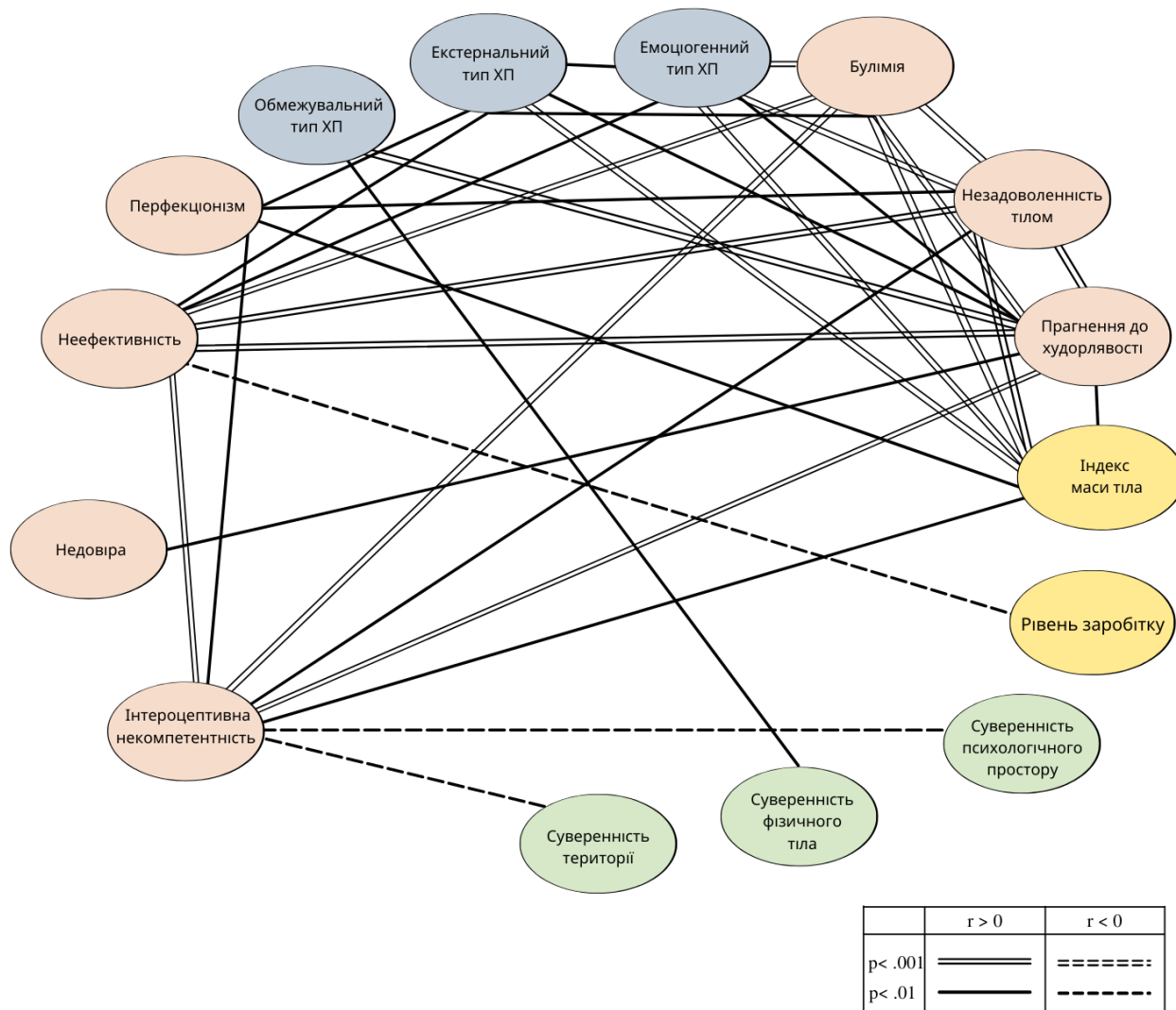


Рис.2.12. Кореляційна плеяда взаємозв'язків між шкалами на загальній вибірці респонденток ($n=107$), значимі від рівня $p < 0.01$

Згідно з результатами кореляційного аналізу на загальній вибірці респонденток встановлено найбільшу кількість сильних та середніх зв'язків у шкал «булімія», «емоціогенний» та «екстернальний» типи ХП, «незадоволеність тілом», «прагнення до худорлявості», «індекс маси тіла»,

«інтероцептивна некомпетентність» та «неефективність». Зокрема, «булімія» має сильний прямий зв'язок з «емоціогенним типом поведінки» ($p < .001$), «незадоволеністю тілом» ($p < .001$), «неефективністю» ($p < .001$), «прагненням до худорлявості» ($p < .001$), «інтероцептивною некомпетентністю» ($p < .001$) та «індексом маси тіла» ($p < .001$) та середній прямий зв'язок з «екстернальністю» харчової поведінки ($p = 0.004$), що вказує на взаємозалежність цих конструктив.

Ще один показник, що враховується при діагностуванні порушення харчової поведінки «незадоволеність своїм тілом» має сильні прямі зв'язки з «неефективністю» ($p < .001$), «індексом маси тіла» ($p < .001$) та «емоціогенним типом харчування» ($p < .001$), а також прямі зв'язки середнього рівня з «перфекціонізм» ($p = 0.002$) та «інтероцептивною некомпетентністю» ($p = 0.005$).

Третій показник, що враховується при діагностуванні порушення харчової поведінки «прагнення до худорлявості» має прямі сильні зв'язки з «неефективністю» ($p < .001$), «інтероцептивною некомпетентністю» ($p < .001$) та «обмежувальним тип ХП» ($p < .001$), а середні прямі зв'язки з іншими типами харчової поведінки, зокрема з «емоціогенним» (0.004) і «екстернальним» (0.003) та «недовірою в міжособистісних відносинах» (0.003) і «індексом маси тіла» (0.002).

Окремо варто відмітити, «індекс маси тіла» з типами харчової поведінки також має прямі зв'язки, зокрема, сильний з «емоціогенним» ($p < .001$) та середній з «екстернальним» ($p = 0.003$), що вказує на вплив порушення харчування по цьому типу на збільшення ваги. Як було вказано вище, сильні прямі зв'язки також з такими категоріями, як «булімія» та «незадоволеність тілом», а середній з «прагненням до худорлявості». «Перфекціонізм» та «інтероцептивна некомпетентність» також прямо пов'язані із збільшенням ваги тіла.

Також ми встановили, що чим нижча ефективність життєвих стратегій та задоволеність життям, тим нижчий рівень заробітку у жінок (зворотній середній зв'язок – $p = 0.003$).

Низька суверенність територіального психологічного простору пов'язана з підвищеними труднощами у розпізнаванні внутрішніх сигналів голоду та насичення ($p=0.007$). А висока суверенність простору фізичного тіла стає чинником формування обмежувальних патернів поведінки з їжею ($p=0.001$), що, може пояснити розвиток порушень по анорексичному типу, коли особа відсторонюється від зовнішнього, фіксується на тілі, прагне зробити його недоторканим і має достатньо психічної енергії для високого рівня самоконтролю. Завищена суверенність буде вказувати на максимальну щільність психологічних меж. Якщо говорити про суверенність психологічного простору в цілому, то ми встановили зворотній сильний зв'язок з інтероцептивною некомпетентністю ($p=0.006$). Також встановлено слабкі зв'язки і по іншим секторам суверенності психологічного простору, дані по ним наведено в таблицях в Додатку Д.

На Рисунку 2.13 наглядно подані результати групи жінок з порушеннями харчової поведінки (група І). Так як значимих кореляцій між опитувальниками багато, на схемі представлені кореляції на рівні від $p < 0.01$ та $p < 0.001$.

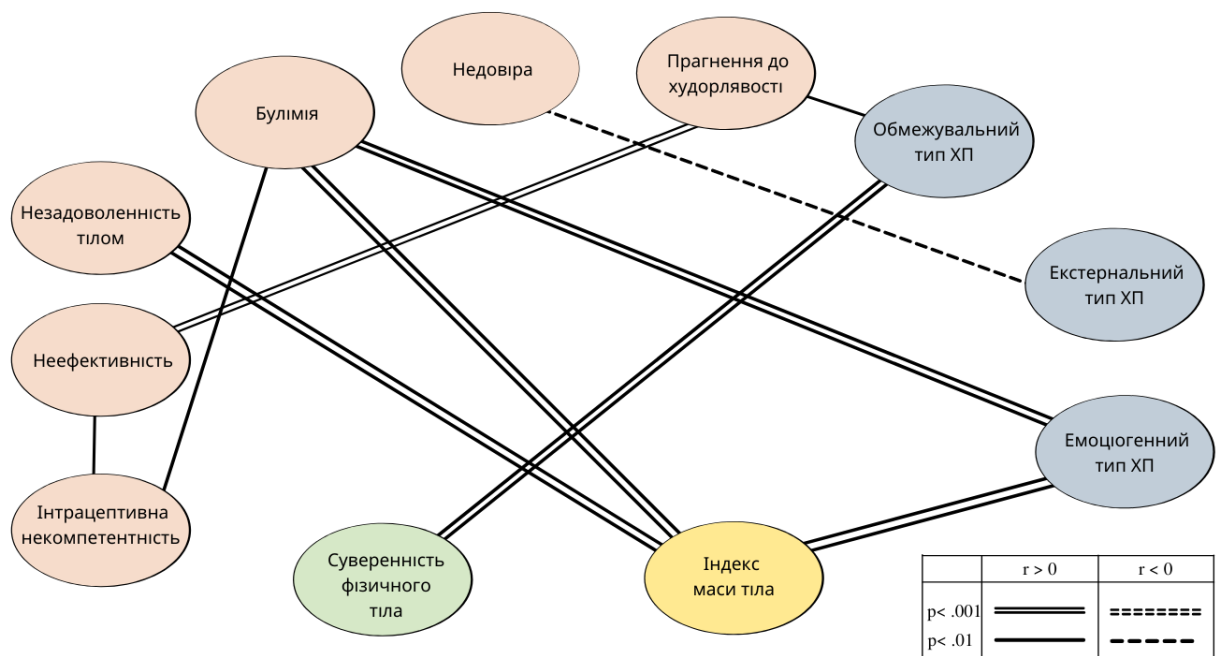


Рис.2.13. Кореляційна плеяда взаємозв'язків між шкалами в групі жінок з порушеннями харчової поведінки, значимі від рівня $p < 0.01$

Таблиця усіх кореляційних зв'язків від слабкого до високого по «групі І» у подана в Додатку Д.

Згідно з результатами кореляційного аналізу в групі жінок з порушеннями харчової поведінки було встановлено сильний прямий зв'язок між високим рівнем «булімії» та «емоціогенного типу» прийому їжі ($p < .001$) та високим «індексом маси тіла» ($p < .001$) та середній прямий зв'язок з «інтероцептивною некомпетентністю» ($p = 0.01$).

Між «прагненням до худорлявості» та «обмежувальним» типом прийому їжі встановлено середній прямий зв'язок ($p = 0.002$) та сильний прямий зв'язок з «неефективністю» ($p < .001$). Висока «незадоволеність тілом» має сильний прямий зв'язок з високим ІМТ ($p < .001$).

Високий рівень «недовіри в міжособистісних відносинах» має зворотній середній зв'язок з «екстернальним типом» поведінки з їжею ($p = 0.002$). «Неефективність» також має середній прямий зв'язок з «інтероцептивною депривацією» ($p = 0.008$). По «емоціогенному типу» виявлено сильний прямий зв'язок з високим ІМТ ($p = 0.003$). По шкалі «суверенності фізичного тіла» ми спостерігаємо сильний прямий зв'язок з рівнем «обмежувального типу харчової поведінки» ($p = 0.009$). При чому у цієї шкали також є слабкий негативний зв'язок з рівнем інтероцептивної некомпетентності та рівнем неефективності, як відчуттям нездатності керувати власним життям. Це вказує на те, що фрустрація задоволення базових потреб в їжі чи комфорті має вплив на те, що не формується адекватне розпізнавання відчуття голоду та насичення і як результат слабкі навички саморегуляції.

В «групі 1.1» (Рис.2.14) встановлені середні прямі зв'язки між «суверенністю соціальних зв'язків» та «екстернальним типом» харчування ($p = 0.001$), а також між високим ІМТ та «незадоволеністю тілом» ($p = 0.009$) та «емоціогенним типом ХП» ($p = 0.002$). Таблиця усіх кореляційних зв'язків від слабкого до високого по «групі 1.1» в Додатку Д.

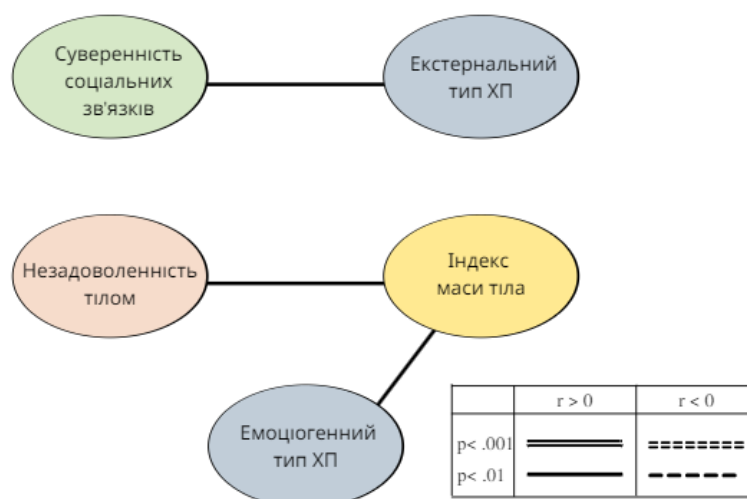


Рис.2.14. Кореляційні взаємозв'язки по методиках в групі жінок з порушеннями харчової поведінки без булімічної складової, значимі від рівня $p < 0.01$

В «групі 1.2» у жінок з булімією зв'язки, які встановлено на середньому та сильному рівні значимості, наглядно зображено на Рисунку 2.15.

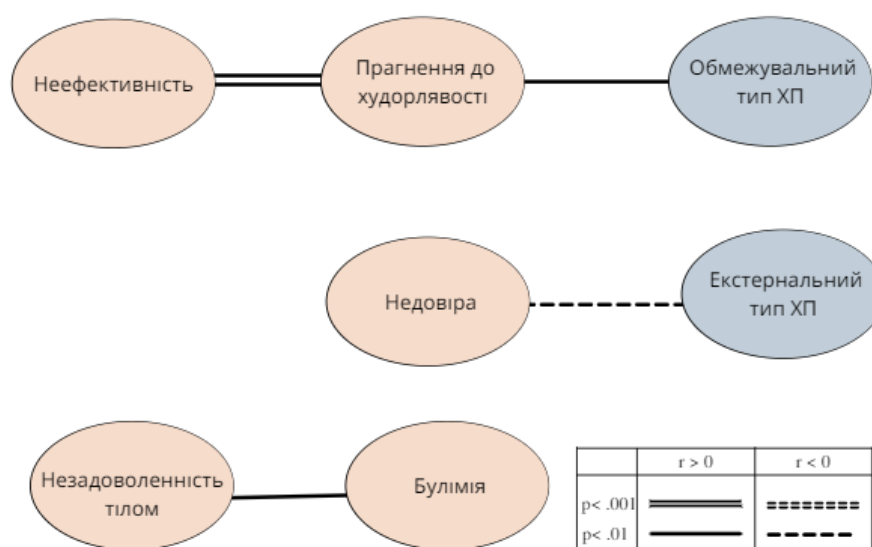


Рис.2.15. Кореляційні взаємозв'язки по методиках в групі жінок з порушеннями харчової поведінки з булімічною складовою, значимі від рівня $p < 0.01$

Таблиця усіх кореляційних зв'язків від слабкого до високого по «групі 1.2» наведена в Додатку Д.

Зокрема, простежується сильна залежність високого рівня «прагнення до худорлявості» та підвищеної «неефективності» ($p < .001$) та середня пряма залежність «прагнення до худорлявості» та «обмежувального типу ХП» ($p=0.001$). Між «булімією» та «незадоволеністю тілом» встановлена пряма середня залежність ($p=0.003$). А між «недовірою в міжособистісних відносинах» та «екстернальністю» в харчовій поведінці виявлена зворотна середня залежність ($p=0.003$).

Хочемо зазначити, що при збільшені кількості респонденток в підгрупах з порушеннями харчової поведінки, скоріш за все було б встановлено більше значимих зв'язків. Також було би доцільно дослідити в наступних роботах такі психологічні чинники, як алекситимія, тривожність та особистісні риси.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Ми зробили огляд основних підходів та методик до дослідження особливостей харчової поведінки та психологічних факторів, що на неї впливають.

Для реалізації мети нашого дослідження ми вибрали дослідження за допомогою опитувальників самооцінки, які мають високі показники надійності та валідності, не викликають труднощів у респондентів при їх проходженні. А саме, Голландський опитувальник харчової поведінки, Шкала оцінки харчової поведінки, Опитувальник “Суверенність психологічного простору особистості-2010”. А також нами був складений Біографічний опитувальник (Додаток В).

В дослідженні прийняли участь 107 жінок, які були розділені на дві основні групи (без порушень харчової поведінки та з ними) – в «групу 0» без порушень ХП ввійшло 56 жінок, а в «групу І» з порушеннями – 51. Для диференціації порушень харчування по наявності булімії ми окремо дослідили жінок з порушеннями ХП без булімічної складової (група 1.1) та жінок з порушеннями ХП та булімією (група 1.2). У проведеному дослідженні встановлено, що кожна з досліджуваних груп має свої особливості.

У 82% жінки з порушеннями харчування мають надмірну вагу (за ІМТ) проти 27% жінок в групі без порушень ХП. Також 44% таких жінок мають низький рівень щомісячного доходу (до 20 тис. гривень).

Жінки із порушенням харчової поведінки частіше описують своє тіло словами з негативним забарвленням, і говорять про повноту, важкість тіла, рихлість, нестачу здоров'я, вказують на те, що воно біле, на відміну від жінок без порушень, які використовують частіше позитивні слова, що вказують на їх красу, спортивність, привабливість, цінність тіла та здоров'я. Також жінкам з «групи І» складніше підбирати слова. Серед них найбільш виражений емоціогенний тип харчової поведінки та комбінація усіх трьох, а також вищий обмежувальний тип, порівняно з «групою 0».

У жінок з порушеннями ХП дуже часто діагностуються дезадаптивна поведінка по всім типам методики DEBQ. Найбільший відсоток емоціогенного типу у жінок з булімією – у 100% випадків вони схильні «заїдати стрес та емоції». Обмежувальна і екстернальна поведінка також дуже часто зустрічається. Також для жінок з порушеннями прийому їжі характерно поєднання усіх трьох типів поведінки з їжею. Їх можна охарактеризувати як дуже вразливих, але при цьому таких, що мають мізерний арсенал способів справлятися з емоціями та стресами. Вигляд їжі та людей, які їдять, також спричиняє потяг до прийому їжі. І оскільки така некерована поведінка з їжею призводить до набору ваги та почуття сорому, то має місце часте самообмеження себе в їжі.

Також жінкам з порушеннями харчової поведінки притаманна заклопотаність вагою, самообмежувальна поведінка та малокеровані потяги до їжі. До того ж вони відчують неефективність такої поведінки та не отримують задоволеності від життя, схильні їсти так, щоб інші їх не бачили та переживають недовіру в особистісних відносинах. Яскраво виражена висока інтероцептивна депривованість у жінок з булімією, що свідчить про те, що для корекції їх патернів харчування потрібно приділити також увагу тренінгу навичок та саморефлексії щоб навчитися розрізняти внутрішні сигнали організму та слідувати їм. Перфекціонізм більш притаманний жінкам з порушеннями харчової поведінки без булімічної складової – вони заклопотані своєю вагою та зовнішнім виглядом, але не страждають від компульсій з їжею.

В цілому на формування порушень харчової поведінки впливає також і проникливість меж психологічного простору. По усім секторам простежується низький рівень суверенності (окрім «часових звичок»). Це може бути пов'язано в тому числі із незадоволеністю своїм зовнішнім виглядом, а також більшою депривованістю психологічного простору, що сформувалася в дитинстві. Те, на скільки бережно ставилися до тілесності в дитинстві, як задовольняли фізіологічні потреби, чи заставляли їсти те, що не хочеться чи в більшому об'ємі має свій вплив на формування порушень. Також важливим

фактором є відчуття безпечності своєї території та наявності права мати та розпоряджатися своїми речами, а також матеріальними цінностями. Якщо в дитинстві був насильницький вплив на те, яким цінностям та поглядам слідувати та з ким і як спілкуватися, це також впливає на ризик формування порушень прийому їжі.

РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНА РОБОТА ПСИХОЛОГА З ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ ЯК ПРОБЛЕМОЮ КЛІЄНТА

3.1. Підходи до роботи психолога щодо корекції порушень харчової поведінки

Психокорекція та психотерапія тісно переплітаються і на сьогодні ще триває дискусія щодо принципів їх розмежування або об'єднання. Обидва види психологічної допомоги працюють з такими рівнями функціонування людини, як особистісний, інтелектуальний та поведінковий з метою впливу на негармонійний соматичний та психічний стан. Робота відбувається через усвідомлення та корекцію дезадаптивних моделей мислення та поведінки, розширення арсеналу механізмів психологічного захисту та стійкості психіки для формування гармонійного способу життя та реалізації особистого потенціалу особистості.

В контексті дизайну та результатів нашого дослідження ми зосередимося на підходах до корекції таких порушень, як булімія та компульсивне переїдання, які часто супроводжуються також надмірною вагою тіла, що в цілому суттєво шкодить як фізичному, так і психічному здоров'ю жінок.

Оскільки в порушеннях харчової поведінки велику роль відіграє психо-емоційна сфера, то до роботи з такими клієнтами резонно застосовувати психосоматичну модель. Зокрема, такі автори як Радченко А.Ф. [45] та Малкіна-Пих І.Г. [28] виділяють ряд чинників, які потрібно враховувати в ході корекції харчових порушень як психосоматичних симптомів. Подаємо їх загальний перелік:

1. Внутрішній конфлікт. Проявляється у двох протилежних потягах внутрішніх частин особистості, що призводить до їх боротьби та конкуренції. І як результат, такі «гойдалки» замикаються в порочне коло. З одного боку людина відчуває прагнення до заспокоєння за допомогою їжі та вбачає в ній значне джерело свого задоволення. А з іншого, відчуває сором за свою імпульсивну поведінку та починає

прагнути того, щоб обмежувати себе в їжі задля збереження фігури та сильно провисати в самооцінці від невдалих спроб. Перемога жодної зі сторін не призводить до розслаблення. Ефективно з подоланням внутрішнього конфлікту працюють гештальт-терапія та НЛП.

2. Вторинна вигода (мотивація). Її обов'язково потрібно враховувати в роботі з клієнтами, що мають порушення харчування. Оскільки обов'язково знайдеться те, що підсвідомо дає надмірне споживання їжі та зайва вага. Без того, щоб знайти які потреби задовольняються за допомогою зайвої ваги та напрацювання альтернативних, більш здорових, способів їх задоволення, корекція буде мати симптоматичний характер короткої дії з обов'язковим поверненням до неадекватної поведінки.
3. Ідентифікація та контридентифікація. Під ідентифікацією розуміється потяг стати як якась інша значима людина, при цьому поступово втрачається зв'язок з собою, який породжує страждання душі через недосяжність ідеалу та втрати самості. Контридентифікація ніби має інший напрямок, як то тільки не мати нічого спільного з якоюсь людиною, але також веде до втрати себе та стимулом для розвитку психосоматичних порушень. В цьому контексті доречно говорити про «батьківський сценарій», який стає підґрунтям для розвитку патології. З цим нелегко працювати. Найбільший фокус на ньому зосереджено в транзактному аналізі та сімейній психодрамі.
4. Сугестія від інших людей та самонавіювання. Часто люди, що страждають на розлади прийому їжі, інтерналізували слова інших людей щодо себе, висловлені в дитинстві, як «тупа, гладка, не гарна, ледарка тощо». Або ж дали собі якусь емоційну обіцянку, наприклад «я не буду звертати увагу на своє тіло», та витіснили цей момент. При цьому продовжують слідувати в дорослому житті цьому ярлику, часом навіть раціоналізуючи наслідки.

5. Самопокарання або покарання інших своїм симптомом. В корені такої поведінки лежить почуття провини, за яку обов'язково має наступити розплата. Вона може направлятися на себе, якщо людина звинувачує себе, або на інших, якщо винить інших. При цьому засобом для цього стає контроль над їжею та зайва вага.
6. Мова тіла та органічна мова як засіб комунікації. Так, деякі фрази можуть ставати негативним самонавіюванням та переростати в симптоми. Наприклад, зайва вага може стати реалізацією фраз: «хорошої людини має бути багато», «проковтнути образу», «обрости клопотами». Також тілесні прояви є своєрідною мовою тіла – як засіб вираження певного душевного стану людини через символізм. Як то психогенне блювання є проявом психологічної реакції відрази. В основі таких тілесних реакцій є конверсійні механізми.
7. Болючий травматичний досвід. Порушення харчування стають певним коупінгом у відповідь на травми дитинства чи підліткового віку, особливо, якщо було насилля фізичне, психічне чи сексуальне. Цей досвід має бути перероблено та нейтралізовано.
8. Алекситимія. Проявляється в нездатності вербалізувати свої переживання та тілесні відчуття та бідному символічному мисленні. Як правило така «емоційна безграмотність» формується через сімейну заборону виражати свої почуття. Такі люди схильні до ригідного слідування правилам без чуттєвої переробки досвіду. Вони часто розуміють свої проблеми як чисто соматичні, що також ускладнює психологічну роботу з ними. Для роботи з такими людьми краще застосовувати техніки підтримки, а не конфронтації та працювати над збагаченням мови та здатності вербалізувати свої відчуття та почуття.

В роботі з психосоматичними хворими також потрібно звертати уваги чи не відбувається зсув симптомів, оскільки порушення харчування можуть стримувати розвиток іншого сильнішого симптому.

Психосоматичну особу в цій парадигмі описують як таку, що не може свідомо переробляти свої конфлікти. Вона характеризується підвищеною відповідальністю, вимогливістю до себе, надто правильною, честолюбною, безкомпромісною, такою, що застрягає та часто обвинувачує себе в усьому. При цьому часто підмічає в інших те, що не хоче бачити в собі та проявляє недовіру у відносинах.

Кожен з відомих психотерапевтичних підходів має свої напрацювання для роботи щодо корекції порушень харчової поведінки. При виборі конкретного методу та тактики корекції порушень харчування потрібно враховувати низку факторів: особливості особистості людини, клінічну картину порушення, оптимальні терміни терапії та досвіду психолога в конкретному методі.

Усі підходи можна розділити на дві категорії:

- Глибинна психотерапія. Вона працює над регуляцією потягів та подоланням конфлікту, які стоять за неадекватними проявами. Симптоми йдуть у наслідок перебудови особистості та її відносин зі світом і не являються першочерговою ціллю. До них в першу чергу відносяться психоаналіз, аналітична психологія К.Г.Юнга та індивідуальний аналіз А.Адлера. Ці підходи потребують значної тривалості терапії та здатності особи до рефлексії. Сюди можна віднести і такі методи, як символдрама та психодрама. Можуть застосовуватися як в індивідуальній, так і груповій формі.
- Методи, сфокусовані на зміні поведінки та усуненні симптомів. Часто такі підходи дають бажані результати в досить короткий термін терапії. Деякі з них намагаються досягти стійкого результату навіть за 10 сесій, хоча є і такі, що розраховані на рік терапії. Сюди відносяться і КПТ, АСТ (терапія прийняття та відповідальності), EFT, CFT, НЛП, ДПТ, транзактний аналіз, гештальт-підхід тілесно-орієнтована терапія та інші.

На практиці усі ці підходи можуть комбінуватися. Поєднання групової та індивідуальної форми терапії також показало свою ефективність.

Корекція порушень по типу булімії та по типу нападopodobного переїдання має певні спільні особливості та відмінності. Особливості кожного з цих типів описано в Додатку А. Безперечно, у кожному випадку при складанні плану корекції неадекватної поведінки потрібно враховувати такі особливості клієнтки, як мотивацію, вік, тривалість порушення, її фізичний та психічний стан, здатність до адекватної рефлексії, зловживання психоактивними речовинами – алкоголь, наприклад, ризик самоушкодження та суїциду. Якщо порушення діагностується на ранніх стадіях та підлягає корекції, то позитивні результати досягаються швидше та мають більшу стійкість. У переважній більшості випадків достатньо амбулаторної корекції. Стаціонарне лікування доречне лише в важких формах із супутніми психічними захворюваннями, суїцидальними тенденціями, алкоголізмом тощо.

Оскільки при булімії має місце компенсаторна поведінка та надмірна заклопотаність своїм тілом при емоційній нестабільності та страхом втратити контроль над своїми імпульсами, то основними задачами корекції є розірвання порочного кола «переїдання-очищення», формування стабільного режиму прийому їжі «без гойдалок», де є місце здоровому задоволенню та збалансованому харчуванню, введення достатньої, але не надмірної, фізичної активності, робота з тілесністю, а також аналіз та корекція причин розладу та підтримуючих його систем (стреси, неадаптивний коупінг, настрій, тривога тощо). Багато методів (але не всі) дають свої данні щодо успішності лікування нервової булімії, яка коливається від 40% до 87% [4, 36, 71, 75]. Медикаментозне лікування добавляється при важких станах з депресією та підвищеною тривожністю за призначенням психіатра. Велику увагу слід приділяти можливим рецидивам і про успішність лікування можна говорити при закріпленні на стабільному режимі харчування протягом двох етапів - 6 місяців і далі 1 рік. Дослідження також вказують, що після лікування булімії

спостерігається суттєво нижча частота депресії, налагоджуються відносини в сім'ї, на роботі та в соціумі.

Нападоподібне переїдання характеризується чередуванням періодів інтенсивної тренсгесії (коли особа повністю віддається переїданню) та тривалих періодів надсильного контролю над харчуванням (голодування, дієти) при цьому без компенсаторної очищувальної поведінки після переїдання. Основними задачами корекції такої поведінки є виявлення та корекція особистісних якостей, що задіяні в потягах до переїдання, встановлення впливу соціальних факторів, розширення навичок адекватної психологічної адаптації та коректної поведінки. Така робота має опиратися на мотиваційну сферу, щоб новий режим харчування став природнім стабільним раціоном, а не ще однією дієтою. Основні принципи корекції нападоподібного переїдання: стабілізація здорового ритму харчування, зміна відношення до своєї фігури та зміщення функціональної переробки щоденного навантаження та стресів від їжі до більш адекватних способів подолання. Курси схуднення мають малу ефективність, оскільки в довготривалому контексті рецидиви обов'язково приходять на зміну періодів надконтролю над харчовою та фізичною активністю. Обов'язково потрібно розвивати можливості клієнтки отримувати задоволення не тільки від їжі та через зняття заборон та розширення інтероцептивної компетентності формувати здоровий спосіб життя.

Розглянемо окремо напрацювання кожного з підходів щодо корекції булімії та нападоподібного переїдання. Найбільше даних щодо ефективності є у когнітивного-поведінкового підходу [4, 45, 93, 98]. Теоретичною базою у КПТ напрямку є твердження про те, що девіантна поведінка має позитивне та негативне підкріплення і тому фіксується. Програми КПТ стимулюють аналіз поведінки та установок щодо прийому їжі, змінюють дисфункціональні прояви та сприяють розширенню та формуванню нових моделей мислення та поведінки (як у відношенні до свого Я, так і щодо оточуючого світу). Національний інститут здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії

(NICE), починаючи з 2004 року взяв у свою увагу розлади харчової поведінки та почав публікувати поради щодо них. Ця організація рекомендує саме КПТ та деякі його різновиди (як то терапія прийняття та відповідальності - АСТ) як інструмент першої ланки допомоги. Зокрема рекомендується програма КПТ, розроблена професором К.Фейрберном у співавторстві з колегами. Оскільки саме цей напрямок вважається добре дослідженим та перевіреним на практиці підходом з високими результатами. Сучасні програми обов'язково враховують не тільки редукцію симптомів та зниження ваги, а також і необхідність стабілізації результатів та звести до мінімуму повторний набір ваги після терапії. Для цього з самого початку терапії обговорюються ці цілі та проводиться робота над тими перепонами, що можуть стати на шляху до цього. У фокус береться одразу і зменшення ваги та симптоматики, і зміни в інших важливих сферах життя: підвищення впевненості в собі, подолання негативного сприйняття свого тіла, більш адекватне відношення до схуднення, нормалізація відносин та розвиток адаптивних способів подолання життєвих труднощів.

Ефективність терапії залежить від мотивації особи до змін у своєму житті. КПТ-терапевти використовують процедури самоконтролю аби спонукати клієнта перебувати в активній ролі. Програми КПТ-терапії булімії та компульсивного переїдання мають різну тривалість (від 6 до 15 місяців), кількість та періодичність сесій і можуть бути розраховані в цілому на 20-25 сесій [15, 28]. Зокрема, програма розроблена Крістофером Фейрберном та Зафрою Купер розрахована на 11 місяців та 24 сесії (по 45-50хв) та ввідної діагностичної зустрічі (2 години). Перші 6 тижнів зустрічі відбуваються раз на тиждень. Далі до 9,5 місяців раз на два тижні. І останні 2 сесії з проміжком 3 тижні як підтримуючі у стабілізації нового образу життя. Ця програма складається з таких 9 модулів [15]:

- 1- Початок терапії.
- 2- Старт корекції ваги.
- 3- Робота з перепонами.

- 4- Активізація фізичної активності.
- 5- Когнітивна реструктуризація дизфункціональної фіксації на формі тіла та вазі.
- 6- Переосмисленні цінності ваги для досягнення життєвих цілей та постановка реалістичних цілей щодо зниження ваги.
- 7- Робота з первинними цілями: підвищення впевненості в собі, покращення зовнішнього вигляду, фізичної форми та взаємовідносин в особистому житті.
- 8- Введення режиму здорового харчування як постійного образу життя.
- 9- Стабілізація та збереження ваги.

Старт та тривалість кожного модуля адаптується під окремого клієнта.

Для осіб, що страждають на булімію без надмірної ваги Гленн Уоллер у співавторстві з колегами розроблено та опробовано метод короткої когнітивно-біхейвіоральної терапії в 10 сесій [105].

На даний момент високу емпіричну ефективність мають такі підходи, як терапія прийняття та відповідальності (ACT) [55, 65], її модифікація Сфокусована терапія прийняття та відповідальності (FACT) [20, 84], Діалектико-поведінкова терапія (DBT) [73]. Ці підходи працюють одразу на всіх рівнях – поведінка, емоції, думки і тіло. Вони мають коротку та середню тривалість терапії, що вирішує питання того, що часто клієнти з РПП обривають терапію. Всі ці методи дозволяють комбінувати різні інтервенції – арт-терапію, щоденники, тілесні вправи тощо.

Підхід ACT, розроблений Стівеном Хейсом, фокусується на розвитку психологічної гнучкості для реалізації бажаного життя. Замість того, щоб боротися з собою та своїми почуттями і думками, вона закликає до прийняття себе та формування на цій базі поведінки, що веде до реалізації життєвих цілей у контакті зі своїми цінностями. Теоретична концепція ACT ґрунтується на 6 базових процесах, що формують психологічну гнучкість замість ригідності: прийняття себе, розділення зі своїми думками, Я як контекст, контакт з даним моментом, цінності і активні дії в сторону своїх цілей. Він ставить перед

особою задачу справлятися, а не зависати та уникати труднощів [55, 65]. Даний підхід має наукову базу ефективності у роботі з розладами харчової поведінки, недозволенністю образом тіла, депресією та тривогою [87].

Кірк Штроссаль та Патрісія Робінсон розробили короткотермінову та цілеспрямовану модифікацію АСТ – Сфокусовану терапію прийняття та відповідальності (FACT) [20, 84]. FACT дає можливість перейти до терапії уже з першої сесії та не втрачати час даремно. Цей підхід орієнтований на досягнення результатів уже за перші 4 сесії, що критично важливо, якщо клієнт має схильність до самоушкодження. Автори звели шість процесів психологічної гнучкості до трьох, що описують як людські страждання, так і рівень життєздатності: усвідомленість та присутність в тепер, відкритість внутрішньому досвіду, активна дієвість в контакті зі своїми цінностями. Всі страждання викликаються дефіцитом хоча б в одному з цих аспектів.

В останні 30 років активно розвивається підхід усвідомленого харчування (mindfulness eating), який є компіляцією клінічної психології та медитативних практик буддизму. Він відноситься до доказово обґрунтованих підходів. Першим почав їх використовуватися до корекції харчової поведінки Джон Кабат-Зінн в рамках програми зниження стресу (MBSR). Переваг цього методу в тому, що усвідомлене харчування напряму працює з розвитком інтероцептивної компетентності, розвиває навички диференціації емоційного та фізіологічного голоду, а також момент насичення, що природнім чином підвищує рівень самоконтролю та деактивує порочне коло «переїдання-утримання».

Дебора Лінн Сейфер адаптувала Протокол DBT для неврогенної булімії та компульсивного переїдання [73]. Цілями терапії за цим протоколом є: усвідомлений (уважний) прийом їжі; припинення циклу «переїдання-очищення»; уникнення бездумного поїдання; редукція частих думок про їжу та бажання накинутися на їжу; усунення капітуляції; перебудова провокуючої поведінки (перестати зважуватися, приносити їжу додому з офісу); корекція поведінки, яка перешкоджає терапії. Вага при цьому не є ціллю, але може

зменшуватися в ході корекції поведінки. Обмеженням даного підходу є неможливість застосування його при коморбідності захворювання.

Терапія, сфокусована на співчутті, має свій протокол для роботи з порушеннями харчової поведінки – CFT-E, розроблений Кеннет Госс та Стівеном Алланом [82, 83]. Він був добавлений до рекомендованого NICE (2005 р.) протоколу КПТ в роботі з групами. Цей підхід в терапії був розроблений спеціально для роботи із соромом, самокритикою та ворожістю, яка направляється на себе, з метою допомоги розвитку аффіліативних емоцій, а також здатності пропонувати та отримувати допомогу від інших та бути більш співчутливим до себе.. Само робота з цими факторами допомагає досягати стійких результатів та допомагає клієнтам справитися з проблемами відновлення після РХП. CFT-E також фокусується на такому:

- 1- Розробка функціонального аналізу РХП;
- 2- Робота з переконаннями та поведінкою, які пов'язані з системами загрози, драйву та заспокоєння, при корекції РХП;
- 3- Рішення біологічних проблем відновлення;
- 4- Керування соціальними наслідками відновлення;
- 5- Формування образу життя в контексті здорового та збалансованого харчування.

CFT-E включає в себе трьох-етапний процес корекції: психолого-педагогічне навчання, нарощування потенціалу та відновлення.

Варто відмітити також стратегічний конструктивістський підхід, розроблений в кінці 20 століття. Зокрема детально його особливості та високу ефективність описує Дж.Нардоне в своїх роботах [36]. Цей підхід відходить від конструктів «норма» та «патологія», а людські проблеми виникають в результаті взаємодії особи з реальністю та підкріплюються саме тими зусиллями, які вона докладає, щоб справитися з ними. Проблема тільки загострюється за рахунок таких спроб рішення, оскільки вони переважно неефективні, хоча на перший погляд виглядають логічними. І це формує патологію «перцептивно-реактивної системи». Психологи, що працюють у

цьому підході замість того, щоб шукати причини, фокусуються на тій поведінці, що підтримує порушення. Терапевт завжди робить акцент на тому, що якщо за перші 10 сесій не буде досягнуто достатніх результатів, то терапія припиняється, оскільки не ефективна з даним клієнтом і буде тільки поглиблювати проблему. Цей напрямок працює з неврогенною анорексією, неврогенною булімією, компульсивним переїданням та потягом до блювання, який він виділяє в окрему категорію через особливості перцептивно-реактивної системи таких пацієнтів. Емпіричні дослідження показують високу ефективність цього підходу [36].

В роботі з порушеннями харчової поведінки як адикцією також застосовуються техніки нейро-лінгвістичного програмування (НЛП) як стратегічного підходу, що націлений на результат. Його почали розвивати Бендлер та Гріндер з 1994 року. Багато в чому вона перекликається з КПТ. Здоров'я та хвороба з точки зору НЛП є суб'єктивними переживаннями – і потрібно приділяти увагу зміні внутрішнього сценарію хвороби («Я-хвора») на сценарій здоров'я («Я-здорова»). Цей напрямок займається дослідженням структури суб'єктивного досвіду, на якому особа будує свій внутрішній світ. НЛП задає 2 питання щодо будь-якої проблеми зі здоров'ям: на які чинники особа може вплинути і вплив на який з них дасть максимально можливі зміни? Особливістю НЛП є формування готовності до одужання та його програмування.

Н.Пезешкіан на базі своєї концепції створив напрямок позитивної психотерапії як «терапії, що центрується на конфлікті» [41]. В її основі лежить позитивне відношення до особи та захворювання, а також змістовна оцінка конфлікту. В кожному симптомі є не тільки негативне, але і позитивне. У роботі з жінками з надмірною масою тіла у фокусі буде не переїдання, а той конфлікт, що стоїть за цим. В цьому підході широко використовуються притчі, психотерапевтичні казки, історії. Позитивна психотерапія враховує чотири основні елементи: скарги та фізіологія; актуальний конфлікт та форми його

переробки – соціальне напруження; базовий конфлікт та 4 моделі наслідування – особливості розвитку в дитинстві; внутрішня динаміка конфлікту.

Ядром інтервенцій є стратегія, що складається з 5 етапів:

1. Спостереження/ дистанціювання;
2. Опрацювання конфлікту (інвентаризація);
3. Ситуативне заохочення;
4. Вербалізація;
5. Розширення системи цілей.

Гештальт-терапія бачить особу цілісною, а існування в усіх просторах – психологічному, біологічному та соціальному єдиним [43]. Цей напрямок часто застосовують для корекції порушень харчової поведінки та зайвої ваги. В роботі з такими клієнтами гештальт-терапія спирається в першу чергу на унікальну здатність людини до саморегуляції та стимулює його розвивати здатність приймати рішення та робити вибір. У фокусі також усвідомленість та здатність відчувати зв'язок з внутрішнім та зовнішнім світом. Патерни поведінки та мислення і установки, що сформувалися раніше мають значення в контексті їх функціонального впливу на даний момент. Супротив (захисні механізми), який виникає внаслідок того, що енергія на задоволення потреб та для розвитку направляється не за призначенням або розсіюється чи блокується, розглядається не як оболонку, за якою ховається справжнє Я, а самим проявом Я, з яким не потрібно боротися. При роботі з порушеннями харчування задіюються такі важливі принципи гештальт-терапії, як принцип цілісності, принцип рівноваги та принцип творчого пристосування. Гештальт-терапія направляє свої зусилля на формування такого простору, де хоча б частково могли б задовільнитися фрустровані в минулому значимі потреби, наприклад, потреби в безпеці, увазі, повазі тощо, так як симптому з'являються саме в такому полі, де ці потреби не знаходять задоволення. Особи, що мають порушення прийому їжі, особливо, коли має місце порочне коло «переїдання – очищення/обмеження», потребують інтеграції своїх полярностей і в гештальт-терапії є спеціальні ефективні техніки для цього.

Стратегія роботи з клієнтами з ПХП та зайвою вагою в гештальт-терапії складається з чотирьох етапів [28]:

1. Генералізація проєкції. Клієнту пропонується глибше пізнати свою зайву вагу, перемістившись умовно на її місце.
2. Усвідомлення нереалізованої потреби, що стоїть за симптомами та зайвою вагою (їх позитивна сторона).
3. Проявлення відносно оточуючих заблокованих почуттів та нереалізованої потреби.
4. Інтеграція нового досвіду.

Психодинамічний підхід базується на психоаналізі З.Фрейда, в основі якого лежить концепція, що на поведінку людини мають великий вплив підсвідомі психічні процеси. Саме в підсвідомому, що як велика глиба підводної частини айсбергу, ховаються першопричини внутрішніх емоційних конфліктів, породжені зіткненням інстинктивних потягів (Ід), розуму (Его) з мораллю (Супер-Его). Усвідомлення конфлікту та винесення його на свідомий рівень (інсайт) для того, щоб пропрацювати його та зрозуміти як він впливає на відносини особи з собою та світом – це одна із задач психодинамічного підходу. Психодинамічний підхід, зокрема психоаналіз та аналітичний підхід К.Юнга потребують багато часу для регулярної терапії та високу компетенцію психолога, а також здатність клієнта до рефлексії. У складних випадках його можна поєднувати з когнітивно-поведінковим напрямком, на другому етапі корекції харчової поведінки.

Сюди також можна віднести транзактний аналіз, розроблений Еріком Берном [8], який базується на аналізі структури особистості (модель Его-станів: Батька, Дорослого, Дитини). Його ключові ідеї: модель Его-станів, транзакції, структурування часу, життєві сценарії, «прогладжування», ігри. Завдяки моделі «Батько-Дитина-Дорослий» можна пізнавати тісний зв'язок між думками, почуттями та поведінкою. Коли особа починає застосовувати більш зрілі способи задоволення потреб (а не їжу), вона автоматично здобуває контроль і над своєю харчовою поведінкою. «Звільняючи» свою внутрішню

Дитину особа отримує доступ до переживання і вираження своїх емоційних станів. Активуючи турботливого Дорослого, відкривається поле прожити навіть складні умовно негативні переживання, нестерпні для Дитини. Турбуючись про свою Внутрішню Дитину, клієнт вчиться турбуватися і про своє здоров'я і харчування. Людина вчиться жити зі своїми почуттями, не заїдаючи їх. Доросле я допомагає в здоровій формі переходити між Его-станами. Стюарт Я. та Джойнс В. [56] виділяють наступні цілі в роботі з порушеннями харчової поведінки: а) актуалізація Дорослого Я, б) реконструкція особистості через корекцію неефективних патернів поведінки та життєвих позицій, в) оновлення системи цінностей, г) вихід з життєвого сценарію, сформованого в дитинстві, д) перехід до самостійності, е) формування цілісного Дорослого Я. Враховуються також психологічний конфлікт та вплив соціуму.

Оскільки на формування та підтримання порушень харчової поведінки значний вплив має також сім'я, то при її корекції часто застосовують системно-сімейну терапію самостійно або ж у комбінації з іншими підходами. В сім'ях, де є емоціогенна харчова поведінка, найчастіше мало взаємопідтримки, є схильність до взаємозалежних відносин та частих конфліктів, які не перепрацьовуються, а ніби «застигають» та накопичуються. Рідні клієнтів з переїданням часто намагаються впливати на поведінку такої особи, але їх дії тільки заглиблюють конфлікт та посилюють порочний цикл «переїдання-очищення/обмеження». За таких обставин сильно страждає самооцінка та не формується автономність [60]. Метою терапії є дослідження та корекція поведінки та взаємовідносин між членами сім'ї задля досягнення стійких результатів після терапії.

В нашій роботі ми розглядали, що сімейне виховання та традиції прийому їжі виступають значними чинниками порушень харчової поведінки і потрібно шукати вихід за межі сімейного сценарію. Метод психодрами, розроблений Я.Л.Морено, допомагає побачити повномасштабну сімейну ситуацію, як вона відобразилась та живе всередині людини, та змінити батьківський сценарій в

реальному житті. «Внутрішня правда» відтворюється через винесення батьківської сім'ї з пам'яті на психодраматичну сцену. Розлади харчування породжуються порушеними рольовим розвитком та поведінкою. Життєві ролі, які визначають поведінку, програються на трьох рівнях: соціальному, психосоматичному (фізіологічному) та психодраматичному («Я сам»). Рольовий розвиток тісно переплітається з вродженою потребою до самореалізації та психосоціальним розвитком людини. Такі рольові конфлікти і є основним чинником неадекватної поведінки з їжею. Виділяють дев'ять основних технік психодрами: самопредставлення, виконання ролі, монолог, діалог, пустий стілець, обмін ролями, дублювання та множинне дублювання, репліки в сторону, дзеркало. Шерман Р. та Фредман Н. цілю корекції ХП в сімейній психодрамі називають корекцію харчової поведінки та напрацювання нових адекватних патернів прийому їжі. А також виділяють специфічні такі задачі: 1) пояснення сімейного сценарію у контексті харчування, 2) виділення патернів процесу такого сценарію, 3) заміна неадекватних патернів на адаптивні та конструктивні [62].

З 70-х – 80-х років ХХ століття розвинувся та найшов підтвердження інтерес дослідників до проблеми образу тіла як чинника порушень харчової поведінки. Почали говорити про те, що терапія корекції образу тіла має бути обов'язковою складовою комплексної терапії РХП. Саме тілесно-чуттєвий досвід стає базисом психічного розвитку та самопізнання. Тілесно-орієнтовані підходи вважають, образ Я це в першу чергу образ тіла, через яке «Я» орієнтується в часі та просторі, сприймаючи візуально, аудіально та кінеститично світ, пізнає його та взаємодіє з ним. Увесь життєвий шлях, душевні переживання, особистісні риси особи та її психологічні проблеми і конфлікти знаходять відображення в її тілі.

Формування образу тіла відбувається в декілька етапів паралельно з формуванням Я-образу: надання тілу позитивного афекту, встановлення меж між тілом та зовнішнім середовищем, усвідомлення частин тіла та їх взаємозв'язку, рух тіла в просторі, статева ідентифікація та процес старіння

[28]. Тілесно-орієнтована терапія через роботу з тілесними відчуттями та станами дає можливість для психолога отримати доступ до суб'єктивного досвіду людини. Тілесно-чуттєве пізнання відкриває можливість визначення життєвих сенсів та повноцінної реалізації. Методи цього підходу як потужні психотерапевтичні інструменти допомагають досягти емоційної розрядки та значних змін в організмі та поведінці людини. Кнастер М. усю різноманітність методів та підходів тілесно-орієнтованої парадигми умовно розділяє на дві групи: структурну та функціональну [21]. Основні цілі терапії – вивільнення заблокованої енергії та відкриття нових можливостей для пізнання своєї реальності та цілісності особистості. Для цього застосовуються рухальні вправи (щоб розрядити блоки, підвищити гнучкість) та дотики, через які вивільняється спонтанний рух, що є проявом глибоких почуттів.

В усіх підходах можуть також застосовуватися арт-терапевтичні техніки, що дають доступ до несвідомого рівня та допомагають вивільняти через образи витіснений психологічний конфлікт та мотиви, які підтримують розлад. Арт-терапія прекрасно себе зарекомендувала на діагностичному етапі та коли є труднощі з вербалізацією проблеми [85]. Так, через малюнок, роботу з глиною, створення колажу та інші арт-терапевтичні техніки вдається отримати доступ до глибоко захованих почуттів та емоцій, а також через трансформацію образу вплинути на психологічний зміст, допомогти переробити конфлікт. Наприклад, терапевт може попросити зобразити, як виглядає харчовий розлад або те, що підштовхує до нападоподібного переїдання. Арт-терапевтичні методики застосовуються, коли потрібно детальніше дослідити якийсь аспект чи отримати «підказку» про ресурси для зміни неадекватних конструктів психіки. В роботі з групами арт-терапевтичний підхід допомагає зняти напруження та налагодити контакт всередині групи. Також, цей напрямок можна розглядати як інструмент релаксації та підвищення зосередженості та усвідомленості.

Терапія може бути як індивідуальною, так і груповою. При цьому їх комплексне поєднання здатне давати стійкі результати.

3.2. Програма корекції харчової поведінки у жінок

Згідно результатів нашого дослідження, в якому прийняло участь 107 дорослих жінок віком від 30 до 46 років, ми визначили, що для жінок з порушеннями харчової поведінки по типу переїдання характерний емоціогенний тип харчової поведінки з малокерованими потягами до їжі. У 60% таких жінок виявлено поєднання усіх трьох дезадаптивних патернів харчування – емоціогенного, обмежувального та екстернального.

В розробці тренінгової програми ми спиралися в першу чергу на результати дослідження по «групі 1.2» жінок з порушенням харчової поведінки з булімічною складовою. Дослідження показало, що в 82% жінок діагностується надмірна вага за ІМТ. Такі жінки мають дуже низький рівень інтероцептивної компетентності (63%) і слабо розрізняють внутрішні сигнали тіла, пов'язані з голодом та насиченням, що обов'язково буде пропрацьовано в рамках нашого тренінгу. З дослідження видно, що вони з дитинства не відчували поваги та бережності у поводженні з їх тілесністю та задоволенням потреб зі сторони батьків. У 81% їм притаманна незадоволеність тілом та у 56% заклопотаність вагою.

Недовіра у міжособистісних відносинах та відстороненість від контактів проявляється дуже часто (41% середній рівень і 44% високий рівень – в сумі в 85% респонденток). У таких жінок прослідковується, що іще з дитинства вони зазнавали утисків і втручань у вибір своїх соціальних контактів та способу взаємодії з іншими з боку батьків. Через почуття сорому за свою нездатність стримувати потяги до їжі вони частіше їдять наодинці, а коли перебувають у компанії чи бачать їжу, то відчують потяг почати її їсти. Нашій вибірці не притаманний спосіб очищення через блювання, тому ми не будемо включати його в роботу з групою.

Неефективність патернів поведінки та труднощі з тим, щоб мати контроль над своїм життям та впливати на нього проявляються у 59% жінок. У них низький рівень суверенності території та власних речей, що свідчить про те,

що часто вони не відчували себе у безпеці на своєму місці, та переживали відсутність права мати та розпоряджатися власними речами та матеріальними благами, так наче їм нічого не належить.

Перфекціонізм та завищені очікування від себе у 44% жінок на середньому рівні і у 26% на високому, що також буде враховано в нашій програмі. Жінки порушенням харчової поведінки мали певні труднощі в підборі слів для опису свого тіла, зовсім не використовували слів, що відображали би цінність його (на відміну від жінок без порушень), говорили про нього, як «пухке», «біле», «важке», «зажате», «неповоротке», а також використовували такі слова, як «хвороба», «втома», «в'яле».

В нашій групі встановлено прямий сильний зв'язок між прагненням до худорлявості та неефективністю та середній прямий зв'язок з обмежувальним типом харчування. Недовіра у відносинах має середній зворотній зв'язок з екстернальним типом. А незадоволеність тілом прямий середній зв'язок з булімією.

Враховуючи всі отримані результати, ми розробили корекційну програму, що спрямована на корекцію харчової поведінки через покращення саморегуляції, сприйняття тіла та підвищення його цінності, а також покращення розуміння кордонів свого тіла та простору та можливостей взаємодії з іншими людьми зі збереженням власної гідності (Додаток 3).

Отже, до задач програми ми віднесли:

- 1) Розвиток інтероцептивної компетентності та саморегуляції;
- 2) Підвищення рівня усвідомленості;
- 3) Сприяти покращенню сприйняття свого тіла та підвищення його цінності учасницями;
- 4) Відновлення та укріплення внутрішніх ресурсів;
- 5) Розширення активного арсеналу способів емоційної саморегуляції в стресових умовах;
- 6) Усвідомлення та формування здорових психологічних меж та розвиток здібності їх утримувати у контакті з іншими без втрати гідності;

7) Формування нових адаптивних патернів харчової поведінки та підсилення мотивації їх підтримувати тривалий час як образ життя.

Дана програма розроблена для дорослих жінок з низьким рівнем саморегуляції та схильними до порушень харчової поведінки по типу переїдання без компенсаційного очищення у вигляді блювання. Вона складається з комплексу тренінгових вправ, що сприяють розвитку саморегуляції, посиленню прийняття себе та свого тіла, укріпленню внутрішніх ресурсів та підвищенню рівня суверенності психологічного простору. Психокорекційна програма розрахована на групу з 8-10 жінок і складається з 10 занять, розбитих на три блоки:

1. Мотивація та діагностика;
2. Основний – корекція;
3. Завершення та закріплення.

Тривалість кожної сесії в середньому 90 хвилин з періодичністю зустрічей раз на тиждень. План сесії розписано в Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

План окремого заняття програми корекції харчової поведінки у жінок

п/н	етап	цілі	наповнення	тривалість
1	Ритуал привітання	- створення сприятливої атмосфери в групі, - прояснення емоційного стану та настрою в групі; - створити атмосферу, в якій учасниці зможуть налаштуватися на своє тіло та роботу в групі.	- бесіда в колі; - окреслення задач зустрічі; - практика усвідомленості	15 хвилин
2	Основний блок роботи	- психоедукація; - психологічна корекція саморегуляції; - корекція психологічних аспектів порушень харчової поведінки	- теоретичні та практичні блоки, - вправи, техніки, завдання, які планується в залежності від поставлених задач	60 хвилин

п/н	етап	цілі	наповнення	тривалість
3	Озвучення домашнього завдання	- перенесення отриманих знань в повсякденне життя; - тренування та закріплення навичок; - поглиблення самодослідження.	-різноманітні завдання та практики згідно визначених задач для відпрацювання між сесіями: щоденик, опитувальник, практики усвідомленості тощо.	5 хвилин
4	Рефлексія. Ритуал завершення	- підвести підсумки заняття; - прослідкувати динаміку групи; - налаштування на учасниць на атмосферу повсякденного життя із застосуванням отриманих знань; - оцінити ефективність заняття та дій психолога; - оцінка емоційного стану учасниць на кінець заняття.	- аналіз та самоаналіз змін, що відбулися в ході заняття; - оцінити власні дії та їх результати; - обмін враженнями між учасницями.	10 хвилин

Принципи корекційної роботи психолога в групі:

- 1) Принцип єдності діагностики та корекції;
- 2) Принцип корекції «зверху вниз» з пропрацюванням «зони найближчого розвитку»;
- 3) Принцип корекції «знизу вверх» - пропрацювання тих навичок, які уже сформувалися, та укріплюють особистість;
- 4) Принцип системності розвитку психологічної діяльності – використання профілактичних та розвиваючих задач;
- 5) Діяльнісний принцип корекції – тренінг будується на заняттях, що сприяють розвитку адаптивних здібностей та навичок саморегуляції в складних та стресових ситуаціях, та формують базу для планомірних змін;
- 6) Принцип психологічної безпеки та конфіденційності – між учасницями групи між собою та ведучим групи формується

домовленість про конфіденційність та створюються умови, за яких кожна з учасниць самостійно регулює рівень залученості в процес.

Тематичний план програми корекції харчової поведінки у жінок, схильних до порушення харчової поведінки по типу переїдання наведена в Таблиці 3.2., а детальний опис кожної зустрічі наведено в Додатку 3. Перед початком програми з кожним учасником проводиться діагностичне інтерв'ю за тиждень до програми (див. Додаток Е) та дається домашнє завдання вести найближчий тиждень щоденник харчування без внесення змін в раціон (див. Додаток Ж).

Таблиця 3.2.

Тематичний план програми корекції харчової поведінки у жінок, схильних до порушення харчової поведінки по типу переїдання

№ п/п	Цілі та задачі заняття	Наповнення заняття	Домашнє завдання
Блок 1. Мотивація та діагностика			
0	<p><u>Ціль:</u> закласти основу плідотворних робочих відносин, прояснити та посилити мотивацію клієнтки до змін, окреслити проблему ваги та переїдання та зв'язок з образом життя, закласти основу спостереження за звичками в харчуванні.</p> <p><u>Задачі:</u> - розвинути робочі взаємовідносини співпраці; - зорієнтувати клієнта щодо стилю та форми програми корекції; - звернутися до мотивації клієнтки; - обговорити передчасне переривання програми; - дати модель самомоніторингу «Щоденник харчування»; - зробити зауваження, що цей тиждень не вносимо ніяких змін в раціон; - домовитися з клієнтом про режим оптимальної фізичної активності та сну.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Діагностичне інтерв'ю * Вправа «Переваги та шкода переїдання» * Вправа «Користь і ціна змін» * Вправа «Переїдання друг чи ворог?» * Вправа «Майбутнє через 10 років» * Тест готовності до змін * Психоедукація про вплив фізіології на схильність до переїдання (сон, стрес, фізична активність). 	<ul style="list-style-type: none"> * вести «Щоденник харчування» протягом тижня без корекції раціону; * думати про вигоди від переїдання та зайвої ваги; * введення оптимальної фізичної активності та корекція режиму дня.

№ п/п	Цілі та задачі заняття	Наповнення заняття	Домашнє завдання
1	<p><u>Ціль:</u> знайомство з групою, створення довірливої атмосфери, активізація мотивації на зміни, дослідження проблеми переїдання.</p> <p><u>Задачі:</u> - познайомити учасниць між собою; - прийняти правила групи; - заключити контракт на програму; - зняти емоційне напруження в учасниць групи; - розвиток уважності; - оволодіти методикою АВС-аналізу; - закласти джерело змін.</p>	<p><u>Знайомство. Ритуал привітання</u> Вправа «Кидаємо якір»</p> <p><u>Основний блок:</u> * Вправа «Повтори» 5хв * Вправа «Встановлення правил» 5-10хв * Вправа «Циферблат. Інтерв'ю» - 30хв * Базова медитація усвідомленості – 10хв * Знайомство з інструментом АВС-аналізу – 10хв</p> <p><u>Рефлексія. Ритуал завершення</u></p>	<p>* Базова медитація усвідомленості * АВС-щоденник раз на день * Вправа «Фантазія чуда» щоранку</p>
Блок 2. Основний блок - корекція			
2	<p><u>Ціль:</u> розвиток усвідомленості та навичок релаксації, формування навичок саморегуляції та розвиток інтероцептивної компетентності, визначення плану харчування.</p> <p><u>Задачі:</u> - надати інформацію про взаємозв'язок харчування та психологічного стану, спроби контролю як підтримка порушення, роль інсуліну, греліну та лептину, стратегію регулярного харчового режиму, важливість жування, метаболічний синдром; - сумісно з групою розробити індивідуальні правила харчування; - навчитися диференціювати голод та насичення; - оволодіти технікою уважного прийому їжі.</p>	<p><u>Ритуал привітання.</u> Вправа «Кидаємо якір»</p> <p><u>Основний блок:</u> * Психоедукація «Концепція образу життя та принципи харчування» - 20хв * Вправа «Правила харчування» - 20хв * Вправа «Шкала голоду та насичення» 10хв * Вправа «Родзинкова медитація» 10хв</p> <p><u>Рефлексія. Ритуал завершення</u></p>	<p>* Досліджувати свою поведінку в контексті слідування правилам харчування * Хоча б один (а якщо вийде, то більше) усвідомлений прийом їжі на день * Спостереження та оцінка рівня голоду до прийому їжі та рівня насичення під час їжі та через 30-40 хвилин після * АВС- щоденник * Вправа «Фантазія чуда»</p>

№ п/п	Цілі та задачі заняття	Наповнення заняття	Домашнє завдання
3	<p><u>Ціль:</u> покращення контакту з тілом, зняття блоків і затисків, корекція сприйняття образу свого тіла та розвиток співчуття до себе</p> <p><u>Задачі:</u> - дослідити підсвідомий образ тіла; - дослідити, як зневага до тіла впливає на життя; - розчистити шлях до зрілих відносин з тілом; - знизити рівень реактивності та автоматичності у відповідь на неприємні думки та емоції; - сприяти розвитку довіри до людей; - зняти затиски; - розвинути співчутливий контакт зі своїм тілом; - корекція сприйняття свого тіла.</p>	<p><u>Ритуал привітання.</u> Вправа «Кидаємо якір»</p> <p><u>Основний блок:</u> Вправа «Образ свого тіла» 10хв Вправа «Відносини з тілом по-новому» - 15хв Вправа «Монстр та мотузка» 10хв Вправа «Скульптор і глина» - 20хв Медитація «Сканування тіла із співчуттям» 10хв</p> <p>Рефлексія. <u>Ритуал завершення</u></p>	<p>* Практикувати техніку «Монстр та мотузка» * Масаж всього тіла з маслом * Естетичний табель перед дзеркалом * Медитація «Сканування тіла із співчуттям» * «АВС-щоденник» при потребі * Усвідомлений прийом їжі</p>
4	<p><u>Ціль:</u> дослідження своєї емоційної сфери, навчання навичкам регуляції свого емоційного стану, розвиток компетенції розрізнення емоційного та фізіологічного голоду.</p> <p><u>Задачі:</u> - навчитися розрізняти різні емоції; - дослідити потреби, які стоять за емоціями; - опанувати техніки саморегуляції емоційних станів; - дослідити різницю між фізіологічним та емоційним голодом; - сприяти свідомому пошуку та використанню різних способів отримання задоволення.</p>	<p><u>Ритуал привітання.</u> Вправа «Кидаємо якір»</p> <p><u>Основний блок:</u> Вправа «Малюнок емоції в тілі» - 15хв Вправа «Досьє на емоцію» - 15хв Вправа «Віч на віч з ураганом» - 10хв Вправа «Робота з тяжкими емоціями» - 10хв Вправа «Фізіологічний та емоційний голод» - 10хв</p> <p>Рефлексія. <u>Ритуал завершення</u></p>	<p>* Вправа «Фантазія чуда» та маленька дія * «Прогулянка заради задоволення» * Емоційний щоденник * Медитація «Сканування тіла із співчуттям» * Усвідомлений прийом їжі</p>

№ п/п	Цілі та задачі заняття	Наповнення заняття	Домашнє завдання
5	<p><u>Ціль:</u> дослідження потреб, що стоять за емоціями, та способів їх задоволення різними способами, тренування навичок емоційної регуляції, розвиток самоспівчуття та навичок релаксації.</p> <p><u>Задачі:</u> - продовжити дослідження проблем, що стоять за емоціями; - розширити арсенал задоволення своїх потреб; - укріпити его-стан турботливої батьківської фігури; - допомогти учасникам зосередитися на розслаблені та досягти стану заспокоєння; - дослідити стосунки учасниць зі своїм тілом та сприяти самоприйняттю.</p>	<p><u>Ритуал привітання.</u> Вправа «Кидаємо якір»</p> <p><u>Основний блок:</u> Вправа «Манюня і її прохання») -10хв Вправа «Внутрішня турботлива батьківська фігура» 10 хв Вправа «Коло задоволення» 20хв Метафора «Ріка, що розливається» - 5хв Вправа «Дихання по квадрату» - 5хв Практика «Співчуття і моє тіло» 10хв</p> <p>Рефлексія. <u>Ритуал завершення</u></p>	<p>* Практика «Тіло, емоція, потреба» - хвилинка усвідомлення протягом дня з фіксацією тут і зараз – які відчуття є в тілі, які емоції переживаються, яка за ними є потреба. * Медитація «Сканування тіла із співчуттям» * Усвідомлений прийом їжі * Вправа «Дихання по квадрату».</p>
6	<p><u>Ціль:</u> підвищення самооцінки, формування позитивного прийняття себе.</p> <p><u>Задачі:</u> - зняти м'язові затиски та розширити експресивний репертуар; - допомогти учасникам зняти з себе надмірну відповідальність за інших та присвоїти відповідальність за себе і своє життя; - ослабити в учасниць схильність до самокритики; - укріпити самооцінку; - зв'язати поняття любові до себе зі зростанням внутрішньої сили.</p>	<p><u>Ритуал привітання.</u> Вправа «Кидаємо якір»</p> <p><u>Основний блок:</u> Вправа «Танцюючі частини тіла» - 10хв Вправа «Межі відповідальності»- 10хв Вправа «Критик і спостерігач» 15хв Вправа «Щось тут не так» 10хв Вправа «Лист собі» - 15хв</p> <p>Рефлексія. <u>Ритуал завершення</u></p>	<p>* Щоденник «Розмова з внутрішнім критиком» * Практика «Тіло, емоція, потреба» * Медитація «Сканування тіла із співчуттям» * Усвідомлений прийом їжі</p>

№ п/п	Цілі та задачі заняття	Наповнення заняття	Домашнє завдання
7	<p><u>Ціль:</u> прояснення власних цінностей та активізація дієвості для проживання достойного життя, акумуляція внутрішніх ресурсів.</p> <p><u>Задачі:</u> - підвищити ресурсні можливості учасниць; - допомогти учасницям дослідити свої цінності; - окреслити, як в щоденному можна реалізовувати свої цінності; - активізувати дієвість учасниць в напрямку своїх цінностей.</p>	<p><u>Ритуал привітання.</u> Вправа «Центрування та заземлення»</p> <p><u>Основний блок:</u> Вправа «Подарунок» -10хв) Вправа «Прояснення цінностей» - 20хв Вправа «В яблучко» 10хв Вправа «80-річчя або панегірик» - 10 хв</p> <p><u>Рефлексія. Ритуал завершення</u></p>	<p>* Вибрати 2-3 дії по плану «В яблучко» та з «90-річчя» та реалізувати їх в найближчі 48 годин</p> <p>* Щоденник «Розмова з внутрішнім критиком»</p> <p>* Практика «Тіло, емоція, потреба»</p> <p>* Вправа «Центрування та заземлення»</p>
8	<p><u>Ціль:</u> дослідження учасницями свого психологічного простору та особистісних меж, а також способів контакту з іншими.</p> <p><u>Задачі:</u> - познайомити учасниць з теорією формування та розвитку психологічного простору та особистісних меж; - дослідити себе в контакт-злитті; - дослідити як відбувається контакт з ясним відчуттям своїх психологічних меж; - розвинути навичку центрування та перебування в межах свого психологічного простору в безпеці.</p>	<p><u>Ритуал привітання.</u> Вправа «Центрування та заземлення»</p> <p><u>Основний блок:</u> Тест «Мої межі» - 10хв Психоедукація «Контакт і межі» - 10 хв Вправа «М'язова гімнастика» - 10 хв Вправа «Контакт-злиття» - 15 хв Вправа «Контакт з ясним відчуттям меж» - 15хв Медитація «Я вдома» - 10хв</p> <p><u>Рефлексія. Ритуал завершення</u></p>	<p>* Вправа «Центрування та заземлення»</p> <p>* Вправа «Мої щільні та гнучкі межі»</p> <p>* Вправа «Контакт з ясним відчуттям меж»</p>

№ п/п	Цілі та задачі заняття	Наповнення заняття	Домашнє завдання
9	<p><u>Цілі:</u> продовження дослідження свого психологічного простору та особистісних меж та способів взаємодії з іншими.</p> <p><u>Задачі:</u> - укріпити межі психологічного простору; - сформувані навичку визначати свою позицію в просторі; - сприяти розвитку навички центрування.</p>	<p><u>Ритуал привітання.</u> Вправа «Центрування та заземлення»</p> <p><u>Основний блок:</u> Вправа «Вогонь і крига» 10хв Вправа «Моя дистанція» - 15 хв Вправа «Межі і взаємодія» - 15хв Вправа з мотузкою «Моя територія» - 15хв Вправа «Захист простору» Вправа «Я тут» - 10хв</p> <p>Рефлексія. <u>Ритуал завершення</u></p>	<p>* Вправа «Центрування та заземлення» * Вправа «Мої щільні та гнучкі межі» * Вправа «Контакт з ясним відчуттям меж» * Вправа «Я тут»</p>
Блок 3. Завершення, мотивація підтримувати навички			
10	<p><u>Ціль:</u> підведення підсумків програми, усвідомлення змін, які відбулися в учасниць, укріплення автономії, перекидування «місточку» між програмою та подальшим особистим життям.</p> <p><u>Задачі:</u> - створити позитивний емоційний стан в групі; - усвідомити зміни, які відбулись в учасниць; - проаналізувати власні зміни протягом кожної зустрічі; - створити ресурсний «якір»; - надати рекомендації учасникам щодо підтримання здобутих результатів.</p>	<p><u>Ритуал привітання.</u> Вправа «Центрування та заземлення»</p> <p><u>Основний блок:</u> Вправа «Я в групі» - 10хв Вправа «Зміна образу життя» - 15хв Вправа «Привіт, я хочу тобі сказати...» 5хв Вправа «Очікування» - 10хв Рекомендації щодо підтримання здобутих результатів. Вправа «Банка ресурсів» - 10 хв</p> <p>Рефлексія. <u>Ритуал завершення</u></p>	

Вимоги до приміщення: потрібне просторе приміщення, добре провітрене, розміщення стільців для учасниці по колу, що забезпечує вищий рівень залучення у роботу та взаємодію. Частина вправ проходять в групах, частина в підгрупах.

До початку корекційної програми та через тиждень після її завершення учасниці експериментальної групи мають пройти опитування за методиками Опитувальник «Шкала оцінки харчової поведінки» ШОХП в адаптації О.А.Ільчика, С.В.Сивухи, О.А.Скугаревського, С.Суїхі [16] та Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) [13, 102]. Контрольна група жінок, які не приймають участь в програмі, також проходять ці методики в період старту та після завершення програми. Очікується, що в результаті проходження програми екстернальність харчової поведінки має знизитися, а також показники булімії і незадоволеності тілом. При цьому очікуємо підвищення інтероцептивної компетентності, довіри у міжособистісних відносинах та покращення особистісної ефективності, рівень перфекціонізму зменшиться за рахунок підвищення самооцінки та напрацювання навички самоспівчуття до себе. На основі отриманих даних потрібно провести кореляційний аналіз.

3.3. Перспективи розробки теми корекції харчової поведінки

В ході дослідження та розробки корекційної програми для жінок з порушеннями харчової поведінки ми виділили деякі перспективи розробки теми. Зокрема, апробація розробленої програми на експериментальній та контрольній групах із застосуванням порівняльного та кореляційного аналізу.

В зв'язку початком повномасштабних воєнних дій на території України з боку російської федерації під час написання нашої роботи ми звернули увагу на вплив на харчову поведінку періоду гострого стресу та ситуації загрози і невизначеності. Багато жінок вимушені були емігрувати та стати внутрішньо-переміщеними особами. Важливим напрямком майбутніх досліджень є заглиблення саме у вивчення впливу цих факторів та диференційованого дослідження харчової поведінки жінок, що вимушені були змінити місце проживання та вплив на харчову поведінку обставин проживання в іншому соціо-культурному середовищі та великим гуртом на одній території. Зокрема, могло було би бути цікавим дослідити, які особистісні риси та стратегії подолання стресу допомогли втримати харчову поведінку на здоровому рівні, а які стали чинниками розвитку дезадаптації в харчуванні. Такі дані могли послужити підґрунтям для розробки превентивних програм формування порушень харчової поведінки у жінок та плекання резильєнтості.

Ще одним перспективним напрямком є робота з жінками-військово-службовцями. Оскільки з початком війни та прийняттям закону про розширення категорій жінок, які мають ставати на військовий облік жінок в Збройних силах України суттєво зросла. Дослідження серед чоловіків, які проходять військову службу часто діагностують неадаптивну харчову поведінку у них. Серед жінок ця проблема також може мати гостре значення.

Перспективною та актуальною є подальша розробка психологічних програм профілактики порушень харчової поведінки в умовах інтенсивних соціальних та психологічних викликів.

Малодослідженим є вплив травми на формування та розвиток порушень харчової поведінки. Уже з'являються дослідження в цій сфері. І хоча вона є складною для диференціації та формування дизайну дослідження, але в сучасних умовах ми можемо отримати доступ до живого досвіду людей, що пережили психотравмуючі події.

Гендерні особливості харчової поведінки уже попали в поле зору дослідників, але вивченість цієї теми недостатня. Особливо на фоні того, що все більше чоловіків починають звертатися за професійною допомогою при порушеннях харчування та зайвої ваги.

Найбільший вклад в розуміння харчових порушень та розробку програм превенції та корекції їх можуть зробити дослідження, що спираються на біо-психо-соціальну модель розуміння проблеми, але вони вимагають великих ресурсів для забезпечення умов дослідження. При цьому через обсяг їх можливого вкладу в розробку питання та розуміння взаємозв'язків чинників та ваги кожного з них у формуванні та підтримці порушення, саме такі дослідження мають найбільший потенціал.

Дослідження факторів та особистісних рис, що підтримують стабільну здорову харчову поведінку та здоров'язберігаючий стиль життя без фіксації на ньому, є наступним кроком, який міг би сприяти розробці програм для підтримання та розвитку здорової харчової поведінки в суспільстві.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

В контексті нашого емпіричного дослідження ми зупинилися на вивченні та складені програми психологічної корекції проблем, пов'язаних з переїданням та надмірною вагою. Ми вивчили особливості окремих підходів та програм, що працюють з цією проблематикою. Найбільш ефективними себе зарекомендували такі підходи, як КПТ, АСТ, MBSR, DBT, CFT, особливо у поєднанні з системно-сімейною терапією чи сімейною психодрамою, а також тілесно-орієнтований підхід та використання арт-терапевтичних методик.

Нами була розроблена Програма корекції харчової поведінки у жінок, яка складається ввідної діагностичної індивідуальної сесії та 10 занять групового формату з періодичністю раз на тиждень. Програма потребує подальшої апробації на експериментальній та контрольних групах х проведенням порівняльного та кореляційного аналізу результатів. Це дозволить визначити коректність психокорекційного впливу нашої програми та підтвердити чи спростувати нашу гіпотезу щодо її ефективності.

В заключному розділі ми розглянули ключові перспективи розробки теми, які виявили під час нашого дослідження.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз наукових джерел, які розкриваються предмет дослідження показав, що дослідження з теми проблем харчової поведінки ведуться уже давно у різних напрямках, але через поліфакторність даної проблеми, індивідуальність проявів та поширеність в суспільстві питання потребує подальшого дослідження. Часто порушення харчової поведінки по типу переїдання призводять до набору надмірної ваги та ожиріння, разом з якими розвивається велика кількість соматичних хвороб, а також розвиваються депресивні стани та дизморфобія. Розлади харчової поведінки є одним із самих поширених психічних захворювань сучасного світу. Умови життя, які постійно змінюються, посилюють тенденції людей, які мають схильність до порушень харчової поведінки, шукати опору за допомогою їжі. За останні декілька десятиліть кількість досліджень, які присвячені різним аспектам розладів харчової поведінки, сильно виросла. Однією з основних задач досліджень в цій сфері є вивчення чинників, що впливають на розвиток порушень харчової поведінки. Харчові порушення та розлади є результатом взаємодії множини складних, взаємозалежних, багатомірних факторів.

Харчова поведінка виступає у вигляді стереотипів прийому їжі в різних умовах життя, відношення до харчування на рівні цінностей та у вигляді поведінки, направленої на образ свого тіла через діяльність, що його формує. Вона може мати динамічний характер та лежати в рамках континууму від здорового харчування до субклінічних, а далі і клінічних способів прийому їжі. Порушенням харчової поведінки притаманні виражені скоси у самосприйнятті образу свого тіла та страх втрати контролю або над своїми імпульсами, або над вагою тіла з застосуванням неефективної компенсаторної поведінки, яка навпаки фіксує порушення.

На міжнародному рівні прийнято опиратися на діагностичні критерії класифікаторів (DSM-V та МКХ-11), які виділяють такі основні види порушення, як неврогенні анорексія та булімія з підвидами та нападоподібне переїдання, а також менш поширені види розладів ХП. В субклінічному

контексті виділяють три типи харчової поведінки – екстернальний, емоціогенний та обмежувальний. Деякі науковці надають перевагу не «описувальній діагностиці», а «оперативній», яка базується на тому як влаштована «перцептивно-реактивна система», яка підтримує розлад.

В теоретичному аспекті ми дослідили феномен харчової поведінки та чинники формування її порушень. В своїй роботі ми зосередилися на вивченні психологічних чинників, але як видно з аналізу проблема порушень харчування поліфакторна і потребує подальшої розробки в біо-психо-соціальній моделі. В нашому дослідженні схильність до порушень прийому їжі була також розглянута в контексті формування психологічного простору особистості, оскільки рівень його суверенності та стан його кордонів відображає якості психологічного контакту особистості із зовнішнім світом, що проявляється і у відносинах з їжею та своїм тілом. .

Ми зробили огляд основних підходів та методик до дослідження особливостей харчової поведінки та суверенності психологічного простору особистості і з них ми для реалізації мети нашого дослідження ми вибрали такі опитувальники самооцінки: Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ), Шкала оцінки харчової поведінки (ШОХП) та Опитувальник “Суверенність психологічного простору особистості-2010”. А також склали короткий біографічний опитувальник, що доповнив наше дослідження.

У дослідженні прийняли участь 107 жінок віком від 30 до 46 років, які були розділені на дві основні групи (без порушень харчової поведінки та з ними) – в «групу 0» без порушень ХП ввійшло 56 жінок, а в «групу І» з порушеннями – 51. Для диференціації порушень харчування по наявності булімії ми окремо дослідили жінок з порушеннями ХП без булімічної складової (група 1.1) та жінок з порушеннями ХП та булімією (група 1.2). У проведеному дослідженні встановлено, що кожна з досліджуваних груп має свої особливості.

Наше дослідження показало зв'язок порушення харчової поведінки з булімічною складовою з високою емоціогенністю поведінки з одного боку та

комплексністю, що включає екстернальність та схильність обмеження, з іншого. Такі жінки частіше використовують негативно забарвлені слова при описі свого тіла, не проявляються ставлення як до цінного та важливого, а також частіше мають труднощі з підбором слів до його опису. Переважна більшість з них мають надмірну вагу по ІМТ. Жінок зі схильністю до переїдання можна вразливими та такими, що володіють обмеженим набором способів подолання стресу, що часто призводить до використання неефективних стратегій і як наслідок до незадоволеності своїм життям. Вони прагнуть тримати контроль ад своїми імпульсами, але це мало вдається і стимулює після епізодів переїдання вдаватися до компенсаторної обмежувальної поведінки через заклопотаність своєю вагою та прагненням до худорлявості. У зв'язку з цим проявляється не задоволеність своїм тілом та перфекціонізм. Результати емпіричного дослідження продемонстрували критично високий рівень інтероцептивної депривації, що проявляється у труднощах розрізнення сигналів тіла щодо голоду та насичення. Жінки з порушенням харчування мають труднощі у встановленні та підтриманні соціальних зв'язків, вони мають тенденцію до усамітнення, особливо під час прийому їжі, через відчуття сорому та страх втрати контролю над своїми імпульсами. В їх групі встановлено низький рівень суверенності психологічного простору майже по всім секторам, що свідчить про недостатню сформованість психологічних кордонів. Лише у секторі часових звичок суверенність вища, що ув'язується з їх тенденцією до усамітнення та встановлення своїх хаотичних ритмів харчування.

Отримані результати нашого емпіричного дослідження були закладені в розробку програми корекції харчової поведінки для жінок. Для реалізації задачі розробки ефективної програми також було проаналізовано сучасні підходи психологічної корекції харчової поведінки і ми зупинилися на тих, що мають доказову базу своєї ефективності в цьому. Зокрема, це КПТ, АСТ, MBSR, CFT з поєднанням методик тілесно-орієнтованої психотерапії та арт-терапії. Розроблена нами Програма корекції харчової поведінки у жінок

складається з 10 групових сесій з періодичністю раз на тиждень та однієї індивідуальної діагностичної сесії за тиждень до програми. Вона потребує подальшої апробації та аналізу ефективності як зазначено в нашій роботі.

Також ми розглянули ключові перспективи розробки теми, які проявилися в ході нашого дослідження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абросимов И.Н. Саморегуляция личности и суверенность психологического пространства как факторы здоровье-сберегающего поведения // СГН. 2019. №1 (3).
<https://cyberleninka.ru/article/n/samoregulyatsiya-lichnosti-i-suverennost-psihologicheskogo-prostranstva-kak-factory-zdoroviesberegayuschego-povedeniya>
2. Абсалямова Л. М. Дослідження харчових виборів жінок репродуктивного віку. // Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 39. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2018. С. 19–31.
3. Абсалямова Л.М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості // Проблеми сучасної психології, 2014, Випуск 25, с.19-33.
4. Аграс С., Эпл Р. Победить расстройство пищевого поведения. Когнитивно-поведенческая терапия при нервной булимии и психогенном / Пер.с англ. Насими М.Д. Киев.: Диалектика, 2021. — 128 с.
5. Бандура А. Теория социального научения. / СПб.: Евразия, 2000. 320 с.
6. Бастианс Я. Вклад психоанализа в психосоматическую медицину // Журнал практической психологии и психоанализа. № 3. 2000. С. 36–47.
7. Барыльник Ю.Б. Диагностика и терапия расстройств пищевого поведения: мультидисциплинарный подход. // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 1. С. 50–57.
8. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. / К.: Форс, 2021. - 576с.
9. Бобровскя Е.Ф. Пищевая аддикция и индивидуальные особенности личности // Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики». Серия “Познание” №1 январь 2021.

10. Бодинамические структуры характера. Рабочие материалы к базовому курсу Бодинамики. / пер. с англ. В.Березкина-Орлова, А.Ларченко под ред. И.Гаврилюк, К.: Bodynamic International, - 2016. - 107с.
11. Ваколюк Л. М., Сокур С. О., Секрет Т. В. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти // [Електронний ресурс]. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2015. Т. 19. № 21. С. 197–201. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vvnmu_2015_19_1_54
12. Васильева Е.А. Базисные убеждения личности с компульсивным перееданием // Научный альманах, 2016, №3-4 (17).
13. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) / [Електронний ресурс]https://psylab.info/index.php?title=Голландский_опросник_пищевого_поведения&mobileaction=toggle_view_desktop та <https://cpd-program.ru/methods/debq.htm>
14. Жедунова Л. Г., Волдаева А. С. Границы психологического пространства личности как фактор нарушений пищевого поведения // Ярославский педагогический вестник – 2014 – № 4 – Том II (Психолого-педагогические науки) <https://cyberleninka.ru/article/n/granitsy-psihologicheskogo-prostranstva-lichnosti-kak-faktor-narusheniy-pischevogo-povedeniya>
15. Зафра Купер З., Фейрберн К.Дж., Дебора М. Когнитивно-бихейвиоральная терапия ожирения / СПб.: Евразия, - 2014. - 104 с.
16. Ильчик О. А., Сивуха С. В., Скугаревский О. А., Суихи С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» // Психиатрия, психотерапия клиническая психология, 2011. №1. С. 39-50.
17. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология и психотерапия / СПб, Питер, 2012 (3-е изд.), 944 с.
18. Каролин Кокер-Росс. Избавление от пищевой зависимости. Как справиться с безудержным влечением к еде, снять стресс и перестать ненавидеть свое тело. Практикум. / СПб.: ИГ “Весь”, 2019. - 272с.

19. Келина М. Ю., Мешкова Т. А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста // Клиническая и специальная психология, 2012. № 2.
20. Кирк Д. Штротсаль, Патрисия Дж. Робинсон, Томас Густавсон. Краткосрочные интервенции для радикальных изменений. Принципы фокусированной терапии принятия и ответственности / К: Діалектика, 2022. - с.304.
21. Кнастер М. Мудрость тела / М.: ЭКСМО, 2002. - 495 с.
22. Котляров, А. В. Другие наркотики, или НОМО ADDICTUS Человек зависимый [Текст] / А. В. Котляров. – М.: Психотерапия, 2006. – 469 с.
23. Кристин Нефф. Самосострадание. О силе сочувствия и доброты к себе / Кристин Нефф; пер. с англ. О. Дихтер и Н. Рудницкой. — М.: Манн, Иванов и Фербер, 2021. <https://self-compassion.org/exercise-3-exploring-self-compassion-writing/>
24. Леонова Е.Н. Социально-психологические типы пищевого поведения // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия., 2017, том 27, выпуск 2, с.174-182
25. Лінет Вайтгед. Подолати розлад харчової поведінки/ пер.з англ. Ігор Грицюк, наук.ред. Катерина Явна. Серія “Сам собі психотерапевт” / Львів: “Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014, 112с.
26. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия. / М.: Генезис, 2011. 128 с.
27. Малкина-Пых И.Г. Телесная терапия. Справочник практического психолога. / М.: “ЭКСМО”, 2007. - 756с.
28. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. / М.: Эксмо, 2007. 1040 с. (Справочник практического психолога).
29. Мартинова Л. Розлади харчової поведінки: сучасний підхід до діагностування та лікування // НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. №1(122)2021, с.46-50

30. Матусевич М.С. Особенности формирования пищевых нарушений у подростков // Молодой ученый, 2013, №12 (59), - с.814-817.
31. Меглинская Е. Здоровый похудизм. Как перестать заедать стресс и расстаться с лишним весом / М.: Издательство “ЭКСМО”, 2021 - 296с.
32. Меглинская Е. Стоп срывам и перееданиям! / РнД.: Феникс, 2021. - 270с.
33. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10). / [Электронный ресурс] <http://www.mkb10.ru/?class=5&bloc=69>
34. Международная классификация болезней 11 пересмотра (МКБ-11) / ВОЗ, 2021 / [Электронный ресурс] <https://icd.who.int/ru>
35. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. / СПб.: Речь, 2005. - 445 с.
36. Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р. В плену у еды: булимия, анорексия, vomiting. Краткосрочная терапия нарушений пищевого поведения. / Пер. с итал. О.Е.Игошиной. 3-е, стер. / М.: 1000 Бестселлеров, 2019. - 320с.
37. Нартова-Бочавер С. К. Новая версия опросника “Суверенность психологического пространства - 2010” // Психологический журнал, 2014, том 35, №3, с.105-119
38. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение // Психол. журн. 2003. Том 24. № 6. С. 37-48.
39. Нартова-Бочавер С. К. Человек суверенный. Психологическое исследование субъекта в его бытии. / Издание 2-е, исправленное. М. : Флинта, 2016.
40. Олейников А. Н. Особенности сексуального поведения у больных нервной анорексией и булимией // Журнал неврологии и психиатрии, 2000. №5. С.19-22.
41. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия : Межкульт. и междисциплин. аспекты на примере 40 историй болезни / Н. Пезешкиан ; Пер. с нем. Т.В.Куличенко. — М. : Медицина, 1996. — 463 с.

42. Перлз Ф. Теория гештальт-терапии. / М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2004. – 384 с.
43. Перлз Ф. Эго, голод и агрессия. / М.:Смысл, 2000. – 358с.
44. Савенков Ю.И. Избыточный вес - угроза здоровью. / Барнаул: Алт.Кн.Изд-во. 1985.
45. Радченко А. Ф. Психотерапия психосоматических заболеваний/ Методы современной психотерапии: Учебное пособие /составители Л. М. Кроль, Е. А. Пуртова. / М.: Нез. Фирма «Класс», 2001.
46. Савенков Ю.И. Избыточный вес - угроза здоровью. - Барнаул: Алт.Кн.Изд-во. 1985.
47. Салмина-Хвостова О.И. Расстройства пищевого поведения при ожирении: эпидемиологический, клинико-динамический, превентивный, реабилитационный аспекты: автореферат дис. доктора медицинских наук : 14.00.18 : дис. канд.псих.наук Салмина-Хвостова Ольга Ивановна [Место защиты: Науч.-исслед. ин-т псих. здоровья Том. науч. центра СО РАМН]. - Томск, 2008. - 42 с.
48. Сидоров А.В. Психологические модели переедания и ожирения. // Российский психологический журнал, 2018, №8.
49. Сидоров А.В. Исследование стилей пищевого поведения и психологических особенностей клиентов с алиментарным ожирением // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 5 (16). – URL: <http://medpsy.ru>.
50. Скугаревский О.А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения. Инструкция по применению. / Минск: БМГУ, 2005
51. Скугаревский О.А., Копытов А.В. , Скугаревская М.М., Ильчик О.А. , Мельгуй С.Л. Метод донозологической диагностики дезадаптивного пищевого поведения. Инструкция по применению. / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Минск, 2013.

52. Скугаревский О. А. Классификационные критерии нарушений пищевого поведения и сопряженные поведенческие проявления. // Психотерапия и клиническая психология. 2003. №22 (7). С. 25–29.
53. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения / Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
54. Соловьева И. Бессознательный образ тела: кто ты на самом деле? // Персональный блог И.Соловьевой, 2014 [Электронный ресурс] <https://irsol.wordpress.com/2014/08/12/бессознательный-образ-тела-кто-ты-на-с/>
55. Стивен Хейс, Кирк Стросал, Келли Уилсон — Терапия Принятия и Ответственности. Процессы и практика осознанных изменений / К: Діалектика, 2021. - с544.
56. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ / [пер. Д.Касьянов, ред.В.Лобачевский] СПб.: Социально-психологический центр, 1996. - 329 с.
57. Телесная психотерапия. Бодинамика : [пер. с англ.] / Ред.-сост. В.Б.Березкина-Орлова. - М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2010. - 409 с.
58. Федорова И.И. Клинико-динамический и психотерапевтический аспекты нарушений пищевого поведения: автореф. дис. канд. мед. наук. Томск, 2007.
59. Франкл В. Воля к смыслу /М.: ЭКСМО, 2000. 368 с.
60. Фримен Д. Техники семейной психотерапии / [пер.с англ. и общ.ред. А.И.Копытина] СПб: Питер, 2001. - 376 с.
61. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Фромм Э.; пер. с англ. — М.: Республика, 1994. — 447 с.
62. Шерман Р., Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии / М.: Независима фирма “Класс”, 1997. - 372с.
63. Шнаккенберг Н. Мнимые тела, подлинные сущности: Преодоление конфликтов идентичности с внешностью и возвращение к подлинному Я / Н. Шнаккенберг. Пер.с англ. – Калининград: Phoca Books, 2017. – 376 с.
64. Abraham, S. Eating Disorders. Oxford, GB: Oxford University Press, 2008.

65. Acceptance and commitment therapy for eating disorders. A Process-Focused Guide to Treating Anorexia and Bulimia. Emily K. Sandoz, Ph.D., Kelly G. Wilson, Ph.D., Troy DuFrene. New Harbinger Publications; 1st edition, 2011, 312 p.
66. Asarnow L.D., Greer SM, Walker MP, Harvey AG. The Impact of Sleep Improvement on Food Choices in Adolescents With Late Bedtimes. *J Adolesc Health*. (2017) May; 60(5): p. 570-576.
67. Asarnow L.D., McGlinchey E., Harvey A.G. Evidence for a possible link between bedtime and change in body mass index. // *Sleep*. 2015; 38: p.1523-1527
68. Berandis D., Carano A., Gambi F. et al. Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample // *Eating behaviors*. 2007. № 8.
69. Brewerton, Timothy D. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD // *The Journal of Treatment & Prevention*. 2007. № 15 (4). P. 285-304.
70. Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia, nervosa and the person within* (pp. 44–65). New York: Basic Books
71. Collier, D. A., Treasure Этиология расстройств пищевого поведения / D.A. Collier and Treasure // *Обзор современной психиатрии*. 2006. №3 (29). – С. 5–7.
72. Courtney E. Ackerman, MA. 58 Science-Based Mindful Eating Exercises and Tips /PositivePsychology.com, 26 Jun 2019 [Электронный ресурс] <https://positivepsychology.com/mindful-eating-exercises/> та https://ggia.berkeley.edu/practice/raisin_meditation
73. Debra L. Safer, Sarah Adler, and Philip C. Masson. *The DBT Solution for Emotional Eating. A Proven Program to Break the Cycle of Bingeing and Out-of-Control Eating* / NY:Guilford Press, 2018. - 278 pages
74. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
75. Glasofer, Deborah & Devlin, Michael. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*. 50. 537-42. 10.1037/a0031939.

76. Greer, S. M., Goldstein, A. N., & Walker, M. P. (2013). The impact of sleep deprivation on food desire in the human brain. *Nature communications*, 4, 2259. [Электронный ресурс] <https://doi.org/10.1038/ncomms3259>
77. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 2020 Jan;50(1):24-29. doi: 10.1111/imj.14691. PMID: 31943622; PMCID: PMC7003934.
78. Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208–225). Philadelphia, London, Toronto: Sanders.
79. Holman, C. *Trauma and eating disorder // Wiley Series in Clinical Psychology: Eating and its Disorders* (1). Somerset, GB: Wiley-Blackwell. 2012. P. 139-153.
80. Hugo Alberts, Ph.D., Seph Fontane Pennock. Three mindfulness exercises. For helping professionals / *PositivePsychology.com* B.V., [Электронный ресурс] <https://tools.positivepsychology.com/mindfulness-exercises-pack>
81. Kate Morrison. ACT for OCD: The Tug of War Metaphor. Course “The ACT for OCD Toolbox: A Guide for Therapists“. / *Psychotherapy Academy*, - 2021. [Электронный ресурс] <https://psychotherapyacademy.org/act-for-ocd/act-for-ocd-the-tug-of-war-metaphor/>
82. Kenneth Goss, Steven Allan. Shame, pride and eating disorders. // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2009, Vol.16, Issue 4, Pages 303–316 [Электронный ресурс] [Special Issue: EATING DISORDERS AND EMOTIONS](#)
83. Kenneth Goss, Steven Allan. The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E) // *British Journal of Clinical Psychology*, 2014, Volume 53, Issue 1, Pages 62-77 [Электронный ресурс] <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/20448260>
84. Kirk Strosahl, PhD; Patricia Robinson, PhD — *Brief Interventions for Radical Change: The Practice of Focused Acceptance and Commitment Therapy*, 2012.
85. Kramer J. J. *Art Therapy in the Treatment of Eating Disorders // Gürze Books*. – 2015. [Электронный ресурс] <https://www.edcatalogue.com/art-therapy-in-the-treatment-of-eating-disorders/> .

86. LaCaille, L., Patino-Fernandez, A. M., Monaco, J., Ding, D., Upchurch Sweeney, C. R., Butler, C. D., ... Turner, J. R. (2013). Eating Behavior. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 641–642. doi:10.1007/978-1-4419-1005-9_1613
87. Larmar, Stephen & Wiatrowski, Stanislaw & Lewis-Driver, Stephen. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*. 07. 216-221. 10.4236/jssm.2014.73019. [Электронный ресурс] https://www.researchgate.net/publication/276496272_Acceptance_Commitment_Therapy_An_Overview_of_Techniques_and_Applications
88. Latzer, Y., Merrick, J., Stein, D. Eating Disorders: Diagnosis, Epidemiology, Etiology and Prevention // *Understanding Eating Disorders*, Hauppauge, US: Nova Biomedical. 2011. P. 1-11.
89. Latzer, Y., Stein, D., Witztum, E. A Historical Background to Current Formulations of Eating Disorders // *Understanding Eating Disorders*. Hauppauge, US: Nova Biomedical. 2011. P. 61-76.
90. Lundgren, Tobias & Louma, Jason & Dahl, Joanne & Strohsal, Kirk & Melin, Lennart. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A Psychometric Evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19. 10.1016/j.cbpra.2012.01.004. [Электронный ресурс] https://www.researchgate.net/publication/232239325_The_Bull%27s-Eye_Values_Survey_A_Psychometric_Evaluation
91. Matt Walker How sleep affects what (and how much) you eat // TED Conferancies, Posted Dec 2021 [Электронный ресурс] https://www.ted.com/talks/matt_walker_how_sleep_affects_what_and_how_much_you_eat
92. Meyer, Tiffany & Gast, Julie. (2008). The Effects of Peer Influence on Disordered Eating Behavior. *The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses*. 24. 36-42. 10.1622/1059-8405(2008)024[0036:TEOPIO]2.0.CO;2.

93. Moore, E., Hinde, M., & Waller, G. (2021). Brief cognitive behavioural therapy for binge-eating disorder: Clinical effectiveness in a routine clinical setting. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 14, E17. doi:10.1017/S1754470X21000131 [Электронный ресурс] <https://www.cambridge.org/core/journals/the-cognitive-behaviour-therapist/article/brief-cognitive-behavioural-therapy-for-binge-eating-disorder-clinical-effectiveness-in-a-routine-clinical-setting/C27FE6CAFC16F3E7C708BB300A849175>
94. Nelson JB. Mindful Eating: The Art of Presence While You Eat. *Diabetes Spectr.* 2017;30(3):171-174. doi:10.2337/ds17-0015 [Электронный ресурс] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5556586/>
95. Oenema A. Exploring the occurrence and nature of comparison of one's own perceived dietary fat intake to that of self-selected others / A. Oenema, J. Brug // *Appetite*. – 2003. – №41. – С. 259–264.
96. Olds TS, Maher CA, Matricciani L. Sleep duration or bedtime? Exploring the relationship between sleep habits and weight status and activity patterns. *Sleep*. 2011 Oct 1;34(10):1299-307. doi: 10.5665/SLEEP.1266. PMID: 21966061; PMCID: PMC3174832.
97. Russ Harris. ACT Made Simple. Practical Tips For ACT Therapists. / e-book, 2001. - Chapter 10. Dropping Anchor - [Электронный ресурс] <https://www.actmindfully.com.au/wp-content/uploads/2019/08/ACT-Made-Simple-The-Extra-Bits-Russ-Harris-August-2019-Update.pdf>
98. Sala, L., Gorwood, P., Vindreau, C., & Duriez, P. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy added to usual care improves eating behaviors in patients with bulimia nervosa and binge eating disorder by decreasing the cognitive load of words related to body shape, weight, and food. *European Psychiatry*, 64(1), E67. [Электронный ресурс] <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/mindfulnessbased-cognitive-therapy-added-to-usual-care-improves-eating-behaviors-in-patients-with-bulimia-nervosa-and-binge-eating->

[disorder-by-decreasing-the-cognitive-load-of-words-related-to-body-shape-weight-and-food/3BEE75830BD4E5220A8838F780D7344E](https://doi.org/10.1002/9781118530171.ch101)

99. Sim L., Zeman J. The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls // *Journal of youth and adolescence*. 2006. № 2.
100. Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state¹. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 1, pp. 49–80). Academic Press.
101. Fairburn, C.G., Harrison, P.J. Eating disorders // *Lancet*. 2003. № 361. P. 407-416.
102. Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295–315. [Электронный ресурс] [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)
103. Vögele, C., and Gibson, L. “Mood, emotions and eating disorders,” in *Oxford Handbook of Eating Disorders*. Series: Oxford Library of Psychology, ed. W. S. Agras (New York: Oxford University Press), 2010. 180–205.
104. Wade, T.D. et al. Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study // *Psychosomatic Medicine*. 2008. №70. P. 239-244.
105. Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R., & Patient, E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: effectiveness in clinical settings. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 13–17. doi: 10.1002/eat.22181 [Электронный ресурс] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.22181>

ДОДАТОК А

Основні діагностичні характеристики поширених розладів харчової поведінки

	Нервова анорексія (NA)	Нервова булімія (NB)	Нападоподібні переїдання (BED)	Розлад уникнення/ обмеження прийому їжі (AFRID)
Харчування	жорстке обмеження	нерегулярне, часті пропуски прийомів їжі поряд з обмеженнями	нерегулярне, але без особливих обмежень	суворе обмеження всіх або певних видів їжі
Вага	недостатня	нормальна або надлишкова	нормальна або надлишкова	недостатня вага, можлива нестача поживних речовин
Образ тіла	має надмірно велике значення; “страх повноти” може бути наявним, але не обов’язково	має надмірно велике значення	не обов’язково має надмірно велике значення	без перебільшень
Напади переїдання	можливі	регулярні, з компенсацією	регулярні, без компенсації	немає даних
Схильність до штучного очищення організму, голодування, одержимість фізичними вправами для суворого контролю ваги	наявна хоча б одна із зазначених моделей поведінки	регулярні, як компенсаторна поведінка	нерегулярні	немає

Адаптовано згідно з Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update [52*].

ДОДАТОК Б

Функції суверенності секторів психологічного простору

Сектор	Функції в онтогенезі психологічного простору та життєдіяльності особи
Суверенність фізичного тіла	<ul style="list-style-type: none"> - встановлення контакту з власними потребами та частинами тіла (самоприйняття); - встановлення контакту з навколишнім середовищем (передчуття змін та отримання зворотного зв'язку); - забезпечення базової довіри до світу; - розвиток суб'єктності (незалежності від середовища та його змін); - можливість дослідницької та конструктивної діяльності (цілевизначення та "особиста дієвість"); <p>можливість освоєння території (в егоцентричній системі дитини відлік просторових координат починається від себе);</p> <ul style="list-style-type: none"> - можливість встановлювати довготривалу, надійну прив'язаність.
Суверенність території	<ul style="list-style-type: none"> - визначення соціальної ідентичності (статусу в групі); - можливість контролювати інтенсивність соціальних контактів; - можливість контролювати потік інформації; - можливість захиститися від занадто сильної стимуляції навколишнього середовища та вторгнень; - можливість конструктивної діяльності; - можливість психологічної реабілітації.
Суверенність особистих речей	<ul style="list-style-type: none"> - знаряддя діяльності; - комунікативні послання; - засоби самопрезентації; - засоби підтримки особистої та соціальної ідентичності; - засоби встановлення контакту з дійсністю; - засоби заміщення соціальних об'єктів; - ресурс самопідтримки та стихійної психотерапії; - маркери особистої території.
Суверенність часових звичок	<ul style="list-style-type: none"> - передбачуваність (пониження рівня невизначеності) середовища; - розмежування сфер територіального впливу в часі; - розмежування права користуватися одними і тими ж речами в часі; - захист від фрустрації, пов'язаної з незавершеністю дії; - визначення соціального статусу через першість-підпорядкування.
Суверенність соціальних зв'язків	<ul style="list-style-type: none"> - встановлення відносин психологічної інтимності; - починаючи з певного віку - встановлення сексуальної інтимності; - вибір референтної групи чи значимого іншого; - розвиток самопізнання ("дзеркального Я"); - набуття особистої та соціальної ідентичності; - прийняття особистої відповідальності за відношення з людьми.
Суверенність цінностей та смаків	<ul style="list-style-type: none"> - забезпечення екзистенціальної впевненості (свободи, осмисленості, цінності власного буття); - забезпечення креативного відношення до власного життя; - забезпечення критичності до ідеологічного впливу; - забезпечення особистої відповідальності.

ДОДАТОК В

Біографічний опитувальник

Данні анкети є частиною магістерської роботи, що проводиться на факультеті Клінічна психологія Київського інституту сучасної психології та психотерапії, та призначені для збору даних, необхідних для психологічного дослідження. Будь-яка інформація, отримана за допомогою анкет, є строго конфіденційною.

Дякуємо за співпрацю.

Ім'я _____

Стать _____ Вік _____

Яка у Вас освіта?

- дві або більше вищих освіти, наукова ступінь*
- вища освіта*
- середня освіта*
- інше*

Сімейний стан:

- заміжня*
- не заміжня*

Трудова зайнятість:

- працюю на себе*
- найманий працівник*
- не працюю*

Скільки у Вас дітей:

- не має*
- одна дитина*
- дві або більше*

Який у Вас рівень доходу на місяць:

- не маю особистого доходу*
- до 20 тисяч гривень*
- від 20 тисяч до 35 тисяч гривень*
- від 35 тисяч до 70 тисяч гривень*
- більше 70 тисяч гривень*

Який у Вас зріст? _____ см

Яка вага у Вас зараз? _____ кг

Мені здається, що у мене?

- велика недостатність ваги
- недостатня вага
- нормальна вага
- є зайва вага
- є надто багато зайвої ваги

Побачивши мене, більшість би подумало, що у мене?

- велика недостатність ваги
- недостатня вага
- нормальна вага
- є зайва вага
- є надто багато зайвої ваги

Напишіть п'ять слів, які найкращим чином описують Ваше тіло?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

ДОДАТОК Г

**Частота вживання окремих слів респондентками у відповіді на питання
анкети**

« Напишіть п'ять слів, які найкращим чином описують Ваше тіло? »

Найчастіше вживані слова	Група 0	Група I
струнке, витончене, спортивне	19%	5%
красиве, привабливе	15%	5%
сексуальне, жіноче, чуттєве	9%	3%
м'яке	2%	6%
любє, любимє	2%	1%
здоров'я, молодість	3%	2%
хвороба, втома, в'яле	2%	9%
біле, біла шкіра	0%	3%
бажання змінити	1%	1%
повне, важке, об'ємне, крупне	3%	22%
цінність: єдине, дорогоцінне, моє, цінне, важливе	3%	0%
не красиве, не спортивне	0%	2%
гнучке, пластичне	5%	1%
зажате, напружене, не гнучке	1%	3%
слів без відповіді	10%	15%
написали менше 5 слів	26%	30%
написали менше 4 слів	16%	21%
написали 1-2 слова	8%	16%

ДОДАТОК Д

Таблиці кореляційних зв'язків між методиками

Кореляційні взаємозв'язки по методиках на загальній вибірці жінок,
значимі від рівня $p < .001$

Шкали		Емоціогенний тип харчової поведінки	Екстернальний тип харчової поведінки	Прагнення до худорлявості	Булімія	Незадоволеність своїм тілом
ІМТ	<i>Pearson's r</i>	0.483***	0.284**	0.298**	0.641***	0.642***
	<i>p-value</i>	< .001	0.003	0.002	< .001	< .001

Шкали		Неефективність	Перфекціонізм	Інтероцептивна некомпетентність	Суверенність особистих речей	Вік
ІМТ	<i>Pearson's r</i>	0.220*	0.273**	0.270**	-0.194*	0.318***
	<i>p-value</i>	0.023	0.004	0.005	0.045	< .001

Шкали		Прагнення до худорлявості	Булімія	Незадоволеність своїм тілом	Неефективність	Перфекціонізм	Недовіра в міжособистісних відносинах
Категорія заробітку	<i>Pearson's r</i>				-0.289**		
	<i>p-value</i>				0.003		
Прагнення до худорлявості	<i>Pearson's r</i>		0.501***			0.201*	
	<i>p-value</i>		< .001			0.038	
Незадоволеність своїм тілом	<i>Pearson's r</i>	0.500***	0.644***			0.292**	
	<i>p-value</i>	< .001	< .001			0.002	
Неефективність	<i>Pearson's r</i>	0.506***	0.346***	0.426***		0.216*	
	<i>p-value</i>	< .001	< .001	< .001		0.025	
Перфекціонізм	<i>Pearson's r</i>						
	<i>p-value</i>						
Недовіра в міжособистісних відносинах	<i>Pearson's r</i>	0.283**	0.209*	0.193*			
	<i>p-value</i>	0.003	0.030	0.047			
Інтероцептивна некомпетентність	<i>Pearson's r</i>	0.348***	0.456***	0.269**	0.467***	0.262**	0.237*
	<i>p-value</i>	< .001	< .001	0.005	< .001	0.006	0.014

Кореляційні взаємозв'язки по методиках на загальній вибірці жінок,
значимі від рівня $p < .001$

Шкали		Обмежувальний тип харчової поведінки	Емоціогенний тип харчової поведінки	Екстернальний тип харчової поведінки
Прагнення до худорлявості	<i>Pearson's r</i>	0.382***	0.280**	0.284**
	<i>p-value</i>	< .001	0.004	0.003
Булімія	<i>Pearson's r</i>		0.622***	0.276**
	<i>p-value</i>		< .001	0.004
Незадоволеність своїм тілом	<i>Pearson's r</i>		0.462***	0.230*
	<i>p-value</i>		< .001	0.017
Неефективність	<i>Pearson's r</i>		0.271**	0.257**
	<i>p-value</i>		0.005	0.007
Перфекціонізм	<i>Pearson's r</i>		0.235*	0.314**
	<i>p-value</i>		0.015	0.001
Недовіра в міжособистісних відносинах	<i>Pearson's r</i>			-0.202*
	<i>p-value</i>			0.037
Інтероцептивна некомпетентність	<i>Pearson's r</i>		0.199*	
	<i>p-value</i>		0.039	
Екстернальний тип харчової поведінки	<i>Pearson's r</i>		0.268**	
	<i>p-value</i>		0.005	

Шкали		Суверенність фізичного тіла	Суверенність території	Суверенність особистих речей	Суверенність часових звичок	Суверенність псих. простору - загальний рівень
Вік	<i>Pearson's r</i>			-0.210*		
	<i>p-value</i>			0.030		
Обмежувальний тип харчової поведінки	<i>Pearson's r</i>	0.307**				0.192*
	<i>p-value</i>	0.001				0.048
Емоціогенний тип харчової поведінки	<i>Pearson's r</i>			-0.205*		
	<i>p-value</i>			0.035		
Недовіра в міжособистісних відносинах	<i>Pearson's r</i>	-0.226*	-0.215*		-0.222*	-0.209*
	<i>p-value</i>	0.019	0.026		0.022	0.031
Інтероцептивна некомпетентність	<i>Pearson's r</i>	-0.230*	-0.258**	-0.196*	-0.228*	-0.262**
	<i>p-value</i>	0.017	0.007	0.043	0.018	0.006

Кореляційні взаємозв'язки по методиках в загальній групі жінок з порушеннями харчової поведінки (група І),
значимі від рівня $p < .001$

Шкали		Вік	Обмежувальний тип харчової поведінки	Емоціогенний тип харчової поведінки	Екстернальний тип харчової поведінки	Булімія	Незадоволеність своїм тілом	Неефективність	Інтерцептивна некомпетентність
Кількість дітей	<i>Pearson's r</i>	0.395*				-0.392**			
	<i>p-value</i>	0.004				0.004			
Суверенність фізичного тіла	<i>Pearson's r</i>		0.362**						
	<i>p-value</i>		0.009						
Суверенність соціальних зв'язків	<i>Pearson's r</i>								-0.334*
	<i>p-value</i>								0.017
Прагнення до худорлявості	<i>Pearson's r</i>		0.424**					0.499***	
	<i>p-value</i>		0.002					< .001	
Булімія	<i>Pearson's r</i>			0.544***			0.322*		0.359**
	<i>p-value</i>			< .001			0.021		0.010
Неефективність	<i>Pearson's r</i>								0.366**
	<i>p-value</i>								0.008
Недовіра в міжособистісних відносинах	<i>Pearson's r</i>				-0.424**				
	<i>p-value</i>				0.002				
ІМТ	<i>Pearson's r</i>			0.406**		0.553***	0.473***		
	<i>p-value</i>			0.003		< .001	< .001		

Кореляційні взаємозв'язки по методиках в групі жінок з порушеннями харчової поведінки без булімічної складової (група 1.1), значимі від рівня $p < .001$

Шкали		Вік	Обмежувальний тип харчової поведінки	Емоціогенний тип харчової поведінки	Екстернальний тип харчової поведінки	Булімія	Незадоволеність своїм тілом	Перфекціонізм
ІМТ	Pearson's r	0.449*		0.494*			0.589**	
	p-value	0.028		0.014			0.002	
Емоціогенний тип харчової поведінки	Pearson's r							
	p-value							
Суверенність фізичного тіла	Pearson's r		0.447*					0.474*
	p-value		0.029					0.019
Суверенність особистих речей	Pearson's r			-0.432*		-0.427*		
	p-value			0.035		0.037		
Суверенність часових звичок	Pearson's r				0.407*			
	p-value				0.048			
Суверенність соціальних зв'язків	Pearson's r				0.613**			
	p-value				0.001			
Суверенність психологічного простору - загальний рівень	Pearson's r				0.429*			
	p-value				0.036			
Прагнення до худорлявості	Pearson's r	-0.432*						
	p-value	0.035						
Інтероцептивна некомпетентність	Pearson's r					0.422*		
	p-value					0.040		

Кореляційні взаємозв'язки по методиках в групі жінок з порушеннями харчової поведінки з булімічною складовою (група 1.2), значимі від рівня $p < .001$

Шкали		Булїмія	Незадоволеність своїм тілом	Недовіра в міжособистісних відносинах	Інтероцептивна некомпетентність
ІМТ	<i>Pearson's r</i>	0.481*	0.429*	-0.399*	0.165*
	<i>p-value</i>	0.011	0.026	0.039	0.410

Шкали		Обмежувальний тип харчової поведінки	Емоціогенний тип харчової поведінки	Екстернальний тип харчової поведінки
Прагнення до худорлявості	<i>Pearson's r</i>	0.595**		0.474*
	<i>p-value</i>	0.001		0.012
Булїмія	<i>Pearson's r</i>		0.475*	
	<i>p-value</i>		0.012	
Перфекціонізм	<i>Pearson's r</i>		0.403*	
	<i>p-value</i>		0.037	
Недовіра в міжособистісних відносинах	<i>Pearson's r</i>			-0.549**
	<i>p-value</i>			0.003

Шкали		Прагнення до худорлявості	Булїмія	Інтероцептивна некомпетентність
Незадоволеність своїм тілом	<i>Pearson's r</i>		0.542**	
	<i>p-value</i>		0.003	
Неефективність	<i>Pearson's r</i>	0.616***		0.415*
	<i>p-value</i>	< .001		0.031

Шкали		Суверенність території	Суверенність фізичного тіла
Обмежувальний тип харчової поведінки	<i>Pearson's r</i>	0.410*	
	<i>p-value</i>	0.033	
Інтероцептивна некомпетентність	<i>Pearson's r</i>		-0.404*
	<i>p-value</i>		0.037

ДОДАТОК Е

Індивідуальна діагностична бесіда перед груповою програмою корекції харчової поведінки у жінок

Зміст бесіди

- 1- Корекція режиму дня – планування особистого часу задля гармонійного розподілу праці та відпочинку відповідно до циркадних ритмів, введення оптимальної фізичної активності.
- 2- Діагностика режиму харчування: періодичність, розмір порцій, частота епізодів гіперфагії, наявність компенсаторної чи очищувальної поведінки, склад раціону та окремих прийомів їжі.
- 3- Обговорення відношення до свого тіла, зовнішності, свого тіла.
- 4- Які способи подолання стресових ситуацій використовує особа найчастіше, реакція на періоди невизначеності та ситуації невдачі.
- 5- Діагностика за допомогою методики DEBQ та ШОХП.
- 6- Особливості взаємовідносин з іншими людьми.

Вправи на зустріч:

Вправа «Переваги та шкода переїдання» - автор Лінет Вайтгед [25, ст. 42-43].

Вправа «Користь та ціна змін» - автор Лінет Вайтгед [25, ст.43-44].

Вправа «Майбутнє через 10 років» - автор Лінет Вайтгед [25, ст. 45-46].

Тест готовності до змін - автор Лінет Вайтгед [25, ст.46-47].

Домашнє завдання:

1. Введення «Щоденника харчування» протягом тижня без корекції раціону для діагностики реальної картини харчування та образу життя (Додаток Ж).
2. Завдання «Роздуми про користь проблеми» - автор Дж.Нардоне [36, ст.140].
3. Введення оптимальної фізичної активності та корекція режиму дня.

ДОДАТОК Ж

Щоденник харчування

День Час	Їжа та напої	Місце	Компенсаторна поведінка	Тривоги з приводу їжі, ваги та зовнішнього вигляду	Перевіряння або уникання

ДОДАТОК 3

Програма корекції харчової поведінки у жінок

Ціль: корекція харчової поведінки у жінок.

Принципи: єдності діагностики та корекції; корекції «зверху вниз» з пропрацюванням «зони найближчого розвитку»; корекції «знизу вверху» - пропрацювання тих навичок, які уже сформувалися, та укріплюють особистість; системності розвитку психологічної діяльності – використання профілактичних та розвиваючих задач; діяльнісний принцип корекції; психологічної безпеки та конфіденційності.

Завдання:

1. Розвиток інтероцептивної компетентності та саморегуляції;
2. Підвищення рівня усвідомленості;
3. Сприяти покращенню сприйняття свого тіла та підвищення його цінності учасницями;
4. Відновлення та укріплення внутрішніх ресурсів;
5. Розширення активного арсеналу способів емоційної саморегуляції в стресових умовах;
6. Усвідомлення та формування здорових психологічних меж та розвиток здібності їх утримувати у контакті з іншими без втрати гідності;
7. Формування нових адаптивних патернів харчової поведінки та підсилення мотивації їх підтримувати тривалий час як образ життя.

Програма розроблена для дорослих жінок, схильних до порушень харчової поведінки по типу переїдання без компенсаційного очищення у вигляді блювання. Вона розрахована на групу з 8-10 жінок і складається з 10 занять, розбитих на три блоки: 1) мотивація та діагностика; 2) основний – корекція; 3) завершення та закріплення.

Тривалість кожної сесії в середньому 90 хвилин з періодичністю зустрічей раз на тиждень.

Структура сесій:

1. Ритуал привітання та розминка – 15 хвилин. Бесіда в колі, окреслення задач зустрічі, практика усвідомленості, які покликані створити сприятливу атмосферу в групі, прояснити емоційний стан учасників, допомогти налаштуватися на своє тіло та роботу під час сесії.
2. Основний блок роботи – 60 хвилин. Теоретичні та практичні (вправи, техніки, завдання), які плануються в залежності від поставлених на сесію задач.
3. Озвучення домашнього завдання – 5 хвилин. Різноманітні завдання та практики згідно визначених задач для відпрацювання між сесіями.
4. Рефлексія та ритуал завершення – 10 хвилин. В кінці кожного заняття відводиться час для підведення підсумків, зворотній зв'язок, обмін думками та враженнями та закриття простору заняття. Це допомагає прослідкувати динаміку групи, а учасницям краще зрозуміти себе та налаштуватися на повсякденне життя із застосуванням отриманих знань.

Перед початком програми з кожним учасником проводиться діагностичне інтерв'ю за тиждень до програми (див. Додаток Е) та дається домашнє завдання вести найближчий тиждень щоденник харчування без внесення змін в раціон (див. Додаток Ж).

Заняття 1

Ціль: знайомство з групою, створення довірливої атмосфери, активізація мотивації на зміни, дослідження проблеми переїдання.

Задачі:

- познайомити учасниць між собою;
- прийняти правила групи;
- заключити контракт на програму;
- зняти емоційне напруження в учасниць групи;
- розвиток уважності;
- оволодіти методикою АВС-аналізу;

- закласти джерело змін.

Хід заняття:

Ритуал привітання та розминка (15 хвилин):

Бесіда в колі.

Окреслення задач зустрічі.

Вправа «Кинути якір» (5 хвилин) - автор Расс Херріс [див. 97].

Мета: допомогти учасницям групи стати «повністю присутніми», захопленими тим, чим вони зайняті прямо зараз, відновити контроль над своїми діями та перенести увагу на те, що тут і зараз найбільш важливе.

Основний блок роботи (60 хвилин):

Вправа «Повтори» (5 хвилин)

Мета: знайомство учасників.

Одна з учасниць називає своє ім'я та вказує твердження, що її характеризує, наступна учасниця, що сидить поруч має повторити все почуте та вказати відповідну інформацію про себе. Наступна за нею учасниця повторює все сказане до неї та повідомляє своє ім'я та характеристику. Таким чином, усі учасниці в колі повинні повторити попередньо почуту інформацію та вказати щось про себе. Останнім повторює ведучий, що дає можливість краще запам'ятати учасниць програми.

Вправа «Встановлення правил» (5-10 хвилин)

Мета: засвоєння учасницями групи основних правил та форм поведінки під час занять.

Оголошуються основні правила, а потім пропонується учасникам доповнити цей список під себе.

Основні правила групової роботи:

1. Звертаємося одна до одної тільки по імені;
2. Безоцінне відношення одна до одної;
3. Пунктуальність;
4. Кожній учасниці групи сказати хоча б одне добре слово;
5. Все, що відбувається в групі, залишається в групі – конфіденційність;

6. Правило активності;
7. Спілкування по принципу «тут і зараз»;
8. Правило «я-висловлювань»;
9. Не даємо поради без запиту.

Вправа «Циферблат. Інтерв'ю» (30 хвилин)

Мета: створення доброзичливої атмосфери, встановлення довірливого контакту між учасницями, подолання сором'язливості та розкриття особистих якостей.

Матеріали: аркуші паперу та ручки.

Інструкція: Зараз я прошу вас намалювати на виданих листах паперу коло та розмітити його як циферблат годинника.

Тепер вам потрібно буде назначити на кожную годину зустріч з іншими членами нашої групи. Давайте розберемо на прикладі: сходяться дві учасниці А і В та домовляються зустрітися о восьмій. Що напише А поряд з цифрою 8 в своєму плані? Так, В. Відповідно В напише? – Так, А. Тепер ваша задача назначити час для зустрічей одна з одною.

Після того як ви назначили стільки зустрічей, скільки учасниць в групі, я називатиму в довільному порядку певний час і ваша задача знайти швидко ту людину, з якою у вас назначена зустріч на цей час. Потім я називатиму певну тему для розмови, і вам потрібно поділитися своєю відповіддю на неї. Часу на кожную бесіду буде по 1-2 хвилині. Якщо хтось не назначив зустріч на цей час, то подивіться довкола – можливо, ви побачите поруч ще одну «вільну» учасницю групи або просто приєднайтеся до будь-якої пари.

Список тем для обговорення:

1. Ваша улюблена їжа;
2. Ваш улюблений кіногерой, який слугує прикладом для вас?
3. Ваш улюблений спогад з дитинства?
4. Від чого в житті Ви отримуете тривале задоволення?
5. Ким хотіли стати, коли були дитиною?
6. Якою Ви бачите себе через 5 років?

7. Чим би зайнялися, якби мали нескінчений фінансовий ресурс?

Базова медитація усвідомленості (10 хвилин) – з програми Mindfulness Eating [див. 32, ст. 33-36]

Мета: розвиток уважності та чуйності в учасниць до свої внутрішніх процесів через процес фокусування своєї уваги на різних аспектах внутрішнього досвіду: відчуття голоду та ситості, думках, емоціях та пов'язаних з ними тілесних відчуттях.

Знайомство з інструментом «АВС-аналіз» (10 хвилин) – варіант в розробці Стівена Хейса (АСТ-терапія)

Мета: дослідження та зміна поведінки через прийняття своїх переживань. Навчити учасниць робити те, що має значення для них, замість того, щоб уникати та позбавлятися думок та почуттів.

Інструкції: Ми спробуємо зараз інструмент аналізу поведінки, який допоможе навчитися її змінювати в сторону того, щоб бути дієвими відносно того, що важливо для вас у житті. Виберіть мішень – якусь поведінку, що часто повторюється і вам заважає. Далі, відповідаючи на питання кожної колонки таблиці, заповнюйте її.

Антецедент (А)	Поведінка (В)	Наслідки (С)
Ситуація (факти, обставини). Думки, почуття, фізичні відчуття	Зовнішній і внутрішній прояв поведінки	Короткотермінові наслідки (що відбулося з А). Довготермінові наслідки (як це вплинуло на якість життя та відносини в цілому)

Озвучення домашнього завдання (5 хвилин):

1. Базова медитація усвідомленості – раз на день.
2. «АВС-аналіз» - раз на день.
3. Вправа «Фантазія чуда» – щоранку (автор Дж.Нардоне на базі технік «Так ніби... П.Вацлавика та «Магічне питання» С.деШезер) [див. 36, ст. 86-87].

Мета: підказати учасникам, що «чудо» може статися через позитивне самонавіювання та змістити їх увагу з проблемного відношення на майбутнє, в якому немає патології. Зміна перспективи відкриває нові горизонти та дозволяє учасникам спроектувати себе за межі проблеми. Розблокувати проблему та розкрити наявні вторинні вигоди від неї.

Інструкції: Щоранку, починаючи з цього моменту та до нашої наступної зустрічі, ви будете робити наступне. Я хочу, щоб кожного ранку, поки ви вмиваєтесь, одягаєтесь, готуєтесь до виходу з дому, ви уявляли собі, що виходите з нашої аудиторії, як сьогодні вийдете з неї, закриваєте за собою двері, як сьогодні закриєте, та відразу після цього станеться чудо: ваша проблема зникла, її більше не існує. Що одразу би змінилося у вашому житті? З якими іншими проблемами довелось б зіштовхнутися? Фантазуйте кожного ранку, уявляючи собі відсутність проблеми.

Рефлексія та ритуал завершення (10 хвилин):

Вправа «Рефлексія»

Мета: усвідомлення процесів та змін, які відбуваються в учасниць, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану поза заняттями, підведення підсумків.

Обладнання: м'яка іграшка у формі м'яча.

Інструкції: Передається іграшка учасницями групи одна одній з описом свого емоційного стану та заняття (одне-два слова, образа, опису, мелодії тощо).

Заняття №2

Ціль: розвиток усвідомленості та навичок релаксації, формування навичок саморегуляції та розвиток інтероцептивної компетентності, визначення плану харчування.

Задачі:

- надати інформацію про взаємозв'язок харчування та психологічного стану, спроби контролю як підтримка порушення, роль інсуліну, греліну та лептину, стратегію регулярного харчового режиму, важливість жування, метаболічний синдром;
- сумісно з групою розробити індивідуальні правила харчування;
- навчитися диференціювати голод та насичення;
- оволодіти технікою уважного прийому їжі.

Хід заняття:

Ритуал привітання та розминка (15 хвилин):

Бесіда в колі.

Окреслення задач зустрічі.

Вправа «Кинути якір» (5 хвилин) - автор Расс Херріс [див. 97].

Мета: допомогти учасницям групи стати «повністю присутніми», захопленими тим, чим вони зайняті прямо зараз, відновити контроль над своїми діями та перенести увагу на те, що тут і зараз найбільш важливе.

Основний блок роботи (60 хвилин):

Психоедукація «Концепція образу життя та принципи здорового харчування» (20 хвилин)

Мета: надати інформацію про взаємозв'язок харчування та психологічного стану, спроби контролю як підтримка порушення, роль інсуліну, греліну та лептину, стратегію регулярного харчового режиму, важливість жування, метаболічний синдром.

Вправа «Правила харчування» (20 хвилин)

Мета: сумісна розробка правил харчування, які будуть діяти на час проходження програми.

Основні принципи, до яких треба прийти:

1. Регулярний прийом їжі без перекусів – учасниці формують свій режим;
2. Зменшуємо вуглеводи, збільшуємо кількість рослинної їжі та натуральних жирів, уникаючи їх комбінування зі швидкими вуглеводами, нормалізуємо кількість білків – вибираємо разом які приблизно блюда можуть бути на кожен прийом їжі;
3. Кормимо свій симбіотичний мікробіом;
4. Ніякого підрахунку калорій;
5. Розвиваємо чуттєвість до своїх відчуттів в контактi з їжею;
6. Раціон має бути різноманітний та багатим на різні мікронутрієнти з акцентом на пошук смаків, які подобаються та є корисними в довготерміновому розрізі;
7. Стараємося жувати якомога більше та сповільнюємо темп прийому їжі;
8. Собі можна дозволяти щодня одну маленьку «заборонену радість» в одному з прийомів їжі».

Вправа «Шкала голоду та насичення» (10 хвилин) – [див. 32, ст.114-133]

Мета: навчити учасниць усвідомлювати своє відчуття голоду та інтуїтивно, спираючись на свої відчуття, оцінювати в балах рівень свого голоду на даний момент часу.

Інструкція: Зараз зверніть свою увагу на відчуття в області шлунку. Шлунок знаходиться приблизно на одну долоньку вище рівня вашого пупка і ви можете покласти туди долоню і відчутти на скільки відсотків приблизно заповнений ваш шлунок – на 90%, а може на 100%. Де 100 – це повністю заповнений шлунок, а 0 – він абсолютно пустий і ви переживаєте зараз сильне відчуття голоду. Чисто інтуїтивно спробуйте визначити, на скільки ваш шлунок зараз заповнений. На скільки сильний голод ви зараз відчуваєте за шкалою від 0 до 10, де 10 – це максимально виражений голод, а 0 – це його

повна відсутність. Які відчуття в спостереженні за тілом дозволили вам вибрати вашу інтуїтивну відповідь? На що саме ви зараз спиралися?

Під час прийому їжі, одразу після та через 20-30 хвилин так само за шкалою від 0 до 10 ми оцінюємо рівень насиченості (до 0 – повна відсутність ситості (є певний рівень голоду в цей момент, а 10 – максимальна ситість до відчуття переповненості) та фіксуємо на які відчуття при цьому опираємося.

Важливо! Навіть в стані переїдання спробуйте віднести до будь-яких своїх думок, емоцій та фізіологічних відчуттів без осуду, просто спостерігаючи за ними, як за явищами природи. Так наче на морі здійнявся шторм, а ви можете просто спостерігати за ним із вікна: хвилі наростають, вони стають все вищими і вищими, море стає чорнішим, на гребнях хвиль з'являються білі баранці, шум та гуркіт хвиль наростають...., а ви в безпеці і просто спостерігаєте за цим, знаючи, що шторм пройде. Треба тільки його перечекати.

Вправа «Родзинкова медитація» (10 хвилин) – автор Джон Каббат-Зінн, входить в розроблену ним програму Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) [див. 72].

Мета: через розвиток практики уважності розвивати навичку налаштовуватися на те, які відчуття є прямо зараз, сприяти усвідомленому харчуванню та більш здоровим відносинам з їжею. Підвищити рівень інтероцептивної компетенції та насичення психіки через сприйняття сенсорних сигналів під час прийому їжі.

Озвучення домашнього завдання (5 хвилин):

1. Досліджувати свою поведінку в контексті слідування правилам харчування.
2. Хоча б один (а якщо вийде, то більше) усвідомлений прийом їжі на день.
3. Спостереження та оцінка рівня голоду до прийому їжі та рівня насичення під час їжі та через 30-40 хвилин після.
4. ABC-щоденник.
5. Вправа «Фантазія чуда» - щоранку.

Рефлексія та ритуал завершення (10 хвилин):

Вправа «Рефлексія»

Мета: усвідомлення процесів та змін, які відбуваються в учасниць, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану поза заняттями, підведення підсумків.

Обладнання: м'яка іграшка у формі м'яча.

Інструкції: Передається іграшка учасницями групи одна одній з описом свого емоційного стану та заняття (одне-два слова, образа, опису, мелодії тощо).

Заняття №3

Ціль: покращення контакту з тілом, зняття блоків і затисків, корекція сприйняття образу свого тіла та розвиток співчуття до себе

Задачі:

- дослідити підсвідомий образ тіла;
- дослідити, як зневага до тіла впливає на життя;
- розчистити шлях до зрілих відносин з тілом;
- знизити рівень реактивності та автоматичності у відповідь на неприємні думки та емоції;
- сприяти розвитку довіри до людей;
- зняти затиски;
- розвинути співчутливий контакт зі своїм тілом;
- корекція сприйняття свого тіла.

Хід заняття:

Ритуал привітання та розминка (15 хвилин):

Бесіда в колі.

Окреслення задач зустрічі.

Вправа «Кинути якір» (5 хвилин) - автор Расс Херріс [див. 97].

Мета: допомогти учасницям групи стати «повністю присутніми», захопленими тим, чим вони зайняті прямо зараз, відновити контроль над своїми діями та перенести увагу на те, що тут і зараз найбільш важливе.

Основний блок роботи (60 хвилин):

Вправа «Образ свого тіла» (10 хвилин) – автор М.Фельденкрайз в модифікації І.Соловйової [див. 54].

Мета: дослідження підсвідомого образу тіла.

Матеріали: аркуші паперу, ручки/олівці, лінійки.

Інструкції: ведучий називає по черзі параметри і пропонує учасникам оцінити параметри свого тіла без замірів: ширина голови, рота, шиї, плечей, грудної клітини, талії, тазу, стегна; довжина голови, ноги, шиї, руки, стопи, торса, стопи; і записати їх на аркуші. Отримані дані переносяться на папір в масштабі 10:1, в результаті виникає схематичне зображення фігури людини, що є відображенням несвідомого образу тіла (для зручності нанесення малюнка краще розділити вертикальною лінією по центру та від неї симетрично відкладати розміри).

За наявності часу можна розділити групу на пари та виміряти реальні показники, зобразивши поряд з несвідомим образом реальний також в пропорції 10:1. Робота в парах: обговорення результату - аналіз та порівняння підсвідомого та реального образів тіла, які можуть суттєві відрізнятися.

Вправа «Відносини з тілом по-новому» (15 хвилин) – автор Каролін Кокер-Росс [див. 18, стор. 73-75]

Мета: зрозуміти як склалися теперішні відносини зі своїм тілом, підготувати учасниць до формування нових – більш зрілих та ефективних відносин з тілом, та допомогти їм сформулювати мінімальні та прості кроки, які необхідно буде зробити для розвитку відносин зі своїм тілом з любов'ю та співчуттям.

Вправа «Монстр та мотузка» (10 хвилин) – АСТ-терапія [див. 81]

Мета: знизити рівень реактивності та автоматичності у відповідь на неприємні думки та емоції, допомогти сформувати навичку розчіплятися зі своїми негативними уявленнями про себе та перестати з ними боротися, оскільки це тільки посилює їх. Сприяти відходу від уникаючої поведінки та змінювати її в сторону адаптивної.

Вправа «Скульптор і глина» (20 хвилин) – тілесна терапія [див. 26]

Мета: розвиток довіри до людей, зняття затисків.

Учасниці розбиваються на «скульпторів» і «глину». Вправа проходить у декілька етапів.

1-й етап. Учасниці, що виконують роль глини, розходяться по кімнаті, сідають, закривають очі. «Скульптори» вибирають, з ким працюватимуть. «Глина» сидить із закритими очима, він не знає, хто з «скульпторів» працюватиме з ним. Той, хто зображує глину податливий, розслаблений, він приймає і тримає форму, яку надає їй «скульптор». Останній ліпить скульптуру тієї самої людини, яка виконує роль глини. Скульптура називається «Ім'ярек (ім'я учасника) і його проблема». Коли скульптура повністю завершена, вона застигає на декілька секунд. Учасниця, що виконує роль глини, прислухається до своїх відчуттів, не розплющуючи очей.

2-й етап. Цей же «скульптор» з тієї ж «глини» ліпить скульптуру цієї ж людини, але тепер це «Ім'ярек без його проблеми». Коли скульптура повністю закінчена, вона застигає на декілька секунд.

3-й етап. Учасники, що виконували роль глини, знову сідають в початкове «безформне» положення. «Скульптори» вибирають собі новий матеріал і знову ліплять по дві скульптури (людини з проблемою і без неї).

4-й етап. Учасники, що виконували роль глини, діляться враженнями або їх записують. Охочі продовжити роботу вибирають, з яким скульптором вони хотіли б працювати.

5-й етап. Скульптор творить свою першу скульптуру «Людина і її проблема» (повторюючи те, що було зроблено раніше). Відмінність від 1-го етапу вправи полягає в тому, що тепер «глина» чинить опір і «не хоче», щоб з неї ліпили «проблему». Якщо «скульпторові» все ж вдається надати «глині» положення, вона його «приймає». «Скульптор» може залучати до роботи помічників з числа незайнятих учасників.

6-й етап. Учасник, що виконує роль глини (з положення повністю закінченої скульптури), може «скинути» свою проблему, звільнитися від неї і

сам виліпити з себе скульптуру «без проблеми» (необов'язково повторювати варіант «скульптора»). Тепер чинить опір «скульптор», він ніяк не хоче, щоб його творіння було зруйноване.

7-й етап. Учасники записують свої переживання і, якщо хочуть, можуть обговорити його на групі.

Медитація «Сканування тіла із співчуттям» (10 хвилин) – авторка Крістін Неф, CFT-терапія [див. 23]

Мета: навчити учасниць техніки «сканування тіла» з елементом самоспівчуття для розслаблення, розвитку самоспівчуття та наповнення енергією.

Озвучення домашнього завдання (5 хвилин):

1. Практикувати техніку «Монстр та мотузка»;
2. Самомасаж всього тіла з маслом – для розвитку контакту зі своїм тілом [див. 36, стор. 90];
3. Естетичний табель перед дзеркалом [див. 36, стор.89];
4. Медитація «Сканування тіла із співчуттям»;
5. «АВС-щоденник» при потребі;
6. Усвідомлений прийом їжі – «Родзинкова медитація»;

Рефлексія та ритуал завершення (10 хвилин):

Вправа «Рефлексія»

Мета: усвідомлення процесів та змін, які відбуваються в учасниць, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану поза заняттями, підведення підсумків.

Обладнання: м'яка іграшка у формі м'яча.

Інструкції: Передається іграшка учасницями групи одна одній з описом свого емоційного стану та заняття (одне-два слова, образа, опису, мелодії тощо).

Заняття №4

Ціль: дослідження своєї емоційної сфери, навчання навичкам регуляції свого емоційного стану, розвиток компетенції розрізнення емоційного та фізіологічного голоду.

Задачі:

- навчитися розрізняти різні емоції;
- дослідити потреби, які стоять за емоціями;
- опанувати техніки саморегуляції емоційних станів;
- дослідити різницю між фізіологічним та емоційним голодом;
- сприяти свідомому пошуку та використанню різних способів отримання задоволення.

Хід заняття:

Ритуал привітання та розминка (15 хвилин):

Бесіда в колі.

Окреслення задач зустрічі.

Вправа «Кинути якір» (5 хвилин) - автор Расс Херріс [див. 97].

Мета: допомогти учасницям групи стати «повністю присутніми», захопленими тим, чим вони зайняті прямо зараз, відновити контроль над своїми діями та перенести увагу на те, що тут і зараз найбільш важливе.

Основний блок роботи (60 хвилин):

Вправа «Малюнок емоції в тілі» (15 хвилин) – Меглінська Е. [див. 31, стор. 277]

Мета: навчитися розрізняти різні емоції та їх проявлення в тілі.

Вправа «Досьє на емоцію» (15 хвилин) - Меглінська Е. [див. 31, стор. 285]

Мета: зрозуміти, що боротьба з емоціями породжує напругу, на яку витрачається багато сил та енергії, дослідити які події викликають кожну з емоцій та вивчити потреби, які стоять за різними емоціями та шляхи їх задоволення.

Вправа «Віч на віч з ураганом» (10 хвилин) – автори Х.Албертс та Л.Пуль, АСТ-терапія [див. 80, стор. 18-21]

Мета: опанувати техніку саморегуляції емоційних станів, навчитися підключатися до місця внутрішнього спокою та спостерігати за «ураганом» емоцій як спостерігач та перебувати в ясності при цьому.

Вправа «Робота з важкими емоціями» (10 хвилин) – авторка Крістін Неф, CFT-терапія [див. 23]

Мета: допомогти розвинути навичку допомагати собі справлятися з труднощами та складними емоціями та переживаннями, переводити себе та своє тіло в ресурсний стан.

Вправа «Фізіологічний та емоційний голод» (10 хвилин) – Меглінська Е. [див. 32, стор. 120]

Мета: дослідити різницю між фізіологічним та емоційним голодом та визначити, на які відчуття в тілі можна спиратися для того, щоб їх розрізнити.

Озвучення домашнього завдання (5 хвилин):

1. Вправа «Фантазія чуда» та маленька дія – додаємо до цієї вправи одну маленьку дію, яка б змінила модель сьогоденного життя та те, до якого прагне учасниця;
2. Завдання «Прогулянка заради задоволення»;
3. Емоційний щоденник [див. 32, стор. 617];
4. Медитація «Сканування тіла із співчуттям»;
5. Усвідомлений прийом їжі – «Родзинкова медитація»

Рефлексія та ритуал завершення (10 хвилин):

Вправа «Рефлексія»

Мета: усвідомлення процесів та змін, які відбуваються в учасниць, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану поза заняттями, підведення підсумків.

Обладнання: м'яка іграшка у формі м'яча.

Інструкції: Передається іграшка учасницями групи одна одній з описом свого емоційного стану та заняття (одне-два слова, образа, опису, мелодії тощо).

Заняття №5

Ціль: дослідження потреб, що стоять за емоціями, та способів їх задоволення різними способами, тренування навичок емоційної регуляції, розвиток самоспівчуття та навичок релаксації.

Задачі:

- продовжити дослідження проблем, що стоять за емоціями;
- розширити арсенал задоволення своїх потреб;
- укріпити его-стан турботливої батьківської фігури;
- допомогти учасницям зосередитися на розслабленні та досягти стану заспокоєння;
- дослідити стосунки учасниць зі своїм тілом та сприяти самоприйняттю.

Хід заняття:

Ритуал привітання та розминка (15 хвилин):

Бесіда в колі.

Окреслення задач зустрічі.

Вправа «Кинути якір» (5 хвилин) - автор Расс Херріс [див. 97].

Мета: допомогти учасницям групи стати «повністю присутніми», захопленими тим, чим вони зайняті прямо зараз, відновити контроль над своїми діями та перенести увагу на те, що тут і зараз найбільш важливе.

Основний блок роботи (60 хвилин):

Вправа «Манюня і її прохання» (15 хвилин) - Меглінська Е. [див. 32, стор. 326]

Мета: сприяти зменшенню епізодів переїдання через розвиток навички усвідомлювати свої емоції та потреби, що стоять за ними насправді та включати активність для їх задоволення адекватним способом.

Вправа «Коло задоволення» (20 хвилин) – [див. 28, стор. 404]

Мета: дослідження власних джерел задоволення, їх пріоритетність та кількість; сприяння усвідомленому використанню можливих способів отримання задоволення.

Вправа виконується сидячи в колі. Для кожної учасниці – аркуші паперу А4 та набір олівців.

Метафора «Ріка, що розливається» (5 хвилин) – автор Дж.Нардоне [див.36, стор 203]

Мета: реструктурувати проблему неконтрольованого переїдання за допомогою метафори та гумору.

Вправа «Дихання по квадрату» (5 хвилин)

Мета: опанувати дихальну техніку, яка допомагає збалансувати емоційний стан, відновити сили при втомі, зняти напруження від стресу

Інструкція: За цією методикою потрібно пальцем однієї руки водити по долоні іншої, утворюючи квадрат. На вертикальних гранях уявного квадрату треба робити вдих/видих, а на горизонтальних паузи. Вдих – пауза – видих – пауза. Так треба повторювати хвилин з п'ять або поки не заспокоїшся. Таким чином людина починає контролювати своє дихання. Також це і тактильні відчуття – людина починає відчувати своє тіло.

Практика «Співчуття і моє тіло» (15 хвилин) – авторка Крістін Неф, CFT-терапія [див. 23]

Мета: навчити учасниць любити та приймати своє тіло таким, яким воно є, не порівнюючи його з недосяжними ідеалами та медійними уявленнями про красу і в той же час піклуватися про своє фізичне здоров'я та благополуччя.

Озвучення домашнього завдання (5 хвилин):

1. Практика «Тіло, емоція, потреба» - хвилинка усвідомлення протягом дня з фіксацією тут і зараз – які відчуття є в тілі, які емоції переживаються, яка за ними є потреба.
2. Медитація «Сканування тіла із співчуттям»
3. Усвідомлений прийом їжі
4. Вправа «Дихання по квадрату».

Рефлексія та ритуал завершення (10 хвилин):

Вправа «Рефлексія»

Ціль: усвідомлення процесів та змін, які відбуваються в учасниць, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану поза заняттями, підведення підсумків.

Обладнання: м'яка іграшка у формі м'яча.

Інструкції: Передається іграшка учасницями групи одна одній з описом свого емоційного стану та заняття (одне-два слова, образа, опису, мелодії тощо).

Заняття №6

Ціль: підвищення самооцінки, формування позитивного прийняття себе.

Задачі:

- зняти м'язові затиски та розширити експресивний репертуар;
- допомогти учасницям зняти з себе надмірну відповідальність за інших та присвоїти відповідальність за себе і своє життя;
- ослабити в учасниць схильність до самокритики;
- укріпити самооцінку;
- зв'язати поняття любові до себе зі зростанням внутрішньої сили.

Хід заняття:

Ритуал привітання та розминка (15 хвилин):

Бесіда в колі.

Окреслення задач зустрічі.

Вправа «Кинути якір» (5 хвилин) - автор Расс Херріс [див. 97].

Ціль: допомогти учасницям групи стати «повністю присутніми», захопленими тим, чим вони зайняті прямо зараз, відновити контроль над своїми діями та перенести увагу на те, що тут і зараз найбільш важливе.

Основний блок роботи (60 хвилин):

Вправа «Танцюючі частини тіла» (10 хвилин) – [див. 28, стор.825]

Мета: усвідомлення і зняття м'язових затисків, розширення експресивного репертуару. Вправа дає кожному учасникові можливість експериментувати з танцювальними рухами перед іншими.

Інструкції: Учасниці стають в круг. Звучить музика. Терапевт називає по черзі частини тіла, танець яких буде виконаний (наприклад, «танець голови», «танець плечей», «танець кистей рук» і т. д.). Учасниці прагнуть максимально використовувати в танці названу частину тіла.

Вправа «Межі відповідальності» (10 хвилин)

Мета: допомогти учасницям зняти з себе надмірну відповідальність за інших та присвоїти відповідальність за себе і своє життя.

Інструкції: на аркуші паперу учасниці пишуть список кому і що вважають вони, що винні. Потім беруть якийсь громіздкий предмет (наприклад, подушки, сумку, плед, верхній одяг) та накладають його собі на спину як символ того списку, який вони написали. Відчуваючи свої стопи і центр живота чекають моменту бажання скинути з себе тягар. Вони мають оцінити чи не став більш обмеженим кут обзору через цей тягар зобов'язань, за деякі з них навіть не просили. Учасниці скидають з себе «тягар» і відслідковують свої відчуття та емоції. Передивитися список оновленим поглядом і викреслити ті пункти, які насправді хибні.

Вправа «Критик і спостерігач» (15 хвилин) - авторка Крістін Неф (на базі техніки «Двох стільців» Л.Грінберга), CFT-терапія [див. 23]

Мета: допомогти учасницям зрозуміти ролі кожної зі своїх частин особистості (критика, того, кого критикують та спостерігача) та навчитися вступати з ними у взаємодію. Формування доброти до себе та навичку примирювати конфліктуючі сторони та знизити рівень самокритики.

Вправа «Щось тут не так» (підвохи) (10 хвилин) - авторка Крістін Неф, CFT-терапія [див. 23]

Мета: укріпити самооцінку, знизити рівень самокритики.

Вправа «Лист собі» (15 хвилин) -) - авторка Крістін Неф, CFT-терапія [див. 23]

Мета: зв'язати поняття любові до себе зі зростанням внутрішньої сили, дати відчутти учасницям невід'ємне право на любов, контакт з іншими та прийняття та можливість ним користуватися через контакт з собою.

Озвучення домашнього завдання (5 хвилин):

1. Щоденник «Розмова з внутрішнім критиком»
2. Практика «Тіло, емоція, потреба»
3. Медитація «Сканування тіла із співчуттям»
4. Усвідомлений прийом їжі

Рефлексія та ритуал завершення (10 хвилин):

Вправа «Рефлексія»

Мета: усвідомлення процесів та змін, які відбуваються в учасниць, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану поза заняттями, підведення підсумків.

Обладнання: м'яка іграшка у формі м'яча.

Інструкції: Передається іграшка учасницями групи одна одній з описом свого емоційного стану та заняття (одне-два слова, образа, опису, мелодії тощо).

Заняття №7

Ціль: прояснення власних цінностей та активізація дієвості для проживання достойного життя, акумуляція внутрішніх ресурсів.

Задачі:

- підвищити ресурсні можливості учасниць;
- допомогти учасницям дослідити та прояснити свої цінності;
- окреслити, як в щоденному можна реалізовувати свої цінності;
- активізувати дієвість учасниць в сторону своїх цінностей.

Хід заняття:

Ритуал привітання та розминка (15 хвилин):

Бесіда в колі.

Окреслення задач зустрічі.

Вправа «Центрування та заземлення» (5 хвилин) – авторка Л. Марчер, тілесна терапія [див. 10, стор. 97 та 57].

Мета: підвищити ресурсні можливості учасниць, укріпити почуття власної гідності, розвинути здатність відчувати свою укоріненість та стійкість.

Основний блок роботи (60 хвилин):

Вправа «Подарунок» (15 хвилин)

Мета: розуміння невербальної поведінки, підвищення ресурсних можливостей.

Інструкції: Кожна учасниця дарує уявний подарунок своїй сусідці зліва (по черзі). При цьому вона торкається рук учасниці, ніби передаючи уявний подарунок, та словами образно характеризує його. В цій вправі важливий творчий підхід та бажання зробити іншому щось приємне.

Вправа «Прояснення цінностей» (20 хвилин) - Меглінська Е., АСТ-терапія [див. 32 стор. 212]

Мета: Допомогти учасницям дослідити свої цінності та виділити те, що для них насправді важливо в житті.

Вправа «В яблучко» (10 хвилин) – автор Т.Лунґрен, АСТ-терапія [див. 90]

Мета: Допомогти учасницям прояснити свої цінності. Сформулювати ті свої особисті якості та характеристики відносин з іншими людьми, які варті того, щоб їх розвивати. Окреслити, як в щоденному можна реалізовувати свої цінності. Активізувати дієвість учасниць в сторону своїх цінностей

Вправа «90-річчя або напишіть свій панегірик» (10 хвилин) – АСТ-терапія

Мета: визначити цінності, розробити план руху по життю на зустріч їм.

Інструкція: Сядьте зручно і уявіть, що зараз вам виповнилося 90 років і на ювілей прийшло багато людей вас привітати. Ви прожили життя від сьогоднішнього моменту до 90років відповідно до своїх цінностей. Як ви жили, чим займалися? Хто прийшов вас привітати? Скільки цих людей? Що вони про вас скажуть? Що ви думаєте про себе?

А тепер поверніться в даний момент в те місце, де зараз реально знаходитесь, і подумайте і запишіть, що важливо зробити, щоб дожити до 90 років і бути в гарному стані та ясному розумі та що важливого потрібно

добавити в своє життя уже зараз, щоб реалізуватися в контексті своїх цінностей.

Передивіться текст. І виберіть або конкретизуйте три самих простих кроки, які можете реалізувати в найближчі 48 годин.

Озвучення домашнього завдання (5 хвилин):

1. Вибрати 2-3 дії по плану «В яблучко» та з «90-річчя» та реалізувати їх в найближчі 48 годин;
2. Щоденник «Розмова з внутрішнім критиком»;
3. Практика «Тіло, емоція, потреба»;
4. Вправа «Центрування та заземлення».

Рефлексія та ритуал завершення (10 хвилин):

Вправа «Рефлексія»

Ціль: усвідомлення процесів та змін, які відбуваються в учасниць, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану поза заняттями, підведення підсумків.

Обладнання: м'яка іграшка у формі м'яча.

Інструкції: Передається іграшка учасницями групи одна одній з описом свого емоційного стану та заняття (одне-два слова, образа, опису, мелодії тощо).

Заняття №8

Ціль: дослідження учасницями свого психологічного простору та особистісних меж, а також способів контакту з іншими.

Задачі:

- познайомити учасниць з теорією формування та розвитку психологічного простору та особистісних меж;
- дослідити себе в контакт-злитті;
- дослідити як відбувається контакт з ясним відчуттям своїх психологічних меж;
- розвинути навичку центрування та перебування в межах свого психологічного простору в безпеці.

Хід заняття:**Ритуал привітання та розминка (15 хвилин):***Бесіда в колі.**Окреслення задач зустрічі.*

Вправа «Центрування та заземлення» (5 хвилин) – авторка Л.Марчер, тілесна терапія [див. 10, стор. 97 та 57].

Мета: підвищити ресурсні можливості учасниць, укріпити почуття власної гідності, розвинути здатність відчувати свою укоріненість та стійкість.

Основний блок роботи (60 хвилин):

Тест «Мої межі» (10 хвилин) – на базі техніки М.Мюррей «Кола близькості та довіри»

Мета: за допомогою міри близькості оцінити чи немає дисбалансу в житті.

Психоедукація «Контакт і межі» (10 хвилин)

Мета: познайомити учасниць з теорією формування та розвитку психологічного простору та особистісних меж. Види меж: проникливі, пружні та гнучкі, статичні. Види контакту: безмежний, контейнуючий, контакт за перекритими енергетичними полями, контакт з ясним відчуттям меж (контакт-зв'язок), незалежний контакт (контакт-сепарація).

Вправа «М'язова гімнастика» (10 хвилин)

Мета: зняття м'язових блоків і затисків всього тіла.

Вправа «Контакт-злиття» (15 хвилин) – авторка Л.Марчер, тілесна терапія [див. 10, стор. 97]

Мета: виявити та усвідомити учасницями їх способів реагування на різні види контакту, сприяти розвитку у них відчуття здатності до емоційного контакту. Пропрацювати свої реакції на різні види контакту, дослідити свої переконання та внутрішні норми щодо певних видів контактів.

Вправа «Контакт з ясним відчуттям меж» (15 хвилин) – авторка Л.Марчер, тілесна терапія [див. 10, стор. 98]

Мета: виявити та усвідомити учасницями їх способів реагування на різні види контакту, сприяти розвитку у них відчуття здатності до емоційного

контакту. Пропрацювати свої реакції на різні види контакту, дослідити свої переконання та внутрішні норми щодо певних видів контактів.

Медитація «Я вдома» (10 хвилин)

Мета: розвинути навичку центрування та перебування в межах свого безпечного психологічного простору за щільними гнучкими межами, де є можливість встановлення здорового контакту зі збереженням власної гідності.

Озвучення домашнього завдання (5 хвилин):

1. Вправа «Центрування та заземлення»;
2. Вправа «Мої щільні та гнучкі межі»;
3. Вправа «Контакт з ясним відчуттям меж».

Рефлексія та ритуал завершення (10 хвилин):

Вправа «Рефлексія»

Ціль: усвідомлення процесів та змін, які відбуваються в учасниць, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану поза заняттями, підведення підсумків.

Обладнання: м'яка іграшка у формі м'яча.

Інструкції: Передається іграшка учасницями групи одна одній з описом свого емоційного стану та заняття (одне-два слова, образа, опису, мелодії тощо).

Заняття №9

Ціль: продовження дослідження свого психологічного простору та особистісних меж та способів взаємодії з іншими.

Задачі:

- укріпити межі психологічного простору;
- сформуванати навичку визначати свою позицію в просторі;
- сприяти розвитку навички центрування.

Хід заняття:

Ритуал привітання та розминка (15 хвилин):

Бесіда в колі.

Окреслення задач зустрічі.

Вправа «Центрування та заземлення» (5 хвилин) – авторка Л.Марчер, тілесна терапія [див. 10, стор. 97].

Мета: підвищити ресурсні можливості учасниць, укріпити почуття власної гідності, розвинути здатність відчувати свою укоріненість та стійкість.

Основний блок роботи (60 хвилин):

Вправа «Вогонь і крига» (10 хвилин)

Мета: розвиток навичок напруження і розслаблення.

Інструкція: Вправа включає поперемінні напруження і розслаблення усього тіла. Учасники стоять в колі. По команді ведучого «Вогонь» учасники починають інтенсивні рухи усім тілом. Плавність і міру напруги кожен учасник вибирає довільно. По команді «Лід» учасники застигають в позі, в якій їх застигла команда, напружуючи до межі усе тіло. Ведучий кілька разів чергує обидві команди, довільно міняючи тривалість виконання тієї і іншої.

Вправа «Моя дистанція» (15 хвилин) - авторка Л.Марчер, тілесна терапія [див. 10, стор. 98].

Мета: Визначення та усвідомлення проблем з межами особистого простору та їх корекція. Дослідити та усвідомити вплив різних дистанцій на особистий та соціальний рівні контакту.

Вправа «Межі і взаємодія» (10 хвилин) - авторка Л.Марчер, тілесна терапія [див. 10, стор. 99].

Мета: дослідження та тренування навички зберігати себе в центрованому стані та вступати в контакт зі збереженням власної гідності.

Вправа з мотузкою «Моя територія» (15 хвилин) - авторка Л.Марчер, тілесна терапія [див. 10, стор. 99].

Мета: Укріплення слабких та крихких меж психологічного простору, допомогти учасницям групи навчитися краще усвідомлювати свої власні межі та бути господарями свого психологічного простору.

Вправа «Захист простору» (10 хвилин)

Мета: дослідження того, як людина поводиться у відповідь на зовнішню дію і скільки простору вона дозволяє собі зайняти у цьому світі.

Виконується в парах, один активний учасник - ведучий, інший, що пасивно спостерігає, - ведений.

Ведений визначає «свій простір», а ведучий його порушує. Ведений лягає в зручну позу на підлозі. Ведучий повинен його оглянути: чи є асиметрія положення. Після цього ведучий починає помалу зрушувати (компактно складати) руки і ноги партнера. А ведений повинен оцінювати, наскільки кожна чергова поза для нього зручна і комфортна. Ведучий складає руки партнера на грудях, кладе ногу на ногу - до тих пір, поки ведений не почне активно чинити опір.

Потім ведений приймає позу ембріона, а ведучий починає його «розкривати». Ведений повинен відстежувати, як реагує його тіло: комфортно йому або незручно.

Що ведений дозволяє з собою робити, а що ні? Якщо ведений хотів чинити опір, але терпів, це говорить про його конформізм.

Потім учасники міняються ролями.

Озвучення домашнього завдання (5 хвилин):

1. Вправа «Центрування та заземлення»;
2. Вправа «Мої щільні та гнучкі межі»;
3. Вправа «Контакт з ясним відчуттям меж».

Рефлексія та ритуал завершення (10 хвилин):

Вправа «Рефлексія»

Мета: усвідомлення процесів та змін, які відбуваються в учасниць, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану поза заняттями, підведення підсумків.

Обладнання: м'яка іграшка у формі м'яча.

Інструкції: Передається іграшка учасницями групи одна одній з описом свого емоційного стану та заняття (одне-два слова, образа, опису, мелодії тощо).

Заняття №10

Ціль: підведення підсумків програми, усвідомлення змін, які відбулися в учасниць, укріплення автономії, перекидування «місточку» між програмою та подальшим особистим життям.

Задачі:

- створити позитивний емоційний стан в групі;
- усвідомити зміни, які відбулись в учасниць;
- проаналізувати власні зміни протягом кожної зустрічі;
- створити ресурсний «якір»;
- надати рекомендації учасницям щодо підтримання здобутих результатів.

Хід заняття:

Ритуал привітання та розминка (15 хвилин):

Бесіда в колі.

Окреслення задач зустрічі.

Вправа «Центрування та заземлення» (5 хвилин) – авторка Л.Марчер, тілесна терапія [10, стор. 97].

Мета: підвищити ресурсні можливості учасниць, укріпити почуття власної гідності, розвинути здатність відчувати свою укоріненість та стійкість.

Основний блок роботи (60 хвилин):

Вправа «Я в групі» (10 хвилин)

Мета: опанування техніки релаксації, формування довірливих стосунків у групі.

Інструкція: Закрийте очі... Нехай кожна тепер візьме правою рукою свою сусідку справа за руку... Потримає її руку в своїй... Спробуйте, не відкриваючи очей, зосередитися на звуках довкола вас, нехай кожна з вас зосередить свою увагу на тому, що чує, що б це не було, і так деякий час послухає та спробує впізнати звуки, які до неї долітають... А тепер, все ще не відкриваючи очей, сконцентруйте свою увагу на долонях, яких ми торкаєтесь... Спробуйте зрозуміти, яка долоня тепліша, яка – холодніша, і запам'ятайте чия це долоня – сусідки справа чи зліва... А тепер, так само, з

закритими очима, розніміть ваші руки та зосередьтеся на своєму диханні, відчуйте, як повітря входить та виходить через ніздрі та губи, як рухається грудна клітина та живіт при кожному вдиху та видиху... А тепер спробуйте порахувати кожних вдих та видих і на п'ятому відкрийте очі.

Вправа «Зміна образу життя» (10 хвилин)

Мета: усвідомлення процесів та змін, які відбулися та продовжують відбуватися у учасниць програми, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану після програми.

Інструкція: Всі учасниці програми отримують картку та слухають інструкцію: «Під час програми ми отримали багато знань та навичок, мені яких – полегшити ваше життя. Нажаль, навички, отримані під час програми, можуть поступово розвіятися, бо мають таку тенденцію, якщо не прикладати свідомих зусиль для їх підтримання в своєму щоденному житті. Для того, щоб продумати що і як ви будете застосовувати в своєму житті найближчим часом, ми пропонуємо написати на картці три зміни, які кожна з вас реалізує в себе в найближчий тиждень після програми.

Кожна учасниця пише на картці своє ім'я та номер телефону. Учасниці в парах об'єднуються картками та домовляються через тиждень здзвонитися і розповісти одна одній про результат.

Вправа «Привіт, я хочу тобі сказати...» (10 хвилин)

Мета: створення позитивного емоційного налаштування та атмосфери безпеки в групі, проведення процесу завершення та підведення підсумків.

Інструкція: Кожна з вас буде зараз підходити до будь-якої іншої учасниці і скаже фразу «Привіт, я хочу тобі сказати...» з продовженням словами про те, які зміни вона бачить за час програми у своїй колесі. Важливо поспілкуватися з усіма. Після того, як всі поспілкувалися – кожна учасниця ділиться тим, що найбільше відгукнулося.

Вправа «Очікування» (10 хвилин)

Мета: визначити, наскільки справдилися очікування кожної учасниці програми.

Матеріали: стікери, ручки.

Інструкції: ведучий малює гору на дошці, а учасникам програми пропонується на стікерах записати, наскільки виправдались їхні очікування, проаналізувати власні очікування і по черзі висловитися, чи справдилися вони (повною мірою, частково), чи не справдилися, чи взагалі виявилися недоречними і ці стікери перенести на вершину гори.

Міні-лекція «Підтримання здобутих результатів» (10 хвилин)

Мета: розповісти про стратегії підтримання здобутих результатів, психоедукація про властивості мозку іти найкоротшим шляхом, як бути з можливими «зривами», укріплення свого «здорового Я».

Вправа «Банка ресурсів» (10 хвилин)

Мета: створити ресурсний «якір» накопичених знань, навичок та досвіду.

Матеріали: різнокольоровий пісок, мініатюрні пляшечки з ниткою.

Інструкції: пісок різного кольору уособлює ті ресурси, знання, вміння, досвід та результати, які кожна з вас збрала за період програми. Ви можете зробити свій талісман, наповнивши мініатюрні пляшечки в довільному порядку та поєднанню цими ресурсами і забрати з собою. Вона буде вам нагадувати про них та у будь-якій складній ситуації можна буде взяти з неї собі потрібний ресурс.

Рефлексія та ритуал завершення (10 хвилин):

Вправа «Рефлексія»

Ціль: усвідомлення процесів та змін, які відбуваються в учасниць, посилення позитивного емоційного стану, створення умов для підтримки цього стану поза заняттями, підведення підсумків.

Обладнання: м'яка іграшка у формі м'яча.

Інструкції: Передається іграшка учасницями групи одна одній з описом свого емоційного стану та заняття (одне-два слова, образа, опису, мелодії тощо).

Сумісне фото.