

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЖІНКАМ З РОЗЛАДАМИ
ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0531-3з
спеціальності 053– Психологія

Шнайдер Олена Анатоліївна

Керівник: кан.психол.н., доцент Малина О. Г.

Рецензент: к.психол.н., доц. Залановська Л.І.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« _____ » _____ 2022 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Шнайдер Олена Анатоліївна

Тема роботи Психологічна допомога жінкам з розладами харчової поведінки

керівник роботи Малина О.Г. кан.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «20» 07 2022 року № 886-с

2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: Аналіз порушень харчової поведінки у жінок як психологічна проблема. З'ясувати психологічні особливості жінок з розладами харчової поведінки. Виявити параметри порушень харчової поведінки у жінок з розладами харчової поведінки. Розробити ефективну програму психологічної корекції для жінок з розладами харчової поведінки.
5. Перелік графічного матеріалу: відсутні.
6. Консультанти розділів роботи.

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Малина О.Г, доцент		
Розділ 1	Малина О.Г, доцент		
Розділ 2	Малина О.Г, доцент		
Висновки	Малина О.Г, доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2022 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2022 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-червень 2022 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-серпень 2022 р.	Виконано
5	Написання висновків	вересень 2022 р.	Виконано
6	Передзахист	листопад 2022 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2022 р.	Виконано

Студент _____ О.А. Шнайдер

Керівник роботи _____ О.Г. Малина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О. М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 53 сторінках, 18 джерел.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості жінок з розладами харчової поведінки.

Предмет дослідження – методи допомоги при розладах харчової поведінки у жінок.

Мета роботи – на основі виявлених психологічних особливостей розладів харчової поведінки у жінок розробити ефективну програму психологічної корекції харчової поведінки.

Гіпотеза дослідження: передбачаємо, що буде ефективною програма психологічної корекції харчової поведінки жінок із розладами харчової поведінки.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико – методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел; емпіричні: спостереження, тестування.

Наукова новизна полягає у розробці програми психологічної корекції харчової поведінки жінок із розладами харчової поведінки.

Галузь використання: приватна практика психотерапевта.

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ, ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА ЖІНОК, ПСИХОКОРЕКЦІЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК, ЇЖА, МІЖОСОБИСТІСНІ ВІДНОСИНИ, ПСИХОКОРЕКЦІЯ.

SUMMARY

Shnaider O. A. Psychological assistance to women with eating disorders.

The qualifying work consists of Introduction, 2 Chapters, Conclusion, References (18 items, 6 of foreign origin). The qualifying work volume is 48 pages long, 36 of them – main text.

The qualifying work gives theoretical survey and describes the program of psychological correction of eating behavior of women with eating disorders, psychological aspects of eating disorders in women. The master thesis is composed of 2 chapters, one of which deals with the psychological analysis of eating behavior problems; the second section is devoted to psychological help for women with eating disorders.

The research object: the psychological characteristics of women with eating disorders.

The research subject: the methods of helping with eating disorders in women.

The research goal: is to develop an effective program of psychological correction of eating behavior based on the identified psychological features of eating disorders in women.

The research tasks are:

- To analyze the eating disorders in women as a psychological problem.
- To find out the psychological characteristics of women with eating disorders.
- To identify the parameters of eating disorders in women with eating disorders.
- To develop an effective program of psychological correction for women with eating disorders.

Chapter 1 «Psychological analysis of the problem of eating behavior of women» provides theoretical analysis of the food behavior of women as a psychological phenomenon, examination of the psychological aspects of eating disorders of women, theoretical approaches have been generalized and systematized to design the psychocorrective program.

In the Chapter 2 «Psychological help for women with eating disorders» explains the methodological principles of the organization of psychological assistance to women with eating disorders and the psychological technologies for correcting women's eating behavior. The program of psychological correction of eating behavior of women with eating disorders has not been tested. There is a need to test the effectiveness of the program in the future.

Key words: eating disorders, eating behavior of women, psychocorrection of eating behavior of women, food, interpersonal relations, psychocorrection.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК.....	9
1.1. Харчова поведінка жінок як психологічний феномен.....	9
1.2. Психологічні аспекти порушень харчової поведінки жінок.....	11
1.3. Психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки.....	15
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЖІНКАМ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	20
2.1. Методичні засади організації психологічної допомоги жінкам із порушеннями харчової поведінки.....	20
2.2. Психологічні технології корекції харчової поведінки жінок.....	27
2.3. Програма психологічної корекції харчової поведінки жінок із розладами харчової поведінки.....	32
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	52

ВСТУП

Наш світ змінюється швидкими темпами, алгоритмів стає все більше, стреси все довшими та частішими, а витривалість нервової системи не змінюється. Блага цивілізації допомагають нам жити довше, спілкуватися в будь-який час з різними людьми та миттєво знаходити ту інформацію, яка потрібна на даний момент. Як і кожне явище, такий розвиток має дві сторони. Розлади харчової поведінки, так само має і свою «темну» сторону нашого блискавичного, про яку починають говорити все більше і помічати лише зараз.

Актуальність теми дослідження. В чому полягає актуальність самої проблеми розладів харчової поведінки? Розлади харчової поведінки належать до найбільш смертельно небезпечних психічних захворювань, поступаючись тільки передозуванням наркотиками. Вважаймо, що діагностування та лікування розладів харчової поведінки значно може покращити якість життя людини, яка живе значно довше і одночасно з постійними зовнішніми викликами сьогодення. Своєчасність діагностування і усвідомлення суспільством, що розлади харчової поведінки це хвороба і потрібне лікування, допоможе звернутися на ранніх етапах та пришвидшить одужання. Робота присвячена категорії жінок. Саме жінки втрачають час, гроші, здоров'я, життєві можливості і саме життя в нескінченній гонитві за «кращим» тілом.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Порушення харчової поведінки – це надзвичайно складна, загрозлива медико - соціальна проблема сучасної медичної психології, яка не зважаючи на зростаючу поширеність та актуальність залишається найбільш діагностичною та терапевтично ускладненою, недостатньо вивченою в психології і потребує системного наукового узагальнення.

Науковий аналіз різних аспектів порушення харчової поведінки міститься у дослідженнях вітчизняних та зарубіжних дослідників. Так клінічні і

диференційно- діагностичні аспекти проблеми розглянуто у дослідженнях Л. М. Абсалямової, І. В. Самойленко, О. Г. Малина.

Соціально - психологічні чинники невдоволення власною зовнішністю, особливо пропорціями фігури і вагою вивчались у дослідженнях М. А. Салюк, А. О. Тіунова.

Питання психологічної допомоги при розладах харчової поведінки вивчались В. І. Шебановою і Л. М. Абсалямової.

Об'єктом дослідження є психологічні особливості жінок з розладами харчової поведінки.

Предметом дослідження є методи допомоги при розладах харчової поведінки у жінок.

Мета дослідження. На основі виявлених психологічних особливостях розладів харчової поведінки у жінок розробити ефективну програму психологічної корекції харчової поведінки.

Гіпотеза дослідження: передбачаємо, що буде ефективною програма психологічної корекції харчової поведінки жінок із розладами харчової поведінки.

Завдання дослідження.

1. Аналіз порушень харчової поведінки у жінок як психологічна проблема.
2. З'ясувати психологічні особливості жінок з розладами харчової поведінки.
3. Виявити параметри порушень харчової поведінки у жінок з розладами харчової поведінки.
4. Розробити ефективну програму психологічної корекції для жінок з розладами харчової поведінки.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико – методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел; емпіричні: спостереження, тестування.

Апробація роботи. Основні положення роботи були представлені на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю (28-29 жовтня 2022 року, м. Запоріжжя) з темою «Психологічна допомога жінкам з розладами харчової поведінки».

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (18 найменувань). В першому розділі розглянуто поняття та сутність розладів харчової поведінки у жінок. Другий розділ присвячено психологічно – корекційній програмі для жінок з розладами харчової поведінки. Загальний обсяг дипломної роботи викладено на 53 сторінках, основний зміст - 36 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

1.1. Харчова поведінка жінок як психологічний феномен

Наш світ змінюється швидкими темпами, алгоритмів стає все більше, стреси все довшими та частішими, а витривалість нервової системи не змінюється. Блага цивілізації допомагають нам жити довше, спілкуватися в будь-який час з різними людьми та миттєво знаходити ту інформацію, яка потрібна на даний момент. Як і кожне явище, такий розвиток має дві сторони. Розлади харчової поведінки, так само має і свою «темну» сторону нашого блискавичного, про яку починають говорити все більше і помічати лише зараз.

В чому полягає актуальність самої проблеми розладів харчової поведінки? Розлади харчової поведінки належать до найбільш смертельно небезпечних психічних захворювань, поступаючись тільки передозуванням наркотиками. Близько 26% людей з розладами харчової поведінки намагаються накласти на себе руки. Не менш важливим є і те, що розлади харчової поведінки – це не просто про схуднення та дієти: 97% таких людей мають один або кілька супутніх станів, включаючи розлади настрою, в основному тяжку депресію (94%), тривожні розлади (94%), obsесивно-компульсивний розлад (20%), посттравматичний стресовий розлад (22%) та деякі інші. Проблема розладів харчової поведінки – це зовсім не про їжу, це лише маркер більш глибоких психологічних проблем. На сучасному етапі існування це питання лише набирає популярність у масових колах [5, 139]. Вважаймо, що діагностування та лікування розладів харчової поведінки значно може покращити якість життя людини, яка живе значно довше і одночасно з постійними зовнішніми викликами сьогодення. Своєчасність діагностування і усвідомлення суспільством, що розлади харчової поведінки це хвороба і

потрібне лікування, допоможе звернутися на ранніх етапах та пришвидшить одужання.

Робота присвячена категорії жінкам. Саме жінки втрачають час, гроші, здоров'я, життєві можливості і саме життя в нескінченній гонитві за «кращим» тілом. І цей процес запускається на самому початку, коли дівчатка одержують перші іграшки. Чим раніше дитину привчають до нереалістично струнких ляльок, тим сильніше вона прагнетиме худоби [15].

Коли справа доходить до наших тіл, сором – це занадто поширене почуття, яке притаманне багатьом людям, особливо жінкам. За статистикою: в будь – який середній день 97% жінок говорять, що їм не подобається їхнє тіло. І дослідник Брен Браун виявив, що джерелом ганьби номер один для жінок є тіло і вага. Більше 67% жінок говорять, що вони дотримуються дієти, щоб змінити своє тіло [18].

Перший опис розладу харчової поведінки з'явився у 1689 році, коли англійський лікар Річард Мортон описав два випадки «нервового споживання»: він зазначав, що втрата апетиту не пояснюється з точки зору фізіології.

Першою ґрунтовною роботою вважається робота Хільди Брух: «Розлади харчування: ожиріння, нервова анорексія та людина всередині» (1973), яка ґрунтувалася на спостереженнях у терапії складної природи розладів харчової поведінки протягом кількох десятиліть. Вона з'ясувала, що для розвитку розладів харчової поведінки необхідний ключовий фактор - нездатність назвати, висловити або витерпіти певні емоції [13].

У 1990 р. Дж. Томсон в своїх книгах «Порушення образу тіла: оцінка і лікування» і «Образ тіла, розлади харчової поведінки і ожиріння: інтеграційне керівництво для оцінки і лікування» відобразив усе зростаючий науковий і клінічний інтерес до розладів харчової поведінки і ожиріння, додавши дані щодо оцінки і лікування розладів образу тіла. А в книзі «Сувора краса: теорія, оцінка і лікування розладу образу тіла» він розглядає роль соціокультуральних чинників, міжособистісних стосунків, травматичного раннього підліткового

досвіду кепкувань і критики однолітків в розвитку і фіксації порушень образу тіла.

Харчова поведінка містить у собі установки, форми поведінки, звички й емоції, що стосуються їжі і є індивідуальними для кожної людини. Так, під харчовою поведінкою розуміється ставлення до їжі та її прийому, стереотипи харчування у повсякденних умовах і в ситуаціях стресу та дистресу, включає орієнтацію дитини на образ власного тіла та її дії з його розвитку і формування [9, 222].

Розлади харчової поведінки – це нездорові копінгові механізми, які людина використовує у намаганнях подолати болючий, глибинний психотравматичний досвід. Вони уособлюють патологічний психоемоційний стан [4].

У 2015 році в Україні була заснована Асоціація лікарів і психологів «Розлади харчової поведінки: терапія та превенція». В межах цієї організації діє науковий комітет – робочий колегіальний орган з питань наукових досліджень і технологій в області розладів харчової поведінки. Організація активно займається перекладом міжнародних протоколів та джерел із психотерапії розладів харчової поведінки, проте багато з них ще залишаються поза доступом вітчизняних спеціалістів.

1.2. Психологічні аспекти порушень харчової поведінки жінок

Розлади харчової поведінки це група симптомів, пов'язаних із вживанням їжі, надмірним переїданням або обмежувальним типом харчування, що супроводжуються низкою деструктивних думок самоствавлення та супроводжуючих переживань провини, сорому по відношенню до себе. Виділяють наступні види розладів харчової поведінки: нервова анорексія – цей розлад характеризується суттєвими обмеженнями раціону харчування (без втрати голоду), дієтами, або голодуванням, що призводить до зниження ваги індексу маси тіла (ІМТ) нижче 18 та значного впливу на фізичне здоров'я;

нервова булімія – цей розлад характеризується повторюваними епізодами голоду та переїдання, що супроводжуються очисною поведінкою: блювання, компульсивний спорт, прийом диуретиків та слабильних; компульсивне переїдання – цей розлад характеризується повторюваними епізодами голоду та переїдання, які супроводжуються збільшенням ваги та ожирінням. Виділяють також атипові форми. Атиповий діагноз ставиться при невідповідності одного або декількох симптомів, але відповідності переживань і поведінки загальному опису захворювання.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10), яка є офіційною клініко – діагностичною класифікацією, прийнятою в нашій країні, розлади харчової поведінки включено до розділу F 50 – F 59 – Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами, які містять: F 50 – Розлади харчової поведінки, F 50.0 – Нервова анорексія, F 50.1 – Атипова нервова анорексія, F 50.2 – Нервова булімія, F 50.3 – Атипова нервова булімія, F 50.4 – Переїдання, пов'язане з іншими психогенними порушеннями, F 50.5 – Блювання, асоційоване з іншими психогенними розладами, F 50.8 – Інші розлади харчової поведінки, F 50.9 – Розлади харчової поведінки не уточнені.

Особливо важливим чинником, який може слугувати фактором виникнення є тиск з боку родини. По – перше, батьківський тиск щодо схуднення, родинна критика стосовно маси тіла та матеріальні вкладення у струнку фігуру доньки позитивно корелюють з підлітковими розладами харчової поведінки. По – друге, у порівнянні з «контролюючими мамами», матері дівчат-підлітків із розладами харчової поведінки показали більші обмеження власних дітей у харчуванні, спонукання доньок до інтенсивних дієт та фізичних вправ, та їх сприйняття як більш повних та менш привабливих, аніж насправді. Слід однак зауважити певну різницю між контролюючими мамами та батьками підлітків із харчовими розладами. По – третє, дослідження вказують, що булімічні пацієнтки зазнають більшого тиску схуднути з боку членів родини, аніж індивіди з контролюючими батьками, і багато пацієнтів

зазначає, що вони розпочали булімічну поведінку саме в результаті родинного тиску щодо зменшення ваги. По – четверте, проблеми загального характеру у функціонуванні 122 сімейної системи нерідко корелюють із харчовими патологіями. Пацієнтки з харчовими розладами вказують, що їхні родини більш конфліктні, неорганізовані, більше схильні до критики, а менше до допомоги, якщо порівнювати із «контролюючими» родинами. По – п'яте, існують свідчення безпосереднього моделювання нездорової харчової поведінки батьками пацієнток [3]. Тобто родина, може закласти установки та патерни розладів харчової поведінки. Родина є першим соціумом, який впливає на дівчинку в дитинстві. Дитина не може протистояти батькам, дівчинка звикає бути зручною для батьків, відтворюючи бажану фігуру для батьків.

Важливим фактором виникнення булімії є порушення образу власного тіла. Воно виникає, як і у випадку з анорексією, через соціальний тиск стосовно ідеалів зовнішності. Але ці ідеали не завжди є досяжними і майже ніколи здоровими. Якщо у пацієнта нервова булімія, то засоби масової інформації та соціальні мережі будуть лише поглиблювати незадоволеність своєю вагою і зовнішністю загалом. Неадекватне сприйняття себе призводить до того, що особа постійно дотримується дієт або голодування. Що в свою чергу призводить до збільшення ризику булімічних патологій, бо людина порушуючи власні правила харчування починає відчувати провину і потребу у поверненні їжі. Дієти здатні провокувати обжерливість (ефект стриманості – зриву). Вони сприяють зсуву контролю харчової поведінки з фізіологічних механізмів на когнітивні, що підвищує ризик переїдання у випадках, коли когнітивні процеси порушуються інтенсивними емоціями. Істотною є роль негативних афектів, адже в багатьох культурах та ментальності зовнішність є одним з найважливіших оціночних параметрів. Виражений негативний афект підвищує ризик переїдання у тих, хто таким чином забезпечував собі комфортний психічний стан. У дослідженнях показано, що окремі особи можуть вдаватися до викривленої харчової поведінки з позбавлення їжі [6]. Отже, образ власного тіла це не те, що дівчина або жінка бачить у відображенні. У психіці це є

відтворення думок оточуючих про людину, а не власного відображення у дзеркалі. Навіть, коли жінка є дуже худю, сама вона відчуває себе товстою, недостатньо ще худю та потворною у дзеркалі. Зовнішність та образ тіла у жінок з розладами харчової поведінки відрізняється від реального і того, що є в їх голові.

Так, дослідники Браун і Тігеманн встановили взаємозв'язок між переглядом фотографій в Instagram і настроєм і незадоволеністю тілом у молодих жінок. Учасникам був показаний один з трьох наборів зображень: зображення знаменитостей в Instagram, зображення невідомих, однаково привабливих однолітків в Instagram або набір контрольних зображень подорожей з Instagram. Не дивно, що ті, хто переглядав зображення знаменитостей і однолітків, відчували більш негативний настрій і велику незадоволеність своїм тілом, ніж ті, хто переглядав зображення подорожей [14]. Порівняння себе з оточуючими та прагнення до постійного недосяжного ідеалу. Включення в реальне життя, коли жінка має бажане тіло або красиву картинку в соціальних мережах. Життя не для себе, а на показ, отримуючи схвалення та підтримку, коли картинка красива і навпаки осуд, якщо жінка набрала різко додаткові кілограми. Отримуючи думку щодо додаткових кілограмів, жінка поринає в дитячі спогади, де батьки звертали увагу на самоцінність худорлявості.

Перфекціонізм виявляється у прагненні до постійних досягнень, які для жінки є визначенням власної цінності. Це бажання бути «найкращим у найгіршому»: дотриманні харчових ритуалів та правил, досягнення мінімальної ваги як засіб самоствердження та реалізації свого буття. Обмеження дає несправжнє і тимчасове почуття перемоги та контролю над собою і життям. При цьому людина не здатна відчувати справжнє задоволення або щастя від своїх досягнень, і одразу ставить нові цілі по схудненню або відбувається зрив. І ніяких маленьких поразок, оскільки жінка не сприймає і не дозволяє їх. Думки починають наздоганяти і спотворюючи будь-який результат, і в голові

постійний недостатньо сильна, недостатня сила волі, жінка вважає себе потворою, коли вона з'їсть морозиво або інший заборонений продукт.

Недостатньо теплі відносини з батьками і проблеми, реакції опозиції призводять до нестійкості самооцінки і труднощів у формуванні зрілої, дорослої особистості. Звідси схильність до перфекціонізму, залежність від схвалення оточуючих. Під постійним тиском і контролем батьків розвивається соціально- психологічний інфантилізм та залежність. За тотальної опіки батьків формується нездатність до власного активного втручання в обставини життя, емоційна лабільність, не сформованість потреби в саморегуляції, неузгодженість, нестійкість або вузькість мотиваційної ієрархії.

Підвищена тривожність і схильність до депресивних реакцій дає наявність психологічного ґрунту до легкого формування дисморфофобії, викривлене сприйняття себе й хибна інтерпретація зміни ставлення з боку оточуючих [8; 80].

Розлади харчової поведінки – це нездорові копінгові механізми, які людина використовує у намаганнях подолати болючий, глибинний психотравматичний досвід. Вони уособлюють патологічний психоемоційний стан. Відстояти себе та свою зовнішність – це піти у конфлікт зі своїм оточенням, прожити глибинні емоції неприйняття, відчуженості суспільством – це найбільший страх і сором.

1.3. Психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки

Серед ознак розладів харчової поведінки можна виділити зовнішні (соціальні та фізіологічні) та внутрішні (мисленні) прояви.

Внутрішніми, або мисленневими проявами є: думки про дієту або їжу займають більшу частину дня людини (життя людини); хронічне почуття провини пов'язане з тілом та харчуванням; наявність поняття про «правильну» та «неправильну» їжу; наявність харчових ритуалів та фіксованої послідовності,

часових меж прийому їжі; низька самооцінка та невдоволеність власним тілом (дисморфофобія, нав'язливі ідеї про дефект, та його виправлення); симптом «дзеркала» - бажання постійно оцінювати себе зовні (відображення в дзеркалі) або за вагою, параметричними вимірами; фіксація на калорійності, вазі, або кількості їжі; заперечення голоду, страх та неприйняття голоду, боротьба з цим почуттям.

Соціальними проявами (прояви у сім'ї) осіб з розладами харчової поведінки є: інші сфери життя людини залежать від харчової поведінки; наявність компенсаторної поведінки після прийому їжі (проносні та сечогінні препарати, блювання, фізичні навантаження, деструктивні думки), що має вигляд «очищення» від їжі; відмова від їжі загалом або частково (відмова від окремих типів їжі, що вважаються шкідливими); нав'язливе намагання нагодувати інших; надмірна цікавість до того, що і в якій кількості їдять інші, орієнтація на порції інших при виборі інших; знервованість у розмові про харчування, уникнення цієї розмови; дотримання дієти не зважаючи на втому, хворобу та інші умови й обставини; страх їсти публічно, відвідувати соціальні заходи пов'язані з прийомом їжі, ізоляція, відстороненість; вільний одяг (щоб приховати тіло, яке викликає сором, порізи та інші наслідки самопошкодження).

Фізичними проявами поведінки є: апатія, байдужість, безсилля; догматичне, ригідне мислення, безкомпромісність (особливо у розмовах стосовно поведінки та здоров'я), фіксовані думки та установки, поведінкові ритуали, надмірна цінність у правилах (дієти, контролю ваги, тощо); заперечення, відмова лікування та уникнення/страх лікарів, психотерапевтів, підтримки близьких; проблеми з концентрацією; розлади сну; часта втрата свідомості, хронічна слабкість у кінцівках [4; 25].

Люди, які страждають розладами харчової поведінки, часто стикаються з різними моделями проблемних думок. Визнання, виклик і зміна негативних моделей мислення є одним з основних компонентів когнітивно-поведінкової

терапії. У пацієнтів із розладами харчової поведінки можуть спостерігатись наступні когнітивні фіксації

«Вимоги до себе (Shoulds)» – це вимоги, які жінка ставить перед собою, наприклад, думка «Я повинна була би бути ще худішою» або «Я повинна бути ідеальною». У розладах харчової поведінки, це когнітивне викривлення може містити думки про необхідність займатися фізичними вправами, визначати яку їжу слід / не можна їсти або необхідність зважувати. Кількість таких вимог до себе необмежена, постійні вимоги, нереальність виконання всіх вимог до себе.

Мислення «Все або нічого» – цей тип мислення сприяє перфекціоністським тенденціям, оскільки змушує вірити в те, що щось або цілком нормально / правильно, або зовсім неправильно. При розладах харчової поведінки, цей тип мислення виявляється у планах дотримуватися певного дієтичного правила – жінка схильна відчувати, що її день повністю зіпсований, коли їсть щось «неправильне», або змінюється її вага. Відчуття миттєвої зміни ваги (відчуття зайвих три кілограми), якщо жінка з'їсть заборонений продукт. Таке мислення, ще можна назвати чорно-біле. Жінка не бачить інших кольорів життя. Вона не вміє жити по середині, від крайності схуднення до крайності набору ваги у своєму викривленому самосприйнятті.

«Надмірне узагальнення» – відбувається, коли жінка вважає, що негативний досвід або ситуація повністю описує її життя. Прикладом може бути віра в те, що рецидив розладу харчової поведінки або його симптому означає, що жінка ніколи не відновиться повністю. Разом з тим, жінка ніби звинувачує себе усюди, навіть там, де вона немає ніякого відношення.

«Катастрофізація». Кожного разу, коли жінка вважає, що ситуація настільки погана, що вона просто не може її пережити, вона катастрофізує ситуацію чи її результат. Наприклад, жінка може вірити, що якщо вона важитиме на три кілограми більше, вона нікому не сподобається і залишиться одна. Мислення, що суспільство або оточення приймає тільки худеньких, в інших випадках відчуження або відчуття нецікавої.

«Маркування». Маркування – це когнітивне викривлення, яке допомагає віднести людей та речі до певних категорій. Прикладами цього можуть бути: «Я така невдаха», «У мене немає самоконтролю» або «Ці продукти змусять мене набирати вагу». Як правило, ці ярлики занадто спрощені і не можуть описати всі різноманітні особливості людини.

«Несприятливі порівняння». Багато людей із розладами харчової поведінки порівнюють зовнішній вигляд, вагу та кількість їжі з оточуючими людьми. Ці порівняння, як правило, завжди негативні. Наприклад, якщо жінка переконана, що хтось важить менше, ніж вона, думки про розлади харчової поведінки можуть зосередитись на тому, що вона «повинна» також важити менше. Однак, якщо людина вважає, що важить менше, думки про розлади харчової поведінки зосереджуються на тому, щоб тримати її у меншій вазі.

«Персоналізація». Коли жінка персоналізує, вона вірить, що всі події є її власною провиною [16].

Прожити власне життя з усіма барвами, страхами, емоціями та відчувати смак їжі, завдання не з легких. Одним з сучасних загроз на шляху задоволення власного життя та здоров'я є розлади харчової поведінки. Прийом їжі має бути не контрольованим, як дихання. Харчування це біологічний процес, який забезпечує наш організм необхідними мікроелементами та задоволенням під час прийому їжі. При розладах харчової поведінки, харчування виконує інші функції: проживання негативних емоцій з їжею, підняття настрою та контрольованість життя. Самоцінність їжі та фігури, а не власна індивідуальність та унікальність. Складність розладів харчової поведінки підкріплюється схваленням родиною, друзями, колективом, соціальними мережами. Саме це оточення має бити на сполох і звертати увагу, що це хвороба, яка розпочинається з першою вдалою дієтою у дівчинки. Дівчинка отримує ту омріяну любов, увагу, схвалення, успіх з першими втраченими кілограмами. Вона, ще не може відстояти свої кордони в суспільстві, а тому формується сталий зв'язок: їжа-небезпека, дієта-відчуття зірковості, позначка на вагах-опора стабільності.

Отже, параметри розладів харчової поведінки у жінок можна сформувати у три групи. Перша група параметрів це порушення контакту з власним тілом. Жінка не приймає власне тіло, а приймає його після виснажливих дієт або тренувань. Якщо жінка дозволила собі з'їсти морозиво, їй у відображенні здається, що вона набрала одразу 10 кілограмів. Друга група параметрів це порушення відносин з їжею, їжа наділяється додатковими смислами. Проживання негативних емоцій з їжею, їжа виконує перекручені психологічні смисли. Третя група параметрів проявляється порушеннями у міжособовому спілкуванні. Жінка готова жертвувати власними інтересами заради інших, бо вона не може сказати своєму оточенню «ні».

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЖІНКАМ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Методичні засади організації психологічної допомоги жінкам із порушеннями харчової поведінки

Психологічна допомога при розладах харчової поведінки – це підтримуючий процес для постановки пріоритетів та цілей, а також створення індивідуалізованих планів дії для клієнта, який визнає та підтримує відповідальність за турботу про себе. Для того, щоб праця фахівців була дієвою, фахівці з розладів харчової поведінки мають розумітися на наукових основах харчової поведінки людини та дієтології, на різноманітних етнічних та регіональних кулінарних особливостях.

У випадках крайнього виснаження для рятування життя хворих можуть знадобитися госпіталізація і насильницьке годування. Психотропні засоби - транквілізатори або антидепресанти - дають, мабуть, лише короточасний ефект. Багато лікарів в якості основних методів лікування використовують сімейну терапію, індивідуальний психоаналіз, поведінкову терапію і ендокринне лікування, причому усі ці підходи мають приблизно рівну ефективність. Нині вважається, що найкращі результати дає комбінований підхід із застосуванням деяких або усіх перерахованих видів лікування.

Психокорекція має бути спрямована на виявлення спонукальних мотивів, почуттів і прагнень хворих. Психотерапевт або психотерапевтична група повинні наполегливо і послідовно, але у край обережно розвивати у хворих упевненість в собі і прагнення до лікування.

Внаслідок різноманітного і важкого протікання нервово-психічної анорексії необхідно, щоб лікуванням таких пацієнтів займалися досвідчені лікарі в спеціалізованих центрах. Лікування при цьому обов'язково має бути

багатофакторним. Консервативне лікування спрямоване на відновлення маси тіла і корекції метаболічних порушень. Строго кажучи, пацієнти з помірними (65-80 % від ідеальної маси тіла) і важкими (менше 65 % від ідеальної маси тіла) порушеннями маси тіла або низьким прогностичним харчовим індексом мають бути госпіталізовані в клініку, де їм призначають спеціальне лікувальне харчування з відповідними добавками [2; 36].

В обов'язковому порядку у таких пацієнтів необхідно застосовувати психологічну корекцію - як самостійно, так і в комбінації: 1) з поведінковою терапією, виробленням різних умовних рефлексів; 2) з когнітивною терапією, наприклад, оцінкою і вивченням спотворень розумових процесів; 3) з сімейними консультаціями; 4) з фармакологічним лікуванням, із застосуванням хлорпромазину або антидепресантів.

Як правило, нервова анорексія викликається психосоціальними причинами (наприклад, проблемами в сім'ї, на роботі і тому подібне) У тих випадках, коли не виявлено органічних причин нервової анорексії, а недостатнє функціонування щитовидної залози, надниркових залоз і статевих залоз (аменорея, нерегулярні місячні) є усього лише наслідком недоїдання, передусім, необхідно виключити в диференціальному діагнозі гіпертиреоз, туберкульоз, злоякісні пухлини, особливо в області сечостатевих органів [17; 158].

Основу терапії нервової анорексії складає усунення конфліктних ситуацій (психотерапія при безпосередній участі членів сім'ї) і поступове приведення розпорядку життя в нормальний стан.

Пацієнтів з нерво-психічною булімією лікують амбулаторно. Курс лікування включає як когнітивну терапію (розпізнавання ненормальної поведінки пацієнта), так і терапію, спрямовану на безпосередню корекцію ненормальної поведінки. Антидепресанти корисно застосовувати у складі комплексної терапії, а не як єдиний засіб лікування. Будь-яка корекція зайвої ваги повинна проходити під спостереженням декількох фахівців: дієтологів, ендокринологів, психотерапевтів і психологів [7; 5]. Причому, в першу чергу, за

лікування повинен відповідати саме психотерапевт, оскільки тільки він може визначити, яке саме зниження ваги в психічному плані буде безпечним для кожної конкретної людини. Якщо є симптоми нервової булімії, то спочатку необхідновилікувати цей розлад. Для цього застосовується спеціальна програма, яка складається з ряду послідовних психологічних вправ. Їх мета полягає в тому, щоб навчити людину виходити без втрат з важких життєвих ситуацій, вивільнити внутрішнє «Я» і допомогти повніше реалізувати його на практиці. Після роботи людина перестає уникати конфліктних ситуацій і починає знаходити нові можливості для зняття стресів, окрім їжі і паління. Зазвичай програма включає від 5 до 8 занять, які проводяться впродовж 2-х місяців, з наступним річним спостереженням за пацієнтом [2].

В своїй книжці Нардоне Дж. «У полоні у їжі: булімія, анорексія, vomiting. Короткострокова терапія порушень харчової поведінки.» принцип такий, що людина лікує себе сама, а психотерапевт виступає в ролі деякого тренера, що допомагає людині розвинути і реалізувати внутрішні можливості. І найголовніше, те, що людина зуміла досягти сама, вже ніхто не буде в змозі у нього відняти. Оскільки це стає частиною його самого, його внутрішньою суттю. Іншими словами, це стабільний результат і повна відсутність бажання «заїдати» свої проблеми.

На думку Л.М. Абсалямова, психологічна допомога при розладах харчування складається з двох частин або підходів: тілесноорієнтованої терапії і психоаналізу. Кожен з підходів - це окреме заняття, розраховане на 1-1,5 години.

Тілесноорієнтована терапія. Ідея тілесноорієнтованої терапії полягає в наступному: усі наші думки, бажання, незадоволення і тому подібне мають відбиток в нашому тілі. Тобто, якщо коли-небудь мало місце незадоволення, переляк, злість, гнів, роздратування, стрес - усе це відбивається на нашому тілі певними блоками або затисками. Розвиваючи своє тіло, або розкріпачуючи його, ми знімаємо один за іншим ці блоки. Одночасно зі зняттям блоків відбувається зворотний процес на психічному рівні - ми знімаємо стереотипи

стресової поведінки в нашій свідомості, які закріпилися в нас разом з переляком, злістю і т. п.

Психологічна допомога при розладах харчування складається з двох частин або підходів: тілесноорієнтованої терапії і психоаналізу. Кожен з підходів - це окреме заняття, розраховане на 1-1,5 години.

Заняття з тілесноорієнтованої терапії складаються з двох блоків. Кожен блок триває 30-40 хвилин (залежить від стану людини). Перший блок - це вправи, що вибудовують тіло. Другий блок складається з медитативних практик, що головним чином розслабляють, урівноважують, гармонізують і найголовніше, - сприяють впевненості в собі [3].

Психоаналіз. Психологічна консультація може будуватися за канонами психоаналізу і припускає виявлення глибинних мотивів поведінки, що привели до розладів.

Передбачається одночасна робота двох методів. Оскільки в цьому випадку досягається максимальне опрацювання відразу двох рівнів: свідомого і несвідомого.

Також при розробці програми психокорекції харчової поведінки слід врахувати наступне. У психології виділяють декілька основних джерел, емоційно обумовлених (тобто психосоматичних) захворювань.

Перше джерело - це внутрішній конфлікт, конфлікт між частинами особистості, між свідомим і несвідомим в людині, причому така боротьба призводить до руйнівної «перемоги» однієї частини над іншою.

Наприклад, при переїданні можна виділити дві частини особистості, які формують різні моделі поведінки. Одна ніби говорить: «Я хочу себе утішити, заспокоїти їжею і забути усі ці неприємні переживання». Друга частина «закликає»: «Негайно припини їсти, подивися, на кого ти схожа, на що перетворилося твоє тіло!» Обидві ці частини, як чаші вагів, домінують поперемінно, конфліктуючи між собою. Завдання психотерапії в цьому випадку полягає в тому, щоб ці частини примирити. Пригнічення однієї з частин не допоможе усунути зайву вагу собі [2].

Ефективну техніку роботи з конфліктом протилежностей (частин особистості) пропонують нейролінгвістичне програмування і гештальт-терапія . Друга причина - це мотивація, або вторинна вигода. Це дуже значуща причина, тому що симптом нерідко вигідний для пацієнта. При дослідженні відомих, але і досі недостатньо вивчених феноменів взаємозв'язку надмірної ваги і способу життя людини з точки зору отримання стабільних екзистенціальних, біологічних, психологічних і соціальних переваг були виявлені специфічні мотиваційні переваги (термін введений В. А. Петровським), які фіксують зайву вагу. Мотиваційні переваги зайвої ваги виступають як додаткові ресурси для ефективною адаптації до умов існування, як засоби для досягнення значущих цілей. При цьому мотиваційна поведінка ускладнюють терапію і сприяють стабілізації патологічного процесу. Якщо ігнорувати мотиваційні переваги, лікування може придбати швидше симптоматичний, ніж патогенетичний характер.

Існує декілька основних мотивів (вторинних переваг, мотиваційна поведінка) для підтримки психосоматичної хвороби. Будь-яка хвороба:

1. Дозволяє піти від неприємної ситуації або від вирішення складної проблеми.
2. Надає право на турботу, любов, увагу оточення.
3. Усуває необхідність відповідати вимогам оточення і самого себе [2].

Для того, щоб розібратися в проблемі вторинних переваг (мотиваційних переваг) стосовно проблеми зайвої ваги, необхідно вирішити два основні завдання:

1. Визначити потреби, які задовольняються завдяки зайвій вазі;
2. Знайти альтернативні (без участі зайвої ваги) шляхи задоволення цих потреб.

Наступне джерело психосоматичних порушень - ідентифікація, прагнення стати схожим на когось, на ідеал. Постійно імітуючи іншого, людина як би відстороняється від власного тіла. Живучі увесь час в «аурі» іншого, вона, врешті-решт, починає від цього страждати. Особливо небезпечне несвідоме

наслідування батьків. Реалізація батьківського сценарію, можливо, є однією з причин захворювань, які вважають спадковими. Генетики можуть заперечити, що спадкові хвороби передаються генами. Але вони погодяться з тим, що гени багатьох захворювань носять усі люди, а хворіють далеко не усі. Можливо, батьківський сценарій і є тим фоном, на якому починає розвиватися спадкова патологія. На жаль, сценарні порушення погано піддаються психологічній корекції, можливо, тому їх і віднесли до групи спадкових захворювань: що закладене в генах, медицина змінити не може [2].

Ефективна техніка роботи з батьківськими сценаріями розроблена в трансактному аналізі і сімейній психодрамі.

Наступне можливе джерело емоційно обумовлених захворювань - це ефект навіювання. Відомо, що якщо дитині в дитинстві часто повторювати: «дурепа, дурень, бовдур, жаднюга» і т. п., то дуже часто діти починають демонструвати поведінку, що відповідає цьому ярлику, і воно автоматично переходить в доросле життя, навіть якщо потім переробляється за допомогою раціоналізації.

Ще одне джерело - це так звана «мова органів». Так, зайва вага може бути фізичним втіленням фрази. Наприклад, слова «проковтнути образу», «обрости турботами», «живіт міцніший - на серці легше», «хорошої людини повинно бути багато» можуть перетворитися на реальні симптоми.

Ще одним мотивом психосоматичної хвороби може стати самопокарання. Якщо людина здійснює непристойний, на її думку, вчинок, іноді вона несвідомо карає себе. Наприклад, дитині навіювали, що треба шанувати батьків і робити тільки те, що вони вважають потрібним. А коли вона одного разу вирішує поступати по-своєму, то здійснює непристойний вчинок і переживає почуття провини. А провинна шукає покарання [2].

Самопокарання - дуже поширена причина багатьох травм і соматичних порушень. Ще одна значуща причина психосоматичних розладів - це хворобливий, травматичний досвід минулого. Як правило, це психічні травми раннього дитинства [10].

На допомогу терапії приходять дії щодо саморегуляції, які клієнт впроваджує у своє життя. До таких належать регулярний раціон харчування, легалізація усіх продуктів, дослідження думок у деталях, підвищення самооцінки, емоційна регуляція.

Впровадження регулярного раціону харчування. Не лише психіка впливає на харчування, але й навпаки. Суворі дієтичні обмеження збивають роботу гормонів голоду та ситості. Тим самим подаючи сигнал організму голод, недостатньо буде їжі. Організм включає свої додаткові можливості щодо виживання, бо зараз голод, а не біологічний процес скидання зайвих кілограмів. І як наслідок, обмеження та нерегулярне харчування можуть викликати переїдання та провокувати компульсивну поведінку на фізіологічному рівні. Крім того, низька вага може спричинити ригідне мислення, з яким складно працювати у психотерапії та депресивний афект.

Поступово і планомірно залучення до раціону продукти, яких раніше уникав пацієнт (клієнт) – легалізація заборонених продуктів. Цей етап заснований на поступовому позбавленні від фобії їжі, фобії збільшення ваги. Наприкінці цього етапу клієнт змінює ставлення до їжі, сприймаючи її як пальне, перестає ділити на хорошу та погану, відмовляється від старих способів позбавлення емоційної напруги за рахунок їжі. Харчування це біологічний процес, який існує, як дихання.

Дистанціювання дій від думок. Розуміння механізму взаємозв'язку між думками, почуттями та автоматичними діями. Дослідження думок у деталях. Дослідити із клієнтом провокуючі події (тригер), думки які виникають та реалістичні альтернативи для них. Це допомагає прийняти відповідальність за думки та оволодіти ними, а не навпаки думки керують клієнтом.

Розширення підґрунтя самооцінки. Самооцінка клієнта на наприкінці цього етапу має засновуватись не лише на кількості з'їденої їжі та вазі (зовнішньому вигляді,) але й на інших сферах діяльності, соціальній успішності, власних рисах особистості та здібностях у різних сферах.

Зміна поведінки, зосередженої на стеженні за харчуванням. Зменшення дій, що підсилюють тривогу, підвищення самоповаги, навчання навичкам керування настроєм, емоційної регуляції.

Підсумовуючи, використання тих чи інших засобів, методів, технік надання психотерапевтичної допомоги при корекції проблемної харчової поведінки має базуватися на механізмах розвитку проблемної харчової поведінки та відповідних методах нормалізації харчової поведінки або відновлення гармонізації тілесності. Це вимагає розробки системного комплексного підходу до психотерапевтичної корекції.

2.2. Психологічні технології корекції харчової поведінки жінок

Використання теорій та моделей поведінкових змін при описі та впровадженні програм та протоколів психологічної допомоги при розладах харчової поведінки дає можливість практикуючим фахівцям застосовувати перевірені стратегії для покращення ефективності консультування. Теорії зміни поведінки забезпечують теоретичне обґрунтування для індивідуалізованих інтервенцій з психологічної допомоги людям з розладами харчової поведінки, щоб забезпечити потреби клієнтів, які можуть виявляти різний рівень вмотивованості, довіри, підтримки соціального оточення та особистих навичок [1; 10].

За повідомленням В.І. Шебанова, сучасними та найефективнішими психотерапевтичними підходами щодо корекції проблемної харчової поведінки наведені наступні [11; 156].

Сугестивна терапія – презентована різноманітними методами, в основі яких, провідним фактором впливу є лікувальне навіювання: у стані пильнування, гіпнотичного та наркотичного сну; окремо описуються методи самонавіювання (А. Александров, Л. Бурлачук, О. Кочарян, М. Жидко, В. М'ясищев, Б. Карвасарський, М. Varabasz та ін.).

Аутогенне тренування. Методи аутогенної релаксації (самостійного лікування клієнтами) можуть використовуватися як додаткові до основного психотерапевтичного методу (наприклад, гештальт-терапії, тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової терапії тощо).

Символдрама. Близька до АТ-2 символдрама або кататимно-імагінативна терапія Х. Лейнера – виявилася клінічно високоефективною при лікуванні неврозів та психосоматичних захворювань (М. Маркова, Н. Шевченко, А. Шевченко та ін.). Професійна психологічна допомога хворій особистості полягає, насамперед, у застосуванні різних технік немедичної психотерапії та емоційній, смисловій і екзистенціальній підтримці особистості у складному життєвому випробуванні.

Більшість сучасних лікувально-реабілітаційних програм для людей з проблемною харчовою поведінкою містять у собі прийоми й методи поведінкової, когнітивної та раціональної психотерапії (W. Agras, G. Faiburn, G. Wilson et al.). У працях Н. Красноп'ярової, І. Федорової, О. Маркова, М. Connors, К. Tchanturia et al, G. Wilson et al. Підкреслюється значення «дидактичних інструкцій» (інформування, роз'яснення) задля корекції когнітивних перекручених уявлень щодо зовнішності та харчування, що характерно при розладах харчової поведінки. Клієнтам пропонують ведення щоденника спостережень за проявами власної харчової поведінки, фіксуючи кількість, об'єм та час прийняття їжі, моменти відчуття голоду, ситості та інше (J. Mitchell, G. Wilson et al.). Автори підкреслюють значення інструктивно-інформативних матеріалів для подолання перекручених уявлень клієнтів про вагу та способи її регуляції, принципи раціонального харчування [11; 157].

Психодинамічна психотерапевтична робота з особами з проблемною харчовою поведінкою зумовлена необхідністю вирішення конфліктної ситуації, яка зумовлена неусвідомлюваними потягами; складної комбінації доедипальних та едипальних конфліктів, а також низької самооцінки, що виникає внаслідок порушень самості (self) (Н. Kohut), та /або нарцисичних проблем (L. Wurmser).

Дослідження, проведені задля перевірки ефективності застосування психодинамічної терапії щодо проблемної ХП, показали достатньо значущі результати (D. Garner et al, J. Yager, R. Savitt, H. Bruch et al.).

Психотерапія міжособистісних відносин. Питання групового психотерапевтичного лікування хворих з порушеннями ХП розглядаються у працях Н. Краснопорової, І. Федорової, Р. Шипачова, J. Mitchell et al. Більшість програм групової терапії спрямовані на створення можливості клієнтам поділитися з іншими своїми думками, тривогами, переживаннями та на оптимізацію міжособистісних стосунків (Л. Шестопалова, В. Кожевнікова та ін.).

Сімейній психотерапії харчової поведінці присвячені публікації багатьох авторів (П. Пепп, В. Сатир, G. Paulson-Karlsson, L. Rutherford, J. Couturier, P. Keel, A. Haedt, G. Paulson-Karlsson et al.). Цей метод психотерапії може бути показаний при лікуванні різних форм проблемної харчової поведінки [11; 158].

Тілесно-орієнтована психотерапія— один із методів цілісного підходу до розуміння природи та функціонування людини. Тілесні техніки розширюють активну або спрямовану увагу, яка охоплює не тільки образи, але й усвідомлення людиною тілесних відчуттів, вивчення і переробку різних тілесних станів потреб, бажань і почуттів, що з'являються. Усі методи тілесної терапії спрямовані на забезпечення умов, у яких людина зможе пережити свій досвід як взаємозв'язок психічного і тілесного, прийняти себе в цій якості і тим самим отримати можливість для поліпшення свого функціонування.

Підхід групової тілесно-орієнтованої психотерапії здиференційованими програмами для основних груп клієнтів з порушеннями харчової поведінки розроблений у межах короткострокової та довгострокової психотерапії.

Трансперсональна психотерапія виходить із гуманістичного напрямку психології (В. Майков) і базується на твердженні, що трансперсональні переживання є особливими явищами, заснованими на глибинних структурах несвідомого з областей, не охоплених класичним фрейдівським психоаналізом (С. Гроф, В. Майков, В. Козлов). Серед сучасних психотехнік, що допомагають

людині позитивно трансформувати свідомість та надають можливість змінення на всіх рівнях її структурної організації, використовуючи змінені стани свідомості, виокремлюють: холодинаміку (В. Вульф), холістичний пульсаційний масаж (Т. Браунінг), танотерапію (В. Баскаков), дихальні техніки: ребефінг (Л. Опп), холотропне дихання (С. Гроф).

Екзистенціально-феноменологічний напрям зосереджений не на вивченні виявів психіки людини, а на самому її житті в нерозривному зв'язку зі світом та іншими людьми. На думку F. Strasser, A. Strasser мета терапії полягає в тому, щоб спрямовувати клієнта до прийняття своєї поведінки як шкідливої або дисфункціональної, а також допомогти в здійсненні бажання його зміни. E. Spinelli стверджує, що будь-яка однобічна спроба терапевта змінити поведінку клієнта є антитерапевтичною.

Гештальт-підхід спрямований на навчання усвідомлення поточних психічних процесів та границь особистісної відповідальності, присвоєння й асиміляцію досвіду, заохочення до автономії й особистісного вибору, у тому числі і у міжособистісних стосунках. Застосування гештальт-підходу може бути рекомендоване для клієнтів з невротичними розладами – як з високим, так і з недостатнім особистісним контролем, і, отже, може успішно застосовуватися для нормалізації харчової поведінки, зниження або набору ваги (залежно від бажання клієнта) [11; 159].

Отже, використання тих чи інших засобів, методів, технік надання психотерапевтичної допомоги при корекції проблемної харчової поведінки має базуватися на механізмах розвитку проблемної харчової поведінки та відповідних методах нормалізації харчової поведінки або відновлення гармонізації тілесності. Це вимагає розробки системного комплексного підходу до психотерапевтичної корекції [11].

На думку В.І. Шебанової, корекція проблемної харчової поведінки та ваги тіла вимагає системного підходу з обов'язковою корекцією наступних сфер особистості: когнітивної, емоційно-вольової, поведінкової та духовної. Векторами психотерапевтичної корекції харчової поведінки з метою її

нормалізації є порушення: а) контакту з тілом, яке проявляється у відчуженні тіла; б) «відносин з їжею», які приховують різноманітні нерозв'язані психологічні причини, що виникають під впливом перекручених психологічних смислів, якими суб'єкт наділяє їжу; в) образу «Я», що виявляється через неприйняття свого тіла та знецінення себе як особистості; г) гармонійності стосунків зі значущими «Іншими», що виявляється надмірною прихильністю до Інших та готовності постійно жертвувати власними інтересами заради допомоги іншим з близького (та навіть віддаленого) оточення. Результатом психокорекційної програми та авторських методів нормалізації харчової поведінки є гармонізація контакту із власним тілом, нормалізація ставлення до їжі та власного образу «Я», баланс між турботою про себе та турботою про «Інших», що дозволяє особистості досягнути автентичної екзистенції та свідомо обрати шлях оптимального функціонування з метою творчого життєздійснення. [12].

Корекція проблемної харчової поведінки та ваги тіла вимагає системного підходу з обов'язковою корекцією наступних сфер особистості: когнітивної, емоційно-вольової, поведінкової та духовної. Векторами психотерапевтичної корекції харчової поведінки з метою її нормалізації є порушення: а) контакту з тілом, яке проявляється у відчуженні тіла; б) «відносин з їжею», які приховують різноманітні нерозв'язані психологічні причини, що виникають під впливом перекручених психологічних смислів, якими суб'єкт наділяє їжу; в) образу «Я», що виявляється через неприйняття свого тіла та знецінення себе як особистості; г) гармонійності стосунків зі значущими «Іншими», що виявляється надмірною прихильністю до «Інших» та готовності постійно жертвувати власними інтересами заради допомоги іншим з близького (та навіть віддаленого) оточення.

Результатом психокорекційної програми та авторських методів нормалізації харчової поведінки є гармонізація контакту із власним тілом, нормалізація ставлення до їжі та власного образу «Я», баланс між турботою про себе та турботою про «Інших», що дозволяє особистості досягнути автентичної

екзистенції та свідомо обрати шлях оптимального функціонування з метою творчого життєздійснення. Повноцінне функціонування людини, її фізична активність, задоволеність життям – все це залежить від особливостей харчової поведінки.

На сьогоднішній день важливе значення має вивчення причин розвитку розладів харчової поведінки, щоб мати можливість лікувати не лише вже наявні розлади (які переважно важко піддаються психокорекції, особливо в разі досить великого «стажу» хвороби), а й попереджувати їх виникнення, зокрема, за допомогою профілактичної роботи з молоддю та тією її частиною, яка складає групу ризику. Вказане необхідно для здорового суспільства, а ознаками гармонійної особистості є добре самопочуття та здоровий спосіб життя, найважливішим чинником якого є харчування.

2.3. Програма психологічної корекції харчової поведінки жінок із розладами харчової поведінки

Нижче наведений приклад програми, яку було складено. Програма розділена на п'ять етапів роботи. Кожен етап це терапія поєднана з додатковими техніками.

Правила та процес терапії, для ознайомлення клієнткою:

1. Формування контакту з терапевтом. Дуже важливий етап. У злитті з розладом харчової поведінки та клієнтки з'являється дехто третій - терапевт, на якого можна спертися, щоб відокремитися від хвороби.

Багато клієнток з розладом харчової поведінки насправді спочатку не хочуть прощатися зі своєю хворобою, тому що вона виконує роль милиці, на яку жінка спирається. Тому ця програма пропонує милицю замінити психологом.

2. Формування дитяче – батьківських стосунків. Розлад харчової поведінки завжди виникає з фону, який створює сім'я. Психолог на цьому етапі виступає, як батьківська фігура: він щиро долюблює клієнтку, дає безумовне

прийняття, таким чином, яким би йому це хотілося отримати від батьків. На цьому етапі відділяється голос розладу харчової поведінки від клієнтки.

3. Формування агресивності. У клієнток з розладом харчової поведінки є внутрішня заборона на агресію, тому уся злість проживається з хворобою, а не з людьми.

4. Формування власного «Я». Усвідомлення себе без хвороби, робота з образом тіла, внутрішньою дитиною, прийняттям свого тіла.

5. Формування міжособистісних відносин, де терапевт підтримує клієнтку у нових досвідах взаємодії з іншими людьми. У кожного в житті має бути хоча б одна людина, з якою можна бути чесною, не боятися, що негативні почуття здатні зруйнувати стосунки. Хай поки що це буде психолог. У процесі терапії, клієнтка вчиться бути чесною із собою та іншими, бути прийнятою у негативних проявах. Це те, що справді зцілює, а не дає лише тимчасове полегшення.

Перший блок присвячено формування емоційного інтелекту.

Ми щодня протягом довгих років витягуємо з пам'яті якусь проблему, не вирішену ситуацію, і мучимося з нею. Наприклад, якщо людина не прожила всі емоції від важкого розлучення, вона житиме в страху бути залишеною. Одні самі події можуть повторюватися до нескінченності, поки сильна і невиражена емоція сидить усередині.

Заблоковане почуття буде прагнути знайти вихід, підсвідомо притягуючи обставини та ситуації, у яких воно зможе нарешті знайти вихід. У повторюваних ситуаціях ми використовуємо старі методи та патерни поведінки. Найчастіше коріння сягає дитинства, оскільки у дитинстві зароджується певне сприйняття світу, формуються такі сильні почуття, як вина, сором і страх. Регулярно згадуватимемо про ці дитячі почуття на консультаціях, оскільки будь-яка залежність клієнтки – це травмована дитяча частина. Адже перша залежність і прихильність формується саме в дитинстві між дитиною та значним дорослим, тим, хто більшу частину часу поряд (мама

чи тато, чи бабуся, тітка). Якщо це небезпечна прихильність, то великий ризик розвитку розладу харчової поведінки.

Отже, для того, щоб вибудувати адекватні відносини з їжею і тілом, треба взагалі розуміти, який у клієнтки зараз стан і на який стан вона хоче його поміняти. Наприклад, якщо людині тривожно, він каже, що хоче змінити це на стан, коли йому буде не тривожно. Але «не тривожно» - це відсутність тривоги, а що прийде натомість? Не переживати – це відсутність переживання. А що прийде натомість? А що клієнт натомість відчуватиме і робитиме? Як зміниться ставлення клієнта ззовні? Саме це запитую у клієнтки.

Ось чому необхідно розбиратися в тому, які емоції, почуття та стани бувають, що клієнт відчуває зараз, що хочете відчувати і як цього досягти. Найчастіше клієнтка знецінює емоції, а іноді й зовсім бажає від них позбутися. Груба помилка в процесі пошуку душевної гармонії полягає в тому, що клієнтка може хотіти повністю усунути негативні емоції зі свого життя, так як вважає їх поганими, некорисними, гальмуючими прогрес. Робота з установкою клієнтки «контроль над емоціями не дорівнює пригнічення емоцій». Негативні емоції сигналізують про те, що є проблема, яку потрібно вирішувати, і, що потрібно щось міняти у собі, у житті, у стосунках із будь-ким. Негативні емоції корисні. Вони звертають увагу на дуже важливі речі, які якраз руйнують життя клієнтки і заважають бути щасливою. Будь-яка емоція завжди має причину. І замість того щоб боротися, припустимо, зі своїм роздратуванням, добре б розібратися, що воно намагається повідомити. Воюючи з емоцією, ми боремося лише з індикатором проблеми, а не з нею самою. Пригнічуємо почуття – і заганяємо причину його появи ще глибше у підсвідомість. І тоді, не отримавши виходу назовні, енергія невираженої емоції знаходить вихід у тілі – у формі психосоматичних захворювань, вегето-судинної дистонії, зайвої ваги, депресії та панічних атак.

Емоції - це процес оцінки подій, власних та чужих дій, вчинків, процесів, що відбуваються в навколишньому світі.

Техніки, які використовуємо для розвитку емоційного інтелекту.

Перша техніка «Щоденник моїх емоцій». Як працює наш мозок і як ми можемо змінити свій стан за допомогою власних думок? Існує формула АВС: А - Стимул/подія (сварка на роботі), В - думки, установки, цінності, переконання, що виникли після події (керівник робить мені зауваження по роботі, я погана працівниця), С - емоційна та поведінкова реакція (сум, образа, роздратування, спроба забути). Тобто ми не безпосередньо реагуємо на подію, а реакція з'являється тільки через думки, що передують їй. Щоб змінити емоцію, стан (С), необхідно зрозуміти які думки його викликали і змінити їх. Приклад щоденника, який я пропоную вам вести: перша колонка «Подія», друга колонка «Почуття», третя колонка «Думки», четверта колонка «Інші можливі інтерпретації». Клієнт аналізує свої думки, шукає ірраціональні та поруч спростовує їх «розумними». Таблиця створюється в електронному варіанті, щоб була можливість ознайомлення психологом.

Друга техніка «Мої надихаючі дії». Клієнт постійно мріє про краще життя, але покращень не відчуває, час йде, а реалізувати себе в чомусь не виходить або погано виходить. Іноді дні схожі на «дні бабака»: вони повторюються точнісінько, немає нових вражень почуттів. У клієнта явна нестача енергії, апатія чи перевтома. Може щось турбує вже тривалий час. Тоді психолог пропоную відшукати свої найулюбленіші дії при будь-якій ситуації. Наприклад ранкова кава в кав'ярні, а не вдома; запалювання свічок; малювання; прогулянки містом; ранковий душ; нові речі; прасування; медитації тощо. Запитати чого ви на світі більш за все хотіли зробити, а забороняли собі або не вистачало часу?

Виходячи з того, які ситуації виводять клієнта з рівноваги та погіршують настрій, проаналізуйте, які дії відновлюють гармонію та покращують самопочуття. Записуйте всі «працюючі» варіанти і намагайтеся використовувати їх протягом курсу.

Третя техніка «Щоденник вдячності». Завести електронну таблицю та записувати «Кому/чому я сьогодні вдячна?» та «За що?».

Щоденник емоцій та вдячності виконуються щодня протягом усього курсу. Попередньо клієнтка має надіслати виконані три техніки. З клієнткою обговорюємо та перевіряємо їх на консультаціях.

Другий блок. «Емоції та тіло. Придушення та вираження емоцій». Багато хто живе з переконанням, що сильна людина - це той, хто вміє стримувати себе, діяти з холодною головою, хто може не відчувати «шкідливі» емоції: смуток, страх, ревності, огиду, гнів. Загалом відсікає свою чуттєву сферу, коли в цьому є необхідність.

До того ж у суспільстві часто заохочується така модель поведінки. Поганих емоцій не буває, а світ не ділиться на чорне та біле, він різнобарвний. Але як правильно висловлювати емоції? Як прожити страх, гнів екологічно?

Коли вчимо клієнтку усвідомлювати та проживати свої почуття, тоді вона одночасно переходить у позицію спостерігача. Дивиться збоку і без оцінок описуйте словами усі відчуття. Так вчимо клієнтку відокремлювати себе від емоцій, вона не стає ними, не накривається із головою. Тут важливо донести до клієнтки: «я» не те саме, що і «мої почуття», тому що «я більше, ніж вони». Коли клієнт прожив їх, то не руйнується, а стане щасливішим і вільнішим. Важливо тут зупинитися і наголосити слова «будь у цьому». Тобі сумно? Випробовуєш образу (тривогу, заздрість, провину і т.п.)? Побудь у цьому. Бути - значить, визнай і проживай це почуття. Не відштовхуй і не заперечуй. Страшно? Але набагато страшніше постійно жити з фоновим болем, який, як комп'ютерна програма, що зависла, гальмує роботу «процесора». Краще одного разу зустрітися з почуттям віч-на-віч і, випустивши на волю, розпрощатися, чим роками носити у собі.

Розлад харчової поведінки – це хвороба відносин. Коли прожити позитивні та/або негативні почуття з людьми стало неможливим і ви змушені йти до їжі, до нав'язливої ідеї про схуднення, до булімії та інших складових розладів харчової поведінки. Отже, психолог буде виводити клієнтку з контакту з їжею і вчитиме будувати стосунки з людьми, вчитиме проживати почуття, емоції з людьми. Нижче наведено, декілька варіантів, за допомогою яких клієнт

зможє полегшити свій стан і висловити внутрішню енергію, не вдаючись до залежності, хвороби і в яких не обов'язково присутність людини.

Будь-яка емоція – будь то короткочасний спалах гніву або образа, що затягнулася, повинна бути прожита перш за все безпечним способом. Безпечним як для клієнта, так і для оточуючих. Ось кілька варіантів, як проживання емоцій можна перенести.

Техніка «Малювання емоції». Візьміть ручку в ліву руку (вона пов'язана з правою півкулею мозку, яка відповідає за емоції) і почніть вимальовувати свою злість (вину, образу тощо). Краще заплющити очі. У довільному русі рука перенесе всі емоції з тіла на папір.

Техніка «Співання і кричання емоції». Наприклад, промукати довге «омм», на видиху посилюючи звук доки не закінчиться дихання. Або прокричати якесь важливе слово. Припустимо, «так» чи «ні», якщо вони підходять для вашої емоції. Зробити це потрібно стільки разів, скільки потрібно, доки не відчуєте всередині порожнечу.

Техніка «Танцювання емоції». Сфокусуєтесь на емоції, заплющити очі, прислухайтеся до себе – і рух з'явиться. Можливо, спершу просто захочеться повертати шиєю, поворухнути руками чи пальцями. Не зупиняйтеся, слідує за бажаннями тіла.

Техніка «Написання листа». Напишіть листа людині, яка викликала у вас болючі емоції. Важливо робити це від руки. Лист відправляти не потрібно. Головне – усвідомити почуття та висловити їх на аркуші. Прописати необхідно три альбомні листи з одного боку, не відриваючись і не роблячи паузи. Наприкінці запалити або розірвати на дрібні шматочки.

Техніка «Вибивання емоції». У моменти гніву часто хочеться вдарити когось. Заведіть для цього спеціальну подушку або, скрутивши рушник валиком, «вибийте» диван. Можете при цьому гарчати, кричати, тупотіти, видавати будь-які звуки - дозвольтє процесу йти так, як він йде зсередини, поки не відчуєте полегшення.

Блок третій присвячено знайомству з розладам харчової поведінки.

Розлад харчової поведінки проявляється в певний період, коли клієнтка з якоїсь причини залишилася наодинці зі своїм болем і чомусь не може прожити свої негативні почуття з людьми. Внаслідок чого йдете проживати їх з їжею. Такий досвід зазвичай клієнти отримують у дитинстві. Саме тому дуже важливо присвятити темі, яке місце їжа посідала в дитинстві сім'ї клієнтки, які традиції їжі, як проходило насичення їжею, якої їжі не вистачало в дитинстві. Нижче наведені ознаки типів розладів харчової поведінки та можливі патерни поведінки матері стосовно кожного типу розладу харчової поведінки.

Бєбірексія – розлад харчової поведінки, індуковане батьками своїй дитині. Наприклад: мама із зайвою вагою з дитинства загодовує або мама з веганством «садить» на веганство. Розлад харчової поведінки у дитини може почати розвиватися ще під час вагітності.

Дитина народжується. Його не годують грудьми чи годують дуже мало. Немає тілесного контакту, який так необхідний новонародженим. Так, можуть бути причини, через які мама не може використовувати груди, але необхідно все одно давати всі ті 10-разові (або скільки малюк на протязі дня просить їсти) тілесні контакти з матір'ю. Це задоволення всіх його потреб у безпеці, прийнятті, кохання. Завдання дитини протягом перших років життя задовольнятися у базових потребах.

Якщо так не відбувається, він шукає це тепло, безпеку та прийняття все життя, домагається закриття своїх базових потреб.

Якщо дитині не вистачає чогось, як вона проситиме, привертатиме увагу? Він починає кричати, вередувати - тим самим звати маму. Як реагує мати? Починає вважати дитину незручною, важкою. Внаслідок чого дитина почуватиметься тягарем.

З'являється ідея: «якщо я зручна, значить, мама тепліше реагує на мене». Тобто вона починає утискувати свої бажання. Потім, коли відбувається формування «Я», агресивності, самості, вона не може сформуватися, вона в пошуку. Десь усередині з'являється бажання все-таки розмістити свої почуття, висловити їх десь, не бути зручною.

До того ж вона іде до школи. Там з'являється оцінка (соціальна та від вчителя). Стає відмінницею - це спеціальна штука, розроблена дитиною, щоб отримати кохання від мами. З'являється ще фон конкуренції в школі (за вчителя, за ту саму оцінку, «я мушу щось змінити в собі»). На той час вона вже втратили справжні способи будувати відносини, тому вони будують їх через зручність (бути зручною).

Фон посилюється: «Всюди не я, ніде не чують, ніде не розуміють». І тут із цього поганого фону виникає постать захворювання, з якою клієнтка в дитинстві будує відносини. Ця фігура звучить у вигляді нав'язливих думок, ідей, вона підтримує клієнтку, вона хвалить. Ця постать стає другом, батьком. Дитина починає закриватися у собі – соціальна вакуумізація. Далі ця фігура починає підказувати клієнтці, з'являється діалог. Фігура починає поглинати.

Хвороба - це єдина милиця, на який людина спирається. «Де гарантія, що я віддавши милицю, щось зміниться в добрий бік?», кожна клієнтка захищатиме свою хворобу. Жоден не хоче одужувати.

Є інший патерн поведінки батьків: «ой, заспокойся, на цукерку», дівчинка поступово розучується розпізнавати свої потреби, почуття і потім будь-яке бажання (сексуальне теж) задовольняється їжею. Не можна виявляти почуття: не кричати, не плакати. А куди ці почуття розгорнути? Вони не заїдають, вони проживають ці почуття через їжу! Тут хворобу ми бачимо, голос її не чуємо. Хворобу починаємо бачити коли наша клієнтка з компульсивним розладом харчової поведінки вирішує худнути, і раптом стає злішою, відкидає усе. Тому що в процесі схуднення вона підходять близько до почуттів. Почуття починають виходити. Перші - дика злість та образа. Хвороба зацікавлена, щоб не йти до почуттів та збільшити зону безпеки, вона починає говорити: «поїж - потім відпрацюєш». У результаті відбувається зрив і людина набирає більше, ніж було. Вони проживають свої переживання шляхом знецінення своїх почуттів за допомогою їжі Там дика злість та агресія.

Цей блок дуже важливий у роботі з клієнткою. У роботі з клієнткою ми маємо акцентувати, що розлад харчової поведінки – це спосіб впоратися з тією

реальністю, в якій клієнт знаходиться, спосіб вижити і врятуватися, розділити біль душі з хворобою, адаптуватися до переживань, нової інформації про себе чи про світ.

Розлад виникає з фону, в якому клієнтка знаходиться в дитинстві та живе зараз. Клієнтка живе без любові та прийняття, з переконанням, що світ несправедливий і небезпечний. А розлад харчової поведінки дає надію, що все зміниться: «Ось зараз схуднеш, і життя зміниться! Тебе почнуть більше любити і ти сама себе нарешті полюбиш!» Або дає відчуття себе сильною найвитонченішими способами: «Дивися, яка ти молодець, яка сильна - протрималася три дні на одному лише сирі. Вони думають, що ти ні на що не спроможна, помиляються. Покажи їм як можеш змінитись». Але це лише ілюзія, прикриття. Будь-які дії, викликані цим розладом - відмова від прийому їжі, судомний підрахунок калорій, постійні зважування, нав'язлива ідея схуднути, посилені тренування - це все дає клієнту полегшення, зміщує фокус уваги з проблем та небезпеки на щось інше.

У цьому блоці звернути увагу, що клієнтка не винна, що батьки не зуміли закривати її базові потреби. Такі, як: кохання, емоційна та фізична безпека, потреба у прийнятті, повазі та турботі. Клієнтка нічого не винна своїм батькам.

Відносини з батьками клієнтка вибудовує сама у своїй голові поза залежності від того, чи живі вони, як поведуться і т. п. Клієнтці важливо акцентувати, що вона може дозволити собі ненавидіти своїх батьків, це нормально. Можливо, це буде перша чесна виразна емоція щодо них. Але тут варто бути обережними. Багато хто спотворено сприймає дозвіл злитися і ображатися на батьків, згодом перекладаючи всю відповідальність за своє життя, за свої проблеми на дитинство.

Хоча, насправді, завдання терапії полягає в тому, щоб навчитися брати ту саму відповідальність за своє щастя, нещастя і вирішувати проблеми, а не уникали їх будь-якими методами. «Брати відповідальність за щось» може звучати досить тривожно для клієнтки. Але насправді, тут важливо дати

клієнтці можливість зрозуміти, скільки за цим вибором користі дорослої частини криється: свободи, сили, любові (особливо до самої себе) та радості.

Розширюємо свідомість клієнтки та відкриваємо для неї установку, що більшість думок та ідей про себе не є дійсністю. Ми живемо ідеями інших людей про себе: якою хотіли бачити батьки, бабусі, подружки, вихователі у дитячому садочку, хлопці та безліч інших у житті клієнтки людей. Клієнтка живе, відчуваючи і думаючи про себе неправду. Ще й намагається цю неправду виростити та відповідати їй.

Можливий такий варіант прищеплення ідеї про те, що клієнтку не можна любити просто так, тільки за щось: за те, що вона слухняна, гарно виглядає, гарна господиня, за хороші оцінки або роботу та т. п. У результаті вона виросла з ідеєю про те, що кохання потрібно заслужити за допомогою фігури, якихось умінь, бути товариською, цікавою, сексуальною. Або з ідеєю про те, що потрібно бути у всьому кращою, щоб залишатися «цілісною з собою», отримувати увагу та визнання. А у світі немає нічого ідеального, самого. І навіть якщо клієнтка наблизиться до ідеалу, стала в чомусь най-най, зійшла на п'єдестал, вона там одна.

Перфекціонізм і нарцисизм - це шлях до самотності та апатії. Чому? Тому що з клієнткою складно будувати стосунки, складно дружити і важко кохати. Людей, які прагнуть бути найкращими, відразу видно. І з такими неможливо перебувати поруч тривалий час, адже підсвідомо людина буде змушена або відповідати, або конкурувати з ними. Тому так важливо наголосити клієнтці відмовлятися від ідей про себе, а більше сповільнюватись, спрощуватись.

Перевіряти ще раз зараз яка думка клієнтки власна, а яка ні. Від чого клієнтка здатна відмовлятися вже зараз? Відмовлятися від ідей, з якими вона засинала та прокидалася кожен день, дуже боляче, страшно, тривожно. І тут скласти список від чого готова наша клієнтка відмовитись у цьому світі?

Важливо зупинитися на таких питаннях: 1) Для чого я хочу схуднути? 2) Які почуття я хочу випробувати завдяки цьому? 3) Як я можу ці почуття дати собі вже зараз?

Четвертий блок присвячено образу тіла та перфекціонізму.

Питання які опрацьовуються: 1) Яка ти у стосунках зі своїм тілом?, 2) І як у такому разі тіло відчувається з тобою?

Клієнтка не приймає своє тіло, постійно намагається переробити, порівнює з іншими і думає, наскільки їй з тілом не пощастило. Як ще тіло може почуватися? Їй доводиться терпіти та страждати. Зайва вага, погіршення стану шкіри, дивна фоновна втома або дратівливість вже не здаються такими безпричинними? Чому клієнтка вибирає зливати негатив у тіло через переїдання або жорсткого схуднення, наприклад, тому що це безпечно.

Корисно поглянути на свої думки та переконання з боку та розглянути їх як продукт мозкової діяльності, а не як суть своєї особистості: Чи є якісь переваги у занепокоєнні про своє тіло? Які саме? Які переваги має контроль над тілом? Які недоліки? Що станеться, якщо клієнтка не буде турбуватися про своє тіло? Якщо вона повірить, що її життя залежить від того, наскільки вона контролює щось і турбується, то скільки у неї буде проблем? Якщо вона перестане турбуватися і контролювати, скільки проблем залишиться? Можливо, вона мислить в термінах «все або нічого»? Чи не приймає клієнтка на себе надто велику відповідальність за кінцевий результат? Чи не переоцінює вона свою здатність впливати на хід подій?

Найчастіше надконтроль над тілом - це бажання контролювати своє життя, замасковане під раціональний контроль над чимось більш відчутним, доступним та зрозумілим. А ми регулярно стикаємося з тим, що світ неконтрольований, у ньому постійні тільки зміни, що неможливо досягти абсолютної безпеки та неможливо досягти ідеалу.

І знову ми повертаємося з клієнткою до теми абсолюту та перфекціонізму. В основі перфекціонізму – страх невдачі: досягнення прирівнюються до самоцінності, а поганий результат безпосередньо загрожує уявленню про своє «Я».

Одне з головних завдань психотерапії – не замінити негативні установки клієнтки на позитивні, а підвести клієнта до того стану, що може статися як

хороше, так і погане, але вона із цим впорається. Тобто прибрати прірву між поняттями «добре» і «погано».

Все буде добре – це не здорова позиція. Дуже складно жити із прагненням абсолюту, поділяючи життя на чорне і біле, у той час, як вона за фактом різнокольорова.

Додатково допоможуть опрацювати наступні техніки.

Техніка «Простір для помилок». Спробуйте створити простір для помилок, зону, де можна і потрібно робити помилки, пробувати і спостерігати за наслідками. Головне в цій техніці не боятися бути незграбною, казати якусь дурницю, дозволяти собі робити помилки. Можна, можливо застосувати методику парадоксальної інтенції та зажадати свої страхи: побажати, щоб вас негативно оцінили, захотіти зазнати невдачі. У рамках даної методики пацієнтці, яка має певну фобію, пропонується суперечлива спроба зажадати те, чого вона найбільше боїться.

Техніка «лабораторія відносин». Побудувати близькі та безпечні стосунки з терапевтом у тому темпі, який комфортний особисто для клієнтки. Якщо їй здається, що психолог відкидає або йому нудно, треба наголосити клієнтці, що важливо казати, все що відчуває до психотерапевта, погане і хороше. Щоб клієнта намагалася бути чесною поки що хоча б тут. Вона ж і в житті уникає цієї близькості, не говорить про свої почуття. А психологічний кабінет потрібен саме для репетиції. Адже це безпечний простір, в якому можна пробувати нові засоби поведінки, мислення. Якщо клієнтці вдасться прожити у терапевтичних відносинах близькість та прихильність, вона перенесе цей сценарій на реальне життя.

П'ятий блок присвячено роботі з внутрішньою дитиною. «Як відчути себе щасливішою?»

Виховання: стати для своєї внутрішньої дитини тим самим люблячим та дбайливим Дорослим, якого їй так не вистачає. Травмою може бути будь-що, що клієнтку засмутило в дитинстві. Наголосити клієнтці, не поспішати називати щось дурістю чи нісенітницею. Визнання – це перший крок до

подолання цих старих ран. Коли вона озирається на свої травми, вона бачить їх з точки зору свого «дорослого я». Зараз клієнтка дивиться на них під іншим кутом, ніж у дитинстві. Легко випустити з уваги, якісь інциденти, тому що зараз вони здаються тривіальними. Але заперечення цих переживань зберігає травму всередині клієнтки. Їх треба розпізнати. І саме робота як люблячого дорослого – взяти на себе відповідальність. Як довго клієнтка хоче відмовляти собі в коханні своєму внутрішній дитині і собі?

Успіх роботи зі своєю внутрішньою дитиною залежить від того, як клієнтка з ним взаємодіє. Внутрішня дитина не ворог, навіть якщо клієнтка чує його, як негативний голос у своїй голові. Він просто намагається простягнути руку і бути почутим, щоб отримати те кохання, яким ніколи не отримував у дитинстві.

Перший крок, це визнання боротьби клієнтки зі своєю внутрішньою дитиною. Причина, через яку клієнтка може втратити рівновагу, полягає в тому, що травми так довго пригнічувалися.

Наступний крок, це розпізнавання тригерів, головна мета тут – спостереження. Потрібно приділяти пильна увагу, коли клієнтка реагує у певних ситуаціях і що змушує її це робити. Шукаєте закономірності у поведінці. Після того як визначили, як клієнтка діятиме в сьогоднішній день, вона може почати відновлювати свої кроки до причини.

Третій крок. Відновлення батьків. Виховання себе клієнткою - ось де справді починається її внутрішня робота. Потрібно акцентувати стати люблячим дорослим, якого не вистачало в ключових моментах її дитинства. Це важко прийняти. Але почуття клієнтки – це її відповідальність. Клієнтці потрібно забезпечити себе коханням, яке можете дати лише вона.

Четвертий крок. Звернення до внутрішньої дитини клієнтки. Клієнтці необхідно завоювати довіру своєї внутрішньої дитини. Якщо вона отримала особливу травму, її внутрішня дитина буде боятися будь-якого спілкування, яке може здатися нещирим. Потрібно починати повільно та обережно. Не поспішати і не давати обіцянок, які клієнтка не зможе стримати. І пам'ятайте,

це власна внутрішня дитина клієнтки. Говорити з нею, як із дитиною. Бути ніжною та співчутливою. Клієнтка має визнати, що вона ігнорувала його потреби, і має почати наводити мости.

Для початку потрібно сказати таке: Мені шкода, що я була відсутньою так довго. Мені шкода, що я зневажала тебе в минулому. Тепер я тут. Все добре. Я люблю тебе . Написання листа своїй внутрішній дитині. Це продовження розмови зі своєю внутрішньою дитиною. Якщо клієнтка відчуватиме, що хоче більше висловлювати себе, добре писати свої почуття на папері - відмінний спосіб створити зв'язок зі своєю внутрішньою дитиною.

Техніка «Лист, люблячого дорослого». Напишіть цей лист з точки зору люблячого дорослого, яким зараз є клієнтка. Навіть можете писати як вигаданий персонаж, який демонструє всі риси, які, на вашу думку, потрібні вашій внутрішній дитині у його житті. Можливо, клієнтці навіть захочеться, щоб перший лист, який вона напише, був вибаченням.

Техніка «Лист, внутрішньої дитини». Написання листа від своєї внутрішньої дитини самому собі. Змінивши думку і написавши лист від своєї внутрішньої дитини, ви можете багато дізнатися про себе. Щоб писати від своєї внутрішньої дитини, можете спробувати робити це лівою рукою. Хороший спосіб виконати цю вправу - не замислюватися над цим. Подивіться, чи зможете ви увійти до режиму автоматичного листа. Як тільки ви почнете писати не замислюючись, інформація буде текти через вас. Фактично, ви будете здивовані, що вийде. Але пам'ятайте, що вам потрібно бути чесним у цьому процесі. Ви не можете піддавати самоцензурі, все має вийти назовні.

Головна мета терапії – змінити погляд людини на себе та свої проблеми. Якщо самість у клієнта актуалізується, він діятиме зі свого центру особистості, а не з уявлень та переконань «як воно має бути». У цьому центрі особи немає страху негативної оцінки (хто що скаже, хто як подивиться). Самість - це центр особистості, який знаходиться за самопереконаннями, самотвердженнями, самообразами, самооцінкою.

Розроблена програма інтервенції при розладах харчової поведінки для жінок ґрунтується на основних змінах сталих патернів поведінки з їжею. По-перше, це формування контакту з терапевтом. У злитті з розладом харчової поведінки та клієнтки з'являється дехто третій - терапевт, на якого можна спертися, щоб відокремитися від хвороби. Багато клієнток з розладом харчової поведінки насправді спочатку не хочуть прощатися зі своєю хворобою, тому що вона виконує роль милиці, на яку жінка спирається. Тому ця програма пропонує милицю замінити психологом.

По-друге, формування дитяче – батьківських стосунків. Розлад харчової поведінки завжди виникає з фону, який створює сім'я. Психолог виступає, як батьківська фігура: він щиро долюблює клієнтку, дає безумовне прийняття, таким чином, яким би йому це хотілося отримати від батьків. На цьому етапі відділяється голос розладу харчової поведінки від клієнтки.

По-третє, формування агресивності. У клієнток з розладом харчової поведінки є внутрішня заборона на агресію, тому уся злість проживається з хворобою, а не з людьми.

По-четверте, формування власного «Я». Усвідомлення себе без хвороби, робота з образом тіла, внутрішньою дитиною, прийняттям свого тіла.

По-п'яте, формування міжособистісних відносин, де терапевт підтримує клієнтку у нових досвідах взаємодії з іншими людьми. У кожного в житті має бути хоча б одна людина, з якою можна бути чесним, не боятися, що негативні почуття здатні зруйнувати стосунки. Хай поки що це буде психолог. У процесі терапії, клієнтка вчиться бути чесною із собою та іншими, бути прийнятими у негативних проявах. Це те, що справді зцілює, а не дає лише тимчасове полегшення.

Складена програма не була апробована серед жінок, тому потребує подальшого вивчення у дослідженнях.

ВИСНОВКИ

Прожити власне життя з усіма барвами, страхами, емоціями та відчувати смак їжі, завдання не з легких. Одним з сучасних загроз на шляху задоволення власного життя та здоров'я є розлади харчової поведінки. Прийом їжі має бути не контрольованим, як дихання. Харчування це біологічний процес, який забезпечує наш організм необхідними мікроелементами та задоволенням під час прийому їжі. При розладах харчової поведінки, харчування виконує інші функції: проживання негативних емоцій з їжею, підняття настрою та контрольованість життя. Самоцінність їжі та фігури, а не власна індивідуальність та унікальність. Складність розладів харчової поведінки підкріплюється схваленням родиною, друзями, колективом, соціальними мережами. Саме це оточення має бити на сполох і звертати увагу, що це хвороба, яка розпочинається з першою вдалою дієтою у дівчинки. Дівчинка отримує ту омріяну любов, увагу, схвалення, успіх з першими втраченими кілограмами. Вона, ще не може відстояти свої кордони в суспільстві, а тому формується сталий зв'язок: їжа-небезпека, дієта-відчуття зірковості, позначка на вагах-опора стабільності.

Харчова поведінка містить у собі установки, форми поведінки, звички й емоції, що стосуються їжі і є індивідуальними для кожної людини. Так, під харчовою поведінкою розуміється ставлення до їжі та її прийому, стереотипи харчування у повсякденних умовах і в ситуаціях стресу та дистресу, включає орієнтацію дитини на образ власного тіла та її дії з його розвитку і формування.

Розлади харчової поведінки – це нездорові копінгові механізми, які людина використовує у намаганнях подолати болючий, глибинний психотравматичний досвід. Вони уособлюють патологічний психоемоційний стан. Відстояти себе та свою зовнішність – це піти у конфлікт зі своїм оточенням, прожити глибинні емоції неприйняття, відчуженості суспільством – це найбільший страх і сором. Розлади харчової поведінки це група симптомів,

пов'язаних із вживанням їжі, надмірним переїданням або обмежувальним типом харчування, що супроводжуються низкою деструктивних думок самоствавлення та супроводжуючих переживань провини, сорому по відношенню до себе.

Недостатньо теплі відносини з батьками і проблеми, реакції опозиції призводять до нестійкості самооцінки і труднощів у формуванні зрілої, дорослої особистості. Звідси схильність до перфекціонізму, залежність від схвалення оточуючих. Під постійним тиском і контролем батьків розвивається соціально- психологічний інфантилізм та залежність. За тотальної опіки батьків формується нездатність до власного активного втручання в обставини життя, емоційна лабільність, не сформованість потреби в саморегуляції, неузгодженість, нестійкість або вузькість мотиваційної ієрархії.

Формування образу тіла у процесі розвитку дитини відбувається через різні соціальні фільтри: сім'я, спільнота, етнічна або референтна група, релігія тощо. Відповідно, отримується образ, який відповідає вимогам часу і суспільства. В результаті може створитися образ нереальний, часто придуманий, порівнюваний з тим, що оточує людину. Суспільство здійснює значний внесок не лише у формування людського тіла, а й у створення його індивідуального образу. Іноді ще дитиною вони отримують перші психічні травми у власній родині, які, в свою чергу, можуть надалі стати причиною психічної дезінтеграції, соматичного руйнування і невротизації, до труднощів в інтимних і міжособистісних відносинах. Знижена фрустраційна толерантність призводить до того, що будь - яка ситуація стресу вводить у стан пасивності та формування вираженої емоціогенної харчової поведінки.

Незважаючи на різноманітність проявів порушень харчової поведінки, вони є результатом спотвореного образу тіла з неадекватною і травмованою я - концепцією.

Психологічна допомога при розладах харчової поведінки – це підтримуючий процес для постановки пріоритетів та цілей, а також створення

індивідуалізованих планів дії для клієнта, який визнає та підтримує відповідальність за турботу про себе.

Використання тих чи інших засобів, методів, технік надання психотерапевтичної допомоги при корекції проблемної харчової поведінки має базуватися на механізмах розвитку проблемної харчової поведінки та відповідних методах нормалізації харчової поведінки або відновлення гармонізації тілесності. Це вимагає розробки системного комплексного підходу до психотерапевтичної корекції.

Корекція проблемної харчової поведінки та ваги тіла вимагає системного підходу з обов'язковою корекцією наступних сфер особистості: когнітивної, емоційно-вольової, поведінкової та духовної. Векторами психотерапевтичної корекції харчової поведінки з метою її нормалізації є порушення: а) контакту з тілом, яке проявляється у відчуженні тіла; б) «відносин з їжею», які приховують різноманітні нерозв'язані психологічні причини, що виникають під впливом перекручених психологічних смислів, якими суб'єкт наділяє їжу; в) образу «Я», що виявляється через неприйняття свого тіла та знецінення себе як особистості; г) гармонійності стосунків зі значущими «Іншими», що виявляється надмірною прихильністю до «Інших» та готовності постійно жертвувати власними інтересами заради допомоги іншим з близького (та навіть віддаленого) оточення.

Результатом психокорекційної програми та авторських методів нормалізації харчової поведінки є гармонізація контакту із власним тілом, нормалізація ставлення до їжі та власного образу «Я», баланс між турботою про себе та турботою про «Інших», що дозволяє особистості досягнути автентичні екзистенції та свідомо обрати шлях оптимального функціонування з метою творчого життєздійснення. Повноцінне функціонування людини, її фізична активність, задоволеність життям – все це залежить від особливостей харчової поведінки.

На сьогоднішній день важливе значення має вивчення причин розвитку розладів харчової поведінки, щоб мати можливість лікувати не лише вже наявні

розлади (які переважно важко піддаються психокорекції, особливо в разі досить великого «стажу» хвороби), а й попереджувати їх виникнення, зокрема, за допомогою профілактичної роботи з молоддю та тією її частиною, яка складає групу ризику. Вказане необхідно для здорового суспільства, а ознаками гармонійної особистості є добре самопочуття та здоровий спосіб життя, найважливішим чинником якого є харчування.

Розроблена психологічна – корекційна програма при розладах харчової поведінки для жінок ґрунтується на основних змінах сталих патернів поведінки з їжею. По-перше, це формування контакту з терапевтом. У злитті з розладом харчової поведінки та клієнтки з'являється дехто третій - терапевт, на якого можна спертися, щоб відокремитися від хвороби. Багато клієнток з розладом харчової поведінки насправді спочатку не хочуть прощатися зі своєю хворобою, тому що вона виконує роль милиці, на яку жінка спирається. Тому ця програма пропонує милицю замінити психологом.

По-друге, формування дитяче – батьківських стосунків. Розлад харчової поведінки завжди виникає з фону, який створює сім'я. Психолог виступає, як батьківська фігура: він щиро долюблює клієнтку, дає безумовне прийняття, таким чином, яким би йому це хотілося отримати від батьків. На цьому етапі відділяється голос розладу харчової поведінки від клієнтки.

По-третє, формування агресивності. У клієнток з розладом харчової поведінки є внутрішня заборона на агресію, тому уся злість проживається з хворобою, а не з людьми.

По-четверте, формування власного «Я». Усвідомлення себе без хвороби, робота з образом тіла, внутрішньою дитиною, прийняттям свого тіла.

По-п'яте, формування міжособистісних відносин, де терапевт підтримує клієнтку у нових досвідах взаємодії з іншими людьми. У кожного в житті має бути хоча б одна людина, з якою можна бути чесним, не боятися, що негативні почуття здатні зруйнувати стосунки. Хай поки що це буде психолог. У процесі терапії, клієнтка вчиться бути чесною із собою та іншими, бути прийнятими у

негативних проявах. Це те, що справді зцілює, а не дає лише тимчасове полегшення.

Складена програма не була апробована серед жінок, тому потребує подальшого вивчення у дослідженнях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Аналіз ефективності методів та стратегій психологічної допомоги при розладах харчової поведінки. *Психологічний часопис*. Київ. 2017. № 5 (9). С. 9-19.
2. Абсалямова Л. М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. *Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць*. Сєверодонецьк. 2017. № 3 (44). С. 35–43.
3. Абсалямова Л.М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція : дис. ... доктора психологічних наук : 19.00.01/ Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2019. 398 с.
4. Самойленко І. В. Війна з їжею / Івана Вікторівна Самойленко. Київ, 2020. 208 с.
5. Салюк М. А. Суб'єктивне благополуччя осіб підліткового та юнацького віку з ознаками розладів харчової поведінки. *Young Scientist*. 2022. № 1 (101). С. 139-143.
6. Тіунова А. О. Психодіагностика та психокорекція порушень образу тіла у підлітків : автореф. дис. ... кандидата психологічних наук : 19.00.08. Київ. 2016. 20 с.
7. Максименко С. Д. Основні методи дослідження особистості та категорія нужди. Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць К_ПНУ імені Івана Огієнка, 2012. № 16. С. 3-12.
8. Малина О. Г., Чиганов С. Л. Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2019. № 1(15). С. 78 – 88.
9. Мойзріст О. М. Аспекти дефініцій тілесного Я у психологічних дослідженнях. *III Всеукраїнський психологічний конгрес з міжнародною участю «Особистість у сучасному світі»*. Київ, 2014. С. 221-225.

10. Панок В. Г., Титаренко Т. М., Чепелєва Н. В. та ін. Основи практичної психології. Київ: Либідь, 1999. 536 с.
11. Шебанова В. І. Сучасні напрями надання психологічної допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою. *Актуальні проблеми теоретичної та консультативної психології. Матеріали V Міжнародної інтернет-конференції (20-21 квітня 2021 р.)*. Київ. 2021. С. 156-160.
12. Шебанова В. І. Тренінг нормалізації харчової поведінки: Програма психологічного супроводу на шляху до свободи від переїдання. Практичний посібник. Херсон : ПП Вишемирський. 2014. 394 с.
13. Bruch H. *Eating Disorders; Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within* / Hilde Bruch., 1973. 396 p.
14. Courtney E. Ackerman 3 Positive Body Image Activities & Worksheets. Positive psychology.org. 2019. URL: <https://positivepsychology.com/positive-body-image/>
15. Dittmar, H., Halliwell, E., & Ive, S. Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5- to 8-year-old girls. *Developmental psychology*. 2006. № 42(2). P. 283–92.
16. Susan Cowden, MS. Cognitive Distortions and Eating Disorders. 2020. URL: <https://www.verywellmind.com/cognitive-distortions-and-eating-disorders-1138212>
17. Oppenheimer E.T. Adverse Sexual Experiences in Childhood and Clinical Eating Disorders: A Preliminary Description. *Journal of Psychiatric Research*. 1985. №19, P. 157-161.
18. Warm Regards Exploring the Connections Between Body Image and Shame/ Regards Warm. *Institute For The Psychology of Eating*. 2014. URL: <https://psychologyofeating.com/connections-body-image-shame/>