

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С.КОСТЮКА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ЛЕВЧЕНКО ДАРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК 159.9:616.89-008.441.42

ДИСЕРТАЦІЯ
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З
РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ
053 Психологія

05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Левченко Д. О.

Науковий керівник –
кандидат психологічних наук,
Інституту психології імені Г.С. Костюка
Омельченко Я. М.

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Левченко Д. О. **Особливості психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки.** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія» (05 – Соціальні та поведінкові науки). – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ, 2025.

Дисертаційну роботу присвячено теоретичному обґрунтуванню та експериментальному вивченню проблеми надання психологічної допомоги пацієнтам з різними видами розладів харчової поведінки та підвищенню її ефективності.

Актуальність теми дослідження обумовлена щорічними показниками зростання поширеності розладів харчової поведінки в світі та високим рівнем смертності.

Мета дослідження полягає у тому, щоб дослідити індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з розладами харчової поведінки та розробити модель психологічної реабілітації з використанням різних психотерапевтичних підходів, що може підвищувати рівень ефективності надання допомоги.

Дисертаційна робота є самостійним, цілісним і завершеним дослідженням, в якому представлено теоретичні та практичні аспекти особливостей психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки

У першому розділі на основі теоретичного аналізу уточнено, що психологічна реабілітація спрямована на створення якісного рівня життя пацієнта, що має потребу у відновленні певних функцій. При цьому особлива увага у реабілітаційному процесі приділяється порушеним можливостям пацієнта, взаємозв'язкам, які тимчасово руйнуються між ним і суспільством та потребують відновлення.

Особливості психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки полягають у застосуванні комплексного підходу до вибору методів, що враховують ранній досвід взаємин зі значущими дорослими. Це дозволяє впливати на глибинні компоненти особистості, зокрема самосприйняття, сприйняття іншого, саморегуляцію, менталізацію, саморефлексію, тип прихильності та наявність внутрішніх інтроектів. Особистісний аспект організації реабілітаційного процесу є ключовим для подолання харчової залежності будь-якого типу.

З'ясовано, що у осіб з діагностованим розладом харчової поведінки, що звернулися за допомогою, спостерігаються певні типологічні особливості, до яких відносять труднощі з регулюванням самооцінки і афекту, проблеми з поділом і почуттям здорової автономії, проблеми з контролем над імпульсами, порушення базової довіри до світу та сприйняття свого тіла.

Зазначено, що працюючи з проблемою залежності, варто звертати увагу на структурний рівень організації особистості та особливості проходження стадій психосексуального розвитку.

Встановлено, що в психотерапевтичному процесі виділяють кілька фокусів: порушення прихильності, порушення сфери потягів, саморегуляції, особливості емоційної комунікації, цілепокладання, порушення ідентичності.

Ми акцентуємо увагу на тому, що особистість пацієнта відіграє важливу роль в процесі лікування розладу харчової поведінки. Індивідуально-психологічні особливості пацієнта стають провідним фактором, урахування якого буде пов'язане з усіма етапами стратегії психологічної допомоги.

У другому розділі досліджено індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з розладами харчової поведінки, порівняно особистісні профілі та виділено розбіжності пацієнтів з різними видами харчової залежності, а саме – анорексією, булімією та компульсивним переїданням.

Дослідження проводилось на базі медичного центру доктора Кадірова, у якому взяли участь 90 респондентів жіночої статі, віком від 18 до 56 років, що були поділені на три групи в залежності від наявності таких діагнозів: нервова анорексія (Anorexia Nervosa), булімія (Bulimia Nervosa) та

компульсивне переїдання (Binge eating disorder). Перша група складалася з респондентів, що мають анорексію, друга група складалася з респондентів, що мають булімію і третя група складалася з респондентів з компульсивним переїданням. Кожна група налічувала 30 осіб. В подальшому респонденти склали дві вибірки експериментальну та контрольну, що налічували по 45 осіб кожна.

Для дослідження індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з розладами харчової поведінки використовувалися такі методи: спостереження, аналіз медичних карток, шкала оцінки харчової поведінки Д. Гарнера (Eating Disorder Inventory, EDI), 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (16PF), методика «Самооцінка генералізованого типу прихильності» К. Бартолом'ю та Л. Горовиць (Relationship Questionnaire, RQ), а також інтерв'ю за OPD-2 для осі структури та осі конфлікту (Operationalized Psychodynamic Diagnosis, OPD Task Force).

Виділено індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з анорексією, зокрема високий рівень самоконтролю, схильність до замкненості, символічне мислення та цілеспрямованість, а також підвищене напруження, тривожність і домінуючий уникаючий тип прихильності. Встановлено, що ефективна стратегія психологічної реабілітації для цієї групи ґрунтується на роботі з провідними внутрішньоособистісними конфліктами та особливостями прихильності з метою формування довіри, безпеки міжособистісних стосунків та подолання жорсткості супер-Его.

З'ясовано індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з булімією, зокрема м'якість, нерішучість, емоційну нестабільність та тривожний тип прихильності при межевому рівні структурної інтеграції. Показано, що ефективна стратегія психологічної реабілітації для цієї групи ґрунтується на роботі зі структурою особистості та типом прихильності, спрямованій на зміцнення особистісної структури, зниження тривожності, регуляцію агресії та формування ресурсів для подолання внутрішньоособистісних конфліктів.

Виявлено індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з компульсивним переїданням, зокрема емоційну мінливість, імпульсивність,

низьку організованість та тривожний тип прихильності при нижньому межовому рівні структурної інтеграції. Показано, що ефективна стратегія психологічної реабілітації для цієї групи ґрунтується на роботі зі структурою особистості та типом прихильності, спрямованій на зміцнення особистісної організації, підвищення здатності до саморегуляції та подолання супротиву.

Визначено, що респонденти з булімією та компульсивним переїданням мають тривожний тип прихильності, а пацієнти з анорексією – уникаючі тип прихильності. При цьому у респондентів, які мають анорексію переважає верхній межовий рівень інтеграції психіки, а у респондентів з булімією та компульсивним переїданням вираженість рівня структурної інтеграції коливається між нижнім межовим рівнем та верхнім межовим рівнем.

Уточнено, відсоткове значення прояву провідних несвідомих конфліктів в залежності від виду розладу.

У *третьому розділі* розроблено комплексну програму психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки, що базується на сучасних підходах психодинамічної та когнітивно-поведінкової психотерапії, і складається з індивідуальної, групової та сімейної форм роботи, та перевірено її ефективність.

У рамках формувального експерименту було проведено 52 зустрічі в рамках індивідуальної кататимно-імагінативної психотерапії, що тривала 6 місяців, перші два місяці якої респондент перебував на стаціонарному лікуванні. Групова робота в рамках когнітивно-поведінкового підходу (тренінг DBT) складалася з 26 групових занять, що відбувалися раз на тиждень протягом 6 місяців. Робота із співзалежними тривала протягом амбулаторного періоду і складалася з 8 сімейних зустрічей.

У ході формувального експерименту встановлено ефективність розробленої комплексної програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки. Після її впровадження в експериментальній групі порівняно з контрольною зафіксовано статистично значуще ($p < 0,05$) зниження рівня проявів харчової залежності та підвищення показників

структурної інтеграції особистості й типів прихильності. Виявлено зменшення вираженості окремих несвідомих конфліктів.

Статистичний аналіз результатів підтвердив не випадковість відмінностей між групами. Це доводить, що запропонована програма сприяє зниженню проявів розладів харчової поведінки, покращенню саморегуляції, укріпленню ідентичності та якості міжособистісних стосунків. Більшість респондентів, які до участі мали високий або середній рівень симптоматики, після завершення програми продемонстрували середній або низький рівень її проявів.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що порівняння індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів із різними типами розладів харчової поведінки є підґрунтям для побудови ефективних моделей психореабілітації, які поєднують індивідуальні та групові стратегії терапії.

Наукова новизна дисертаційної роботи полягає у системному вивченні індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з анорексією, булімією та компульсивним переїданням. Уперше уточнено розбіжності у проявах розладів харчової поведінки, типах прихильності, структурних рівнях інтеграції психіки та несвідомих провідних конфліктах у пацієнтів із різними видами порушень харчової поведінки. Розширено розуміння психодинамічних характеристик пацієнтів, зокрема провідного радикалу особистості, типу прихильності та центрального конфлікту, що відрізняються залежно від специфіки розладу.

Запропоновано та апробовано комплексну програму психологічної реабілітації, що інтегрує сучасні підходи психодинамічної та когнітивної психотерапії. Вперше поєднано індивідуальні техніки кататимно-імагінативної психотерапії з груповими техніками діалектично-поведінкової психотерапії для опрацювання раннього травматичного досвіду пацієнтів, який впливає на формування розладу харчової поведінки. Результати дослідження доповнюють теоретичні уявлення про психологічну реабілітацію та надають практичні рекомендації для психотерапевтичної роботи з пацієнтами з різними порушеннями харчової поведінки.

Теоретична значущість полягає в систематизації основних підходів до вивчення харчової залежності, систематизації підходів до типологізації пацієнтів із харчовою залежністю та визначенні специфічних індивідуально-психологічних відмінностей для окремих типів розладів, удосконаленні психодіагностичного інструментарію та розробленні наукових засад комплексного психологічного підходу до подолання порушень харчової поведінки.

Практична значущість полягає у можливості використання розробленої програми психологічної реабілітації в клінічній практиці для зниження проявів харчової залежності у пацієнтів, подолання їхніх особистісних структурних дефіцитів, деструктивних поведінкових патернів і негативних емоційних станів. Застосування програми сприяє гармонізації особистісних потреб, розвитку афективної саморегуляції та емоційної комунікації, а також підвищенню ефективності й якості психологічної допомоги пацієнтам із розладами харчової поведінки.

Перспективи подальших досліджень полягають у вдосконаленні психодіагностичного інструментарію для вивчення індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів із розладами харчової поведінки та розробці розширених програм психологічної реабілітації з урахуванням інших видів харчових розладів.

Ключові слова: психологічна реабілітація, девіантна поведінка, розлади харчової поведінки, харчова залежність, анорексія, булімія, компульсивне переїдання, типологічні особливості, індивідуально-психологічні особливості.

ABSTRACT

Levchenko D. O. **Peculiarities of psychological rehabilitation of patients with eating disorders** – Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 053 “Psychology” (05 – Social and Behavioral Sciences). – G. S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv, 2025.

The dissertation is devoted to the theoretical justification and experimental study of the problem of providing psychological assistance to patients with various types of eating disorders and to enhancing its effectiveness.

The relevance of the study is determined by the annually increasing prevalence of eating disorders worldwide and the high mortality rate associated with them.

The aim of the study is to investigate the individual psychological characteristics of patients with eating disorders and to develop a model of psychological rehabilitation using various psychotherapeutic approaches to improve the effectiveness of care provision.

The dissertation represents an independent, comprehensive, and complete study presenting both theoretical and practical aspects of psychological rehabilitation for patients with eating disorders.

The first chapter provides a theoretical analysis emphasizing that psychological rehabilitation is aimed at creating a high quality of life for patients in need of restoring specific functions. Special attention is given to patients' impaired capabilities and the temporarily disrupted relationships between them and society, which require restoration.

The features of psychological rehabilitation of patients with eating disorders lie in applying a comprehensive approach to selecting methods that take into account early experiences of relationships with significant adults. This allows influencing the deep components of personality, including self-perception,

perception of others, self-regulation, mentalization, self-reflection, attachment type, and internal introjects. The personal dimension of the rehabilitation process is key to overcoming eating disorders of any type.

It has been identified that individuals with diagnosed eating disorders exhibit certain typological characteristics, including difficulties in regulating self-esteem and affect, challenges with autonomy, impulse control, basic trust, and body perception.

It is noted that working on addiction-related issues should consider the structural level of personality organization and the stages of psychosexual development.

The psychotherapeutic process highlights several focal points: attachment disturbances, drive-related dysfunctions, self-regulation, emotional communication, goal setting, and identity disturbances. The patient's personality plays a crucial role in the treatment process, and their individual psychological characteristics are a leading factor influencing all stages of the psychological support strategy.

The second chapter examines the individual psychological characteristics of patients with eating disorders, comparing personality profiles and identifying differences among patients with anorexia, bulimia, and binge eating disorder.

The study was conducted at Dr. Kadirov's medical center, involving 90 female participants aged 18 to 56, divided into three diagnostic groups: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), and Binge Eating Disorder (BED). Each group consisted of 30 participants. Subsequently, the participants were divided into experimental and control samples of 45 individuals each.

Methods for studying individual psychological characteristics included: observation, analysis of medical records, the Eating Pattern Inventory (EPI) (D. Garner), the 16 Personality Factor Questionnaire (16PF) (R. B. Cattell), the Attachment Style Questionnaire (ASQ) (K. Bartholomew, L. Horowitz), and interviews based on the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) for the structure and conflict axes (OPD Task Force).

The individual psychological characteristics of patients with anorexia were identified, including high self-control, tendency to introversion, symbolic thinking, and determination, along with increased tension, anxiety, and a dominant avoidant attachment type. The effective rehabilitation strategy for this group focused on working with leading intrapsychic conflicts and attachment features to foster trust, interpersonal safety, and overcoming super-ego rigidity.

Patients with bulimia were found to have softness, indecisiveness, emotional instability, and an anxious attachment type with borderline levels of structural integration. Effective rehabilitation strategies for this group focused on working with personality structure and attachment type to strengthen personal structure, reduce anxiety, regulate aggression, and develop resources to resolve intrapsychic conflicts.

Patients with binge eating disorder demonstrated emotional variability, impulsivity, low organization, and an anxious attachment type at a lower borderline level of structural integration. Rehabilitation strategies for this group focused on working with personality structure and attachment type to strengthen personal organization, improve self-regulation, and overcome resistance.

It was determined that patients with bulimia and binge eating disorder predominantly exhibited an anxious attachment type, whereas patients with anorexia demonstrated an avoidant attachment type. Additionally, anorexia patients displayed an upper borderline level of structural integration, while bulimia and binge eating disorder patients varied between lower and upper borderline levels.

The percentage expression of leading unconscious conflicts was clarified depending on the type of disorder.

The third chapter presents a comprehensive psychological rehabilitation program for patients with eating disorders based on psychodynamic and cognitive-behavioral approaches, including individual, group, and family work, and evaluates its effectiveness.

During the formative experiment, 52 individual Katathym-Imaginative Psychotherapy sessions were conducted over six months, with participants hospitalized for the first two months. Group work based on the cognitive-

behavioral DBT approach included 26 weekly sessions over six months. Family work with codependent participants included eight outpatient sessions.

The formative experiment confirmed the effectiveness of the developed comprehensive psychological rehabilitation program. Following its implementation, the experimental group showed statistically significant ($p < 0.05$) reductions in eating disorder symptoms and improvements in personality structural integration and attachment types, along with a decrease in certain unconscious conflicts.

Statistical analysis confirmed the non-random nature of differences between the groups. This demonstrates that the proposed program promotes reductions in eating disorder symptoms, enhances self-regulation, strengthens identity, and the quality of interpersonal relationships. Most participants with initially high or medium symptom levels showed medium or low levels upon program completion.

The results indicate that comparing individual psychological characteristics of patients with different types of eating disorders provides a foundation for building effective psychorehabilitation models that combine individual and group therapy strategies.

The scientific novelty of the dissertation lies in the systematic study of individual psychological characteristics of patients with anorexia, bulimia, and binge eating disorder. For the first time, differences in eating disorder symptoms, attachment types, structural integration levels, and leading unconscious conflicts were clarified among patients with various eating disorder types. Psychodynamic characteristics, including the leading personality radical, attachment type, and central conflict, were also expanded based on disorder-specific features.

A comprehensive psychological rehabilitation program was proposed and tested, integrating psychodynamic and cognitive psychotherapy approaches. For the first time, individual Katathym-Imaginative Psychotherapy techniques were combined with group Dialectical Behavior Therapy techniques to process early traumatic experiences influencing the formation of eating disorders. The study results supplement theoretical understanding and provide practical

recommendations for psychotherapeutic work with patients with various eating disorders.

The theoretical significance of the study lies in systematizing approaches to studying eating disorders, typologizing patients with eating disorders, identifying specific individual psychological differences for each disorder type, improving psychodiagnostic tools, and developing scientific foundations for a comprehensive psychological approach to overcoming eating disorders.

The practical significance lies in the applicability of the developed psychological rehabilitation program in clinical practice to reduce eating disorder symptoms in patients, address personality structural deficits, destructive behavioral patterns, and negative emotional states. The program promotes harmonization of personal needs, development of affective self-regulation and emotional communication, and improves the effectiveness and quality of psychological care for patients with eating disorders.

Future research perspectives include enhancing psychodiagnostic tools to study individual psychological characteristics of patients with eating disorders and developing expanded psychological rehabilitation programs considering other types of eating disorders.

Keywords: psychological rehabilitation, deviant behavior, eating disorders, food addiction, anorexia, bulimia, binge eating disorder, typological features, individual psychological characteristics.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ABSTRACT.....	8
ВСТУП.....	15
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	23
1.1. Основні підходи до розгляду поняття «психологічної реабілітації»	23
1.2. Типологічні особливості пацієнтів з розладами харчової поведінки	34
1.3. Психодинамічний підхід до розробки психологічних засобів реабілітації пацієнтів з розладами харчування	51
Висновки до першого розділу.....	69
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	71
2.1. Методичний інструментарій емпіричного дослідження	71
2.2. Результати емпіричного дослідження індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з розладами харчової поведінки	77
Висновки до другого розділу	108
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	111
3.1. Обґрунтування системи психологічних засобів реабілітації пацієнтів з харчовою залежністю.....	111
3.2. Експериментальна перевірка програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки.....	117
3.3. Методичні рекомендації щодо застосування програми психологічної реабілітації для пацієнтів з анорексією, булімією та компульсивним переїданням.....	128
Висновки до третього розділу	196

	14
ВИСНОВКИ.....	198
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	201
ДОДАТКИ.....	222

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасні тенденції розвитку адиктивної поведінки підтверджують прогнози ООН, що пророкували актуалізацію в XXI столітті однією з головних проблем людства, що сконцентрована в області залежної поведінки, і тому суспільство вимушено стати перед вирішенням питань щодо її подолання. Великої актуальності набуває поширення розладів харчування серед людей усього світу.

Розлади харчової поведінки, найпоширенішими серед яких є нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання, що в більшості своїй мають прояви у жіночої статі, формують виражену проблематику та загрожують ментальному здоров'ю суспільства. Ці розлади характеризуються серйозними порушеннями харчової поведінки та пов'язані з особистісними особливостями людини [110]. Огляд зміни особистості на різних етапах діагностики та психокорекції з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей набуває особливої актуальності. Достатньо мало уваги приділяється дослідженням, які б повідомляли про зміну особистості при розладах харчової поведінки. Актуальності, також, набуває з'ясування факторів, що сприяють розвитку та збереженню цих порушень, і аналіз того, як вони змінюються в період лікування залежно від індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів.

Жінки, вік яких становить від 40 до 50 років мають розлад харчової поведінки у 15%, але лише 27% з них зверталися за допомогою та отримували лікування. При цьому розлади харчової поведінки займають друге місце у світі за рівнем смертності серед психічних розладів. Про це свідчать дані Національної асоціації розладів харчової поведінки [92]. Спираючись на статистичні дані можна побачити, що розповсюдження розладів харчової поведінки збільшилось із 3,4% до 7,8% в період з 2000 до 2018 років [91]. Крім того, серйозність захворювання підкреслюється тим фактом, що лише близько половині з діагностованих вдається одужати. Понад 1 мільярд людей у всьому світі страждає від ожиріння – 650 мільйонів

дорослих, 340 мільйонів підлітків і 39 мільйонів дітей. Ця кількість продовжує зростати. За оцінками ВООЗ, до 2025 року приблизно 167 мільйонів людей – дорослих і дітей – стануть менш здоровими через надмірну вагу або ожиріння [144]. Поширеність будь-якого розладу харчової поведінки протягом життя оцінюється в 1,5% для чоловіків і в 3,5% для жінок.

Моделі психологічної реабілітації вивчали такі автори як В. Дуб, К. Маннапова, Л. Литвинчук, М. Кононова, Т. Ріггар, Д. Маккі, О. Тохтамиш, Т. Титаренко, О. Чубко, А. Шевцов.

В теперішній час проблемі корекції харчової поведінки приділяли увагу такі автори як Л. Абсалямова, О. Бацилєва, Є. Бойко, М. Лапіна, О. Малина, Н. Ремесник, О. Сушко, В. Ткач, С. Чиганов, В. Шебанова, С. Шебанова, К. Шкарлатюк, Н. Шнеккенберг, Т. Яблонська.

Особливості залежної особистості розглядалися низкою авторів, а саме Х. Брух, Дж. Боулбі, Д. Віннікот, І. Гуртова, О. Кернберг, Л. Литвинчук, М. Лінехан, М. Малер, А. Мудрик, Д. Старков, П. Фонагі, Дж. Янг.

На даний час розповсюдження нових моделей реабілітації пацієнтів, що мають залежність, не демонструє достатніх процентів успішної ремісії, особливо у пацієнтів з розладами харчової поведінки. Недостатньо вивченою залишається тема психологічної реабілітації пацієнтів з харчовою залежністю, враховуючи індивідуально-психологічні особливості людей з наявністю даної проблеми та спираючись на сучасні розробки в рамках асимільованої моделі когнітивно-поведінкового та психодинамічного підходів.

Великої актуальності набуває вивчення даного питання та розроблення комплексної програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки для надання ефективної допомоги.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження проведено в рамках тем лабораторії консультативної психології та психотерапії: 1) 2018-2020 р.р. «Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів

посттравматичного стресового розладу», номер державної реєстрації 0118U003096; 2) 2021-2023 рр. «Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу», номер державної реєстрації 0121U107535; 3) 2024-2025 рр. «Розробка психотехнологій допомоги вимушено переміщеним особам у подоланні психотравматичного впливу воєнного та поствоєнного часу», номер державної реєстрації 0124U000256.

Тему дисертації затверджено вченою радою Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол №2 від 30 січня 2020 р.) та погоджено з бюро Міжвідомчої ради з координації досліджень у галузі освіти, педагогіки і психології (протокол №2 від 31 березня 2020 р.)

Об’єкт дослідження — психологічна реабілітація пацієнтів з розладами харчової поведінки.

Предмет дослідження — особливості комплексної психологічної реабілітації пацієнтів з анорексією, булімією та компульсивним переїданням.

Мета дослідження — вивчити індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з розладами харчової поведінки, на основі аналізу проблеми розробити програму комплексної психологічної реабілітації пацієнтів з харчовою залежністю та перевірити її ефективність.

Завдання дослідження:

- здійснити теоретичний аналіз стану проблеми психологічної допомоги пацієнтам з харчовою залежністю в науковій літературі та визначити методологічний підхід до її розв’язання
- дослідити індивідуально-психологічні особливості, порівняти особистісні профілі та виділити розбіжності пацієнтів з різними видами харчової залежності
- розробити програму комплексної психологічної реабілітації пацієнтів з харчовою залежністю
- перевірити ефективність застосування програми комплексної психологічної реабілітації пацієнтів з харчовою залежністю

Методи дослідження:

Для вирішення поставлених завдань було використано комплекс методів дослідження:

- 1) **Теоретичні:** теоретичний аналіз та синтез, узагальнення, систематизація, порівняння, типологія.
- 2) **Емпіричні:** формувальний та констатувальний експерименти, спостереження, аналіз медичних карток, шкала оцінки харчової поведінки Д. Гарнера (Eating Disorder Inventory, EDI), 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (16PF), методика «Самооцінка генералізованого типу прихильності» К. Бартолом'ю та Л. Горовиць (Relationship Questionnaire, RQ), а також інтерв'ю за OPD-2 для осі структури та осі конфлікту (Operationalized Psychodynamic Diagnosis, OPD Task Force), техніки кататимно-імагінативної психотерапії (індивідуальна та групова психотерапія), сімейне консультування, психологічний тренінг (DBT).
- 3) **Методи математичної статистики:** критерій Колмогорова-Смірнова, кореляційний аналіз (критерій Спірмена, критерій Пірсона), критерій Крускала-Уоліса, критерій Вілкоксона, критерій Стюдента.

Теоретичну та методологічну основу дослідження склали положення щодо психологічних особливостей (М. Балінт, Д. Боулбі, Д. Віннікот, Е. Еріксон, О. Кернберг, М. Кляйн, Х. Кохут, М. Малер, Г. Салліван, В. Франкл, З. Фройд, Г. Юнг); теоретико-практичні положення стосовно харчової залежності (Ф. Александер, Л. М. Абсалямова, О. В. Бацилева, Л. Ф. Бурлачук, Е. Вільке, К. І. Каплан, Н. Ремесник, Дж. Райлі); теоретико-практичні положення щодо особистості, її структури, класифікації особистостей (Р. Б. Кеттелл, О. Кернберг, Г. С. Костюк, Н. МакВіл'ямс, С. Д. Максименко, З. Фройд)

Теоретична та практична значущість.

Теоретична значущість даного дослідження полягає у систематизації та класифікації основних підходів до теорій вивчення харчової залежності, виявлення індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з харчовою залежністю, класифікація індивідуально-психологічних особливостей в

залежності від типу розладу, удосконалено психодіагностичний інструментарій для вивчення даної проблематики, розроблені наукові основи комплексного психологічного підходу до розв'язання проблеми порушень харчової поведінки, дістали подальший розвиток нові засоби та методи психокорекції харчової залежності.

Практична значущість дослідження полягає у застосуванні клінічними психологами та лікарями даної програми у психореабілітаційному процесі з метою подолання особистісного структурного дефіциту, деструктивних патернів поведінки та негативних емоційних станів, підвищення афективної саморегуляції та емоційної комунікації пацієнтів з харчовою залежністю. Це буде вирішувати такі актуальні медичні проблеми фахівців як оцінка здоров'я не тільки в плані соціально-економічних аспектів, але і в плані забезпечення гармонізації особистісних потреб. Використання даної програми допоможе вивести рівень надання психологічних послуг пацієнтам з харчовою залежністю на значно вищий рівень.

Наукова новизна та теоретичне значення результатів дисертаційної роботи:

- розширено уявлення про притаманні індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з анорексією, булімією та компульсивним переїданням: розбіжності в проявах розладів, типах прихильності, структурних рівнях інтеграції психіки, несвідомих провідних конфліктах у пацієнтів з різними видами порушення харчової поведінки;
- уточнено специфіку психодинамічних характеристик пацієнтів з харчовою залежністю: провідний радикал особистості, тип прихильності та центральний конфлікт пацієнтів з різними розладами харчової поведінки
- доповнено наукові уявлення про особливості психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки

- розроблено комплексну програму психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки, що базується на сучасних підходах психодинамічної та когнітивної психотерапії;
- вперше застосовано поєднання індивідуальних технік кататимно-імагінативної психотерапії та групових технік діалектично-поведінкової психотерапії пацієнтів, з метою опрацювання їхнього раннього дитячого травмівного досвіду, що впливає на формування розладу харчової поведінки.

Результати дослідження впроваджено: Медичний центр доктора Кадирова м. Києва (довідка від 21.08.2023 р.), ТОВ «Реабілітаційний центр «Ренесанс»(довідка від 12.10.2023 р.), ГО «Інститут розвитку символдрами та глибинної психології» (довідка від 19.01.24)

Апробація та впровадження результатів дослідження. Ключові положення і результати дисертації оприлюднено в публікаціях автора, у доповідях на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях: І всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні проблеми клінічної психології, психотерапії та психологічного консультування» м. Київ 2023 р., V всеукраїнська науково-практична конференція «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я» м. Київ 2020 р.

Особистий внесок здобувача. Усі теоретичні та практичні результати, що виносяться на захист, отримані автором самостійно. Пошук та аналіз літературних джерел за тематикою дисертаційного дослідження, розроблення комплексної програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки виконано автором особисто.

Публікації. Основні результати дослідження висвітлено у 4 публікаціях та 2-х тезах конференцій.

Структура й обсяг дисертації. Дисертація написана українською мовою, науковим стилем мовлення; складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, додатків, списку використаних джерел, що налічує (195 найменувань, із них 145 іноземною мовою) та 8

додатків (на 40 стор.). Основний обсяг роботи становить 200 сторінок. Дисертація містить 25 таблиць (на 24 стор.) та 6 рисунків (на 6 стор.). Повний обсяг роботи 264 сторінок.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Статті в наукових фахових виданнях з психології, включених до переліку, затвердженого МОН України, категорії Б:

1.1 Levchenko, D. (2023). Comparative characteristics of individual psychological characteristics of patients with eating disorders. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology"*, 9(4), 47–56.

DOI <https://doi.org/10.52534/msu-pp4.2023.47>

URL https://pp-msu.com.ua/web/uploads/pdf/стаття_Левченко.pdf

1.2 Levchenko, D. (2023). Typological features of eating disorder patients: A review of publications. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology"*, 9(2), 87–95.

DOI <https://doi.org/10.52534/msu-pp2.2023.87>

URL [https://pp-msu.com.ua/web/uploads/pdf/Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology" 2023_Vol. 9, No. 2.-87-95.pdf](https://pp-msu.com.ua/web/uploads/pdf/Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series)

1.3 Левченко, Д. О. (2024). Індивідуальні відмінності пацієнтів з розладами харчової поведінки. *Габітус*, (66), 350–355.

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.66.59>

URL <http://habitus.od.ua/journals/2024/66-2024/61.pdf>

1.4 Левченко, Д. О. (2025). Програма психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки. *Наукові перспективи*, 3(57), 1406–1418.

DOI [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-3\(57\)-1406-1418](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-3(57)-1406-1418)

URL <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/issue/view/340/440>

2. Опубліковані праці апробаційного характеру:

1.1 Левченко, Д. О. (2020). Проблема розладів харчової поведінки в сучасному світі. О. В. Бацилева (Ред.), Матеріали V Всеукраїнської науково-

практичної конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я» (м. Київ, 18 листопада 2020 р.): матеріали і тези доповідей (с. 81–84).

1.2 Левченко, Д. О. (2023). Типологічні особливості пацієнтів з розладами харчової поведінки. Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми клінічної психології, психотерапії та психологічного консультування» (17–18 жовтня 2023 року, м. Київ) (с. 118–121).

DOI <https://doi.org/10.32782/978-617-521-049-9>

URL <https://psy.knu.ua/images/2023/v2023.pdf>

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

У першому розділі розкриваються результати теоретичного аналізу іноземних та вітчизняних досліджень феномену: «психологічна реабілітація», «розлади харчової поведінки». Висвітлено типологічні особливості пацієнтів з різними видами розладів харчової поведінки. Розглянуто психодинамічний підхід до розробки психологічних засобів реабілітації пацієнтів з розладами харчування. Представлено вихідні позиції дослідження.

1.1. Основні підходи до розгляду поняття «психологічної реабілітації»

Реабілітація – це процес, що дозволяє людині повернутися до максимально можливого рівня функціонування. Це спроба забезпечити якомога кращу роль людини в спільноті, яка дозволить пацієнтові досягти максимального діапазону активності та зацікавленості, на яку він здатний [182]. Основна увага приділяється вдосконаленню можливостей та підвищенню рівня незалежності. Процес реабілітації зосереджується на здатності функціонувати та розвивати певні навички, в ході чого терапевтичне середовище є основною умовою для успішного реабілітаційного процесу.

Реабілітація – це інтегрована програма заходів, які дозволяють людям з обмеженими можливостями та хронічними захворюваннями досягати «особисто повноцінної, соціально значущої і функціонально ефективної взаємодії» в їх повсякденному житті [107].

Психологія реабілітації – це спеціалізована область психології, яка фокусується на вивченні і застосуванні психологічних знань і навичок від імені осіб з обмеженими можливостями та хронічними захворюваннями, щоб максимізувати здоров'я і благополуччя, незалежність і вибір,

функціональні можливості і участь в соціальній ролі протягом усього життя [182].

В першу чергу, психологічна реабілітація під собою розуміє вплив на психологічний стан пацієнта, що сприяє вирішенню провідних завдань психологічної допомоги, а саме – сприяє нормалізації емоційного стану, відновленню порушених психічних функцій та подоланню наслідків травматичних обставин і стресу [160]. Психологічна реабілітація охоплює заходи з профілактики та лікування психічних порушень, формування у пацієнтів усвідомленої і активної участі в реабілітаційному процесі. У психологічну реабілітацію повинні бути включені заходи, які орієнтовані на відновлення, корекцію і компенсацію порушених функцій і станів [107].

У психологічній реабілітації виділяють кілька напрямків роботи : психодіагностика, психологічне консультування, психокорекція та психотерапія [190].

Галян І. М. під психологічною діагностикою розуміє дисципліну, яка займається психологічною оцінкою та діагностикою, персонологією та психопатологією за допомогою використання інтегрованого репертуару анкет, описів особистості, батарей та методів тестування (психометричних та проєктивних), клінічних інтерв'ю, нейропсихологічних обстежень та спостережних оцінок; тип методів та інструментів, що використовуються, час від часу змінюється, залежно від контексту та мети оцінки, віку та типу можливих труднощів оцінюваних суб'єктів [157]. Важливим є першочергове проведення психодіагностики, бо це дозволяє ще на початковому етапі реабілітації виділити пацієнтів, які терміново потребують спостереження і психокорекційних втручань. Саме психодіагностичний етап дає змогу зробити акцент на індивідуальних особливостях в програмі психологічної реабілітації, контролювати та оцінювати психічний стан пацієнтів в процесі її проведення. Такі характеристики методів, як валідність, надійність, економічність, практичність та здатність оцінювати змінні, що значущі для

медико-психологічної реабілітації є в числі пріоритетів при виборі методів оцінки психологічного статусу пацієнта.

Горностай П. П. під психологічним консультуванням розуміє метод практичної психології, що ґрунтується на можливостях діалогу і актуалізує внутрішній потенціал особистості. Існують різні напрямки психологічного консультування в залежності від завдань, що при цьому ставляться, а також в залежності від об'єкта консультативного впливу. Так, якщо метою є допомога в розв'язанні особистісних проблем, то консультування має психотерапевтичне спрямування [158].

Кузікова С. Б. вважає, що психокорекція – це цілісна система означає доцільний і делікатний вплив на психічні структури особистості, покликаний сприяти її гармонійному розвитку й повноцінному життю [170]. Серед методів психокорекції важливої ролі набуває поняття «малої психотерапії» як базового медико-психологічного ресурсу при роботі з пацієнтами, що спирається на завдання, які розв'язуються на різних етапах реабілітації, при цьому зміст і спрямованість процесу обумовлюється особливостями захворювання та психологічним станом пацієнта.

Бурлачук Л. Ф. під психотерапією розуміє вид професійної допомоги особистості в її становленні, допомоги в травмівних ситуаціях і переживаннях, допомоги в прийнятті відповідальних рішень і дій у відповідних соціально-культурних умовах [152].

Вибір ефективних психотерапевтичних стратегій при психологічній реабілітації пацієнтів обумовлений:

- цілі та завдання, що враховують тяжкість, особливості соматичного і психологічного стану пацієнта;
- термін отримання травми (в тому числі і психологічної);
- типологічні особливості пацієнта для вибору стратегії психокорекції;
- вік пацієнта;
- соціальне оточення;
- рівень освіти;
- мотивація пацієнта до психотерапевтичної роботи;

- стигми та установки пацієнта щодо психотерапії та її видів;
- особистісні особливості психотерапевта, а саме – наявність якостей, що забезпечують результативність психотерапевтичних втручань (компетентність, рівень підготовки, досвід спеціаліста)

Спираючись на це використовують таку класифікацію при виборі методів психотерапії [190]:

Індивідуальні методи:

- когнітивно-поведінкова психотерапія – спрямована на зміну негативних думок, роботу з дезадаптивними установками та корекцію патернів поведінки;
- психодинамічно-орієнтована психотерапія — спрямованість на роботу з несвідомим та перенесенням і контрперенесенням в контакт;
- методи психічної саморегуляції — аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів;
- раціональна психотерапія – інформування пацієнта стосовно причин та механізмів хвороби;
- особистісно-орієнтована психотерапія — дозволяє пацієнту взяти відповідальність та змінити ставлення до психотравмуючої ситуації;
- позитивна психотерапія, гештальт-підхід — має фокус не на наявності хвороби, а на наявних способах її подолати, що доступні кожній людині;
- логотерапія В. Франкла — підкреслює сенс того, що сталося та допомагає відновити сенс жити далі.

Групові методи:

- відкриті групи, що спрямовані на інформування або на структурування травматичних спогадів (робота з майбутнім);
- групи, що можуть мати інтегративну структуру, але слугують вирішенню певного завдання, наприклад, спрямованість на формування навичок переробки травматичного досвіду, спрямованість на роботу з інтраперсональною динамікою (робота з теперішнім).

Групова психотерапія орієнтована на досягнення наступних цілей:

- розділення власних почуттів із учасниками групи та ведучим з повторним емоційним переживанням та усвідомленням власних травматичних зон в безпечному просторі групи;
- обмін схожими досвідами з учасниками групи, що зменшує почуття ізоляції, самотності, сорому, при цьому посилює почуття приналежності, прийняття, спільності, враховуючи унікальність переживань кожного учасника групи;
- спільне навчання методам ефективного подолання наслідків травми;
- реалізація потреби бути важливим і корисним — надавати підтримку, посилювати впевненість, допомагати відновити почуття власної гідності тим, хто знаходиться в більш важкому психологічному стані. Це дає змогу подолати відчуття власної недостатності і змістити фокус зі стану ізольованості;
- набуття нового досвіду побудови стосунків.

Останнім часом активний розвиток психотерапії сприяє вивченню її нових форм та моделей. О. Чубко та Л. Романченко наголошують, що позитивні результати в динаміці змін пацієнта обумовлені комплексним підходом та конгруентним поєднанням форм і методів реабілітації, що спираються на сучасні психотерапевтичні підходи [191]. Сучасні вчені все більше роблять акцент на різних видах мистецтва, що використовуються в якості адаптогенних, профілактичних, лікувальних, корекційних засобів. Творчість є основним способом існування та розвитку особистості, а також вищим компонентом в структурі особистості. Будь-яка новітня технологія має на меті створення сприятливого мікро та макроклімату, і в першу чергу, спрямовується на максимальне усунення негативних факторів в психологічному, біологічному, соціальному розвитку людини.

Критерії, що допомагають оцінити ефективність психологічної реабілітації пацієнта [190]:

- сформованість внутрішньої мети та розвиток навичок саморегуляції;
- наявність позитивного емоційного досвіду і підвищення саморефлексії;
- розвиток психофізичної та соціальної активності;

- формування навичок побудови стосунків за трьома векторами: з собою, з іншими, зі світом вцілому;
- зміцнення структури ідентичності;
- відчуття кордонів власного «Я»;
- розвиток здібностей та активізація творчого потенціалу;
- розвиток адаптаційного потенціалу;
- позитивна динаміка змін психологічного і фізичного стану.

Принципи психологічної реабілітації [159] :

1. Принцип врахування особистості пацієнта. З метою відновлення певної функції важливо ставити за першочергову мету відновлення діяльності людини. В процесі нейтралізації установок, що заважають, організувати та направити активність пацієнта. Якщо брати за приклад навчання, то ефективність будь-якої установки залежить від мотивів, саме тому в процесі навчання першочергово важливе формування мотивів і активізація діяльності пацієнтів.

2. Принцип опори на збереження форми діяльності пацієнта. Протягом всього періоду реабілітації є можливість сформувати опори для відновлення порушених функцій, спираючись на збережені форми діяльності та залишкові можливості. Для цього необхідно працювати над актуалізацією минулого досвіду.

3. Принцип опори на діяльність пацієнта. Формування нового досвіду та засвоєння нових навичок стає можливим, коли процес протікає через власну діяльність людини. Це може бути навчання, ерготерапія, рухливі ігри та спілкування. Ці види діяльності активізують виникнення уявлень та образів, які в подальшому інтегруються у внутрішню структуру психічних процесів та створюють готовність до іншого виду діяльності.

4. Принцип програмування навчання. Важливості набуває організація діяльності пацієнтів таким чином і в таких методах, які б дозволили самостійно формувати операції, а надалі і дії з метою виконання завдань. При розробці реабілітаційних програм психологи враховують той факт, що етапи

програми повинні складатися з ряду послідовних операцій, виконання яких (спочатку у супроводі спеціаліста, надалі – самостійно) призводить до відновлення порушеного вміння або навички.

Можна виділити такі періоди психологічної реабілітації [180]:

- гострий;
- підгострий;
- пізній (передбачає тривалу реабілітацію);

Особливості кожного періоду мають своє різноманіття переживань пацієнта та включають певні етапи, що перетікають один в одного. Початок реабілітації часто носить загальний характер і реалізується автоматично, натомість саме розгортання наступних етапів залежить від індивідуальних особливостей пацієнта. Проходження цього динамічного процесу залежить від характеристик особистості і умов середовища. Можна спостерігати різну динаміку у вигляді зупинок або повернень на попередній етап.

Т. Титаренко акцентує увагу на тому, що соціально-психологічними технологіями реабілітації особистості варто вважати сукупність методів, технік, прийомів та інтервенцій, які використовуються з метою підтримання і відновлення здатності людини до життєтворення. Можна виділити різні форми колективної комунікації, в яких застосовуються технології: стратегічні сесії, групова робота, майстер-плани розвитку соціально-психологічної реабілітології як галузі, тощо. Технологією вважається і застосування інструментів для підвищення благополуччя людини, а також використання соціально-психологічних знань і теорій [184].

Дослідниця розділяє процес відновлення особистості на три етапи, що обумовлюють вибір реабілітаційних технологій: підготовчий, базисний та підтримувальний.

К. Маннапова виділяє п'ять етапів психологічної реабілітації [175]:

1) Етап шоку та тривоги

На цьому етапі пацієнт знаходиться в стані конітивного ступору, що проявляється в нерозумінні та неприйнятті ситуації. Спостерігається

порушення самосприйняття через відчуття, що ситуація відбувається не з ним, сплутаність свідомості, симптоми порожнечі та дереалізації. Сприйняття ситуації обумовлює стійкі порушення функціонування за відсутності паніки. Звуження свідомості та відрив від реальності, сприяють тому, що вся енергія направлена всередину, щоб зберегти «Я» і це є закономірним. Тільки наприкінці цього етапу відбувається усвідомлення події і тільки тоді може виникнути паніка зі страхом життя в ситуації втрати, страхом смерті.

Загалом цей етап триває від декількох днів до тижнів у кожного пацієнта індивідуально. Ізраїльські спеціалісти мають різні думки щодо роботи психолога на цьому етапі. Для порівняння спеціалісти реабілітаційного центру ім. Льовінштайна наголошують, що на етапі шоку і тривоги працювати з пацієнтом неможливо і варто змістити фокус уваги на роботу з близьким оточенням пацієнта. При цьому спеціалісти реабілітаційної клініки Тель-Ашомер демонструють значущі результати підтримуючого процесу на даному етапі, що проявляється в стабілізації стану пацієнта [159].

Але всі спеціалісти дотримуються однакової думки, що пацієнт має пройти абсолютно всі етапи. При цьому акцент робиться саме на психокорекційній роботі, а не на медикаментозній терапії. Вважається, що медикаменти варто використовувати в мінімальних дозах і тільки в певних клінічних випадках. На етапі шоку та тривоги важливим є залучення до роботи з пацієнтом всієї реабілітаційної команди. Через те, що провідним почуттям пацієнта є страх і тривога через небезпеку цього світу. Важливим є те, щоб в цей період спеціалісти у встановленні контакту з пацієнтом демонстрували стабільність і впевненість щодо розуміння стану пацієнта. Саме тому акцент робиться на поясненні того, що сталося з пацієнтом, чого варто очікувати та які подальші перспективи. Крім того, повинен відбуватися процес валідації почуттів пацієнта, що має на меті підтвердження нормальності переживань.

2) Етап включення захисних механізмів

Найбільш складний етап, що проявляється у перемовинах або запереченні всього. Пацієнт на цьому етапі може мати надію на повне одужання, не маючи здатності об'єктивно оцінити ситуацію. Часто всі рекомендації реабілітаційної команди відкидаються. Тут спостерігається складність розмежування особистісних та ментальних проблеми, наприклад, залежний пацієнт може заперечувати, що він має залежність. Обов'язковим є фокус уваги як на пацієнті, так і на його оточенні.

Завдання цього періоду — це плановірно і поступово пояснювати існуючий стан речей, не мати на меті переконати або змусити, та підвести людину до усвідомлення реальності. Зміст такої роботи будується індивідуально в залежності від індивідуальних особливостей пацієнта. Є пацієнти, які можуть демонструвати сприйняття інформації, при цьому не усвідомлювати повноти того, що відбувається. Інші потребують зустрічі з реальністю та чіткого пояснення алгоритму дій, а є ті, для кого важливий акцент на перспективи та існуючі можливості. Тому робота на цьому етапі будується комплексно, як з психологом, так і зі всією реабілітаційною командою.

3) Етап початку розуміння і прийняття

Цей короткий за терміном етап проявляється в переживанні скорботи, депресії та злості. Переживання цих почуттів є важливими і вважається, що якщо пацієнт не сумує, то він лишився на попередньому етапі. В такому випадку не буде виникати усвідомлення власного стану і прагнення його змінити. Процес горювання та оплакування власних втрат призводить до загальної реакції — депресії. В цей період пацієнт може закриватися, фокусуватися на власних фантазіях всередині себе, не мати бажання контактувати з іншими. Вважається, що відбувається регресія і загалом, пацієнт може виглядати погано. Можливими є два прояви етапу початку розуміння та прийняття. Перший варіант передбачає пасивність, ізоляцію та відсутність мотивації. Другий варіант передбачає гіперреакцію, що проявляється в агресії та самозвинуваченнях. Пацієнт може потрапляти у сильні почуття сорому або злості стосовно себе і свого стану. Виражені

реакції самозвинувачення можуть свідчити про наявність аутоагресії, що підвищує ризик суїциду. На цьому етапі зниження суїцидальних ризиків є найважливішим завданням психолога. Спроба демонстрації навіть мінімальної можливості самостійності та підкреслення ресурсні пацієнта може бути одним із дієвих способів виведення пацієнта з описаних станів. Психолог та реабілітаційна команда формують програму реабілітації таким чином, щоб вона мала невеликі етапи із певними видами завдань, в яких пацієнт може відчувати власний прогрес.

4) Етап протесту

Завдання цього етапу перехід внутрішньої злості на злість зовнішню. Пацієнт може бунтувати та вести себе агресивно по відношенню до оточуючих. Головним завданням психолога на цьому етапі є вибудовування чітких кордонів та рамок взаємодії із наданням пацієнту послідовної програми дій. Важливим є активне слухання, але за умови наявності правил і обмежень, інакше прогрес не буде відбуватися. Психолог демонструє пацієнту, що він може не боятися власних негативних переживань. Важливо інформувати, що агресія — це сила та енергія життя, яку потрібно направити в правильне русло. В такій роботі використовується механізм проекції.

5) Етап реорганізації та реінтеграції

Тут важливим є пояснення всіх етапів, які проходив пацієнт, бо лишається можливість повернення на попередні етапи. Головним завданням цього етапу є встановлення партнерських відносин. Важливим є колективна мета у взаємодії психолога, пацієнта, реабілітаційної команди та сім'ї. Підтримка сім'ї є дуже важливою складовою цього процесу. Психолог прагне разом з клієнтом пройти шлях від симбіозу з сім'єю до їх сепарації [194].

Відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF) ВООЗ, психологи враховують численні особисті чинники, що впливають на області діяльності пацієнта. Робота включає в себе оцінку і втручання у відношенні спектра особистих, психосоціальних, когнітивних і

поведінкових факторів, таких як нейрокогнітивний статус, сенсорні труднощі, настрій / емоції, бажаний рівень незалежності і взаємозалежності, мобільність / свобода пересування, самооцінка і самовизначення, поведінковий контроль і навички подолання труднощів, суб'єктивний погляд на здібності та якість життя. Крім того, враховується вплив культури, етнічної приналежності, мови, статі, віку, рівня розвитку, сексуальної орієнтації, соціального статусу, проживання та географічного положення, соціально-економічного становища.

При плануванні заходів і рекомендації послуг психологи залучають реабілітаційну команду і враховують оточуюче середовище людини (наприклад, сімейне, соціальне, культурне, фізичну) і засоби усунення бар'єрів в цих областях, такі як особиста адаптація, використання допоміжних технологій і послуг особистої допомоги, а також зміни фізичного та соціального середовища. Часто саме поєднання таких продуктів і послуг найбільш вигідно для людей у досягненні бажаних цілей і благополуччя. Преференції, потреби і ресурси пацієнтів враховуються при плануванні лікування, і будь-які перешкоди, що заважають досягненню найвищого рівня особистого і соціального функціонування, виявляються і зменшуються або усуваються, коли це можливо. Широка область реабілітаційної психології включає в себе не тільки клінічну практику, а й розробку і управління реабілітаційними програмами, дослідження, навчання, підвищення кваліфікації та розробку профілактики захворювань і зміцнення здоров'я, а також пропаганду здорового способу життя.

Реабілітаційні психологи надають послуги з метою підвищення якості життя пацієнтів за допомогою психокорекції, психотерапевтичної підтримки, навчання, психологічних консультацій і міждисциплінарного співробітництва, а також інформаційно-пропагандистської діяльності. Це обов'язково включає в себе надання послуг з психокорекції сімейного оточення.

Отже, кінцева мета полягає в тому, щоб допомогти зменшити або пом'якшити негативний вплив захворювання, а також оптимізувати

благополуччя людини, що стикається з захворюванням. Клінічна практика зосереджена на наданні послуг з допомоги людям і їх оточенню в підтримці подолання наслідків психологічної травми. Крім того, розглядаються наслідки травми або хвороби в контексті сталості теперішнього життя, так і в процесі розвитку і динаміки зміни потреб людини з часом. Реабілітаційні психологи роблять акцент на тому, щоб розглядати особистість пацієнта цілісно із активним включенням в процес реабілітації. Організація процесу міждисциплінарною групою фахівців розширює можливості для сприяння максимальному функціонуванню особистості.

1.2. Типологічні особливості пацієнтів з розладами харчової поведінки

Здорові звички формують здоровий спосіб життя, при цьому психологічні детермінанти грають провідну роль у можливості зміни власної поведінки. Можна говорити про стійкий взаємозв'язок здоров'я, функціонального стану організму і поведінки людини. В сучасному суспільстві спостерігається тенденція зростання схильності людей, у яких не діагностовано хронічних захворювань, мати прояви деструктивної поведінки, що піддають загрозі власне життя.

Динамічність сучасного світу на ряду з глобальними змінами в різних сферах: соціальний, політичній, культурній, економічній, тощо, сприяє швидкому розвитку психології особистості. При акценті на проблемі залежної поведінки важливо чітко розуміти психологічний портрет особистості, яка має схильність до різних видів залежності.

Статистичні дані свідчать про те, що в Україні на 100 чоловік виявляється одна людина з клінічною формою розладу харчової поведінки. Спираючись на дані підрахунків можна говорити про те, що близько 250 тис. чоловік страждають від критичної маси тіла, приймають медикаменти та проходять лікування в стаціонарі. Але людей, які не можуть діагностувати захворювання та не звертаються за допомогою налічує більше 1% [91].

Дослідження порушень харчової поведінки займає важливе місце в актуальних дослідженнях з психології та суміжних дисциплін. Певний час існувала думка, що харчова адикція не має таких чітких механізмів формування, як при алкогольній чи хімічній залежностях, але зростання статистичних показників поширеності захворювання, формує виклики для широкого поля досліджень розладів, що погано піддаються корекції. Наразі конкретний перелік критеріїв, за якими можна було б встановити порушення харчової поведінки та передумови її формування не має чітких визначень.

Питання індивідуальних особливостей пацієнтів, що мають розлади харчової поведінки, викликає інтерес і в дослідженнях з'являється підтвердження того, що глибше розуміння особистості пацієнта може полегшити клінічне лікування. Більшість досліджень спрямовано на аналіз типологічних особливостей підлітків задля реалізації програм профілактики та запобігання розвитку розладу. Дослідження Лаури Дуфренсе та колег, проведене у 2019 році, встановило, що риси особистості пов'язані з розладом харчової поведінки у підлітків. Автори зазначають, що розгляд особистісних рис може привести до кращого розуміння етіологічних факторів і факторів підтримки розладу харчової поведінки [29].

Інтерес до розгляду особистості в умовах наявності психопатології триває вже багато років. Особистість визначається як набір стабільних способів мислення, патернів поведінки, почуттів та особливостей спілкування з іншими, що виникають в результаті конвергенції конституційних факторів, розвитку та соціального і культурного досвіду [73]. З'ясовано, що ці змінні можуть впливати на прояв широкого спектру психічних розладів, в тому числі обумовлюють мотивацію та відношення пацієнта до процесу лікування [53]. Виявлення зв'язків між особистісними особливостями, розладами особистості та порушеннями харчової поведінки було метою емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення зв'язків між особистістю та етіологією харчового розладу, особливостями симптоматичного прояву та формами підтримки [35]. Дослідження Моніки

Мартінуссен та колег, що полягало у мета-аналізі, було спрямоване на узагальнення частки коморбідних розладів особистості у пацієнтів з анорексією і нервовою булімією та на вивчення можливих модераційних змінних. Цікавість становить те, що не було виявлено статистично значущих відмінностей між булімією і анорексією. Обидва діагнози мали подібний профіль коморбідності з високою поширеністю межових та унікаючих типологічних особливостей [82]. Вондерліх і Лілієнфельд майже два десятиліття тому опублікували основоположну статтю, в якій вони сформулювали потенційну роль, яку може відігравати оцінка особистості в плануванні лікування [76]. Лілієнфельд та колеги підкреслили, що особистість та вид харчового розладу можуть мати різні взаємозв'язки і запропонували кілька концептуальних моделей для опису потенційних причинно-наслідкових чи кореляційних зв'язків між ними. Суперечливі результати були отримані у дослідженні особистісних особливостей у Штайнерта та колег. У дослідженні йшлося про те, що особистість є прогностичним результатом, коли неможливо контролювали вихідні симптоми, але дослідження, що контролювали початкові симптоми, не могли підтвердити ці висновки. В результаті дослідники дійшли висновку, що оцінка особистості на початковому рівні, здається, не має додаткової цінності для прогнозування результатів стаціонарної психотерапії, окрім початкових симптомів [117].

Але дослідження Лінардон підтверджують наші припущення і свідчать про те, що типологічні особливості та розлади особистості можуть передбачити базову симптоматичну експресію та результат лікування при розладах харчової поведінки, і що для покращення ефективності лікування слід покращити глибше розуміння пов'язаних із пацієнтом модераторів та медіаторів результату [72]. Більшість рекомендацій щодо лікування розладів харчової поведінки спираються на думку про те, що індивідуальні відмінності пацієнтів в прояві тяжкості симптомів, історії лікування та супутньої психопатології слід чітко визначити, щоб керувати вибором адекватних психосоціальних втручань у рамках поетапного терапевтичного

підходу [102]. Таким чином, виникає необхідність досліджень, щоб з'ясувати оптимальну інтеграцію змінних особистості в лікування розладів харчової поведінки. Це дасть змогу визначити, чи може перехід від підходу «однорідності для всіх» до підходу «зосередженості на людині (особистості)» являти собою відповідний прогрес. Багбі та його колеги вважають, що позитивне лікування є оптимізованим, якщо психотерапевти або інші спеціалісти із психічного здоров'я озброєні інформацією з оцінки особистості для вибору методів лікування та побудови планів лікування [5].

Менш дослідженою залишається тема індивідуально-психологічних особливостей дорослих, що перебувають на різних етапах розвитку захворювання. Джоанна Леваліус у 2018 році опублікувала дослідження дорослих, спираючись на п'ятифакторну модель особистості [68]. Загальною метою було покращити розуміння того, як нормальні психологічні явища, такі як особистість, пов'язані з патологічними процесами, такими як розлади харчової поведінки. Це було зроблено шляхом оцінки особистості пацієнтів з розладами харчової поведінки кілька разів протягом курсу лікування, а також відстеження процесу клінічних впливів та стійких результатів в зміні харчової поведінки.

Діагностика з використанням 16 особистісних факторів та особливих провів особистості, що перебуває на певному етапі захворювання, досі не проводилася. Але отримані результати дослідження корелюють із показниками, які описують інші дослідження. При цьому підкреслюють зовсім інший вектор індивідуально-психологічних особливостей, що доповнює при цьому загальне бачення особистості пацієнта з розладом харчової поведінки.

Рохде, Оббаріус та колеги підкреслили, що класифікація нервової анорексії на підтипи є актуальною через різну їх симптоматику. Однак підтипи (обмежувальний та очисний тип) також відрізняються з точки зору функціонування особистості [110]. Знання про ці відмінності дозволяє краще стратифікувати лікування. Було систематично досліджено відмінності у

функціонуванні особистості та особистісних рис між двома підтипами анорексії і нервової булімії за допомогою трьох особистісних (функціонуючих) конструктів. Дослідження вказало на відмінності в структурних здібностях, які можна оцінити системою операційної психодинамічної діагностики. Спостерігалися відмінності за кількома суб- та основними шкалами OPD-SQ. Пацієнти з булімією показали найнижчі рівні структурної інтеграції особистості, тоді як пацієнти з анорексією очисного типу продемонстрували найвищі рівні функціонування особистості [110]. Це дослідження співпадає з метою нашого подальшого вектору дослідження, що полягає у розгляді особистісних характеристик з точку зору психодинамічного підходу.

Неможливо не погодитися із Кастелліні та його колегами, що зазначали те, що інтегрований психотерапевтичний підхід, спрямований на типологічні особливості, може зробити можливим подолання обмежень існуючих методів лікування, покращення прогнозу пацієнтів з розладами харчової поведінки, шляхом врахування в єдиній багатовимірній психопатологічній та лікувальній моделі вимірів психопатології харчової залежності, а також емоційні, перцептивні, емпіричні, реляційні та пов'язані з ідентичністю проблеми, які разом становлять основу цих тяжких розладів [21].

Стійка психосоціальна дезадаптація та важкі соматоендокринні розлади часто діагностуються при розладах харчової поведінки. Розлади харчової поведінки, що діагностуються частіше у жінок, проявляють неоднорідність і вважаються поліетіологічними, мають біологічні, культурні, сімейні та інтрапсихічні фактори, на чому наголошує Американська «Національна асоціація розладів харчової поведінки» (NEDA). На їх думку це носить соціально-детермінований характер і пов'язане із відносним зростанням суспільного добробуту [92].

Харчова поведінка – це ціннісне відношення до їжі та процесу харчування, що проявляється в індивідуальних упередженнях, стереотипах, патернах поведінки та емоціях, що супроводжують прийоми їжі [155].

Порушення харчової поведінки – це сукупність фізіологічних та психологічних факторів, що комплексно впливають на процес харчування [174].

Фізіологічним фактором виступають проблеми пов'язані з неправильним харчуванням: порушення обміну речовин, виснаження, підвищене навантаження на організм [174].

Психологічний фактор виступають важкі емоційні переживання, порушення контролю харчової поведінки та дефіцити в сфері стосунків з іншими [174].

Проблемою порушень харчової поведінки займалися такі вчені, як Абсалямова Л. М., Бацилева О. М., Вірна Ж. П., Мелена К. П., Мойзріст О. М., Нікіфорова Я. В., Нижник А. Є., Сандак О. С., Смашна О. Е., Сорокман Т. В., Сушко О. В., Травенко О. С., Шебанова В. І., Шебанова С. Г., Шкарлатюк К. І., але недостатньо вивченим залишається питання діючого комплексного підходу в реабілітації пацієнтів з харчовими розладами.

Більшість сучасних підходів у лікуванні пацієнтів з розладами харчової поведінки переважно сфокусовані лише на харчовому розладі і включають поєднання фармакотерапії та дієтотерапії, ігноруючи при цьому коморбідні психопатологічні розлади, що негативно впливає на їх терапевтичну ефективність. І саме тому без впливу на психосоціальний компонент захворювання лікувально-реабілітаційні заходи вважаються неповноцінними. Недостатня сформованість наявних реабілітаційних програм, складність вирішення питань розвитку залежної харчової поведінки призводять до необхідності розробки диференційованої багаторівневої програми психотерапії при лікуванні пацієнтів з порушенням харчової поведінки, кінцевою метою якої є не тільки ефективна терапія даного розладу, але й розробка превентивних підходів.

В період з 2000 до 2018 року поширеність розладів харчової поведінки в світі збільшилась з 3,4% до 7,8%. 70 мільйонів людей у всьому світі живуть з розладами харчової поведінки [91]. Найвищий рівень смертності серед усіх

психічних захворювань спостерігається від розладів харчової поведінки [115]. Зазначається, що велика кількість пацієнтів (97%), що потрапляють на стаціонарне лікування з харчовим розладом мають супутнє захворювання. Найбільш поширеними супутніми психічними розладами є: клінічна депресія та розлади настрою, тривожні розлади, основним з яких є obsесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад та розлади, пов'язаний з вживанням психоактивних речовин. До половини людей з розладами харчової поведінки зловживали алкоголем або наркотичними речовинами в п'ять разів частіше, ніж населення в цілому [3].

До найбільш поширених розладів харчової поведінки відносять анорексію, булімію та компульсивне переїдання. Ми знаємо і нові форми розладів, які ще не внесені в діагностичні критерії і класифікації, наприклад, орторексія — патологічна тяга до здорового харчування, або уникаюче харчування — коли людина уникає вживання певних груп продуктів. Основними особливостями нервової анорексії і булімії є прагнення бути стрункими, страх набрати вагу, викривлені упередженнями стосунки з їжею, когнітивні розлади, психологічні та соматичні проблеми. Основними особливостями компульсивного переїдання є об'їдання на регулярній основі, що супроводжується соромом щодо своєї поведінки. Як наслідок, виникає сильне почуття провини та бажання приховати власні дії, намагаючись максимально обмежити своє харчування [92].

Клінічні спостереження Хільде Брух підкреслили ключові особливості, які спостерігаються у пацієнтів з розладами харчової поведінки, які вимагають уваги в психотерапії, зокрема, спотворене сприйняття і неправильні уявлення про розміри тіла, інтероцепції, тілесні функції, голоду і ситості, а також проблеми, пов'язані з контролем функцій тіла [15]. Брух також підкреслила різноманітність психологічних і сімейних особливостей, властивих цим розладам. Її спостереження та ідеї залишилися незмінними і лягли в теоретичну основу терапевтичних концепцій, які використовують психодинамічно-орієнтовані і когнітивно-поведінкові психотерапевти.

Формулювання Брух вплинули на перелік розладів харчової поведінки і впливовий когнітивний аналіз Девіда Гарнера і його колег, які виявили загальні приклади мислення «все або нічого» у пацієнтів з розладами харчової поведінки. Ці концепції, в свою чергу, вплинули на систематичні методи когнітивно-поведінкової психотерапії пацієнтів з нервовою анорексією, нервовою булімією і переїданням, розроблені за останні два десятиліття Д. Гарнером, У. Стюартом Аграсом, К. Халм, К. Фейрбёрном, Х. Лейсі, Дж. Мітчеллом, Дж. Треж, Дж. Теренс Вілсон та іншими [41],[40], [46], [87], [126].

Дослідники все більше усвідомлюють важливість мотиваційного компоненту для участі пацієнта в лікуванні і одужання. Ці погляди, в свою чергу, призвели до розробки психотерапевтичних стратегій лікування розладів харчової поведінки, заснованих на транстеоретичних моделях і стратегіях підвищення мотивації, заснованих на роботах Джеймса Прохаски і Карло Діклементе [99], а нещодавно і Вільяма Міллера [84], підходи якого в основному використовувалися з пацієнтами, що страждають на алкоголізм і токсикоманію. Ці стратегії намагаються вивести пацієнтів зі стану, який часто здається передспоглядальним (заперечення, уникнення, мінімізація), до станів споглядання, в яких вони можуть, принаймні, визнавати існування проблеми, до станів роздумів, в яких вони серйозно розглядають необхідність в допомозі, і до станів дії, в яких вони фактично беруть участь в лікуванні. Дослідження, що проводяться в даний час, зосереджені на потенційній цінності стратегій підвищення мотивації на початку психотерапії для пацієнтів з розладами харчової поведінки. Можливо, буде виявлено, що мотиваційний стан сильно корелює з особливостями мозкових структур. Люди, мозок яких недоотримує поживних речовин можуть бути менш здатні до самосвідомості або розуміння ситуації загалом, а отже, з більшою ймовірністю будуть здаватися невмотивованими, ніж ті, чий мозок отримує адекватне харчування.

Л. М. Абсалямова зазначає, що тривалі дослідницькі обговорення актуалізують зростання попиту на різноманітність підходів до діагностики особистості та її розладів. Дослідниця наголошує, що розповсюдженою є рекомендація стосовно переходу до спектральної перспективи на особистісні риси [147].

Розглядаючи інтрапсихічні чинники виникнення розладів харчової поведінки дослідники виділяють основні [58]:

- схильність до депресивних станів, підвищений рівень тривожності;
- дисморфофобія та викривлене сприйняття власного «Я»;
- схильність до obsесивно-компульсивних станів;
- перфекціонізм;
- нестабільність самооцінка (частіше низька);
- чутлива реакція на заохочення і покарання .

Лонгітюдні дослідження підтверджують роль схильності до нав'язливих станів, невротичних станів, тривожності і негативних емоційних реакцій в особистісних передумовах розладів харчової поведінки [79].

Дисморфофобія є переконанням про власну фізичну потворність, незадоволеність власним тілом, ненависть до свого зовнішнього вигляду, ваги, пропорцій фігури. Значну роль в цьому відіграє процес формування образу тіла, що піддається впливу соціального оточення і спирається на прийняті в суспільстві стандарти краси та ставлення сім'ї щодо них. Образ тіла формується на основі життєвого досвіду особистості і відображає особливості світовідчуття та психологічних труднощів, що включає в себе перцептивні, когнітивні й емоційні компоненти [193].

Перфекціонізм вважають провідною особливістю особистості, яка страждає на харчову залежність. Дослідники Кассін та фон Рансон відзначають, що негативний емоційний стан, перфекціонізм, обмежувальна поведінка та контроль характеризують нервову анорексію рестриктивного типу, в той час як висока негативна емоційність, перфекціонізм і імпульсивність є факторами ризику для нервової анорексії очисного типу і нервової булімії [18].

Слід зауважити, що імпульсивність, яка містить в собі такі прояви, як пошук новизни та прагнення до задоволення, є однією з ключових характеристик при поясненні розладів харчової поведінки з погляду адиктивної поведінки. Низька самооцінка може призводити до різних дезадаптивних способів поведінки, в тому числі і до розладів харчової поведінки [98].

Дослідження Харрісон і колег свідчать про те, що у людей з розладами харчової поведінки підвищена чутливість до нагороди і заохочення, ніж у здорових людей [47].

Томсон-Бренер та Вестен вивчали коморбідність розладів харчової поведінки і розладів особистості, і ними були виділені три підтипи особистості, які зустрічаються серед залежних від їжі:

- 1) група високої функціональності / перфекціоністи
- 2) зверх-контролююча / уникаюча група
- 3) імпульсивна / дезорганізована група

Дослідники відзначають, що виділені три підтипи особистості дають змогу кращого вибору стратегії психотерапевтичної допомоги пацієнтам з розладами харчової поведінки [124].

Психоаналітично-орієнтовані психологи використовують в своїй роботі операціоналізовану психодинамічну діагностику (OPD), що допомагає будувати психотерапевтичний процес з орієнтацією на індивідуальні особливості пацієнта, а саме на структурний рівень організації психіки, наявність психотравматичних подій та провідний внутрішньоособистісний конфлікт.

Пацієнти з розладами харчової поведінки нав'язливо схвильовані їжею і демонструють поведінку, яка здається поперемінно компульсивною і ритуальною (наприклад, обмеження) або розгальмованою і імпульсивною (наприклад, переїдання).

Нервова анорексія – це психічний розлад, що проявляється у бажанні навмисного зниження ваги через страх погладшати, набрати вагу, стикнутися з ожирінням, що супроводжується переконанням у власній надмірній повноті

і стає приводом обмежувати власну поведінку. Це виявляється у відмові від їжі, надмірних фізичних навантажень, очисних ритуалах, використанні препаратів для зменшення апетиту та діуретиків [139]. Нервова анорексія буває двох типів: очисний, при якому людина постійно переїдає, а потім використовує очисні ритуали, і рестриктивний (обмежувальний), при якому людина страждає компульсивним переїданням, однак намагається максимально обмежувати себе в харчуванні та вдається до впливу на власне тіло через надмірні фізичні навантаження.

Нервова булімія — це психічний розлад, що характеризується епізодичними переїданнями. І це не просто переїдання, це вживання їжі протягом певного інтервалу часу в кількості, надзвичайно великій для звичайної людини. При цьому повністю відсутній контроль процесу поїдання їжі [86].

При булімії маса тіла може бути низькою або в нормі, адже людина застосовує компенсаторну поведінку: є напади переїдання, але вона викликає блювоту або відпрацьовує калорії в спортзалі. Люди з булімією майже завжди стурбовані своїм станом, можуть скаржитися на соматичні проблеми та спроби схуднути. Дуже часто пацієнти з цим розладом мають провідне почуття сорому, за якими ховається несвідома установка «Я поганий, я не маю права існувати».

Компульсивне переїдання — це психічний розлад, що схожий до булімії, але тут не використовуються очисні процедури (блювота). Їжа вживається без наявності фізичного голоду. Характерна ознака — такі пацієнти вживають їжу на самоті, досить рідко сідають за сімейний стіл. Якщо при анорексії батьки можуть помітити, що дитина, наприклад, з'їдає пів яблука на вечерю, то хворі компульсивним переїданням відчують сором, адже обсяги їжі часто бувають дуже великими [137].

При анорексії відбувається різке зниження ваги за короткий період часу. Це характерна ознака даного захворювання. Люди з анорексією майже ніколи не скажуть, що у них проблеми зі здоров'ям: у них все добре, вони рухаються

до своєї мети, активно знижують вагу. Небезпека анорексії в тому, що немає точки, ваги, на якій пацієнт може зупинитися. Навіть при вазі 25 кг в реанімації хворий не вважає за потрібне харчуватися.

Страх набрати вагу при такому розладі харчової поведінки сильніше, ніж страх померти. З досвіду будування психотерапевтичних відносин такі пацієнти насторожені, з ними дуже складно встановити довірливі стосунки. Найбільший їх страх — їжа, а психологи та лікарі спонукають до того, щоб пацієнти почали їсти. Це як людині з арахнофобією (острахом павуків) пропонують взяти павука. З такими пацієнтами дуже важливим є проведення психотерапевтичної роботи. Природа симптомів при нервовій анорексії і нервовій булімії часто призводить до того, що пацієнти з цими розладами шукають допомоги тільки після того, як вони страждають розладом протягом багатьох років [139]. В основному це відноситься до заперечення хвороби пацієнтами з нервовою анорексією, а також соромом і скритністю пацієнтів з булімією та компульсивним переїданням. Опинившись на лікуванні, пацієнти з анорексією та булімією неохоче відмовляються від свого еґо-синтонного патологічного прагнення до схуднення, що для пацієнтів з анорексією призводить до значної втрати ваги, а для пацієнтів з булімією підживлює переїдання і очищення. Ця поведінка, в значній мірі, є еґоїстичною. Пацієнти з нервовою анорексією переслідують худобу не як засіб, а як самоціль. Тоді зрозуміло, що пацієнти з нервовою анорексією неохоче відмовляються від того, що вони змушені робити і що виконує адаптивну, організуючу функцію [113]. Це небажання лежить в основі дефіциту саморегуляції і афективної регуляції, оскільки обмеження калорійності, переїдання і очищення часто діють як психологічні анестетики, пов'язуючи негативні афекти і виводячи їх зі свідомого розуміння. В результаті ці симптоми розладів харчової поведінки мають тенденцію до розвитку власного життя, є самопідтримуючими і нерідко стають на заваді отриманню психотерапевтичної допомоги, психологічній доступності когнітивних і поведінкових втручань, спрямованих на симптоми розладу. Менш очевидно,

що харчовий хаос і голод можуть викликати афективні, когнітивні і соматичні симптоми, які буває важко відрізнити від більш типової первинної депресії [113]. Як вже зазначалося, пацієнти з розладами харчової поведінки мають великі проблеми з довірою у стосунках з психотерапевтом. Частіше, це обумовлено порушенням базової довіри до світу (за К. Хорні). Попередні відносини в сім'ї, часто сприймаються як нав'язливі, контролюючі або образливі. Це може звести нанівець крихке самовідчуття в роки формування майбутньої анорексії або булімії, через те, що такі пацієнти дуже побоюються довіряти будь-яким відносинам, які вимагають певної міри вразливості і втрати контролю. Коморбідні тривожні розлади часто зустрічаються у пацієнтів з анорексією та булімією. У одному з досліджень 60% пацієнтів з анорексією і 57% пацієнтів з булімією мали коморбідний тривожний розлад, велика частина якого починалася до початку розладу харчової поведінки [114]. Жінки з булімією демонструють більш високий рівень прагнення до новизни, імпульсивність і товариськість, тоді як жінки з анорексією мають набагато більш виражений характерологічний стиль нав'язливого уникнення шкоди. Психологи повинні усвідомлювати, що розлад харчової поведінки включає в себе значну тривогу і що необхідно вживати заходів, будь то фармакотерапія або специфічні психотерапевтичні методи, які допомагають пацієнту впоратися з цими афектами, нормалізуючи своє харчування і набираючи вагу.

А. Терстін, Р. Вайнсьєр та колеги провели дослідження, що дало змогу краще зрозуміти типологічні особливості людей з компульсивним переїданням, однак наголосили на тому, що ці індивідуальні особливості пацієнтів з компульсивним переїданням можуть бути надто різноманітними і важко піддаються чіткій класифікації.

Було виділено 4 типи особистісних особливостей [125]:

Тип I (нормальний/прагнення до худоби): люди цієї категорії дуже схожі на респондентів типу III, головною відмінністю яких є більша тяга до худорби. Вони стурбовані станом свого тіла і не менш переживають, що не стали меншими. Такі люди часто думають про дієту і можуть відчувати себе

нешасними через надмірну вагу. Зокрема, після вживання солодощів чи іншої «висококалорійної» їжі у них може виникнути почуття провини та депресія.

Тип II (стресовий стан/булімія): пацієнти цієї групи мають зовсім іншу картину, ніж інші типи. Такі пацієнти поділяють з Типом I і Типом IV потяг до худорлявості та незадоволення формою тіла; однак страждання, пов'язані з вагою, здається, переносяться на інші сфери, такі як міжособистісні стосунки, емоційна стабільність і прийняття рішень. Людина вважає себе некомпетентною та неефективною у повсякденному житті. У людини можуть спостерігатися періоди переїдання, що супроводжуються самодокором і розчаруванням. Деякі особи в цій групі можуть відповідати діагностичним критеріям булімії та/або великої депресії.

Тип III (звичайне ожиріння): особи в цій групі не відрізнялися від нормативного профілю пацієнта з харчовою залежністю, за винятком незадоволеності своїм тілом. Такий пацієнт не повідомляє про будь-яке занепокоєння щодо міжособистісних стосунків, прийняття відповідальності дорослих або управління звичайними стресовими факторами. Хоча людина незадоволена станом свого тіла, вона не виявляє сильного прагнення бути худим.

Тип IV (перфекціонізм): як і особи типу I, респонденти цієї категорії незадоволені своїм тілом і хочуть «щось із цим зробити». На відміну від інших груп, ці люди мають відносно сильні перфекціоністські тенденції, а також схильність до переїдання. Такі люди описують жорсткі підходи до дієти з подальшим порушенням контролю імпульсів, що призводить до зриву і компульсивного переїдання. Після таких інцидентів відчувається почуття провини та дисфорії з подальшим рішенням «спробувати ще раз». Може спостерігатися циклічна картина втрати-набору ваги.

Вчені наголошують [125], що на практиці ідентифікація підтипів може бути критичною для вибору відповідних програм лікування, з цим в свою чергу, може бути пов'язана більша ефективність комплексної програми, що включає поведінкові, психологічні та освітні заходи.

Пацієнти з розладами харчової поведінки мають дефіцит самовідчуття, що зазвичай спостерігається у людей з характерними порушеннями, особливо з яскраво вираженою нарцисичною та межевою патологією [59]. До них відносяться труднощі з регулюванням самооцінки і афекту, проблеми з поділом і почуттям здорової автономії, і проблеми з контролем над імпульсами. За Кернбергом пацієнти з розладами харчової поведінки частіше мають межовий та психотичний рівні організації психіки. Частіше люди з анорексією мають верхній межовий рівень організації психіки, а люди з булімією та компульсивним переїданням – нижній межовий рівень організації психіки. Кордони внутрішньоособистісних конфліктів дуже розмиті, тому складним стає діагностування провідного конфлікту. Але загалом, частіше зустрічаються конфлікт самооцінки, конфлікт ідентичності, конфлікт контролю та підпорядкування і конфлікт автономії та залежності. З урахуванням даних анамнезу, можна говорити про наявність психотравматичних обставин першого року життя, а також травм анальної та едіпальної психосексуальної стадії розвитку. Ці типологічні особливості у пацієнтів з розладами харчової поведінки призводять до труднощів у психотерапевтичних відносинах. До них відносяться страх прихильності і залежності, страх бути захопленим емоціями, сильна чутливість до відкидання і потреба догоджати іншим, що породжує хибне «Я». Всі ці особливості ускладнюють, і так несформовану довіру у пацієнтів з харчовою залежністю в психотерапевтичних відносинах. Ці труднощі створюють необхідність того, щоб психотерапевт був активним, відкритим, співпереживаючим, але твердим та ставив реалістичні цілі і створював середу, в якій може розвиватися позитивний альянс. Необхідно зосередити увагу як на історичних питаннях, так і на поточних проблемах. Когнітивні і поведінкові стратегії повинні використовуватися для боротьби з приниженням людської гідності і неправильними уявленнями про харчування. Такий підхід допомагає обмежити регрес і можливу психологічну фрагментацію.

Як і в разі зі зловживанням психоактивними речовинами, зміна в пацієнтів з харчовою залежністю має спіральний, а не лінійний характер, з частими коливаннями між просуванням і відходом [44]. Однак, незважаючи на феноменологічну схожість між пацієнтами з іншими видами залежностей і пацієнтами з харчовою залежністю, є одна вражаюча атрибутивна відмінність, яка впливає на мотивацію в цих умовах. У пацієнтів з розладами харчової поведінки, особливо з анорексією, існування чіткого упередження, що їх хвороба може розглядатися як видатне досягнення. Це дуже відрізняється від зловживання психоактивними речовинами, при якому спостерігається протест проти того, щоб залежність навішували ярлик, і ні в якому разі не була описовою характеристикою особистості [84]. Ця якісна відмінність робить пацієнта з нервовою анорексією ще більш неохочим і невмотивованим до змін, ніж наркозалежного.

Ці спостереження припускають, що недоїдання саме по собі в значній мірі сприяє когнітивним порушенням і посилює багато психопатологічних особливостей, характерних для нервової анорексії (і деяких пацієнтів з нервовою булімією), включаючи нав'язливе мислення, перфекціонізм і інші особливості побудовування відносин, пов'язані з розладом харчової поведінки, а також симптоми тривоги і депресії. Багато з цих психопатологічних особливостей істотно поліпшуються просто в результаті відновлення годування і поліпшення харчування. Відповідно, сучасні погляди стверджують, що психотерапія нервової анорексії та нервової булімії повинна бути адаптована до ступеня недоїдання і когнітивних функцій пацієнта.

Проблеми генетики, темпераменту і розвитку визначають основні теорії, що стосуються психотерапії розладів харчової поведінки. Особи, у яких розвивається нервова анорексія і нервова булімія, можуть з більшою ймовірністю, ніж інші, демонструвати певні преморбідні уразливості, такі як сімейні схильності щодо ваги і витрати енергії, одержимість, перфекціонізм і / або схильність до тривоги, депресії, низької самооцінки і невпевненості в собі. У деяких пацієнтів супутнє виникнення проблем зі зловживанням

психоактивними речовинами може сприяти початковому прояву розладів харчової поведінки.

Не малого значення набуває аналіз сімейного оточення пацієнтів з залежністю. Сім'ї пацієнтів з розладами харчової поведінки демонструють велику різноманітність в своїй динаміці, а також спостерігаються системні проблеми, від нормального стану здоров'я до крайньої дисфункції. Всі батьки з дитиною, що демонструє саморуйнівну поведінку і емоційні потрясіння, пов'язані з серйозними розладами харчової поведінки, будуть засмучені цими подіями і проявлять різні ознаки дистресу і емоційних реакцій щодо своєї дитини. На додаток до цього сім'ї, що мають певні дисфункціональні патерни поведінки вносять додатковий внесок у патогенез і підтримку деяких проблем пацієнтів. Багато з цих дисфункціональних сімейних моделей не є специфічними для розладів харчової поведінки, але вважаються такими, що загострюють широкий спектр психосоматичних захворювань, станів і інших психічних розладів.

Сальвадор Мінушін [85] і його колеги описали деякі сім'ї, для яких характерні сімейні зв'язки з пацієнтами, що характеризуються надмірною опікою, жорсткістю в підтримці повернення до вихідного стану і униканням конфліктів, що призводить до відсутності дозволу конфліктів в цих сім'ях. Інші труднощі пов'язані з психологічним, фізичним і / або сексуальним насильством, високим ступенем виражених негативних емоцій (коли один або кілька членів сім'ї дуже критично ставляться до пацієнта і звинувачують його), глузуванням, збоченим впливом конкуруючих або нарцисичних батьків. Втручання батьків і неповага до приватного життя або автономії, а також вступ у змову з одним із членів сім'ї стає створенням умов для патологічної поведінки пацієнта з розладом харчової поведінки. Ці спостереження привели до визнання того, що оцінка сім'ї та сімейна освіта, консультування та / або психотерапія можуть бути дуже важливі при лікуванні пацієнтів з розладами харчової поведінки, особливо дітей, підлітків, і молоді, які можуть все ще жити вдома і бути тісно пов'язані зі своїми рідними сім'ями. Для дорослих, які перебувають у шлюбі або

постійних відносинах, проблеми, подібні до тих, які описані вище, можуть зажадати сімейної терапії.

Типологічні особливості пацієнтів з розладами харчової поведінки мають велике значення при наданні психологічної допомоги. Також це напряду пов'язане з вибором найбільш актуальної стратегії психотерапевтичної допомоги.

1.3. Психодинамічний підхід до розробки психологічних засобів реабілітації пацієнтів з розладами харчування

Психодинамічний підхід до лікування розладів харчової поведінки відрізняється від когнітивно-поведінкового. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) спрямована на позбавлення від симптомів розладу. Але тільки у 50% пацієнтів, що отримують допомогу, відзначається поліпшення стану. Це пов'язано з тим, що такі хворі страждають від безлічі внутрішніх конфліктів і тому не усунувши психологічні конфлікти неможливим стає усунення причинно-наслідкових зв'язків розладу харчової поведінки.

Психодинамічний підхід при розладах харчової поведінки заснований на моделі об'єктних відносин, розробленої Р. Фейєрберна, М. Кляйн, Д. Віннікотт, Г. Ганстріп і С. Стюарт. Великий внесок у подальшу розробку цього підходу внесла М. Малер [176].

Етапи розвитку психоаналітичного мислення можна співставити з розвитком теорії адиктивної поведінки та підходів до лікування залежностей. Психоаналіз в темі адиктивної поведінки спирається на положення, що йдуть паралельно з генеральними лініями еволюції та розвитку психоаналітичної думки та її клінічного застосування. Сучасна психодинамічний підхід представлений трьома головними напрямками психоаналітичної теорії: Его-психологія, що починає свій розвиток з класичної психоаналітичної теорії Фрейда і продовжується у роботах Гартмана і Якобсон; теорія об'єктних відносин, що починає свій розвиток у роботах представників Британської школи – Фейєрберна, Віннікотта, Балінта, тощо; Я-психологія,

яскравим представником якої виступає Хайнц Кохут, що сформулював її основні принципи, досліджуючи нарцисичні розлади особистості.

Ще в 1900 році Зигмунд Фройд [189] припустив, що їжа символізує матір (і материнство), коли він писав: «Любов і голод... зустрічаються біля грудей жінки». Наш початковий досвід годування включає в себе колиску на батьківських руках і отримання піклування, а також харчування. Таким чином, їжа функціонує як репрезентація людей. Люди можуть бути ненадійними, недоступними та непередбачуваними, але їжа незмінно надійна та доступна, тому стосунки з їжею виглядають безпечнішими, ніж з людьми.

Теорія об'єктних відносин відрізняється від теорій Зигмунда і Анни Фройда. Її сутністю є уявлення про те, що розвиток дитини з моменту народження заснований на формуванні і розвитку відносин з іншими людьми.

Віннікот вивчаючи відносини матерів з новонародженими, встановив, що при здорових відносинах між матір'ю і дитиною з першого місяця життя дитина сфокусована на взаєминах з батьківською фігурою (з первинними об'єктами). Дитина фіксує свій погляд на батьківській фігурі, у неї формується дитячо-материнська прив'язаність, вона сприймає і відображає емоційний стан своїх батьків [140].

Его-психологія представляє інтрапсихічний світ як світ конфліктів. Як і інші аналітичні теорії, его-психологія приділяє особливу увагу питанням розвитку. Рання теорія Фройда, пов'язана з лібідинальними зонами і фазами - оральної, анальної і генітальної, згодом була вдосконалена і допрацьована в его-психології. В деяких роботах, які будуть нами згадані, використовуються ранні концепції лібідинальних зон і фаз з деяким акцентом на оральній стадії. Відповідно до его-психології, потяги - лібідинальні і агресивні - первинні, об'єктні відносини виникають як вторинні. Іншими словами, основне завдання немовля є розрядка напруження, яке виникає під тиском потягів. І навпаки, теорія об'єктних відносин стверджує, що потяги з'являються в контексті відносин всередині діади "дитина-мати" і, таким чином, не можуть бути відокремлені від цих відносин.

Британська школа теорії об'єктних відносин стверджує, що для повного психоаналітичного розуміння особистості необхідні і теорія дефіциту, і теорія конфлікту. Так Віннікотт і Балінт вважали, що розвитку малюка шкодить невдача або нездатність матері задовольнити його базові потреби. Точка зору теорії об'єктних відносин виявилася важлива для багатьох досліджень адиктивної поведінки [105].

В дослідженнях Маргарет Малер і її співробітників були підтверджені та вдосконалені основні положення теорії об'єктних відносин, що виникли в результаті клінічної роботи з вивчення поведінки немовлят [176]. Спостерігаючи нормальні і аномальні пари "мати-дитина", Малер змогла встановити фази розвитку об'єктних відносин. Ці емпіричні дослідження сприяли розумінню патогенезу розвитку межових станів, при яких психологічний дефіцит стає причиною певної моделі поведінки; в цю групу входять і деякі пацієнти з адиктивними формами поведінки.

У Я-психології, яка розроблена Кохутом [62], пацієнт розглядається як людина, що потребує певних реакцій з боку інших людей для підтримки самоповаги і цілісності Я. Кохут вивчав пацієнтів з нарцисичними особистісними розладами. Ці пацієнти скаржилися на почуття порожнечі, депресію і незадоволеність своїми взаєминами з оточуючими. Їх самооцінка була вкрай вразливою до будь-яких проявів неповаги. Будучи дітьми, ці пацієнти страждали від нездатності їх батьків виконувати свої батьківські функції, зокрема підтримувати потребу дітей в ідеалізації своїх батьків. І будучи дітьми, і в зрілому віці вони зазнавали труднощів у підтримці почуття цілісності і самоповаги.

Фейєрнберн, вивчаючи людей, що живуть в дисфункціональних сім'ях та піддавалися постійним образам, приниженням і фізичним покаранням, що ростуть в умовах занедбаності, довго не міг зрозуміти, чому вони продовжують підтримувати такі дисфункціональні відносини протягом подальшого життя. Дослідник зробив висновок, що люди, які виховуються і ростуть в умовах приниження і образи, звикають до таких взаємин, набувають навички життя, патернів поведінки, що дозволяють адаптуватися

до середовища проживання. Ці люди набагато більше зацікавлені в підтримці дисфункціональних, принизливих для них взаємин, ніж готові відмовитися від них. Багато пацієнок вважають за краще жити з агресивним партнером, періодично піддаючись образам і насильству, ніж на самоті [176].

При роботі з пацієнтами, що страждають на розладами харчової поведінки увага фокусується на відносинах пацієнтів в батьківській родині, у власній і з психологом. Великого значення набуває питання, яким впливам піддавалися пацієнти в батьківській родині, як вони інтерналізують своїх батьків або їх відсутність. У кожного з пацієнтів існує первинний об'єкт. Це людина, яка його ростила і виховувала, може бути «гарною», «індиферентною» або «поганою» і яку він згодом інтерналізує. У процесі терапії важливо знайти, інтерналізувати риси у своїх пацієнтів і встановити, як вони впливають на їхнє життя.

Залежно від психоаналітичного підходу і у різний час лікування можуть знадобитися різні способи роботи. Деякі пацієнти з анорексією готові морити себе голодом аж до смерті, і кожна людина звертатиметься за лікуванням із різним ступенем фізичних і психологічних симптомів. Точні потреби в лікуванні людини, яка бореться з розладом харчової поведінки, залежать від конкретної людини.

Психоаналіз розглядає приреченість залежної поведінки в формі нервової анорексії, нервової булімії і компульсивного переїдання, як «симптоми» конфліктів і емоцій, що глибоко укорінилися всередині людини. Лікування пацієнта хворого на анорексію передбачає мобілізацію бажання, але необхідно дослідити, як це бажання виникає. Пацієнт з анорексією висуває вимогу через відмову від базової біологічної/фізіологічної потреби, і це створює кілька труднощів. Аналітик зобов'язаний відокремити або відкрити простір для бажання у такого пацієнта. Помічено, що хворий на анорексію протестує проти акту голодування. Переконавання та бажання пацієнта виявляються сильно спотвореними, і завдання психолога спробувати розгадати не те, чому він голодує, а ставлення, яке лежить в основі такої поведінки. «Грубо кажучи, якщо анорексія є по суті протестом,

вирішальними причинними факторами будуть умови, проти яких протестує поведінка, а також переконання та бажання індивіда, який протестує» [90 с.32]. Питання, яке потрібно вирішити, чи пацієнт нічого не їсть, чи він їсть те, що витіснено? Витіснене символізує стійкість анорексиків до сексуального та психологічного дозрівання. Пацієнт з анорексією несвідомо відмовляється ставитися до своєї сексуальної позиції як чоловіка чи жінки. Його симптом позбавляє прийняття будь-якої форми сексуальності. Коли дівчина-підліток наближається до початку менструації, вона повинна зіткнутися з тим фактом, що у неї розвиваються нові вторинні статеві ознаки. Її тіло змінюється з точки зору збільшення жиру в організмі в рамках менструального циклу. «Хворий на анорексію вважає «вимкнення» періоду статевого дозрівання полегшенням і, як наслідок, розвиває сильну відразу або «фобію» щодо збільшення жиру в організмі... уникнення вимог адаптації під час статевого дозрівання є винагородою, а отже фактором що підтримує стан.» [90 с.35]. «У фантазії «немає потреб» означає відсутність відокремлення, оскільки бути повністю самодостатнім запобігає будь-якому усвідомленню потреб залежності від себе. Якщо бажання не існує, мати підсвідомо не повинна існувати» [34]. Це потужне послання, яке пацієнт хоче передати оточуючому середовищу. Людина з анорексією прагне надіслати іншому повідомлення про тривогу, яку вона відчуває внутрішньо. Це тривога або бажання розлуки. Симптом використовується як засіб спілкування з людьми. При анорексії об'єктом їжі є те, що викликає тривогу. Пацієнт боїться злиття і втрати себе заради іншого. Він прагне відокремлення від потреби іншого, пов'язаного з оральним об'єктом, поглинанням та їжею [104]. За Фройдом, підлітки з цим симптомом не хочуть дорослішати та відокремлюватися від своїх батьків, тому вони застрягають на оральній стадії розвитку, коли вони повністю залежать від своїх батьків.

Їжа та секс символічно пов'язані. Єдиним контролем, який відчуває анорексик над своїм життям полягає у відмові від їжі. Відмовляючись від їжі, анорексика втрачають вагу, а також втрачають статеві ознаки і знову стають дитячими (безстатевими).

Е. Фаррел зазначає: «З мого клінічного досвіду багато хворих на булімію та анорексію намагаються відкласти на невизначений час усвідомлення того, до якої статі вони належать, ніби це було рішення, яке можна було прийняти лише за власним вибором. Вони намагаються ідентифікувати себе як чоловіки, так і жінки, тому уявляють, що можуть забезпечити все для себе. У деяких пацієнтів можна спостерігати відхід у цю особливу форму нарцисизму, тоді як в інших, здається, присутня більш рання форма, коли саме знання про існування окремо від матері не дозволяє досягти свідомості» [34].

Пацієнти з анорексією часто демонструють відмову приймати щось від інших людей, в тому числі допомогу. Ця головна відмінність від соціокультурної форми полягає в тому, що у власне анорексії бажання відокремлення стає центральним разом із відмовою від інкорпорації/відчуження [129]. Анорексична відмова приймати будь-що, що походить від іншого є величезною перешкодою для терапевтичного альянсу, і кожне лікування ризикує повторити вихідний зв'язок разом із супутньою відмовою [129 с. 232].

Згідно з дослідженнями пацієнтів із хронічними розладами харчової поведінки існує зв'язок із емоційними розладами в дитинстві [129 р. 232]. Симптоми цього розладу виражені на рівні тіла, що свідчить про те, що передумови виникнення симптому можна простежити у ранніх дитячих стадіях розвитку, що включають злиття та сепарацію.

Пацієнт з анорексією у своїх спробах сепарації виявляє прагнення до смерті. Однак поряд з інстинктом смерті існує інстинкт збереження життя, що збігається з ним. Фройд розглядав інстинкт смерті як «мовчазно діючий» з погляду деструктивних намірів стосовно себе. Частина цього інстинкту чи потягу відхиляється зовні у світ, і проявляється як інстинкт агресивності і деструктивності [78]. У той час смертельні аспекти анорексії іноді пов'язані з травмою, в інших пацієнтів є результатом труднощів розвитку, що виникли в ранніх дитячих відносинах.

Психологічні афекти або симптоми голодування проявляються у зовнішньому світі у формах агресивності, гніву, імпульсивності та суїцидальних нахилів. Хворий на анорексію відчуває, що він використовує єдину доступну йому стратегію, щоб відчувати, що він контролює своє власне тіло, відокремлене від обмежень інших. По суті, це пов'язано із кризою ідентичності суб'єкта. Воля до контролю, описана в Діагностичному статистичному керівництві як обмежувальна анорексія (DSM), більше не здатна керувати собою та в якийсь момент стає прямим проявом потягу до смерті [104].

Вважається, що протилежні інстинкти смерті та життя існують у всіх нас, хоча й по-різному. Коли ми народжуємося, ми одразу стикаємося з переживанням цих потреб. Пошук задоволення потреб сприяє життю та веде до пошуку об'єкта, любові та, зрештою, до об'єктного інтересу. Інший — прагнення знищення: потреба знищити «Я», що сприймає все, що ми переживаємо [78].

Два протилежні інстинкти, ерос і танатос, необхідні пояснення складної внутрішньої структури душевного стану пацієнтів з анорексією. Як тільки пацієнт усвідомлює, у чому полягають його бажання, він має змогу почати пробувати ті аспекти життя, про які натякалось несвідомо. Існує внутрішній конфлікт між двома протилежними інстинктами. Є бажання зруйнувати як сприймаюче Я, так і об'єкта, що сприймається. Це протиставлення у внутрішній структурі особистості, з яким стикається пацієнт з анорексією не означає, що він активно прагне померти, але структура його несвідомого ослаблена з погляду Я і об'єкта.

У анорексиків також виникають вбивчі фантазії, які зазвичай несвідомо лежать в основі розладу. Патологія може включати атаки на батьків у свідомості пацієнта [78]. Ці вбивчі фантазії демонструють деструктивність потягу, спрямованого зовні, на зовнішні об'єкти та інше. У цьому сенсі лаканівське визначення анорексичного бажання як апетиту до смерті закінчується у тому, що Фройд позначив як диз'юнктивний потяг між Еросом та Танатосом, як чистий вираз потягу до смерті [104].

Потяг до смерті, що є в різних поєднаннях з Еросом перешкодою для роботи психоаналітика. Людина з анорексією може бути схильна до потягу смерті і голосу садистського Супер-Его, що вимагає негайного підпорядкування. Це Супер-Его відповідає за управління її жорсткими правилами та положеннями, яких необхідно дотримуватися, щоб хворий на анорексію відчував, що контролює свою нестачу. Коли пацієнти можуть зрозуміти, чому вони так взаємодіють з їжею, вони можуть працювати над глибинними думками та емоціями, які проявляються у розладі харчової поведінки. Коли ці думки та емоції досліджуються, безладне харчування може зменшитися чи припинитися.

Під час діагностичного процесу основна фантазія повторюється у відносинах з клініцистом за допомогою перенесення [129]. Саме ця фундаментальна фантазія між клієнтом та терапевтом дозволяє проводити лікування анорексії. Аналітичний процес включає перетин або переробку цієї фантазії.

Фундаментальна фантазія — це стійка репрезентативна конструкція, особлива теорія розуму, за допомогою якої структурні відносини між суб'єктом та іншим об'єктом окреслюються щодо бажання і з якої визначаються ідентичності як суб'єкта, так і психотерапевтом [129 р. 362]. Те, як хворий на анорексію ставиться до бажання і насолоди, надасть терапевту інформацію про його конкретну життєву історію по відношенню до значущих фігур. У пацієнта буде свій власний наратив щодо голодування, і сенс цього наративу потребує трансформації та зміни форми для того, щоб відбулася терапевтична відповідь. За Лаканом, симптом завжди володіє лінгвістичною структурою по відношенню до значущої фігури з упором на зсув і згущення [28]. Це дозволяє потенційно змінювати стратегію під час лікування.

Анорексія є симптомом, а не хворобою, і її не можна і не слід усувати доти, доки не будуть виправлені основні порушення. Психоаналітики зосередили увагу на оральній стадії психосексуального розвитку у пошуках докорінних причин симптому. Психоаналітична психотерапія прагне

досліджувати значення розладу харчової поведінки для пацієнта, а не нав'язувати збільшення ваги. Однак госпіталізація необхідна, коли ризик смертності значно вищий, наприклад, коли маса тіла становить 75% або нижче від ідеальної маси тіла. ІМТ говорить нам щось про тіло людини, але нічого не говорить про її розум, який аналітик прагне досліджувати. У рамках терапії акцент робиться на створенні безпечного середовища та внутрішнього простору для потенційного емоційного перетравлення. Це абсолютно необхідно для залучення анорексиків до психотерапевтичного процесу.

Терапевтичні цілі полягають у визнанні наявності проблеми та дослідженні значення симптому для пацієнта. Пацієнт повинен бути готовий брати участь у дослідженні свого минулого, подій, що відбулися у його житті, та його стосунках з іншими. Це включатиме дослідження жорстких внутрішніх аспектів симптому. По-перше, інтерпретується мазохізм хворих на анорексію — їхнє архаїчне супер-его та почуття провини, яке вони відчують, зізнаючись у будь-яких конфліктах. Потім інтерпретується захист проти зіткнення з мазохістичною поведінкою; потім, коли Его стає здоровішим, інтерпретується захист від агресивних імпульсів» [139]. Лікування пацієнта з анорексією включає мобілізацію бажання, але в першу чергу, необхідно вивчити, як виникає бажання. Окрім потреби у задоволенні виникає потреба в «надлишку», який по суті є потребою у коханні» [28 с. 191].

Розуміння симптому в контексті внутрішнього та зовнішнього світу пацієнта — це те, чого психоаналітична психотерапія намагається досягти у терапевтичних інтервенціях. Мова йде не лише про бажання змусити людину поїсти, а й про те, щоб зрозуміти, що це означає для неї у заплутаних та складних взаємодіях її внутрішнього світу. Основні вивчені теми включали те, як симптом нервової анорексії констатується з погляду психоаналітичної теорії. Переконавання і бажання анорексика здаються дуже спотвореними, і потрібно спробувати розібратися не тому, чому він морить себе голодом, а тому, що лежить в основі його поведінки. Існують різні суб'єктивні форми анорексії, які залежать від різних структур особистості (невроз, психоз і

перверсія), але ми виявляємо, що у всіх випадках симптому, що запускається, ми можемо знайти загальну першопричину симптому, яка полягає в тому, що суб'єкт травматично зводиться до об'єкта [104].

Є багато інших факторів, які необхідно враховувати при психокорекційних втручаннях і впливі на симптоми анорексії. Сучасна культура та методи комунікації багато в чому пов'язані з іміджем та презентацією та відіграють важливу роль у загостренні симптомів розладу Розуміння потягу та ідеального Его має першорядне значення для розуміння того, як певні «основні наративи» впливають на установки та поведінку людей. Різні історичні періоди породжують певні «основні наративи», що визначають сприйняття людьми дійсності. Люди перебувають у пошуках досконалого образу, що є ілюзорним ідеалом. Сучасні форми комунікації, такі як Facebook та «селфі», продовжують викликати нарцисичне захоплення та/або дискомфорт у тому сенсі, що зображення якимось чином не схоже на саму людину. Ми все більше відділяємось від свого істинного «Я» та свого ідеального «Я». Віннікотт бачив справжнє «Я» корінням, що йде, в раннє дитинство. Це почуття, що наше життя варте того, щоб жити, протилежне відчуттю мертвості всередині. Проте справжнє «Я» дедалі більше віддаляється від ідеалів сучасної культури. У сучасному суспільстві існує криза між прагненням до пов'язаного цілого та прагненням до індивідуальної досконалості, напруга між нетотожністю та ідентичністю.

«Его-ідеал» — це коли суб'єкт у межах символічного порядку дивиться на себе із позиції досконалого ідеального Его, сприймаючи своє життя як недосконалість.

Саурс [116] писав, що пацієнти з розладами харчової поведінки, які мають очисні механізми, представляють один кінець континууму анорексії та їх можна виділити як окрему групу від самообмежувальних і булімічних анорексиків. Він стверджує, що хворі на булімію функціонують на вищому психосексуальному рівні, ніж хворі на анорексію, про що свідчить їх часто активне сексуальне життя. Він постулював, що переїдання представляло собою уявний союз з ідеалізованою матір'ю, тоді як очищення дозволяло

пацієнті позбутися ненависної їжі. Він додав, що цикли переїдання-очищення зменшують внутрішню напругу, яка загрожує самороздробленню.

Каспер [19] описав булімічні симптоми як захисну структуру, що регулює та полегшує нестерпні внутрішні стани. Вона вважала, що голодування, таке поширене серед цієї групи пацієнтів у перервах між переїданням хибно консолідує самопереживання. Переїдання надає короткий ефект пом'якшення напруги, тоді як очищення скасовує залежність від їжі, викидаючи (відкидаючи) її.

Опублікована стаття Шугармана та Кураша [119] додає погляд М. Малер на феномен булімії. Вони стверджують, що основний збій у розвитку при булімії стався на підфазі стадії відокремлення-індивідуації, і що цей збій призвів до нарцисичної фіксації на власному тілі, так що воно продовжує розглядатися як перехідний об'єкт. У такій якості тіло може використовуватися як транспортний засіб як для репрезентації (у процесі переїдання), так і для відмови (у процесі блювоти) зовнішнього об'єкта (символом якого є їжа). Автори пишуть: «Проблемою є не їжа; скоріше це тілесна дія їжі, яка є важливою для відновлення швидкоплинного досвіду матері. Страх перед злиттям, мобілізований досвідом симбіотичної матері часто призводить до блювоти, іншої тілесної дії» [119 с.61].

Кернберг [59] зазначив, що історичний розвиток психоаналітичного розуміння нервової анорексії багато в чому йшов паралельно еволюції психоаналітичної думки як такої. Таким чином, перші формулювання виникли з моделі потягу-захисту, тоді як пізніша робота спиралася на основні его-психології та теорії об'єктних відносин.

Те саме, на нашу думку, можна сказати і про булімію, хоча обсяг літератури, достатньо менший. У першій доповіді використовувалась схема захисту від потягу, тоді як інші спроби підійшли до цього явища з точки зору зв'язків об'єктів [116], [119] та его-психологія [19].

У своїй роботі Майкл Балінт описав основний дефіцит як дефіцит Его, що поширюється далеко в дитинство і, як дефіцит у структурі, що проявляється лише при достатньому стресі [7]. Він пояснював розвиток

дефекту «невідповідністю» між виникаючими психобіологічними потребами немовляти та доступним середовищем. Ця невідповідність може бути спричинена надзвичайними потребами немовляти або, ймовірніше, неадекватністю догляду за дитячими потребами, або деякою комбінацією обох умов. Охорона навколишнього середовища (ймовірно, материнська) може завадити немовляті безліччю способів: вона може бути недостатньою, випадковою, надмірною тривогою, надмірною опікою, жорсткою, надмірною стимуляцією, тощо. Він стверджував, що малоімовірно, що ця невдача буде одинична і велика, швидше за все, вона буде невеликими, множинним травмами і накопичуватиметься з часом. Якою б не була послідовність, дитина врешті-решт почуватиметься розчарованою, зрадженою, «знищеною» у надзвичайно важливих первинних стосунках двох осіб. У відповідь, враховуючи величезну енергію і пластичність немовляти, вона буде робити героїчні спроби впоратися з нанесеною їй травмою. Оскільки все це відбувається в довербальний період, організуюча сила та здатність усувати тривогу слів недоступні. Однак вона може спочатку спробувати попередити матір про невідповідність, шумно висловивши своє страждання, по суті, прагнучи визнати нещасливу ситуацію та її виправити. Якщо мати може успішно прочитати ці сигнали лиха та вжити відповідних заходів, основна вада не розвинеться. Однак, якщо сигнали немовляти зустрінеться з невизнанням та/або неефективними виправними діями, немовля в розпачі натрапить на щось, що було створено первинною фігурою, або на те, що їй «кинув» доглядач, який може бути доброзичливим, байдужим, необережним або ворожим, намагаючись впоратися з прикрою невідповідністю. Звичайно, імпровізований метод подолання буде невідповідним для глибших потреб немовляти, але він тимчасово полегшить страждання. Це також серйозно зашкодить подальшому психологічному розвитку.

В. Свіфт та Р. Летвен [120] звернули увагу на доречність цієї концепції булімії, коли Балінт описав дорослого пацієнта, який страждає основним дефіцитом, що часто демонструє жадібність, схильність до станів залежності, нестерпну внутрішню напругу та відчуття мертвості чи порожнечі, що

пронизує внутрішній світ. . Дослідникам спало на думку, що тяжкі стани булімії, які вони лікували, справді демонструють саме ці характеристики. Балінт обмежено описує розташування основного дефіциту в психічній структурі, але зазначає, що вона, безумовно, поширюється на Его. Гіпотеза Свіфт та Летвен полягала в тому, що у хворих на булімію відносно не вистачає певного набору функцій Его, які дозволили б їм захиститися від надмірної стимуляції, заспокоїти себе та забезпечувати собі задоволення, що зменшує напругу.

Кохут [62] і Густафсон [45] застосували ту саму модель регулювання напруги, щоб пояснити динаміку алкоголізму поряд із хімічною залежністю, а відповідно до Пуль та колег [100] це зовсім не рідкість серед хворих на булімію та їхніх родичів першого ступеня.

Проблема булімії полягає в тому, що основний дефект у сфері регуляції напруги досить великий, і людині ніколи не вдається його успішно компенсувати. Фактично, стреси, властиві підлітковому віку, особливо вікове завдання визначення особистісної ідентичності, діють так, щоб графічно висвітлити основний недолік і загрожувати порушенням триваючого досвіду психологічного Я.

Балінт зазначив, що такого стану можна досягти багатьма шляхами. Когут і Вольф [62], [143] описали різні патології самості, одна з яких, «перевантажене я», що може мати особливе значення для тяжкої булімії. Вони писали: «...переобтяжене Я — це Я, якому не було надано можливості злитися зі спокоєм всемогутнього Я-об'єкта. Іншими словами, переобтяжене Я — це Я, яке зазнало травми дисрегульованої емоційності». Тоді Свіфт та Летвен припустили [120], що архаїчні ідеалізаційні потреби деяких майбутніх хворих на булімію не були задоволені під час розвитку: їм не дозволили, з тих чи інших причин, мати злиття свого тривожного Я з батьківським спокоєм і силою. Результатом такої повторної невдачі є поява надмірного самодефіциту здатності регулювати напругу. Однак цілком може виникнути зовсім протилежна ситуація: тобто через загрозу фрагментації батьківський Я-об'єкт зберігає злиття з дитиною довше, ніж відповідний час,

і не вміє звертати увагу та підтверджувати спроби самої дитини регулювати напругу. У такому випадку архаїчні дзеркальні потреби дитини не були б задоволені. Цілком ймовірно, що такі невідповідності разом з іншими факторами (наприклад, біологічною вразливістю та соціальним контекстом) схиляють людину до булімії.

Продовжуючи в контексті Когутіанства, саму булімію можна розуміти як приклад нарцисичного розладу поведінки [62],[143], тобто спотворення, що лежить в основі самоспрямування до симптоматичної поведінки (булімії), яке піддає людину впливу серйозної фізичної та соціальної небезпеці.

Зрозуміло, що синдром булімії клінічно проявляється як послідовність окремих поведінкових та/або психічних станів, які розгортаються з часом. Типова послідовність, яку звикли називати «булімічною послідовністю», виглядає наступним чином: обмежувальна дієта, переїдання, блювота, розслаблення та відмова. Хоча всі хворі на булімію за циклом переїдання незмінно зустрічаються комбінації з іншими чотирма ознаками. Звичайно, послідовність кожної булімії є унікальною: наприклад, деякі хворіють на булімію, очищуються і утримуються від їжі, але не дотримуються надмірної дієти або відчують розслаблення; Інші пацієнти мають обмежувальні дієти, переїдання, очищення та розслаблення, але не відмовляються від їжі взагалі. Ця керована послідовність може відбуватися протягом хвилин або годин залежно від окремого пацієнта.

Свіфт та Летвен зазначили [120], що послідовність циклу базується на трьох основних припущеннях:

1. Послідовність булімії є поведінковим відображенням глибоко вкорінених, вкрай суперечливих ставлень до їжі;

2. Послідовність діє як захисний репаративний маневр, який намагається подолати основний дефект і задовольнити життєво важливі потреби людини, які інакше не можуть бути задоволені пацієнтом;

3. Її мінливе відношення до їжі протягом послідовності є конкретизацією її мінливого відношення до людських об'єктів, будь то

архаїчні батьки, сучасні міжособистісні стосунки або в контексті перенесення.

Місце очищення (блювоти) в послідовності можна інтерпретувати різними способами. Як зазначалося раніше, Каспер [19] вважає, що хворі на булімію позбавляються своєї залежності від ненависної їжі, викидаючи її. Саурс[116], Шугарман і Кураш [119] вважають, що блювота протидіє бажаному, але страшному злиттю з архаїчною матір'ю, що неявно проявляється при переїданні. Свіфт та Летвен [120] наголошують, що блювота насамперед забезпечує шлях до задоволення, що знімає напругу. Хворий на булімію, як правило, настільки некомфортно відчуває свої агресивні та сексуальні потяги, що для нього недоступні звичайні способи вивільнення. Підвищуючи свою черевну та психологічну напругу до точки розриву, а потім різко скидаючи її, як це відбувається при блювоті, він справді досягає певної міри задоволення. Більше того, це безпечне, самотнє звільнення без участі іншого. У деяких хворих блювота носить відверто еротичний характер. У четвертій фазі - розслабленні, людина ненадовго досягає стану гармонії всередині себе і з навколишнім середовищем.

Балінт [7] назвав це базове відчуття «первинною любов'ю», свого роду гармонійним злиттям між собою та оточенням, у якому людина відчуває себе вільною від загрози з обох сфер. Після блювоти вона відчуває, що напруга, яка її постійно охоплює, зникає, і вона переповнюється глибоким розслабленням. Булімічна послідовність може бути її єдиним способом досягти цієї вільної від напруги позиції. Грубою аналогією було б розслаблення, яке відчувається після задоволення від сексуального досвіду. Ця фаза може тривати хвилини або години залежно від індивіда.

Коли її внутрішня напруга, що походить від основного дефекту в області регуляції напруги, знову зростає, булімія переходить у п'яту й останню фазу — відмову. У цей момент людина відчуває сильний сором і провину за всю послідовність дій і обіцяє собі, що тепер нарешті буде розумно ставитися до їжі.

В своїх роботах Брух бачила поразку в достатньому та ефективному батьківстві. Вона вважала, що дитині не показали, як знати, називати чи розпізнавати свої внутрішні стани [15].

Робота Брух з цими пацієнтами залишалася у свідомій сфері, але вона, мабуть, була однією з перших практиків, хто визнав жах під фасадом впевненості та безтурботності, які присутні, зокрема, у багатьох хворих на розлад харчової поведінки [15]. Ці моделі мають важливе значення для техніки роботи з цією групою пацієнтів, оскільки особлива увага має бути приділена усвідомленню та називанню внутрішніх станів пацієнта, наскільки це можливо. Це визнання наявності сильних психотичних тривог у пацієнтів із розладами харчової поведінки загалом життєво важливо, як і визнання неспроможності ефективного виховання [34].

Дж. Петручеллі сформував поняття «голодного Я» розглядаючи компульсивне переїдання з точки зору психодинамічного підходу. «Голодне Я» – це стан себе та тіла, що характеризується глибокою потребою та супутньою розчарованою люттю, яка розвивається через жорстоке поводження в дитинстві, яке є помітним у пацієнтів з розладом компульсивного переїдання [96].

Т. Вулдрідж зазначав, що у цих пацієнтів ця частина себе садистично підкорюється більшою чи меншою мірою іншій частині себе, що розвинена через потужне ототожнення з образливою батьківською фігурою. Епізоди переїдання – це канал, через який можна висловити ці підкорені афекти, які залишаються більш-менш відокремленими від свідомості пацієнта в його повсякденному житті. Центральним у лікуванні компульсивного переїдання є полегшення зовнішнього вираження агресії, оскільки це підтримує зусилля пацієнта звільнитися від досвіду емоційного підкорення і з часом може полегшити його здатність висловлювати ці важливі афекти в нових стосункових контекстах [141].

Дж. Петручеллі робив акцент на тому, що дисоціація є основним компонентом булімічної та компульсивної поведінки, яка сприймається як рухи та відчуття, а не значущі дії. Пацієнти з розладами харчової поведінки

припускають, що якщо вони відчують свої відчуття і почуття, вони будуть перевантажені назавжди. Коли ці пацієнти звикають покладатися на розлад їжі, який сама по собі є частиною дисоційованого стану, на який посиляється, щоб відчуття та почуття зникли, вони також втрачають впевненість, що можуть навчитися терпіти почуття, не беручи участь у цій неадаптивній поведінці [96].

Міжособистісний/реляційний підхід бере за відправну точку ідею про те, що симптом розладу харчової поведінки – це не те, від чого просто потрібно позбутися, а скоріше те, що містить дисоційовані частини Я та історії відносин. Зрештою, те, що дисоційовано більше пов'язано з невдачами в людській прихильності, щоб регулювати і реагувати на афективні стани або самопереживання нестерпної потреби в різних формах, що призводять до певних симптомів розладу.

Доктор Н. Савелле-Роклін зазначає, що на її погляд, симптоми нервової анорексії, нервової булімії та інші розлади харчової поведінки є різними способами вираження внутрішніх конфліктів та реагування на хворобливі чи негативні емоції. Досвід лікування пацієнтів з розладами харчової поведінки різних статей, віку, етнічних груп, історій та особистостей демонструє кілька спільних рис [112]:

- Складність самозаспокоєння
- Складність ідентифікації та вираження емоцій
- Первинні стосунки з їхніми тілами, а не з іншими людьми
- Високий ступінь соматизації, що означає, що перетворення психологічних конфліктів на фізичні симптоми
- Історія травми

Савелле-Роклін наголошує, що незалежно від того, чи страждає хтось на анорексію, булімію чи інший розлад харчової поведінки, ця поведінка має вторинні вигоди, що важливо розуміти при формуванні підходу до реабілітації. Коли пацієнти вчаться заспокоювати себе, висловлювати себе та обробляти травму минулого, їм більше не потрібний розлад харчової поведінки, щоб впоратися, висловити чи відволіктися від болю [112].

Одне з застережень полягає дослідниці полягає в тому, що психоаналіз не є найкращим лікуванням для багатьох пацієнтів з анорексією. Люди не можуть ясно мислити або обробляти, коли їхній розум голодує, а анорексія може призвести до помилок або навіть психозу. Тому для пацієнтів з анорексією можна застосовувати психодинамічний підхід лише тоді, коли вони досить здорові, як з точки зору відновлення ваги, так і з точки зору когнітивного.

Натомість Дж. Бемпорад наголошує, що при будь-якому розладі харчової поведінки метою психодинамічної терапії пацієнта є розуміння його психологічної боротьби та отримання цього розуміння від психотерапевта, це стає запорукою змін і людина може мати здорові стосунки з собою, іншими та їжею [9].

Підсумовуючи, в організації психотерапевтичного процесу необхідно спиратися на розуміння залежної поведінки як психічно детерміноване, штучно викликане захворювання, яке може існувати, тому що існує заміщення у вигляді нездорових відносин з їжею, але виникає воно з психічних причин. В рамках психології самості Хайнца Кохута підкреслюється роль психологічної травми, отриманої батьками в дитинстві, яка привела до утворення структурного дефіциту у майбутнього залежного.

Перший етап психотерапевтичної роботи є етапом насичення архаїчних потреб і базується на протективному стилі ведення психотерапевтичного процесу. Коли пацієнт виявляє власні внутрішні ресурси і вчиться спиратися на себе, ми можемо говорити про перехід до другого етапу роботи: роботі з травмою або роботі з конфліктом.

Особливості реактивного мислення залежних пацієнтів штовхають їх заповнювати внутрішньоособистісні дефіцити зовнішніми об'єктами, на підставі цих зв'язків і формується залежна поведінка. Перші кроки до розвитку проактивності пацієнт допомагає зробити психокорекційна робота.

Таким чином, багато різних теорій намагаються пояснити причини виникнення порушень харчової поведінки: соціальні, фізіологічні, емоційні і інші, але всі вони мають певні недоліки і не можуть в повному обсязі

пояснити головні причини, через які у людини виникає така форма девіантної поведінки як розлад харчової поведінки. Порушення харчової поведінки значно ускладнює загальне самопочуття людини і руйнує звичайний ритм життя. Тому дуже важливим є надання психологічної допомоги хворим, а також проведення психопрофілактики для запобігання виникненню даного порушення, починаючи саме з підліткового віку.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Проблема розладів харчової поведінки є актуальною і затребуваною в розгляді через статистику щорічного зростання поширеності розладів пов'язаних з харчуванням в світі.

З'ясовано, що у осіб з розладом харчової поведінки спостерігаються певні типологічні особливості, до яких відносять труднощі з регулюванням самооцінки, проблеми з сепарацією та почуттям здорової автономії, проблеми з контролем над імпульсами, порушення базової довіри до світу та сприйняття свого тіла.

Встановлено, що працюючи з проблемою харчової залежності, важливо враховувати структурний рівень організації особистості та особливості проходження пацієнтами стадій психосексуального розвитку, а індивідуально-психологічні особливості пацієнта стають провідним фактором, який проглядається на усіх етапах психологічної допомоги. При цьому, вирізняється кілька фокусів в психотерапевтичному процесі: порушення прихильності, центральний конфлікт особистості, порушення сфери потягів, саморегуляції, особливості емоційної комунікації, цілепокладання, порушення ідентичності.

Механізми, що лежать в основі симптоматики та діагностики розладів харчової поведінки є багатofакторними, що призводить до ряду потенційних терапевтичних цілей. Харчова залежність охоплює широкий діапазон діагностичних презентацій, що вимагають різних терапевтичних фокусів, і, таким чином, деякі моделі допомоги мають бути адаптовані відповідно до

конкретних видів харчових розладів, щоб забезпечити більш цілеспрямоване лікування.

Виокремлено, що важливим етапом у реабілітаційному процесі, є робота з співзалежними особами, які демонструють порушення меж, особистого простору та схильність до злиття. Цей етап роботи включає психологічне консультування, сімейні консультації, а також рекомендації щодо подальшої психотерапевтичної роботи.

Матеріали першого розділу дисертації висвітлено в публікаціях:

1. Levchenko, D. (2023). Typological features of eating disorder patients: A review of publications. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology"*, 9(2), 87–95.

DOI <https://doi.org/10.52534/msu-pp2.2023.87>

URL [https://pp-msu.com.ua/web/uploads/pdf/Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology" 2023_Vol. 9, No. 2.-87-95.pdf](https://pp-msu.com.ua/web/uploads/pdf/Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series)

2. Левченко, Д. О. (2020). Проблема розладів харчової поведінки в сучасному світі. О. В. Бацилева (Ред.), Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я» (м. Київ, 18 листопада 2020 р.): матеріали і тези доповідей (с. 81–84).

3. Левченко, Д. О. (2023). Типологічні особливості пацієнтів з розладами харчової поведінки. Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми клінічної психології, психотерапії та психологічного консультування» (17–18 жовтня 2023 року, м. Київ) (с. 118–121).

DOI <https://doi.org/10.32782/978-617-521-049-9>

URL <https://psy.knu.ua/images/2023/v2023.pdf>

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

У розділі представлено процедуру і методи дослідження; з'ясовано індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з анорексією, булімією та компульсивним переїданням; розкрито взаємозв'язок типу харчового розладу та індивідуальних особливостей пацієнта.

2.1. Методичний інструментарій емпіричного дослідження

Теоретико-методологічний аналіз особливостей психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки дозволив розробити програму емпіричного дослідження, підібрати валідні, надійні та стандартизовані методи, що відповідають меті та завданням дослідження, а також сформувати репрезентативну вибірку.

Для дослідження індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з розладами харчової поведінки використовувалися такі методи: спостереження, аналіз медичних карток, шкала оцінки харчової поведінки Д. Гарнера (Eating Disorder Inventory, EDI), 16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла (16PF), методика «Самооцінка генералізованого типу прихильності» К. Бартолом'ю та Л. Горовиць (Relationship Questionnaire, RQ), а також інтерв'ю за OPD-2 для осі структури та осі конфлікту (Operationalized Psychodynamic Diagnosis, OPD Task Force).

Шкала оцінки харчової поведінки (англ. Eating Disorder Inventory, скор. EDI) — клінічний діагностичний інструмент, виконаний у формі опитувальника, призначений для виявлення розладів прийому їжі, насамперед нервової анорексії та нервової булімії (див. Додаток А). Перша версія опитувальника була розроблена у 1983 році Д. Гарнер, М. Олмстед, Дж. Поліві [42]. Враховуючи сучасні тенденції в теорії РХП (розладів харчової поведінки), оцінюються не лише власне ризики розвитку харчової

поведінки, а й психологічні передумови таких розладів. Опитувальний оцінки харчової поведінки налічує 51 твердження, що формують 7 субшкал. Інструкція полягає в тому, що респондент повинен оцінити твердження, сформовані від першої особи, аналізуючи частоту проявів власних дій, думок, почуттів. Підрахунок загального балу здійснюється за ключем, де за відповіді «завжди» нараховується 3 бали, «зазвичай» – 2 бали та «часто» – 1 бал, За відповіді «іноді», «рідко» та «ніколи» бали не нараховуються. Певні ряди тверджень мають зворотний напрямок оцінки.

Результати формують 7 субшкал для оцінки:

- Прагнення до худоби: надмірне занепокоєння про вагу та систематичні спроби схуднути.
- Булімія: спонукання до наявності епізодів переїдання та очищення.
- Незадоволеність тілом: певні частини тіла (стегна, груди та сідниці) сприймаються як надмірно товсті.
- Неефективність: відчуття загальної неадекватності (мається на увазі почуття самотності, відсутність відчуття безпеки) та нездатності контролювати власне життя.
- Перфекціонізм: неадекватно завищені очікування щодо високих досягнень; нездатність прощати собі недоліки.
- Недовіра у міжособистісних відносинах: відчуття відстороненості від контактів з оточуючими.
- Інтероцептивна некомпетентність: дефіцит впевненості у відношенні розпізнавання почуття голоду та насичення.

16-факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла призначений для вимірювання 16 факторів особистості – особистісних характеристик [17]. Респондентом може бути доросла людина, що має освіту не нижче 8-9 класу загальноосвітньої школи від 16 років і більше. Опитувальник складається з 187 питань (див. Додаток Б). Респондент повинен відповісти на запитання письмово, обираючи такі варіанти відповіді на запитання «так», «ні», «не знаю» (або «а», «в», «с»). Відповіді записуються у спеціальний бланк [154].

Опитувальний допомагає оцінити респондента за кожним із 16 факторів, позначених літерами латинського алфавіту. Кожен фактор має побутову та технічну назву та підкреслює певну особливість особистості. Назви факторів представляються у 2 протилежних модальностях і мають опис певних якостей та форм поведінки. Кожен фактор має індивідуальне трактування та інтерпретацію.

Результати дослідження підраховуються за ключем. Відповідність відповіді даним у ключі оцінюється у два бали для відповідей «а» і «с», відповідність відповіді «в» – в один бал. Значення фактору формується з суми балів за кожною виділеною групою запитань. Стандартні одиниці, тобто отримані бали, за кожним фактором переводяться у стени за таблицею. Стени також розподілені за протилежними модальностями з крайніми значеннями в 1 та 10 балів. Бали, що стосуються першої половини шкали (від 1 до 5,5) отримують знак «-», а бали, що стосуються другої половини шкали (від 5,5 до 10) отримують знак «+». Враховуючи показники за всіма 16 факторами важливо побудувати «профіль особистості». Здійснюючи аналіз графіку профілю особистості особливо увагу потрібно звертати на пікові точки, тобто найвищі на найнижчі значення, особливо тих показників, які в прояві з мінусом налічують бали в межах від 1 до 3 стень, а в прояві з плюсом – від 8 до 10 стень.

Аналіз здійснюється у сукупності певних факторів та їх взаємозв'язків у таких блоках:

- інтелектуальні особливості: фактори В, М, Q1;
- емоційно-вольові особливості: фактори С, G, 1, 0, Q3, Q4;
- комунікативні властивості та особливості міжособистісної взаємодії: фактори А, Н, F, E, Q2, N, L

Крім початкових 16 факторів, можна виділити чотири фактори другого порядку: тривожність (F1), інтроверсія-екстраверсія (F2), чутливість (F3), конформність (F4).

Методика «Самооцінка генералізованого типу прихильності» (RQ) К. Бартолом'ю та Л. Горовиць досліджує провідний тип прихильності

особистості [8]. Респондент повинен прочитати 4 варіанти і співвіднести їх зі своїм звичним типом відносин. Вибрати потрібно тільки один варіант, а потім оцінити за 12-бальною шкалою ступінь вираження у себе кожного з 4. В результаті дослідження отримуються якісні та кількісні показники типу прихильності (див. Додаток В).

Методика спирається на два параметри, що були сформульовані М. Ейнсворт – міжособистісна тривога, (стосовно розлучення, відкидання або недостатнього кохання) та уникнення (страх близькості, залежності та емоційного зв'язку) [13]. Кім Бартолом'ю наголошує, що ці параметри є внутрішніми інтроектами себе та Іншого [8]. Вона наголосила, що важливо розглядати вимір тривоги як модель себе (негативну чи позитивну), а вимір уникнення – як модель Іншого (так само, негативну чи позитивну). На основі поєднання цих двох параметрів утворюються 4 типи прихильності: тип А, тип В, тип С та тип D. Тип А є надійним типом прихильності, що характеризується безпечністю побудови стосунків з іншими та позитивним поглядом на себе та інших. Тип В – це тривожно-амбівалентна прихильність, що проявляється у негативному уявленні про себе та позитивному уявленні про Іншого. Тип С – це тривожно-уникаюча прихильність, що проявляється у позитивній моделі себе та негативній моделі Іншого. Тип D – це дезорганізована прихильність, що проявляється у негативному відношенні як до себе, так і до інших. Бартолом'ю наголошувала на тому, що схильність людей до узгодженого уявлення про себе та інших може обумовлювати більше переважання типу А і типу D.

Інтерв'ю за OPD-2 для осі структури (див. Додаток Г) та осі конфлікту (див. Додаток Д) призначене для виявлення рівня структурної інтеграції особистості та провідного несвідомого конфлікту [11]. Під час інтерв'ю для діагностики структурного рівня інтеграції особистості використовувався перелік відкритих запитань (див. Додаток А) направлений на оцінку і аналіз 8 показників структури: самосприйняття, сприйняття об'єкта, саморегуляція, регуляція відносин з об'єктом, внутрішня комунікація, комунікація із

зовнішнім світом, схильність до прихильності (до внутрішніх об'єктів), схильність до прихильності (до зовнішніх об'єктів). Кожен показник оцінювався дослідником від 1 до 9 балів в залежності від вираженості у респондента, де 1 бал відповідав за високий рівень прояву даної характеристики. У підсумку можна було виділити показник структурної інтеграції особистості в цілому, що виражався чотирма рівнями: невротичний, верхній межовий, нижній межовий, психотичний. Окремо виділявся показник неможливості оцінки структури особистості.

Під час інтерв'ю для діагностики провідного несвідомого конфлікту використовуюся перелік відкритих запитань направлений на оцінку наявності конфлікту за 6 критеріями, а саме як цей конфлікт проявляється: 1) з партнером, у сім'ї, з дітьми (з тими, з ким живе людина), 2) у батьківській сім'ї, де ви народилися, 3) на роботі, 4) щодо власності, 5) у відносинах у соціумі, групі, з друзями, 6) у відношенні до хвороби, стосунки з лікарем (психотерапевтом). Загалом, оцінка проводилася за 7 основними видами конфліктів: автономія/залежність, підпорядкування/контроль, бажання обслуговування/автаркія, конфлікт самооцінки, конфлікт Понад-Я та конфлікт провини, едипально-сексуальний конфлікт, конфлікт ідентичності. Окремо виділялася шкала «обмежене сприйняття конфліктів та почуттів» та «тимчасова конфліктна напруга». Кожен показник оцінювався дослідником від 0 до 9 балів в залежності від вираженості у респондента, де 0 позначався конфлікт, що нехарактерний респонденту, 1- конфлікт, що має незначний прояв, 2 - конфлікт існує, 3 - конфлікт дуже виражений, 9 - неможливо оцінити. Кожен конфлікт може бути виражений в активному або пасивному модусі. Тобто, несвідомі конфлікти можна діагностувати за клінічними описами манери поведінки та переживань. Вони проявляються як на суб'єктному рівні, так і на об'єктному рівні (як інтерпсихічно, так і у інтеракціях з іншими людьми). Часто конфлікти пов'язані з провідними афектами (наприклад, лють при нарцисичній образі) і часто існує прямий зв'язок конфлікту з перенесенням і контрперенесенням.

Визначення конфлікту не пов'язане з гіпотезами психології розвитку. Так само запропоновані визначення конфлікту явно не пов'язані з класичною психоаналітичною структурною моделлю трьох інстанцій («Воно», «Я» і «Понад-Я»), хоча йдеться як про інтерсистемні, так і про інтрасистемні конфлікти.

Дослідження проводилося на базі медичного центру доктора Кадірова в індивідуальному порядку. У дослідженні брали участь 90 осіб жіночої статі, віком від 18 до 56 років, що мають один з таких діагнозів: нервова анорексія (Anorexia Nervosa), булімія (Bulimia Nervosa) та компульсивне переїдання (Binge eating disorder). Всі респонденти проходили психодіагностичне дослідження на початковому етапі реабілітаційного процесу. Емпіричне дослідження складалося з чотирьох етапів.

Перший етап включав в себе психодіагностичне дослідження за допомогою бланкових методик, а саме шкали оцінки харчової поведінки Д. Гарнера, 16 факторного особистісного опитувальника Р. Б. Кеттелла, методики «Самооцінка генералізованого типу прихильності» К. Бартолом'ю, Л. Горовиць. Кожному респонденту було розказано про вимоги та особливості проведення дослідження та пред'явлена інструкція. Отримавши бланки, кожен піддослідний повинен був заповнити свої особисті дані, дати згоду на їх обробку та оцінити твердження. Експеримент вимагав повної тиші та зосередження уваги. Складностей з проведенням методик не виникло. Контроль зовнішніх змінних таких, як мотивація піддослідних і умови тестування, здійснювався за рахунок створення константних умов. По завершенню дослідження кожному респонденту було обіцяно повідомити про результати дослідження за бажанням в індивідуальному порядку.

Другий етап включав в себе до 5 індивідуальних зустрічей для діагностики за системою ОПД-2. Інтерв'ю проводилося у форматі невимушеної бесіди в процесі встановлення психотерапевтичного альянсу. В процесі проведення інтерв'ю нам було важливо встановити структурний рівень інтеграції особистості, наявність провідного несвідомого конфлікту, а також додатково проаналізувати тип прихильності респондента.

Третій етап включав в себе обробку отриманих результатів та формування вибірки, що буде приймати участь у психореабілітаційній програмі. Програма розрахована на 6 місяців і включає в себе індивідуальні і групові методи роботи. Причому перші 2 місяці респондент відвідує індивідуальну психотерапію 3 рази на тиждень і 1 раз на тиждень групову терапію. Далі, протягом 2 місяців респондент має індивідуальну – 2 рази на тиждень і групову терапію так само 1 раз на тиждень, останні два місяці респондент має 1 раз на тиждень індивідуальну терапію і 1 раз на тиждень групову.

Четвертий етап дослідження складався з повторного проведення психодіагностичного дослідження зі всіма респондентами для виявлення розбіжностей у групах та аналізу ефективності застосування психореабілітаційної програми. Застосовувалися психодіагностичні методи, проводилось інтерв'ю за системою ОПД-2, а також аналізувався катамнез пацієнта.

2.2. Результати емпіричного дослідження індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з розладами харчової поведінки

В цьому розділі дисертації, відносно завдання нашого дослідження, розкриємо індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з розладами харчування завдяки показникам психодіагностичних методик.

Всіх 90, досліджуваних нами, пацієнтів було розподілено на три групи, залежно від виду харчового розладу: група з анорексією налічувала 30 респондентів, група з булімією – 30 осіб, група з компульсивним переїданням – 30 пацієнтів.

Первинні дані, що були отримані протягом дослідження були піддані кількісному та якісному аналізу. Також були використані методи статистичної обробки даних за допомогою програми SPSS.

У таблицях наведено результати якісного аналізу первинних статистик, отриманих завдяки обробці сирих даних двох використаних методик та

підрахунку заходів центральної тенденції (середніх арифметичних) для всіх груп піддослідних за всіма значимими параметрами.

Показники за сімома субшкалами шкали оцінки харчової поведінки для пацієнтів з анорексією відображені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Основні показники за методикою EDI для першої групи респондентів

Шкала	Рівень прояву (%)		
	Низький	Середній	Високий
Прагнення до худоби	-	3,3	96,7
Булімія	33,4	43,3	23,3
Незадов. тілом	-	43,3	56,7
Неефективність	6,6	56,7	36,7
Недовіра в МОС	-	63,3	36,7
Перфекціонізм	-	56,7	43,3
Інтероц. некомп.	-	20	80

За даними таблиці можна побачити, що для пацієнтів із анорексією найвищих значень сягають показники за шкалами «Прагнення до худоби» та «Інтероцептивна некомпетентність».

Це говорить про те, що пацієнти даної групи відчують надмірне занепокоєння про вагу та мають систематичні спроби схуднути із дефіцитом впевненості щодо розпізнавання почуття голоду та насичення.

Показники за сімома субшкалами шкали оцінки харчової поведінки для пацієнтів з булімією відображені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

**Основні показники за методикою EDI для другої групи
респондентів**

Шкала	Рівень прояву (%)		
	Низький	Середній	Високий
Прагнення до худоби	-	16,7	83,3
Булімія	-	-	100
Незадов. тілом	-	46,7	53,3
Неефективність	-	43,3	56,7
Недовіра в МОС	3,3	56,7	40
Перфекціонізм	3,4	63,3	33,3
Інтероц. некомп.	-	13,3	86,7

За даними таблиці можна бачити, що для пацієнтів із булімією найвищих значень сягають показники за шкалами «Прагнення до худоби», «Інтероцептивна некомпетентність» та «Булімія». Характеристика цих проявів схожа із показниками пацієнтів з анорексією із однією відмінністю – наявністю високих значень за показником «Булімія», тобто спонукання до наявності епізодів переїдання та очищення.

Показники за сімома субшкалами шкали оцінки харчової поведінки для пацієнтів з компульсивним переїданням відображені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

**Основні показники за методикою EDI для третьої групи
респондентів**

Шкала	Рівень прояву (%)		
	Низький	Середній	Високий
Прагнення до худоби	-	53,3	46,7
Булімія	-	60	40
Незадов. тілом	-	46,7	53,3
Неефективність	10	80	10
Недовіра в МОС	6,7	83,3	10
Перфекціонізм	-	56,7	43,3
Інтер. некомп.	-	23,3	76,7

Таблиця демонструє, що для пацієнтів із булімією найвищих значень сягають показники за шкалою «Інтероцептивна некомпетентність», тобто нездатність відчувати почуття голоду і насичення. Цікавою є тенденція більшості респондентів даної групи мати середні значення за шкалами «Неефективність» та «Недовіра у особистісних стосунках». Це говорить про менш виражене відчуття загальної небезпеки, почуття самотності, з ознаками ізоляції, посилене почуття відстороненості від контактів із оточуючими, неспроможності контролювати власне життя, ніж у респондентів інших груп. У респондентів першої та другої групи ці показники теж розподілилися між середнім та високим рівнем прояву. Середні значення за сімома субшкалами шкали оцінки харчової поведінки для пацієнтів всіх видів розладів відображені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Середні значення показників за методикою EDI для всіх груп вибірки

Шкала	Середні значення		
	Анорексія	Булімія	Компульсивне переїдання
Прагнення до худоби	7,7	7,5	6,6
Булімія	4,5	8,0	6,1
Незадоволеність тілом	6,5	6,7	6,7
Неефективність	6,0	6,2	4,9
Недовіра в міжособистісних стосунках	6,2	6,0	5,2
Перфекціонізм	6,3	5,9	6,3
Інтероцептивна некомпетентність	7,3	7,6	7,4

Якщо аналізувати середні значення за всіма шкалами, можна побачити, що респонденти першої групи мають найвищі значення за шкалами

«Прагнення до худоби» та «Недовіра в міжособистісних стосунках». За шкалою «Перфекціонізм» респонденти першої та третьої групи мають однакові значення. Це говорить про те, що пацієнти із анорексією та компульсивним переїданням мають однаковий рівень перфекціонізму, вищий за показник у пацієнтів із булімією. Це говорить про неадекватно завищені очікування щодо високих досягнень; нездатність прощати собі недоліки та реально сприймати себе і навколишній світ.

Респонденти другої групи мають найвищі показники за шкалою «Булімія» та «Неефективність». Це говорить про проявлення епізодів переїдання і очищення у житті, наявність вираженого почуття самотності, небезпеки та неможливості контролювати своє життя. Треба зазначити, що майже однакові показники мають респонденти всіх груп за шкалою «Інтероцептивна некомпетентність», що говорить про вираженість дефіциту у розпізнаванні почуття насичення і голоду.

У респондентів третьої групи спостерігаються однакові значення за показником «Незадоволення тілом» із респондентами другої групи. Спостерігається тенденція найменшого значення за шкалою «Недовіри в міжособистісних стосунках», що говорить про вищий рівень довіри у стосунках, ніж у пацієнтів із булімією і анорексією. Найменшими є значення і за шкалами «Неефективність» та «Прагнення до худоби», що говорить про менш виражені тенденції прагнення до худоби та відчуття самотності і неможливості впливати на своє життя, ніж у пацієнтів із анорексією і булімією.

Середні значення за 16 факторами опитувальника Кеттелла для пацієнтів всіх видів розладів відображені у таблиці 2.5.

Основні показники за методикою Кеттела для всієї вибірки та різних її груп

Шкала	Середнє значення		
	Анорексія	Булімія	Компульсивне переїдання
Готовність до контактів (+), А	5,5	4,2	5,5
Інтелект (здатність до навчання), В	6,2	6,4	6,3
Емоційна стабільність (+), С	4,6	3,9	3,5
Домінантність (+) – підлеглість (-), Е	4,7	4,0	3,8
Безтурботність (+) – стурбованість (-), F	5,4	6,6	5,5
Контроль “над-Я” (+), G	5,7	4,2	3,3
Сміливість (+) – нерішучість (-), Н	4,3	3,4	4,5
М’якість (+) – жорсткість (-), І	5,8	7,1	6,3
Довірливість (-) – підозрілість (+), L	6,7	3,3	4,0
Практичність (-) – мрійливість (+), М	5,6	5,0	3,8
Дипломатичність (+) – прямолінійність (-), N	5,4	6,1	4,6
Спокійна адекватність (+) – почуття провини (-), О	6,5	7,1	7,0
Схильність до інновацій – (+) консерватизм (-), Q1	4,7	4,6	4,2
Залежність від групи (-) – самодостатність (+), Q2	5,0	4,8	4,8
Низька (-) – висока інтеграція “Я” (+), Q3	6,4	5,4	4,2
Спокійність (-) – напруженість (+), Q4	5,9	5,3	3,4

За результатами представленими в таблиці можна аналізувати відмінності показників у групах респондентів за шкалами, у яких проявилися найбільші розбіжності.

Пацієнти із анорексією та компульсивним переїданням більш відкриті до спілкування, ніж пацієнти із булімією. Хоча загалом за шкалою рівень вираження показників середній ближче до низького, тобто до схильності бути замкненими. Значущої різниці набувають показники за шкалою «Контроль над-Я». Пацієнти із анорексією більш схильні до жорсткого самоконтролю, аніж пацієнти інших груп. Респонденти із компульсивним переїданням мають найнижчий показник за цією шкалою, що говорить про непостійність почуттів, станів, думок, схильність до мінливості. Складність у дотриманні групових та етичних норм, небажання приймати групові правила взаємодії. Неорганізованість, складність з відповідальністю, імпульсивність, анархічність щодо моральних правил та стандартів, гнучкість дотримання соціальних норм, безпринципність, схильність до асоціальної поведінки та зневажання будь-яких обмежень. За даними таблиці можна також побачити, що пацієнти із анорексією мають більш високий рівень підозрілості, аніж респонденти інших груп.

Пацієнти із булімією мають більш виражений показник м'якості серед усіх груп респондентів, що говорить про слабкість, мрійливість, розбірливість, примхливість, жіночність, іноді вимогливість до уваги, допомоги, залежність, непрактичність. Пацієнти із компульсивним переїданням характеризуються вираженою практичністю, високою швидкістю вирішення практичних завдань, прозаїчністю, орієнтацією на зовнішню реальність, розвиненою конкретною уявою, практичністю, реалістичністю. Пацієнтам із анорексією і булімією у цьому разі притаманні розвинена уява, символічне мислення, поглиненість власними образами і фантазіями, легкість в сумнівах щодо практичності рішень, абстрактне оперування поняттями, схильність до занурення у фантазії. Пацієнти із анорексією мають високу інтегрованість «Я» на відміну від пацієнтів із інших груп. Їм притаманна цілеспрямованість, сильна воля, вміння контролювати свої емоції та поведінку.

Пацієнти з компульсивним переїданням тут відрізняються низькою дисциплінованістю, слідуванням своїм бажанням, залежністю від настроїв,

невмінням контролювати свої емоції та поведінку. І якщо говорити про шкалу «Спокійність – напруженість», можна побачити, що пацієнти із анорексією і булімією мають більш високий рівень напруження, що характеризується зібраністю, енергійністю, фрустрованістю, підвищеною мотивацією, занепокоєнням, збудженістю, дратівливістю. Натомість пацієнти із компульсивним переїданням проявили розслабленість, млявість, апатичність, спокій, низьку мотивацію, зайву задоволеність, незворушність. Наглядно особистісні особливості продемонстровані на графіку, з урахуванням особистісних профілів всіх трьох груп респондентів (Рис. 2.1).

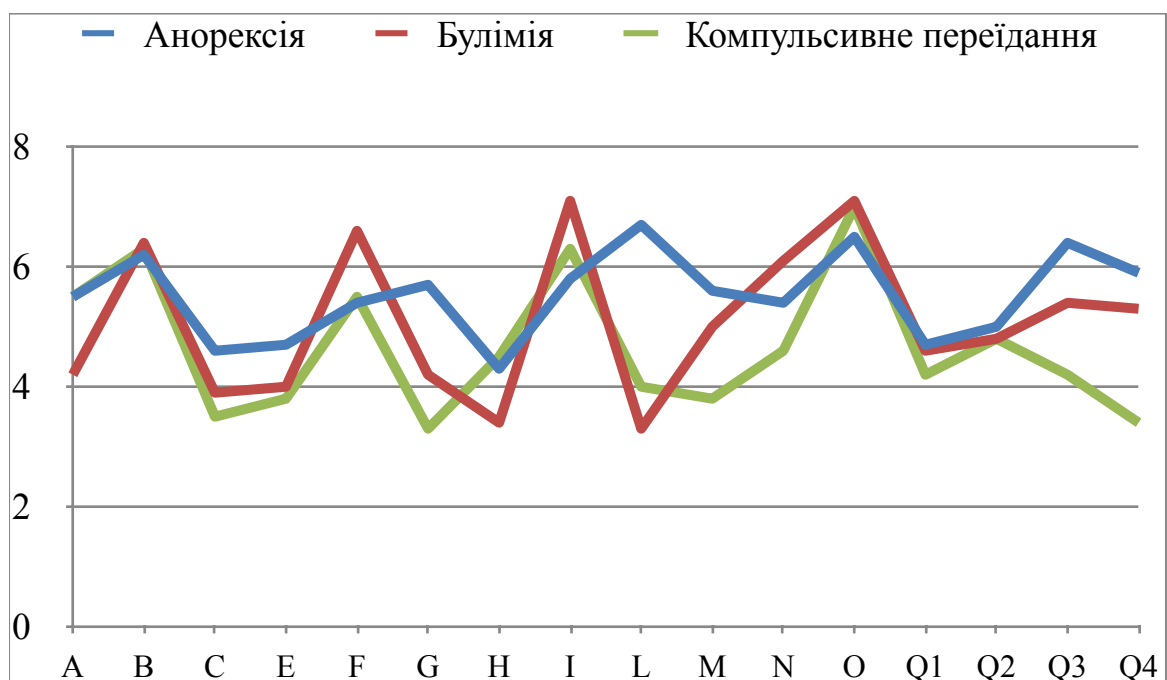


Рис 2.1. Графік особистісних профілів респондентів трьох груп

Діаграма показує особистісні профілі респондентів за трьома групами. Порівнюючи ці дані, можна сказати, що особистісний профіль респондентів із другої групи, що мають розлад харчування у вигляді булімії, має більш хаотичний характер і свідчить про прояв значень межових полярностей з чергуванням більш високих показників за шкалами із більш низькими. Для респондентів із анорексією пікового значення досягають показники нерішучості, підозрілості та тривожності. У респондентів із булімією пікового значення досягли показники м'якості, безтурботності та тривожності

поряд із показниками довірливості, нерішучості та емоційної нестабільності. Пацієнти із компульсивним переїданням мають прояви спокою, в'ялості, низького самоконтролю та емоційної нестабільності.

Результати у всіх трьох групах за методикою «Самооцінка генералізованого типу прихильності» К. Бартолом'ю, Л. Горовиць відображені на графіку (Рис.2.2).

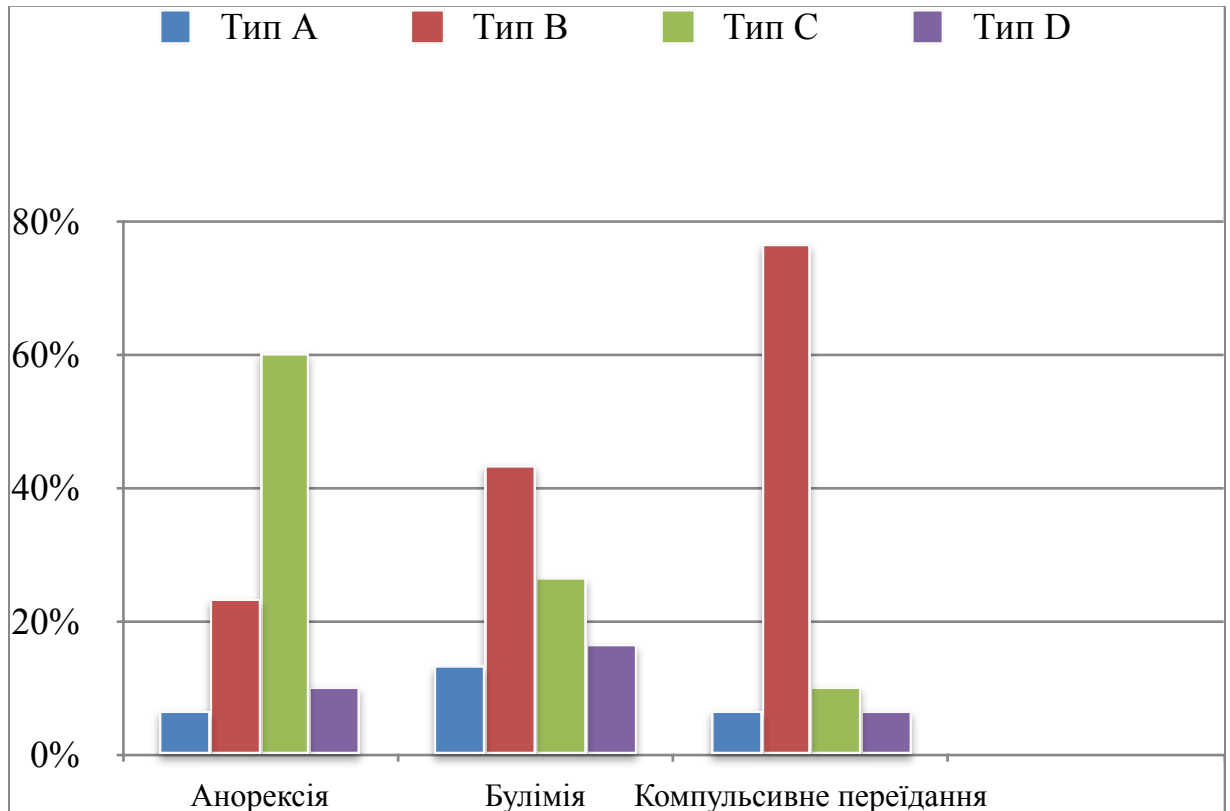


Рис. 2.2. Графік розподілу типу прихильності респондентів трьох груп

Діаграма показує розподіл типів прихильності у респондентів трьох груп. За даними розподілу видно, що у респондентів другої (43,4%) та третьої (76,6%) групи домінуючим є тривожний тип прихильності, з більшим відсотковим вираженням у третьої групи - пацієнтів з компульсивним переїданням. У пацієнтів другої групи, що мають булімію, спостерігається також вираженість (26,7%) унікаючого типу прихильності і в меншому відсотковому прояві (16,7%) дезорганізаційного типу прихильності. У пацієнтів з компульсивним переїданням інші типи прихильності виражені

незначуще. На противагу цьому, у пацієнтів першої групи, з анорексією, спостерігається вираженість (60%) уникаючого типу прихильності і в меншому відсотковому значенні (23,3%) - тривожного. Це говорить про те, що більші відмінності за типом прихильності спостерігаються у пацієнтів з анорексією та компульсивним переїданням на противагу показникам пацієнтів з булімією. Можна говорити про те, що пацієнти з булімією та пацієнти з компульсивним переїданням мають схильність до співзалежних стосунків, важко витримуються дистанцію і самотність, схильні ідеалізувати інших, їм притаманні сумніви у власній цінності та своїй прийнятності в якості партнерів у стосунках з іншими. Наслідком є виражений маніакальний пошук підтвердження власної значущості у стосунках, схвалення та наявності гарантій, що їх люблять і не залишать. Пацієнти з анорексією схильні уникали близького контакту у стосунках через несвідомий страх бути вразливими та пораненими. Спостерігається фіксація на почуттях недовіри та ненадійності до зовнішнього світу. Надійний тип прихильності у мінімальному відсотковому значенні проявився у всіх трьох групах респондентів, при цьому найбільший процент прояву (13,3%) набуває у пацієнтів з булімією.

Це говорить про те, що розподіл типів прихильності у всіх трьох групах респондентів варіюється між уникаючим та тривожним типом прихильності. Дезорганізаційний тип прихильності, що відповідає за відсутність базової довіри до світу, непослідовність у діях, неможливість побудувати стосунки, важкість саморегуляції та надійний тип прихильності, що відповідає за надійність стратегій побудування стосунків, здатність до емоційної близькості та відчуття довіри і власної значущості, були проявлені у пацієнтів трьох груп у найменшому відсотковому значенні.

Діаграма показує розподіл провідних несвідомих конфліктів за шкалою IV - «вісь структури» OPD-II у респондентів трьох груп (Рис. 2.3).

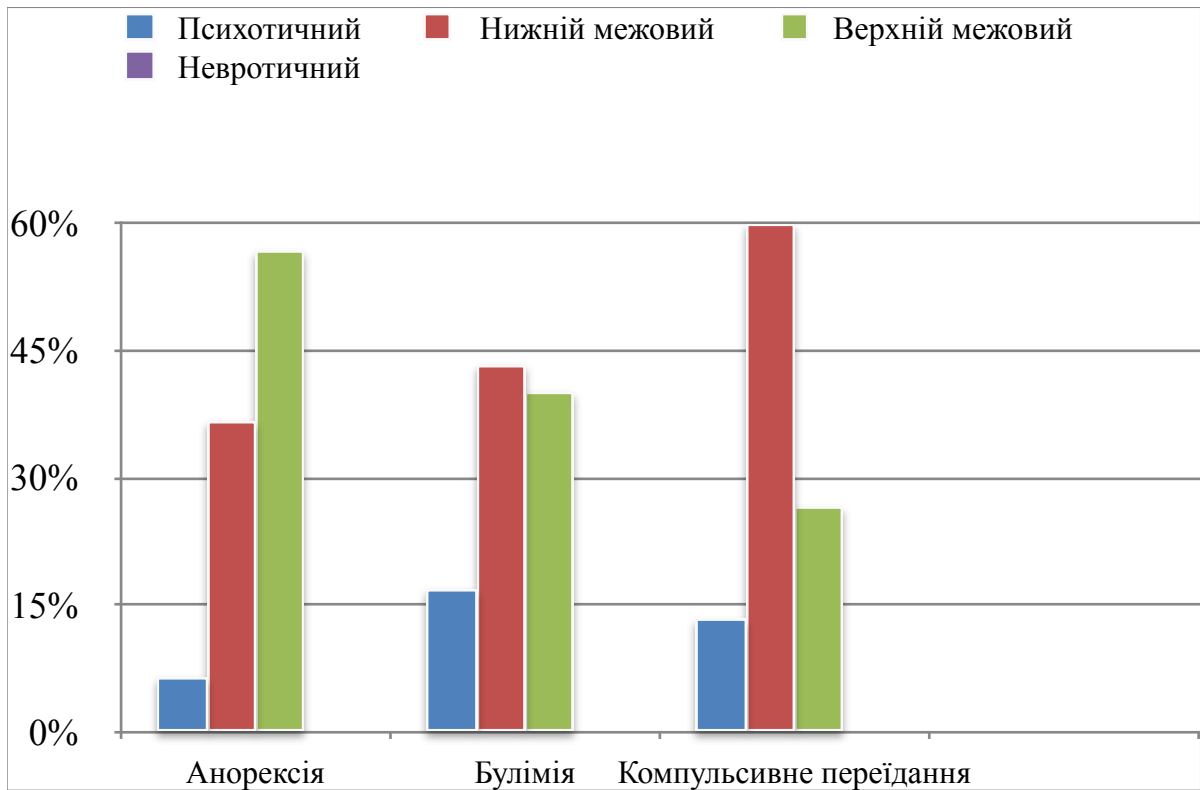


Рис. 2.3 Графік розподілу структурного рівня психічної інтеграції у респондентів трьох груп

За даними розподілу видно, що у респондентів, які мають анорексію переважає (56,7%) верхній межовий рівень інтеграції психіки. Це говорить, про те, що у респондентів першої вибірки переважають інтрапсихічні конфлікти : слідом за бажаннями ми знаходимо несвідомі прагнення жадібної потреби, напруженої влади (сили), підпорядкування; на іншому краї ми знаходимо як суворі, явно перебільшені за формою, і ригідні норми, що карають («незріле Супер-Его»), так і перебільшені ідеали. Центральним страхом є втрата об'єкта чи відділення від важливого об'єкта поєднане зі страхом власних інтенсивних імпульсів. Менш вираженим (36,7%) є нижній межовий рівень структурної інтеграції, що говорить про те, що внутрішній психічний простір розвинений слабо. «Я» дуже потребує, легко вразливе, дуже імпульсивне, образи об'єктів виглядають загрозливими, такими, що переслідують або є пристрасно ідеалізованими. Нормативна структура (тобто Супер-Его) дисоційована. Драйви несвідомих бажань не керуються інтрапсихічно, а негайно прямують зовні. Таким чином, тут спостерігається

менше інтрапсихічних конфліктів, але швидше більше міжособистісних конфліктів (у близьких відносинах, на роботі, соціальному оточенні). Центральний страх – знищення себе у вигляді поганого об'єкта чи у вигляді втрати хорошого об'єкта.

Аналізуючи дані розподілу другої групи респондентів, що мають булімію, ми можемо сказати про те, що проявленість рівня структурної інтеграції має помірне вираження із незначним відсотковим значенням між нижнім межовим рівнем (43,3%) та верхнім межовим рівнем (40%). Суттєвої різниці набуває розподіл даних у пацієнтів третьої групи, що мають компульсивне переїдання. Аналізуючи дані розподілу, можна побачити, що найбільше проявлення (60%) має нижній межовий рівень структурної інтеграції. Тобто, у більшості частини респондентів спостерігається слабкість «Я», низька саморегуляція афектів, низька розвиненість внутрішньо-психічного простору. На відміну від пацієнтів з анорексією, у пацієнтів з булімією менш проявленим (26,7%) є верхній межовий рівень структурної інтеграції психіки. Психотичний або дезінтегрований рівень інтеграції психіки проявився у всіх респондентів у невеликому відсотковому значенні, з більшим вираженням (16,7%) у пацієнтів з булімією і найменшим вираженням (6,6%) у пацієнтів з анорексією. Цей рівень інтеграції психіки характеризується недостатністю злагодженості «Я» та емоційністю, прикритою постпсихотичними, посттравматичними, або перверзивними формами організації у сенсі реституції. Образ себе та об'єктів змішаний, емпатичне сприйняття об'єктів неможливе, а відповідальність за окремі імпульсивні дії не переживається (речі просто трапляються). Центральний страх спрямований на незрозумілий об'єкт, який проявляється швидше як посередник, а не конкретний об'єкт, крім того, страх втрати та розпаду «Я». Невротичний рівень організації психіки, тобто високий рівень структурної інтеграції, що характеризується тим, що функція, що регулює, принципово доступна для пацієнта і може підтримуватися і відновлюватися, протягом довгого періоду життя, навіть у разі внутрішніх або зовнішніх стресових ситуацій, у пацієнтів даної вибірки проявленим не був.

Діаграма показує розподіл провідних несвідомих конфліктів за шкалою III - «вісь конфлікту» OPD-II у респондентів трьох груп (Рис. 2.4).

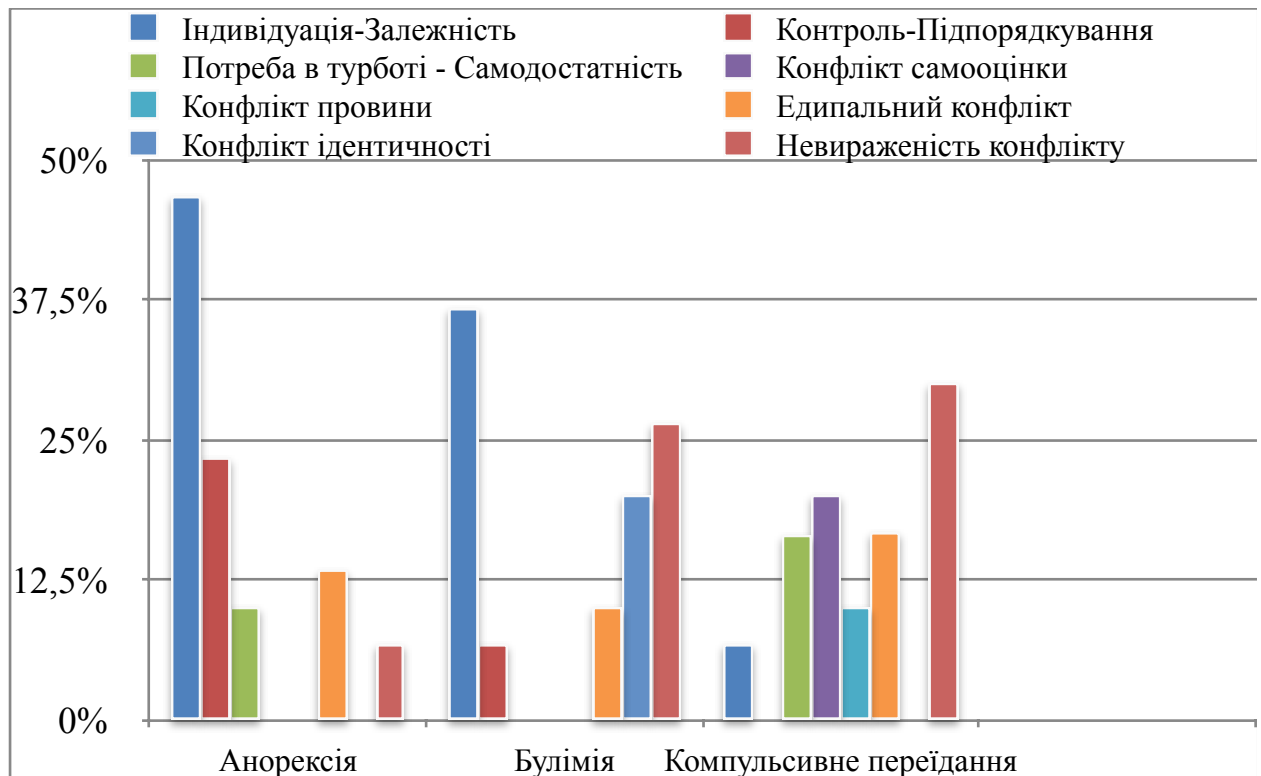


Рис. 2.4. Графік розподілу провідного несвідомого конфлікту у респондентів трьох груп

За даними розподілу видно, що у респондентів, які мають анорексію провідними є три несвідомих конфлікти: індивідуація-залежність, контроль-підпорядкування, потреба в турботі-самодостатність. Найбільший відсоток прояву (47,6%) має конфлікт індивідуація-залежність, що говорить про те, що провідною емоцією є страх від посилення близькості/дистанції, цей конфлікт містить у собі активацію досвіду, який шукає чи уникає близькості, і не утворює стосунки у сенсі турботи чи відсутності турботи. Тема «індивідуація – залежність» має справу з такими аспектами, як «бути самому по собі/бути здатним бути разом з іншими». В меншій кількості (23,3%) проявлений конфлікт контроль-підпорядкування, який полягає у наявності центрального мотиву домінування над іншими або підпорядкування іншим, провідними емоціями якого можуть бути: гнів, агресія, роздратування, люття, почуття провини, сором. Найменш вираженим (6,7%) є прояв невираженості

несвідомого конфлікту. Це відбувається, коли структурний рівень пацієнта занадто низький і межі конфліктів розмиті. Зовсім не проявився конфлікт самооцінки, конфлікт ідентичності та конфлікт провини.

За даними розподілу видно, що у респондентів, які мають булімію домінуючими є конфлікт індивідуація-залежність (36,7%) та невираженість конфлікту (26,6%). На відміну від пацієнтів з анорексією, у пацієнтів з булімією проявився конфлікт ідентичності або «власного Я» (20%). Під «Я» розуміється повнота внутрішніх образів себе. Ця система «Я» - ідентичності має бути ретельно розділена на дві сфери: сферу регулювання почуття самоцінності (нарцисизм), та сферу самоідентичності. В обох сферах не напружені стани пов'язані з почуттям благополуччя та безпеки. Успішне формування ідентичності із задовільною тривалістю та згодою призводить до почуття благополуччя та безпеки. Конфлікти виникають від суперечливих самопрезентацій, пов'язаних із почуттям небезпеки та невдоволення. Цей конфліктний дисонанс сфер «Я» слід чітко диференціювати від розчинення ідентичності. Найменш вираженим (6,7%) є конфлікт контроль-підпорядкування. Непроявленими є конфлікт потреба в турботі-самодостатність, конфлікт самооцінки, конфлікт провини. За даними розподілу видно, що у пацієнтів, які мають компульсивне переїдання провідною є невираженість конфліктів, тобто недостатня сприйнятливність до конфліктів і почуттів, обмежене сприйняття почуттів та конфліктів. Часто це пов'язане із низьким рівнем інтеграції психіки особистості. Також проявився (20%) конфлікт самооцінки, який не був виражений у пацієнтів перших двох груп. Конфлікт самооцінки є, коли спроби визнати власну гідність виявляються у сьогоденні чи провалилися у минулому надмірно, неуспішно чи незадовільно. Конфлікт тут звернений до власної оцінки, а не до оцінки об'єкта як неадаптивний крайній полюс теми «бути здатним ставити собі питання», та «надавати собі цінність». Найменш вираженим (6,7%), на відміну від пацієнтів з анорексією та пацієнтів з булімією, є конфлікт індивідуація-залежність. Невираженими є конфлікт контроль-підпорядкування та конфлікт ідентичності.

Для підтвердження результатів за допомогою методів математичної статистики використовувався кореляційний аналіз. На першому етапі був застосований непараметричний критерій Колмогорова-Смірнова для визначення виду розподілу даних. Результати розподілу даних представлені в таблиці: (див. Додаток Е)

За таблицею видно, що після розподілу даних за критерієм Колмогорова – Смірнова було визначено, що за всіма шкалами, крім показників за шкалою «Q4 емоційно-вольові особливості: розслабленість-напруженість», проявився ненормальний розподіл даних, так як рівень значущості показників менший за 0,05.

Далі ми застосовуємо кореляційний аналіз для того, щоб подивитися які показники індивідуальних особливостей пов'язані з показниками наявності харчової залежності. Тоді ми з'ясуємо, якими саме є індивідуальні особливості респондентів, що мають певний вид харчової залежності і наскільки ці особливості залежать від прояву порушень прийому їжі.

Для того щоб провести кореляційний аналіз показників з ненормальним розподілом застосовується критерій Спірмена.

Таблиця 2.6

Кореляційні зв'язки між показником «Страх худоби» та показниками за іншими методиками

За критерієм Спірмена		Нееф.	Недов. в стос.	Конфл. самооц.	Конфл. пров.	Пров. конф.	Контр. над «Я»	Диплом. - прямол.	Інтегр. «Я»
Страх худоби	Показ. знач.	0,009	0,007	0,032	0,039	0,012	0,007	0,000	0,007
	Показ. кор.	0,273	0,280	-0,227	-0,218	-0,264	0,280	0,230	0,284

За даними таблиці видно, що між показниками страх худоби та неефективність, недовіра у стосунках, контроль над «Я», дипломатичність-прямолінійність та інтегрованість «Я» проявився прямий кореляційний

зв'язок, що свідчить про те, що постійне переживання стосовно ваги, намагання схуднути, дисморфофобія може провокувати збільшення почуття небезпеки, нездатності контролювати власне життя, викликати почуття відстороненості від інших та уникнення побудови близьких стосунків. Що може призводити і до жорстких спроб самоконтролю, обмежувальної поведінки, зміни станів відкритості і прямотинності та обережності і емоційної стриманості. Чергування цих станів, загалом, підкреслює ґрунтовні основи функціонування розладів харчової поведінки. Це впливає на загальну здатність до інтеграції та самоконтролю. Між показниками страху худоби та провідним несвідомим конфліктом, конфліктом самооцінки, конфліктом провини проявився обернений кореляційний зв'язок. Можемо припускати, що у пацієнтів з високими показниками страху худоби межі конфліктів будуть розмитими і нечіткими, що в свою чергу, створює складність при діагностиці та виборі стратегії допомоги. Найменша вірогідність проявлення домінантності конфліктів самооцінки та провини.

Таблиця 2.7

Кореляційні зв'язки між показником «Булімія» та показниками за вісями III та IV OPD-II

За критерієм Спірмена		Конфлікт провини	Самоспр.	Сприйн. об'єкта	Саморег.	Конфлікт ідентичності
Булімія	Показ. знач.	0,017	0,024	0,046	<0,001	<0,001
	Показ. кор.	0,251	0,237	0,211	0,413	0,353

За даними таблиці видно, що між показниками булімія та конфлікт провини, конфлікт ідентичності, самосприйняття, сприйняття іншого та саморегуляція та проявився прямий кореляційний зв'язок, що свідчить про те, що чим вищою є схильність до спонукання епізодів переїдання та очищення як механізму регуляції власного емоційного стану та контролю тілесних відчуттів, тим більш вираженою стає низька здатність керувати

своїми потребами, почуттями, долати своє хвилювання, толерантність до афектів, регуляція самооцінки, уміння керувати своїми бажаннями, здатність передбачати наслідки своїх вчинків. Це має вплив і на сприйняття себе та інших та при високих показниках булімії проявляється зниженій здатності сприймати себе як самостійну особистість і критично себе відноситися, неможлива або ускладнена саморефлексія, порушений образ себе, дифузна або розмита ідентичність, складність в диференціації власних афектів, складність розрізненні внутрішньої та зовнішньої реальності, низька здатність до емпатії та розділення почуттів іншого, нездатність сприймати інших людей цілісно і такими, що мають свої права, схильність до злиття та співзалежності. Щодо провідних несвідомих конфліктів можна говорити про те, що булімічні симптоми несвідомо можуть бути підкріплені наявністю конфлікту провини та конфлікту ідентичності. Які полягають у недостатньо сформованій ідентичності, порушенні процесу ідентифікації з іншим, слабкістю особистісного ядра та його структур, токсичним почуттям провини, що проеціюється на іншого або спрямовується всередину себе, розщеплення, моралізація і схильність до «чорно-білого» мислення.

Таблиця 2.8

Кореляційні зв'язки між показником «Булімія» та показниками за іншими методиками

За критерієм Спірмена		Довіра- недовіра	Спокій- тривога	Неефектив.	Нерішучість
Булімія	Показ. знач.	<0,001	0,042	0,017	0,005
	Показ. кор.	-0,351	0,215	0,251	-0,295

За даними таблиці видно, що між показниками булімія та нерішучість, спокій-тривога та неефективність проявився прямий кореляційний зв'язок, що свідчить про те, що схильність до спонукання епізодів переїдання та очищення може супроводжуватися іпохондричністю, вразливістю, частим

занепокоєнням, підвищується схильність до депресивних станів, почуття провини та невдоволеність собою. При цьому так само, як і зі страхом худоби, з'являється недовіра, відсутність почуття безпеки та відчуття втрати контролю над власним життям. Загострюється нерішучість, сором'язливість, емоційна стриманість, соціальна пасивність та чутливість до будь-яких зовнішніх загроз. Між показником булімія та довіра-недовіра проявився обернений кореляційний зв'язок. Це свідчить про вираженість почуття власної незначущості, обережність, настороженість до інших та надмірну автономію або надмірне злиття у контакт при частих епізодах переїдання та очищення.

Таблиця 2.9

Кореляційні зв'язки між показником «Незадоволеність тілом» та показниками за іншими методиками

За критерієм Спірмена		Готовність до контактів	Інтелект (здатність до навчання)
Незадоволеність тілом	Показ. знач.	0,007	0,003
	Показ. кор.	-0,281	0,306

За даними таблиці видно, що між показниками незадоволеність тілом та інтелект проявився прямий кореляційний зв'язок, що свідчить про те, що викривлене сприйняття тіла та негативний фокус на певних частин тіла, що здаються занадто товстими може супроводжуватися абстрактністю мислення, високою оперативністю мислення та високим рівнем загальної вербальної культури. Тобто, можна припустити, що швидка здатність до навчання та поглинання нової інформації може зумовлювати зовнішні стимули та трансляцію ідеалів краси ззовні, впливати глибше і корегувати поведінку. Між показником незадоволеність тілом та готовність до контактів проявився обернений кореляційний зв'язок. Це свідчить про зниження відкритості,

бажання спілкуватися, легкості у встановленні контактів при несприйнятті власного тіла. Це, навпаки, провокує замкнутість, відстороненість та зайва суворість в оцінці інших і себе.

Таблиця 2.10

Кореляційні зв'язки між показником «Неефективність» та показниками за опитувальником Кеттела

За критерієм Спірмена		Готов. до конт.	Підлегл.	Контроль над «Я»	Нерішуч.	Практ.- мрійл.	Диплом.- прямол.
Неефективність	Показ. знач.	0,002	0,016	<0,001	0,007	0,046	0,004
	Показ. кор.	-0,329	-0,254	0,405	-0,282	0,211	0,298

За даними таблиці видно, що між показниками неефективності та контролем над «Я», практичністю-мрійливістю і дипломатичністю-прямолінійністю проявився прямий кореляційний зв'язок, що свідчить про те, що відчуття власної неадекватності та нездатності контролювати власне життя може супроводжуватися непослідовністю дій, схильністю бути під впливом емоцій, імпульсивність та асоціальній поведінці, що має більше вираження у пацієнтів з компульсивним переїданням та булімією. Також спостерігається поглиненість власними ідеями, наявність внутрішніх ілюзій, мрійливість в більшості у пацієнтів з булімією та анорексією. Високий або низький рівень неефективності може обумовлювати емоційну недисциплінованість, наївність, відсутність проникливості та нездатність аналізувати мотиви вчинків. Між показником неефективність та готовністю до контактів, підлеглистю і нерішучістю проявився обернений кореляційний зв'язок. Це свідчить про виникнення впертості, недостатньої м'якості, супротиву в контакті, агресивності та роздратування. При цьому виникає замкненість і неготовність контактувати, критичність та труднощі в процесі побудови міжособистісних стосунків. Але нерішучість змінює себе на

яскравий бунт, неординарність рішень та зайвій активності, яка при аналізі і спостереженні може нагадувати obsесивно-компульсивну поведінку.

Таблиця 2.11

Кореляційні зв'язки між показником «Неефективність» та показниками за іншими методиками

За критерієм Спірмена		Тип прихильн.	Регуляція відносин з об'єктом
Неефективність	Показ. знач.	0,034	0,045
	Показ. кор.	0,224	0,211

За даними таблиці видно, що між показниками неефективності та типом прихильності і регуляцією відносин з об'єктом проявився прямий кореляційний зв'язок, що свідчить про те, що відчуття власної неадекватності та нездатності контролювати власне життя може супроводжуватися надмірною прихованою значущістю іншого у житті, автономією і дистантністю, уникненням стосунків, страхом вибудовувати емоційно значущий зв'язок, відчуттям нездатності впливати на стосунки з іншим, страх покинутості та відкидання. Відносини пацієнта з іншими характеризуються міжособистісною оборонною поведінкою. Проявляється нездатність інтрапсихічно керувати своїми заснованими на конфліктах потребами та страхами, але натомість виникає безпосереднє перетікання у відносини, які через це зазнають значної деформації.

**Кореляційні зв'язки між показником «Перфекціонізм» та показниками
за іншими методиками**

За критерієм Спірмена		Страх худоби	Внутрішня комун.	Конфлікт турботи- залеж.	Безтурбот.- стурбов.
Перфекціонізм	Показ. знач.	0,007	0,042	0,015	0,028
	Показ. кор.	0,280	0,214	0,255	-0,232

За даними таблиці видно, що між показниками перфекціонізму та страхом худоби, внутрішньою комунікацією, конфліктом турботи-самодостатності і безтурботністю-стурбованістю проявився прямий кореляційний зв'язок. Це свідчить про те, що респонденти з неадекватно завищеними очікуваннями від себе в сфері досягнень із недостатністю прощати власні помилки схильні надмірно перейматися вагою свого тіла і мають постійні нав'язливі спроби схуднення, при цьому почуття афективної порожнечі або переповненості внутрішнім хаосом наодинці з собою, порушення зв'язку з власними фантазіями і афектами. При цьому кореляційний зв'язок з проявленням конфлікту автаркії-залежності може свідчити про нездатність спиратися на власні внутрішні ресурси через це відчуття порожнечі, суму та депресії. Можлива приховане прагнення експлуатації інших для задоволення власних потреб, а часом і садо-мазохістична експлуатація себе. Вираженим є при цьому і показник стурбованості, бо перфекціонізм базується на жорсткому Супер-Его та нарцисичному радикалі. Тому проявляється obsесивність, схвильованість майбутнім, тривожність, схильність до обережності та стриманість у проявленні емоцій.

Таблиця 2.13

Кореляційні зв'язки між показником «Недовіра в міжособистісних стосунках» та показниками за опитувальником Кеттела

За критерієм Спірмена		Підлеглість	Контроль над «Я»	Довіра-недовіра
Недовіра в міжособистісних стосунках	Показ. знач.	0,026	0,048	0,037
	Показ. кор.	0,235	0,209	0,220

За даними таблиці видно, що між показниками недовіри в міжособистісних стосунках та підлеглистю, контролем над «Я» і довірою-недовірою проявився прямий кореляційний зв'язок. Можемо припускати, що почуття відсторонення від контакту з оточуючими супроводжується поступливістю, залежністю, надмірною лагідністю, схильністю легко втрачати рівновагу і виходити з себе, сором'язливістю, покірливістю та послужливістю. При цьому низька нормативність поведінки проявляється гнучкістю до соціальних норм, але жорсткою вимогливістю до себе всередині та заборонами і обмеженнями до себе. У пацієнтів з анорексією недовіра у міжособистісних стосунках підкріплюється егоцентричністю, обережністю, емоційною холодністю та дистантністю з метою відчуття незалежності. У пацієнтів з булімією та компульсивним переїданням, навпаки, послужливістю, терпимістю, поступливістю і низькою самооцінкою.

Таблиця 2.14

**Кореляційні зв'язки між показником «Інтероцептивна
некомпетентність» та показниками за іншими методиками**

За критерієм Спірмена		Конфлікт контроль- підпоряд.	Конфлікт турботи- самодост.	Підлеглість	Неріш.	Спок. адекват.
Інтероцептивна некомпетентність	Показ. знач.	0,017	0,024	0,046	<0,001	<0,001
	Показ. кор.	0,251	0,237	0,211	0,413	0,353

За даними таблиці видно, що між показниками інтероцептивної компетентності та підлеглістю, нерішучістю, спокійною адекватністю і конфліктами «Контроль-підпорядкування» та «Турбота-залежність» проявився прямий кореляційний зв'язок. Можемо припускати, що дефіцит впевненості у відношенні почуття голоду на насиченості обумовлюється схильністю до подавлення власних імпульсів, залежною поведінкою, поступливістю і готовністю брати на себе провину, що підкріплюється і показниками за провідними несвідомими конфліктами. Прагненням домінувати, але проявлення підлеглої поведінки, згоди з іншими, не проявленості власного Я, схильності підлаштовуватися конформізмі, а також здатністю турбуватися тільки про інших, що викликає несвідому провину по відношенню до себе, або тільки за себе, що викликає провину в зоні егоїстичних потягів та бажань. При цьому нерішучість може додавати емоційної стриманості, несвідомого Зверх-контролю афектів із неможливістю їх проявити та прожити, відірваності контакту з тілом, уважності до інших, а не до себе та надання переваги індивідуальному стилю діяльності. До цього додається тривожність, що заважає відчувати межу насиченості їжею або виникнення голоду, страхи, невпевненість в собі, нездатність покладатися на власні ресурси та відчувати опори, вразливість, чутливість до зовнішніх змін.

За шкалою «Q4 емоційно-вольові особливості: розслабленість-напруженість» опитувальника Кеттела проявився ненормальний розподіл даних, так як рівень значущості показників менший за 0,05, тому для виявлення кореляційних зв'язків ми використовували критерій Пірсона.

Таблиця 2.15

Кореляційні зв'язки між показником «Розслабленість-напруженість» та показниками за іншими методиками

За критерієм Пірсона		Провідний конфлікт	Конфлікт самооцінки	Низька-висока інтеграція «Я»
Розслабленість-напруженість	Показ. знач.	0,023	0,045	0,026
	Показ. кор.	-0,239	-0,212	0,234

За даними таблиці видно, що між показниками розслабленості-напруженості та низькою-високою інтеграцією «Я» проявився прямий кореляційний зв'язок. Можемо припускати, що низька мотивація, апатичність, млявість, зайва вдоволеність тягне за собою загострення низького самоконтролю у пацієнтів з булімією та компульсивним переїданням та загострення критичності до себе і жорсткість самоконтролю у пацієнтів з анорексією. Між показником розслабленості-напруженості та провідним несвідомим конфліктом і конфліктом самооцінки проявився обернений кореляційний зв'язок. Це свідчить про слабкість особистісної структури Я, низькою здатністю до саморегуляції та прогностичності поведінки, образ себе та об'єктів змішаний, емпатичне сприйняття об'єктів неможливе, а відповідальність за окремі імпульсивні дії не переживається. При цьому спостерігається нарцисична вразливість і нестійкість внутрішнього образу Я, сором, що ховає роздратування через нестійкість уявлень про власне Я, нестійкість, сумніви, крайнощі, моральні метання.

Для того щоб виявити відмінності між групами застосовується критерій Крускала-Уоліса.

Таблиця 2.16

Знаходження відмінностей між показниками за методикою EDI у трьох групах:

За критерієм Крускала-Уоліса		Анорексія	Булімія	Компульсивне переїдання
Страх худоби	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	56,43	50,17	29,90
Булімія	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	26,25	71,95	39,30
Неефективність	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	52,45	56,20	27,85
Недовіра в міжособистісних стосунках	Показ. знач.	0,003	0,003	0,003
	Сер.знач.	54,65	48,72	33,13

За даними таблиці видно, що існують статистично значимі відмінності між трьома групами за показниками «Страх худоби», «Булімія», «Неефективність» та «Недовіра в міжособистісних стосунках». Це свідчить про те, що жінки з харчовою залежністю мають, як ми бачимо, різницю проявів захворювання в залежності від виду розладу харчової поведінки. Респонденти із анорексією мають найвищі показники за шкалою «Страх худоби» та «Недовіра у міжособистісних стосунках» та найменші показники за шкалою «Булімія». Це говорить про те, що респонденти цієї групи характеризуються переважанням занепокоєння стосовно власного тіла, дисморфофобічними нахилами, орієнтацією на тілесні ідеали, систематичними спробами впливати на власне тіло і намагання схуднути. При цьому схильність робити це за допомогою спонукання епізодів переїдання та очищення не проявлено. Прояв недовірливого ставлення до оточуючого середовища, страх у побудові міжособистісних стосунків,

замкненість та почуття відстороненості від контактів з оточуючими може концентрували фокус уваги на внутрішніх процесах і намаганні здійснювати контроль за допомогою впливу на власне тіло.

Респонденти з булімією мають яскраво виражені значення за шкалою «Булімія», що обумовлено вираженістю епізодів переїдання-очищення. Це, в свою чергу, може слугувати швидким наповненням задля позбавлення відчуття порожнечі всередині або неможливості перетравити важкі емоції через труднощі із саморегуляцією. Не менш вираженими є показники за трьома іншими шкалами. Це характеризує респондентів з булімією, як людей з недовірою, відстороненістю, що пов'язане з епізодами булімічних приступів, бо поглинання їжі та очищення зазвичай відбувається наодинці, бо в з іншими людьми це викликає почуття приниження і сорому або провини. Цей стан може бути пов'язаний не тільки зі спробами саморегуляції афекту, а і з аутоагресивними тенденціями щодо власного тіла і намаганнями втратити вагу. Майже на однаковому рівні проявилися тенденції до неефективності з почуттям самотності, підірваним відчуттям безпеки та неспроможністю впливати на власне життя у респондентів з булімією та респондентів з анорексією. У пацієнтів з компульсивним переїданням показники неефективності значно нижчі. Також спостерігаються менші показники і за іншими шкалами. Слід зауважити, що показники за шкалою «Булімія» є менш вираженими ніж у респондентів з булімією, але більш вираженими ніж у респондентів з анорексією.

Можемо говорити про те, що зі всіх трьох груп респонденти з компульсивним переїданням мають менш виражені прояви за всіма чотирма шкалами, що говорить про меншу схильність контролювати власне тіло, бажати схуднути, страх стосунків та недовіру і відчуття небезпеки у контакті з іншими людьми. Тут може проявлятися більше прийняття, здатності вибудовувати стосунки і бути відкритим та відчувати засоби впливу на власне життя через дії у зовнішньому звіті, а не через тіло, більш проявленість проактивності в стратегіях регуляції власного афекту.

**Знаходження відмінностей між показниками за опитувальником Кеттела
у трьох групах:**

За критерієм Крускала-Уоліса		Анорексія	Булімія	Компульсивне переїдання
Контроль над «Я»	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	59,78	47,20	29,52
М'якість-жорсткість	Показ. знач.	0,005	0,005	0,005
	Сер.знач.	35,32	56,83	44,35
Довіра-підозрілість	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	64,43	31,77	40,30
Практичність-мрійливість	Показ. знач.	0,001	0,001	0,001
	Сер.знач.	57,07	46,88	32,55
Низька-висока інтеграція «Я»	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	58,17	46,37	31,97
Спокійність-напруженість	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	57,40	52,00	27,10

За даними таблиці видно, що існують статистично значимі відмінності між трьома групами за показниками «Контроль над «Я», «М'якість-жорсткість», «Довіра-підозрілість», «Практичність-мрійливість», «Низька-висока інтеграція «Я» та «Спокійність-напруженість». Значущі відмінності спостерігаються між респондентами з анорексією та компульсивним переїданням за показником здатності контролю над власним «Я». Ми можемо бачити, що пацієнти з анорексією схильні до більш жорсткого контролю власного Я, схильні до моралізаторства та дотримання суспільних правил і вимог, розвинене почуття обов'язку може сприяти виникненню занадто суворих вимог до себе, але при цьому бути у нагоді при посяганні цілей та наполегливості у життєвих виборах. При цьому пацієнти з компульсивним переїданням схильні бути мінливими і піддаватися власним миттєвим

бажанням та потягам, покладатися на долю і випадок, відчувати важкість у дотриманні загальноприйнятих норм, бути імпульсивними та невідповідальними.

У пацієнтів з булімією показник «Контролю над Я» має середні значення, що говорить про здатність спиратися на контроль і нормативність поведінки, при цьому без жорстких утисків власного Я та аскетизму, мала вірогідність проявів антисоціальної поведінки. З цього ми можемо продовжити аналіз показників м'якості та жорстокості, що обумовлено тим самим більшим проявом жорстокості і черствості до інших у пацієнтів з анорексією. Ми можемо говорити про цих пацієнтів, як про людей, що можуть проявлятися несентиментальними, раціональними, занадто логічними, вимогливими та практичними. При цьому пацієнти з булімією та пацієнти з компульсивним переїданням характеризуються протилежними особливостями, а саме чутливістю, емпатичністю, схильністю до романтизації та співпереживання. Це більш тонке та вразливе сприйняття світу. Значуща різниця спостерігається за показником «Довіра-підозрілість», що підкреслює настороженість, автономність та незалежність у соціальній поведінці пацієнтів з анорексією та більшу відкритість та терпимість у пацієнтів з компульсивним переїданням.

Слід зазначити, що більшість пацієнтів з булімією займають середню положення за межовими показниками тієї чи іншої особистісної властивості. Ми бачимо, що більша швидкість вирішення завдань, практичність та розвиненість конкретної уяви притаманні пацієнтам з анорексією, менше - пацієнтам з булімією, а пацієнти з компульсивним переїданням, взагалі, схильні до мрійливості, наповненості ілюзіями та абстрактного мислення. Схожа динаміка показників спостерігається при аналізі інтеграції Я. Вищою здатністю до самоконтролю та вольовими якостями наділені пацієнти з анорексією. У пацієнтів з булімією спостерігається прояв як цілеспрямованості, так і розслабленості та незворушності. При цьому пацієнти з компульсивним переїданням схильні до залежності від настрою, низької дисциплінованості і зниженої мотивації. Це підтверджується і

показниками за шкалою «Спокій-напруженість», де пацієнти з компульсивним переїданням значно відрізняються рівнем апатичності, млявості, низької мотивації та розслабленості. При цьому пацієнти з анорексією та пацієнти з булімією мають схожі прояви напруження, фрустрованості, занепокоєння та роздратованості.

Таблиця 2.18

Знаходження відмінностей між показниками за вісями III та IV OPD-II та типом прихильності за методикою «Самооцінка генералізованого типу прихильності» К. Бартолом'ю, Л. Горовиць у трьох групах:

За критерієм Крускала-Уоліса		Анорексія	Булімія	Компульсивне переїдання
Саморегуляція	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	33,25	59,35	49,90
Структурний рівень інтеграції	Показ. знач.	0,077	0,077	0,077
	Сер.знач.	37,88	47,12	51,50
Конфлікт провини	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	29,97	50,13	56,40
Конфлікт ідентичності	Показ. знач.	0,003	0,003	0,003
	Сер.знач.	31,13	57,75	47,62
Провідний конфлікт	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	31,38	48,52	56,60
Тип прихильності	Показ. знач.	0,006	0,006	0,006
	Сер.знач.	55,45	45,45	35,60

За даними таблиці видно, що існують статистично значимі відмінності між трьома групами за показниками «Саморегуляція», «Структурний рівень інтеграції», «Конфлікт провини», «Конфлікт ідентичності», «Провідний конфлікт» та «Тип прихильності». Це свідчить про те, що значущі

відмінності між групами респондентів в залежності від виду розладу харчової поведінки проявилися за провідними показниками, спираючись на які будується стратегія психотерапевтичного втручання, а саме структурний рівень інтеграції психіки, провідний несвідомий внутрішньоособистісний конфлікт та тип прихильності, від чого залежить сеттінг та можливість вибудовування стосунків у психотерапевтичному контакті. Також відмінності проявилися у деяких ознаках для аналізу структурного рівня інтеграції та провідного конфлікту, а саме саморегуляція та такі конфлікти, як конфлікт провини та конфлікт ідентичності.

За даними таблиці бачимо, що респонденти з анорексією мають нижчі показники за всіма шкалами OPD-II. Це говорить про меншу вираженість конфліктів провини та ідентичності серед респондентів цієї групи, вищу спроможність до саморегуляції, можливо навіть зі схильності до жорсткої зверх-регуляції, більш високий рівень структурної організації особистості, а саме верхній межовий рівень організації психіки, а також більшу можливість проявлення провідного конфлікту особистості. Ця можливість виникає, коли більшість респондентів мають сталий структурний рівень, що допомагає визначити провідний несвідомий конфлікт, а в разі розмиття кордонів особистості і наявності нижчого структурного рівня провідний конфлікт особистості визначити складніше або взагалі неможливо. При цьому напруження у внутрішньопсихічному просторі такого пацієнта виникає саме через наджорстке Супер-его, неможливість розслабитися, відпустити контроль. Якщо ми говоримо про тип прихильності, то тут ми бачимо, що у респондентів з булімією у більшому відсотковому значенні проявився надійний тип прихильності і у меншому – дезорганізаційний тип, що є найскладнішим у психокорекції. У пацієнтів з булімією нижчою є здатність до саморегуляції та вищим прояв конфлікту ідентичності серед респондентів усіх груп. Це говорить про те, що більшість пацієнтів цієї групи мають конфлікт, що виникає від суперечливих самопрезентацій, пов'язаних із почуттям небезпеки та невдоволення. Цей конфліктний дисонанс сфер «Я» є порушенням у сфері часткової ідентифікації: тіло, стать, сімейна

ідентичність, етнічна, релігійна соціальна політична, емоційна та професійна ідентичність. Таким чином, конфлікти можуть виникнути, наприклад, між ідентичністю батька дитини і сином батька, або між іноземною батьківською сім'єю і бажанням інтегруватися (національна приналежність), або між бажанням бути успішним як чоловік, але дотримуватися жіночності, або між соціальною мобільністю, що підвищується, вимагає прийняття нової ідентичності та почуттям лояльності власному соціальному середовищу. Додаткові конфлікти ідентичності включають конфлікти між різними ідентичностями образу тіла. Це підкріплюється і низько рівнем структурної інтеграції у пацієнтів даної групи. Свою роль для респондентів з булімією відіграє низька саморегуляція, що проявляється у відсутності відчуття у власних компетентних діях, низьку впевненість у свого досвіді власної афективної компетентності і можливості регулювати власні стани. Можемо припускати, що інтеграція афектів та імпульсів пригнічена, результатом чого є ненавмисні або імпульсно відреаговані афекти та інстинктивні імпульси у вигляді булімічних приступів.

Щодо респондентів з компульсивним переїданням значущі відмінності ми спостерігаємо у нижчому рівні інтеграції психіки, частіше нижній межовий рівень інтеграції та психотичний, а також меншу можливість виявлення провідного конфлікту особистості через розмиті кордони власного Я. Вищою є здатність до саморегуляції у пацієнтів з компульсивним переїданням ніж у пацієнтів з булімією, але нижчою ніж у пацієнтів з анорексією. Найбільш проявленим серед респондентів даної групи є конфлікт провини, що говорить про наявність гіперболізованого почуття провини або повного його заперечення. У контексті цього конфлікту почуття провини, як правило, виникає між егоїстичними та соціальними тенденціями. Це стосується задоволення мотивацій, що обертаються навколо потреби у турботі чи стабілізації самооцінки, а скоріш навантаження на «Я» щодо «Інших», коли виникає конфлікт совісті. Нереалістичні фіксації та зобов'язання, у сенсі постійної тенденції ухилитися від провини, чи навпаки, тенденції постійно і покійно приймати провину. Гіпер-альтруїстичне

відношення може виникнути у контексті формування реакції проти агресивних та антисоціальних тенденцій. Провідним афектом є почуття провини витіснене чи перебільшене. Щоб бути здатним переживати почуття провини, необхідний певний рівень структурної інтеграції, який у пацієнтів з булімією є низьким, тому маємо припущення про пасивний модус прояву даного конфлікту. Має свій прояв і конфлікт ідентичності, але в меншості ніж у пацієнтів з булімією. Тип прихильності пацієнтів з компульсивним переїданням в меншості можна віднести до межових значень, або до надійного, або до дезорганізаційного.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

У другому розділі досліджено індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з розладами харчової поведінки, здійснено порівняння особистісних профілів та виділено розбіжності пацієнтів з різними видами харчової залежності, а саме – анорексією, булімією та компульсивним переїданням.

Встановлено, що пацієнти з порушенням харчової поведінки мають наступні індивідуально-психологічні особливості: пацієнти з анорексією мають жорсткий самоконтроль, високі вимоги до свого тіла, недовіру у міжособистісних стосунках, підозрілість; пацієнти із булімією мають більш виражений показник м'якості серед усіх груп респондентів, що говорить про слабкість, мрійливість, прискіпливість, примхливість, залежність, непрактичність; пацієнти із компульсивним переїданням характеризуються найбільшою непостійністю та емоційною нестабільністю серед усіх груп респондентів. Було виявлено, що пацієнти із анорексією та компульсивним переїданням більш відкриті до спілкування, ніж пацієнти із булімією. На відміну від пацієнтів із булімією, що мають виражену тривожність, іпохондрію, песимістичність поглядів на дійсність та майбутнє, емоційну холодність. У респондентів усіх трьох груп спостерігається порушення почуття насичення та голоду. Результати показали, що у пацієнтів із

анорексією та у пацієнтів із компульсивним переїданням показник перфекціонізму є вищим, ніж у пацієнтів із булімією. Також спільними для трьох груп є невдоволеність тілом та прагнення до худоби. При цьому, в останньому показнику значення у пацієнтів першої та другої групи трохи вищі за третю.

З'ясовано, що респонденти з розладами харчової поведінки мають порушення прихильності, зокрема, у пацієнтів з булімією та компульсивним переїданням виокремлено тривожний тип прихильності, а у пацієнтів з анорексією – уникаючий тип прихильності.

Встановлено, що пацієнти з харчовою залежністю характеризуються межовим рівнем інтеграції особистості. При цьому, у респондентів, які мають анорексію, переважає верхній межовий рівень інтеграції психіки, а у респондентів з булімією та компульсивним переїданням, проявленість рівня структурної інтеграції коливається між нижнім межовим та верхнім межовим рівнями.

Встановлено, що у респондентів, які мають анорексію, провідними є конфлікт індивідуація-залежність. У респондентів, які мають булімію домінуючими є конфлікт індивідуація-залежність та невираженість конфлікту. У пацієнтів, які мають компульсивне переїдання провідною є невираженість конфліктів, тобто недостатня сприйнятливність до конфліктів і почуттів, обмежене сприйняття почуттів та конфліктів.

Отже, дані дослідження дають змогу формувати психотерапевтичну стратегію роботи із пацієнтами, що мають харчову залежність, спираючись не тільки на індивідуальні показники, а й на утворені спільності у групах, на які можна впливати за допомогою групових засобів роботи. При цьому аналіз розбіжностей дає змогу обирати психотерапевтичний інструментарій, що буде влучно впливати на індивідуально-психологічні особливості пацієнтів конкретної групи розладу. Це дає можливість не тільки використовувати більший спектр методів та підходів, а також відслідковувати зміни, що відбуваються із особистістю у психореабілітаційному процесі та чинники, що цьому сприяють.

Матеріали другого розділу дисертації висвітлено в публікаціях:

1. Levchenko, D. (2023). Comparative characteristics of individual psychological characteristics of patients with eating disorders. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology"*, 9(4), 47–56.

DOI <https://doi.org/10.52534/msu-pp4.2023.47>

URL https://pp-msu.com.ua/web/uploads/pdf/стаття_Левченко.pdf

2. Левченко, Д. О. (2024). Індивідуальні відмінності пацієнтів з розладами харчової поведінки. *Габітус*, (66), 350–355.

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.66.59>

URL <http://habitus.od.ua/journals/2024/66-2024/61.pdf>

РОЗДІЛ 3.

РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

У розділі розглянуті основні підходи, принципи та умови, які лежать в основі побудови психореабілітаційної програми. Визначені загальні стратегії для етапу формування експерименту, детально описано вміст і структуру програми, а також проведено її перевірку на практиці. Підкреслено переваги використання психодинамічного та когнітивно-поведінкового підходів в програмі комплексної реабілітації. Особливий акцент робиться на важливості поєднання декількох форматів психологічної роботи

3.1. Обґрунтування системи психологічних засобів реабілітації пацієнтів з харчовою залежністю

У Сполучених Штатах та Сполученому Королівстві в лікарняних режимах спостерігається зростаюча тенденція до комбінування підходів таким чином, що в програмах лікування, чи то індивідуальних, сімейних чи групових, є психодинамічний компонент [34].

Кататимно-імагінативна психотерапія (KIP) — це метод психотерапії із використанням уяви, розроблений Х. К. Льюїнером [65], терапевтична ефективність якого в даний час являється достатньо доведеною. Цей напрям психотерапевтичних втручань структурований відповідно до глибинних психологічних аспектів, що базується на психоаналітичних теоріях. При цьому враховуються аспекти поведінкової та розмовної терапії, що в цілому спирається на аспекти глибинної психофізіології і має елементи сугестії. Кататимно-імагінативна психотерапія має ступінчасту систему методів та імагінацій за допомогою чого символічно замасковано або безпосередньо проявляються різні зони конфлікту та відображаються аспекти динаміки пацієнта [163].

Терапевтичність процесу уяви відома давно. За допомогою споглядальних технік, наприклад, аутогенне тренування, поступовий активний гіпноз, прогресивна релаксація та інші методи можуть ініціюватися психофізіологічні зміни в стані свідомості, що викликає оптичні явища.

Кататимно-імагінатична психотерапія – це універсальний метод психотерапії, який спочатку базувався на традиціях гіпнотерапії, психоаналізу та аналітичної психотерапії. Коли її засновник, психіатр, гіпнотерапевт і психоаналітик Ханскарл Льюїнер, експериментально виявив притаманну динаміку сугестивно викликаної афектної («кататимерної») уяви, він використав метатеоретичну основу психоаналізу та аналітичної психології, щоб пояснити виявлені ним явища. На цій основі те, що тоді називали «кататимічним образом життя» або «драмою-символом», послідовно розвивалося в самостійну, добре систематизовану форму лікування, яка зараз вважається особливим застосуванням глибинної психології. У клінічній практиці кататимно-імагінативна психотерапія довела, що є диференційованим психодинамічним методом, який здатний творчо інтегрувати альтернативні підходи та теорії лікування [167].

Фундаментом методу є довільна уява у формі образів на тему, яку запропонував психотерапевт. Психотерапевт в цьому процесі займає контролюючу позицію, супроводжуючи і скеровуючи пацієнта. Метод спирається на концепції психоаналітичних теорій, що є глибинно орієнтованими. Важливим є аналіз внутрішньо-особистісних несвідомих конфліктів, афективних імпульсів, захисних механізмів як відображення актуального емоційного стану та фіксацій минулого, травматичного досвіду, первинних конфліктів раннього дитинства, особливостей проходження стадій психосексуального розвитку [166].

Вважається, що кататимно-імагінативна психотерапія займає проміжне місце між поведінковою та глибинною психотерапією. Пацієнт поступово підходить до процесу роботи з образами, що на самому початку уважно контролює психотерапевт (перший ступінь символдрами). На цьому етапі важливим є насичення архаїчних потреб та пошук внутрішніх ресурсів.

Далі пацієнт глибше поринає в процес переживання образів, що допомагає зменшити контроль психотерапевта в цьому процесі (середній і вищий ступінь символдрами). На цьому етапі можлива більш конфронтаційна робота із застосуванням асоціативного методу, де пацієнт отримує більшу свободу в тому, що уявляє. Ефективність кататимно-імагінативної психотерапії спостерігається навіть у короткотривалих курсах психотерапії (20-30 сесій). Рекомендованою є більш тривала робота у 45-100 сесій [65]. Метод має велику доказову базу, що формувалася протягом багатьох десятиліть у роботах великої кількості дослідників.

Ханскарл Льюїнер зазначав, що сам процес імагінації завжди приймає незалежний напрям, саме тому це викликає появу потужних несвідомих почуттів, пов'язаних з проблемами клієнта. Великого значення набуває аналіз елементів та символізму образів, що виникають, бо вони відображають досвід та почуття людини [65].

Кататимно-імагінативна психотерапія є особливим способом роботи з образами та уявленнями людини за допомогою імагінацій. Останнім часом велика розповсюдженість методу зумовлює наявність широкого спектру практичного застосування техніки в рамках психокорекції [195]. Стратегія роботи в кататимно-імагінативній психотерапії може мати три фокуси: спрямованість на актуальний стан клієнта, спрямованість на його минуле та спрямованість на розвиток творчого потенціалу, тобто на майбутнє. Ці фокуси можуть дещо перетинатися між собою в процесі роботи. Процес відбувається таким чином, що клієнт повинен фантазувати на вільну тему або тему, задану психотерапевтом. Клієнт описує психотерапевту образи, що виникають, а він, в свою чергу, спрямовує і структурує їх відповідно до стратегії роботи та запиту клієнта. Важливим є правило абсолютного не втручання та мінімального впливу на образи клієнта, з метою повного розкриття особистості. Психотерапевт займає позицію людини, що супроводжує та спостерігає. Можливим є формування уточнюючих питань та пропозиції зробити певні дії задля виявлення психологічних механізмів захисту та вирішення несвідомих конфліктів. Щоб клієнт відчував

присутність психотерапевта під час імагінації та нерозривність їх стосункового зв'язку, психотерапевт підтримує клієнта в проживанні образу голосом, використовуючи слова «так», «угу». Виникнення образів може оминати всі механізми психіки через спонтанність миттєвості і неочікуваність виникнення. Це дає змогу тому, що заховано глибоко в підсвідомості, вийти назовні та відобразитися в образі, а тільки після цього можливо відновиться захист [65]. Ці образи зображають весь внутрішній світ людини, що проявляється в різноманітності її виявів: унікальні особливості особистості, несвідомі протиріччя, стереотипні реакції, почуття, що довго витіснялися, звичні моделі взаємостосунків з суспільством. За допомогою алгоритму, що пропонує психотерапевт, клієнт аналізує те, що бачив, робиться акцент на несвідомому і стає можливим виявити як це пов'язано з його теперішнім життям. Підсумком роботи стає можливість інтеграції витіснених емоцій та почуттів, відщеплених частин особистості, відбувається зміна глибинних психологічних установок, що сприяє особистісному зростанню [65]. Коли відбувається задоволення своєї дефіцитарної потреби в мотиві, пацієнт отримує новий чуттєвий досвід, який пізніше може втілитися у реальне життя. Те, яким чином діяв пацієнт в образі, які нові шляхи він знаходив повністю втілюється у життя і призводить до кардинальних змін. Саме тому для якісних змін людині не потрібно підключати когнітивне та спиратися на контроль, важливо інтегрувати отриманий чуттєвий досвід і дозволити йому керувати життям.

Діалектично-поведінкова терапія (DBT) — це структурована терапія, яка зосереджена на навчанні чотирьом основним навичкам (уважності, прийняття та толерантності до дистресу, емоційної регуляції та міжособистісної ефективності), щоб допомогти людині створити гармонійне життя для себе. Пацієнт працює над цими навичками через серію занять, а потім починає застосовувати їх у своєму житті [48].

DBT — це тип когнітивно-поведінкової терапії (CBT). CBT зосереджується на допомозі людям змінити некорисні моделі мислення. DBT

бере ці ідеї СВТ або кидає виклик некорисним моделям мислення, але також додає додаткові елементи, такі як уважність, прийняття та толерантність до страждання, а також навички міжособистісного спілкування, щоб дати пацієнту більше інструментів для вирішення складних ситуацій. Діалектика (D - в DBT) зустрічається з протилежностями і походить від ідеї поєднання двох з цих ідей – зміни та прийняття [48].

Основні навички DBT: усвідомленість, стресостійкість, емоційність, регуляція та міжособистісна ефективність.

У розробці групової частини програми психологічної реабілітації ми керувалися 8 кроками на шляху до формування керованої харчової поведінки за Дж. Райлі [108]:

1. Враховувати значення вторинних вигід.

Дуже часто у нас бувають неусвідомлені потреби, які ми задовольняємо за допомогою небажаних дій. Небажаних – у сенсі тих, які у віддаленому часі матимуть не найсприятливіші наслідки для нас та нашого здоров'я. Але на момент їхнього задоволення людина має невидимі переваги, що ще більше підкріплює потребу їх задовольнити. Виходячи з цього ми повинні бути орієнтовані на пошук здорових методів задоволення наших неусвідомлених потреб.

2. Звертати увагу на самосаботаж.

Кожна людина, так чи інакше, прагне досягти успіху: у сімейному житті, бізнесі, стосунках з людьми, тощо. Але трапляється так, що ми часто самі того не розуміючи, відкладаємо досягнення успіху, використовуючи відмовки або виправдання своїх дій. Така поведінка є внутрішнім спротивом, який віддаляє нашу мету, а іноді й зовсім її знецінює. У цьому випадку ми повинні усвідомлювати способи свого супротиву та шукати ефективні шляхи його подолання.

3. Бути уважним до співзалежності.

Іноді, через певні особливості, ми схильні несвідомо потрапляти під тотальний контроль близьких нам людей (чоловік контролює дружину і навпаки, батьки дітей тощо). Це пов'язано з тим, що досить часто близькі

люди прагнуть контролювати нас і нашу поведінку. Найчастіше цей тотальний контроль породжується їх страхом втратити чи потрапити у нову, не зовсім комфортну для них ситуацію. Звичайно, ми можемо мінімізувати цей вплив, але лише в тому випадку, якщо усвідомлено ставитися до ситуації контролю, намагаючись зрозуміти його причини та особливості впливу на нас.

4. Вміти справлятися із саботажом оточення.

У нашому оточенні (причому неважливо наскільки близька нам людина) завжди є хтось, хто усвідомлено чи ні, впливає на нас, уповільнюючи чи унеможлиблюючи досягнення бажаної нами мети. І якщо ми не вміємо протистояти цьому, не можемо зрозуміти і відстежити подібного саботажу, ми повністю потрапляємо під цей вплив, позбавляючись при цьому можливості отримати бажане. Таким чином, дуже важливо усвідомлено ставитися до реакцій оточуючих на наші прагнення та чітко розуміти їхні причини.

5. Приймати себе – насолоджуватися життям.

Досить часто люди не вміють або не бажають приймати себе такими, якими вони є. Це виявляється у тому, що може не влаштовувати зовнішність, риси характеру, поведінка, реакції тощо. Так само людина не помічає або навіть заперечує свої небажані звички та залежності. Однак внутрішня згода з тим, що є і свідома любов до себе дає людині сили долати перешкоди, розвиватися та досягати поставленої мети. Повне прийняття себе та навколишнього світу дозволить отримувати бажане та насолоджуватися життям.

6. Прислухатися до своїх глибоко особистих мотивів.

У сучасних умовах усі ми потрапляємо під вплив зовнішнього світу, який заважає нам чути свої внутрішні глибоко особисті мотиви. Саме тому людина швидко спалахує модою, ігноруючи при цьому власні відчуття. Але слід пам'ятати, якщо зовнішні мотиви не збігаються з внутрішніми мотивами і переконаннями, то така мотивація швидко згасає. Тому для підтримки високого рівня мотивації необхідно керуватися глибоко внутрішніми

особистими мотивами, бути впевненим у своїх силах, позитивно формувати мету і мати чіткий план дій.

7. Підвищувати самооцінку.

Відсутність упевненості у своїх силах і можливостях заважає людині не тільки реалізовувати бажане, але навіть ставити перед собою високі цілі. Людина з високою самооцінкою незалежна, але уважна до інших; знає чого хоче і знає, як цього досягти. Особа з високою самооцінкою впевнена у собі, самодостатня; легко справляється з труднощами на шляху до досягнення мети. Для того, щоб підвищувати або підтримувати свою самооцінку необхідно: ставити перед собою реальні цілі в реальні терміни та реалізовувати їх; спиратися на власну глибоко особисту думку про себе, а також порівнювати себе з собою вчорашнім.

8. Використовувати самоконтроль.

Усі ми іноді потрапляємо в ситуацію життєвого хаосу, яка не дає нам рухатися вперед. Слабкий контроль своєї поведінки ще більше посилює ситуацію. Для того, щоб вирішити проблему, необхідно посилити свій самоконтроль. Для цього потрібно намітити план дій та контролювати свою поведінку таким чином, щоб рухатися до поставленої мети.

Програма комплексної психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки містить такі блоки:

1. Діагностика психологічних особливостей пацієнтів з різними видами харчової залежності
2. Групова робота (когнітивно-поведінковий підхід (DBT)).
3. Індивідуальна робота (кататимно-імагінативна психотерапія)
4. Сімейне консультування

3.2. Експериментальна перевірка програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки

Отримані результати дослідження після статистичної обробки зведені в узагальнені таблиці за кожним рівнем і показником. Можемо спостерігати кількісні і якісні зміни у динаміці розвитку показників розладу харчової

поведінки, типу прихильності та структурного рівня інтеграції психіки у респондентів експериментальної групи після впровадження комплексної програми психологічної реабілітації.

За даними таблиці (див. Таб. 3.1) видно динаміку змін показників прояву розладів харчової поведінки після впровадження програми психологічної реабілітації.

Таблиця 3.1

Динаміка змін показників прояву розладів харчової поведінки після впровадження програми психологічної реабілітації

Показник	Рівні	Контрольна група			Експериментальна група		
		Конст.	Форм.	Динаміка	Конст.	Форм.	Динаміка
Страх худоби	Високий	75,5	73,3	-2,2	75,6	33,3	-42,3
	Середній	24,5	26,7	+2,2	24,4	62,2	+37,8
	Низький	0	0	0	0	4,5	+4,5
Булімія	Високий	60	55,5	-4,5	48,9	2,2	-46,7
	Середній	35,5	40	+4,5	33,3	66,7	+33,4
	Низький	4,5	4,5	0	17,8	31,1	+13,3
Невдоволення тілом	Високий	44,4	44,4	0	53,3	15,5	-37,8
	Середній	55,6	55,6	0	40	73,3	+33,3
	Низький	0	0	0	4,5	11,2	+6,7
Неефективність	Високий	40	40	0	20	11,1	-8,9
	Середній	57,8	57,8	0	71,1	80	+8,9
	Низький	2,2	2,2	0	8,9	8,9	0
Перфекціонізм	Високий	42,2	50	+7,8	37,8	6,7	-31,1
	Середній	57,8	60	+2,2	60	91,1	+31,1
	Низький	0	0	0	2,2	2,2	0
Недовіра в МОС	Високий	33,3	28,9	-4,4	24,4	6,7	-17,7
	Середній	66,7	71,1	+4,4	68,9	86,6	+17,7
	Низький	0	0	0	6,7	6,7	0
Інтероцептивна некомп.	Високий	82,2	80	-2,2	80	62,2	-17,8
	Середній	17,8	20	+2,2	20	37,8	+17,8
	Низький	0	0	0	0	0	0

Можна побачити, що оброблені значення мають значні розбіжності в розподілі аналізованих ознак у контрольній та експериментальній групах. За результатами таблиці бачимо, що після проведення формувального експерименту в експериментальній групі респондентів за показником «Страх худоби» зменшився відсоток респондентів з високим рівнем з 75,6% на 33,3% (майже в 2,5 рази) і одночасно збільшився відсоток респондентів із середнім рівнем з 24,4% на 62,2% (в 2,5 рази) та з низьким рівнем з 0% на 4,5%.

Найбільш значущими були результати за показником «Булімія», де відсоток респондентів з високим рівнем зменшився з 48,9% на 2,2% і одночасно збільшився вдвічі відсоток респондентів із середнім рівнем з 33,3% на 66,7% та низьким рівнем з 17,8% на 33,1%. За показником «Невдоволення тілом» зменшився відсоток респондентів з високим рівнем з 53,3% на 15,5% і одночасно збільшився відсоток респондентів із середнім рівнем з 46,7% на 73,3% та з'явилися показники низького рівня з 0% на 11,2%. За показником «Неефективність» зменшився відсоток респондентів з високим рівнем з 20% на 11,1% і одночасно збільшився відсоток респондентів із середнім рівнем з 71,1% на 80%. За показником «Перфекціонізм» зменшився відсоток респондентів з високим рівнем з 37,8% на 6,7% і одночасно збільшився відсоток респондентів із середнім рівнем з 60% на 91,1%. За показником «Недовіра в міжособистісних стосунках» зменшився відсоток респондентів з високим рівнем з 24,4% на 6,7% і одночасно збільшився відсоток респондентів із середнім рівнем з 68,9% на 86,6%. За показником «Інтероцептивна некомпетентність» зменшився відсоток респондентів з високим рівнем з 80% на 62,2% і одночасно збільшився відсоток респондентів із середнім рівнем з 20% на 37,8%. У контрольній групі за порівнювані періоди часу не виявлені статистично значущі зміни за показниками прояву розладів харчової поведінки.

**Динаміка змін показників рівня структурної інтеграції особистості після
впровадження програми психологічної реабілітації**

Група	Етапи контролю	Структурний рівень			
		Невротичний	Верхній межовий	Нижній межовий	Психотичний
ЕГ	Вихідний	0	46,7	44,5	8,8
	Підсумковий	8,9	48,9	42,2	0
КГ	Вихідний	0	35,5	49	15,5
	Підсумковий	0	35,5	49	15,5

За даними таблиці видно динаміку змін показників рівня структурної інтеграції особистості після впровадження програми психологічної реабілітації. Можна побачити, що оброблені значення мають значні розбіжності в розподілі аналізованих ознак у контрольній та експериментальній групах. За результатами таблиці бачимо, що після проведення формувального експерименту в експериментальній групі з'явився відсоток респондентів з невротичним рівнем 8,9%. Відсоток респондентів, що мають верхній межовий рівень структурної інтеграції збільшився з 46,7% на 48,9%. Відсоток респондентів, що мають нижній межовий рівень структурної інтеграції зменшився з 44,5% на 42,2%. Психотичний рівень структурної інтеграції не проявився у жодного з респондентів і змінився з 8,8% на 0%. У контрольній групі за порівнювані періоди часу не виявлені статистично значущі зміни за рівнем структурної інтеграції особистості.

**Динаміка змін показників типу прихильності після впровадження
програми психологічної реабілітації**

Група	Етапи контролю	Тип прихильності			
		Надійний	Тривожний	Уникаючий	Дезорганізаційний
ЕГ					
	Вихідний	13,3	51,1	31,2	4,4
	Підсумковий	33,3	37,8	28,9	0
КГ	Вихідний	4,5	44,5	33,3	17,7
	Підсумковий	4,5	44,5	33,3	17,7

За даними таблиці видно динаміку змін показників типу прихильності після впровадження програми психологічної реабілітації. Можна побачити, що оброблені значення мають значні розбіжності в розподілі аналізованих ознак у контрольній та експериментальній групах. За результатами таблиці бачимо, що після проведення формувального експерименту в експериментальній групі зник відсоток респондентів з дезорганізаційним типом прихильності. Відсоток респондентів, що мають надійний тип прихильності збільшився з 13,3% на 33,3%. Відсоток респондентів, що мають тривожний тип прихильності зменшився з 51,1% на 37,8%. Відсоток респондентів, що мають уникаючий тип прихильності зменшився з 31,2% на 28,9%. У контрольній групі за порівнювані періоди часу не виявлені статистично значущі зміни за рівнем структурної інтеграції особистості.

Таблиця 3.4

**Динаміка змін показників прояву провідного несвідомого конфлікту
після впровадження програми психологічної реабілітації**

Група	Етапи контролю	Провідний конфлікт								
		Невир.	1	2	3	4	5	6	7	Відсутній
ЕГ										
	Вихідний	13,3	31,1	11,1	13,3	6,8	4,4	11,1	8,9	0
	Підсумковий	11,1	37,8	11,1	13,3	2,2	4,4	8,9	6,8	4,4
КГ	Вихідний	28,8	28,8	8,8	4,4	6,6	2,2	16	4,4	0
	Підсумковий	28,8	28,8	8,8	4,4	6,6	2,2	16	4,4	0

За даними таблиці видно динаміку змін показників прояву провідного несвідомого конфлікту після впровадження програми психологічної реабілітації. Можна побачити, що оброблені значення мають розбіжності в розподілі аналізованих ознак у контрольній та експериментальній групах. За результатами таблиці бачимо, що після проведення формувального експерименту в експериментальній групі з'явився відсоток респондентів, у яких відсутній внутрішньособистісний конфлікт. В експериментальній групі зменшився прояв декількох провідних несвідомих конфліктів, а саме «Конфлікт самооцінки» з 6,8% на 2,2%, «Сексуально-едіпальний конфлікт» з 11,1% на 8,9% та «Конфлікт ідентичності» з 8,9% на 6,8%. Зменшилися показники невираженості конфлікту через слабкість структурної інтеграції особистості з 13,3% на 11,1%. Збільшився відсоток респондентів експериментальної групи, що мають провідними конфлікт «Індивідуація-Залежність» з 31,1% на 37,8%, що підтверджує теорію, яка полягає у тому, що психотерапевтичне втручання спрямоване на роботу з конфліктом може зменшувати вплив провідного конфлікту на людину, розв'язання якого сприяє актуалізації конфлікту другого за значущістю порядку. У контрольній групі за

порівнювані періоди часу не виявлені статистично значущі зміни за рівнем структурної інтеграції особистості.

Отже, під час проведення формувального етапу експерименту виявлено, що загальні показники прояву розладів харчової поведінки після впровадження комплексної програми психологічної реабілітації менші в експериментальній групі у порівнянні з контрольною (при $p < 0,05$) і навпаки, загальні показники структурного рівня особистості та типу прихильності після впровадження комплексної програми психологічної реабілітації вищі в експериментальній групі у порівнянні з контрольною (при $p < 0,05$). Зменшився прояв деяких видів несвідомих конфліктів особистості.

Таким чином, показники прояву розладів харчової поведінки, тип прихильності, півень структурної інтеграції та прояв несвідомого конфлікту після впровадження комплексної програми психологічної реабілітації у контрольній та експериментальній групах підтверджують ефективність запропонованої програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки.

Статистичний аналіз результатів експерименту із застосуванням t -критерію Стюдента підтвердив не випадковий характер відмінностей між показниками контрольної та експериментальної груп.

Розглянемо порівняння результатів експериментальної та контрольної груп до та після впровадження програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки. Воно здійснювалося за допомогою рангового T -критерія Уїлкоксона.

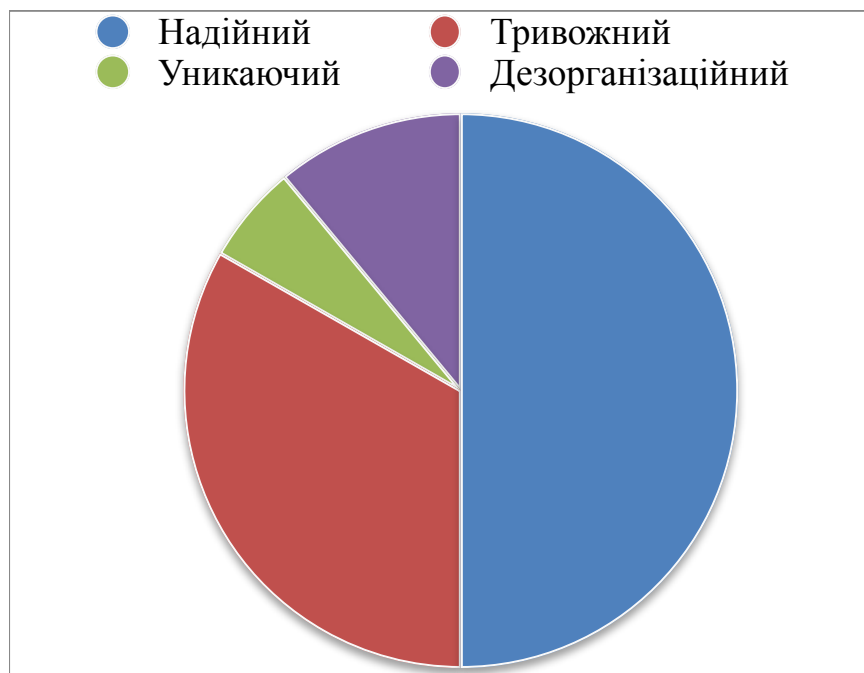
Таблиця 3.5

**Динаміка змін за показниками прояву розладів харчової поведінки
в контрольній та експериментальній групах**

Показник	Група	Етапи контролю	Рівні		
			Високий	Середній	Низький
Страх худоби	ЕГ	Вихідний	75,6	24,4	0
		Підсумковий	33,3	62,2	4,5
	КГ	Вихідний	75,5	24,5	0
		Підсумковий	73,3	26,7	0
Булімія	ЕГ	Вихідний	48,9	33,3	17,8
		Підсумковий	2,2	66,7	31,1
	КГ	Вихідний	60	35,5	4,5
		Підсумковий	55,5	40	4,5
Незадоволення тілом	ЕГ	Вихідний	53,3	46,7	0
		Підсумковий	15,5	73,3	11,2
	КГ	Вихідний	44,4	55,6	0
		Підсумковий	44,4	55,6	0
Неефективність	ЕГ	Вихідний	20	71,1	8,9
		Підсумковий	11,1	80	8,9
	КГ	Вихідний	40	57,8	2,2
		Підсумковий	40	57,8	2,2
Перфекціонізм	ЕГ	Вихідний	37,8	60	2,2
		Підсумковий	6,7	91,1	2,2
	КГ	Вихідний	42,2	57,8	0
		Підсумковий	40	60	0
Недовіра в міжособ.стос	ЕГ	Вихідний	24,4	68,9	6,7
		Підсумковий	6,7	86,6	6,7
	КГ	Вихідний	33,3	66,7	0
		Підсумковий	28,9	71,1	0
Інтероцеп.неком	ЕГ	Вихідний	80	20	0
		Підсумковий	62,2	37,8	0
	КГ	Вихідний	82,2	17,8	0
		Підсумковий	80	20	0

За даними таблиці можна побачити динаміку змін за показниками прояву розладів харчової поведінки в контрольній та експериментальній групах. Ефективність впровадження програми психологічної реабілітації оцінювалася шляхом спостереження, повторної діагностики та інтерв'ю за OPD-II, що були використані і на початковому етапі. Порівняння результатів вказаного етапу з даними контрольного зрізу свідчить про позитивну динаміку змін у проявах розладу харчової поведінки в експериментальній групі. Після завершення формувального етапу в експериментальній групі зафіксовані такі зміни: збільшення кількості респондентів із середнім рівнем за всіма показниками, а також зменшення кількості респондентів із високим

рівнем за цими ж показниками. За показниками «Страх худоби», «Булімія» та «Невдоволенням тілом» проявилися показники низького рівня (див. Табл. 3.5). В результаті цього дослідження можна зробити висновок, що підтверджує вірогідність гіпотези та демонструє досягнення мети та виконання поставлених завдань.



Експериментальна група

Рис. 3.1. Динаміка змін за типом прихильності у пацієнтів з розладами харчової поведінки в експериментальній групі

За даними діаграми можна побачити динаміку змін за типом прихильності у пацієнтів з розладами харчової поведінки в експериментальній групі. Після завершення формуального етапу в експериментальній групі зафіксовані такі зміни: збільшення кількості респондентів, що мають надійний тип прихильності та зменшення кількості пацієнтів з тривожним, уникаючим та дезорганізаційним типом прихильності. Загалом, це свідчить про наявність змін у побудові міжособистісних стосунків та взаємозв'язків у внутрішніх інтероцептивних об'єктах.



Експериментальна група

Рис. 3.2. Динаміка змін за рівнем структурної інтеграції психіки у пацієнтів з розладами харчової поведінки в експериментальній групі

За даними діаграми можна побачити динаміку змін за рівнем структурної інтеграції психіки пацієнтів з розладами харчової поведінки в експериментальній групі. Після завершення формуального етапу в експериментальній групі зафіксовані такі зміни: збільшення кількості респондентів, що мають невротичний та верхній межовий рівень інтеграції та зменшення кількості пацієнтів з нижнім межовим та психотичним рівнем інтеграції. Загалом, це свідчить про зміни у сферах афективної саморегуляції, комунікації, прихильності та сприйняття.

**Знаходження відмінностей між показниками у трьох групах
експериментальної вибірки**

За критерієм Крускала-Уоліса		Анорексія	Булімія	Компульсивне переїдання
Булімія	Показ. знач.	<0,001	<0,001	<0,001
	Сер.знач.	12,30	31,30	25,40
Неефективність	Показ. знач.	0,003	0,003	0,003
	Сер.знач.	26,90	20,30	21,80
Недовіра в МОС	Показ. знач.	0,036	0,036	0,036
	Сер.знач.	28,60	23,63	16,77
Структурний рівень	Показ. знач.	0,039	0,039	0,039
	Сер.знач.	17,00	24,20	27,80
Саморегуляція	Показ. знач.	0,028	0,028	0,028
	Сер.знач.	16,50	28,10	24,40
Схильність до прихильності (внутрішні інтроєкти)	Показ. знач.	0,005	0,005	0,005
	Сер.знач.	14,90	26,50	27,60
Провідний конфлікт	Показ. знач.	0,013	0,013	0,013
	Сер.знач.	16,47	22,37	30,17
Конфлікт «Автаркія-Залежість»	Показ. знач.	0,043	0,043	0,043
	Сер.знач.	24,57	16,57	24,87
Конфлікт провини	Показ. знач.	0,007	0,007	0,007
	Сер.знач.	15,90	23,90	29,20
Конфлікт ідентичності	Показ. знач.	0,030	0,030	0,030
	Сер.знач.	16,37	27,73	23,46

За даними таблиці видно, що існують статистично значимі відмінності в експериментальній групі в залежності від виду харчового розладу за показниками «Булімія», «Неефективність» та «Недовіра в міжособистісних

стосунках», «Саморегуляція», «Схильність до прихильності (внутрішні інтроєкти)», «Структурний рівень інтеграції», «Конфлікт провини», «Конфлікт ідентичності», «Провідний конфлікт», «Конфлікт Автаркія-Залежність». Порівнюючи з результатами відмінності між респондентами на констатувальному етапі експерименту вперше проявилася значуща різниця за показником «Конфлікт автаркія-залежність» та «Схильність до прихильності».

Відтак, аналіз результатів формувального експерименту, зумовив висновок, що у більшості респондентів експериментальної групи знизився рівень прояву ознак харчового розладу, що для нас означало зміни в адиктивних патернах, розвиток рефлексії та можливість оцінювання власного емоційного стану. Підвищення структурного рівня інтеграції та психотерапевтичний вплив на провідний несвідомий конфлікт сприяли підвищенню афективної саморегуляції, зміні рівня зовнішньої комунікації, інтеграції сприйняття власного Я та прихильності.

3.3. Методичні рекомендації щодо застосування програми психологічної реабілітації для пацієнтів з анорексією, булімією та компульсивним переїданням

Програма психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки складається з індивідуальної, групової та сімейної роботи. Перші два місяці пацієнт перебуває в стаціонарі. Індивідуальна робота складається з психодіагностики та кататимно-імагінативної психотерапії курсом в 52 сесії, що триває 6 місяців. Частота зустрічей змінюється кожні два місяці. Перші два місяці пацієнт відвідує психотерапевта тричі на тиждень, далі – двічі на тиждень, останні два місяці – один раз на тиждень. Це дає змогу поступово зменшувати можливість спиратися на фігуру психотерапевта і поступово використовувати власні ресурси, що дозволяють спиратися на себе. Останні дві сесії приділяються завершенню психотерапевтичного процесу, обговоренню шляху пацієнта, його надбань і результатів, механізмів подолання складностей і перепон. В символдраматичній практиці

індивідуальна робота може будуватися в трьох фокусах: на структуру особистості, на конфлікт, на травму. Аналізуючи дані психодіагностичного дослідження пацієнтів з розладами харчової поведінки нами було розроблено протокол психотерапевтичного втручання, спираючись на тип розладу. Для пацієнтів з анорексією була обрана стратегія роботи на вирішення внутрішньособистісного несвідомого конфлікту, у зв'язку з тим, що ці пацієнти мають більш інтегровану структуру особистості та як наслідок більш виражені межі домінуючих конфліктів. Для пацієнтів з булімією та компульсивним переїданням була обрана стратегія роботи на укріплення психічної структури особистості (див. Додаток Ж)

Групова робота складалася з 26 групових занять, що відбуваються раз на тиждень протягом 6 місяців. Кожна група має певну тему, починається зі вступу тренера групи, що підводить до актуалізації теми в житті учасників, а в подальшому - пов'язує із попередньою темою і аналізує, що вдалося за тиждень. Теоретична частина групової роботи складається з висвітлення теоретичних основ теми, обговорення власних досвідів та прикладів, що наводить тренер. Практична частина складається із переліку питань, які допомагають поступово формувати уважність, емоційну регуляцію, стресостійкість та міжособистісну ефективність. Кожне заняття закінчується домашнім завданням, виконання якого обговорюється на початку кожного наступного завдання. Кількість учасників групового процесу : до 15 осіб.

Зустрічі з сімейним оточенням пацієнта відбувалися щотижня протягом стаціонарного періоду. Кожна друга зустріч відбувалася разом із пацієнтом. Загалом 8 зустрічей в форматі сімейного консультування.

Приклад першого вступного заняття групової роботи

Заняття 1 «Про харчування»		Дата заняття
Вступ	Сьогодні ми з Вами поговоримо про харчування в цілому: про історично сформоване ставлення до харчування, а також про реальність, що існує на сьогоднішній день.	
Відношення людей до їжі в минулому	Якщо покопатися щодо аристократів XIX століття до їжі, ми побачимо, що вони мали цілий ритуал прийому їжі: - Чітко позначений час сніданку, обіду та вечері; - настрої на їжу: в одних сім'ях це була молитва, в інших – розмова поки що не подасть їжу; - Повільне вживання їжі; - Завершений прийом їжі (як правило, трапеза закінчувалася десертом, а наступний прийом їжі був у призначений час).	
Реальний стан речей	На сьогоднішній день ситуація з їжею кардинально відрізняється від ситуації, в якій жили наші предки. Війни та голодомори робили їжу дефіцитом, внаслідок чого у людей сформувалося перекручене надцінне ставлення до їжі. Це ставлення передається з покоління до покоління, і тому ми переймаємо небажані звички харчів, які негативно впливають на наше життя. Крім того, у сучасному світі: - їжа доступна скрізь та у будь-який час; - ритм життя не дозволяє налаштуватися на їжу; - люди їдять поспіхом, і часто просто перекушують; - якщо маємо можливість ґрунтовно поїсти, то обов'язково переїдаємо. Т. о., наші відношення до їжі залежить не тільки від традицій, що історично склалися, але і від нашого способу життя в цілому (ритм життя, стреси і т. д.).	
Чим це може бути небезпечно?	Дотримуючись такої культури харчування, ми: - перестаємо усвідомлювати свої особисті потреби у відносинах із їжею; - постійно переїдаємо; - часто відчуваємо тяжкість та дискомфорт у шлунку; - набираємо зайву вагу; - ризикуємо своїм здоров'ям.	
Що з цим робити?	Намагатися прислухатися до себе та потреб свого організму: - навчитися навичкам саморегуляції та розпізнавання емоцій; - дослідження відчуттів в тілі; - їсти тільки тоді, коли справді хочеться; - навчитися припиняти їсти, коли вже ситий; - насолоджуватися їжею.	
Що отримуємо у підсумку?	1. Отримаємо навички самопізнання в діалектичній поведінковій терапії: усвідомленості, стресостійкості, емоційної регуляції та міжособистісної ефективності. 2. Припинимо переїдати. 3. Навчимося отримувати справжнє задоволення від їжі. Тобто. навчимося контролювати своє харчування, а не вагу.	

Заняття 2 «Правильне харчування»

Шерінг: На попередніх зустрічах ми з Вами говорили про культуру харчування. А також обговорили історичні умови формування нашого ставлення до харчування; міфи та реальність, що існують на сьогоднішній день.

- Чи думали Ви про це?
- Чи вдалося поспостерігати за змінами щодо харчування?
- У чому вони (зміни) виражалися? (якщо відповідь ствердна)
- Чому? (якщо відповідь негативна)

Група згадує попередній досвід; ділиться спостереженнями, висновками тощо. Згадуємо мету минулого...

- Чи робили Ви щось на її досягнення? (Що? Як це працювало? Що заважало? Чому?)

Актуалізація проблеми; підведення групи до теми розмови.

Теоретична частина (Група отримує інформацію на тему бесіди, що дозволяє оцінити ступінь її значущості в процесі досягнення мети).

Давайте трішки пофантазуємо і уявимо кілька ситуацій:

1. Людина дуже голодна: у неї буркотить у шлунку, з'явилася слабкість у м'язах, вона дійсно хоче їсти. Діставшись їжі, він накидається на неї, не розбираючись, ЩО САМЕ хочеться з'їсти зараз. Їсть він дуже швидко, тому що є потреба якнайшвидше наситити організм.

Або інший випадок...

2. Людина зовсім не голодна, але друзі (близькі, знайомі) запросили її на якийсь захід. Гарно сервірований стіл, багато смачного, звичайно він починає пробувати частування. Їсть повільно, але за розмовами зовсім не помічає СКІЛЬКИ і яких страв він уже з'їв.

- Як Ви думаєте, в якому з цих випадків людина після їжі почуватиметься краще? Чому? Включення групи до теми.

Практична частина (Група отримує можливість на практиці відстежити наслідки застосування нових знань).

Проблема полягає в тому, що в сучасному світі нас оточує дуже багато харчових спокус. Де б ми не знаходилися, поряд завжди є їжа, а отже, з'являється можливість поїсти у будь-який час, незалежно від наявності такої потреби.

- Як ви думаєте, як така поширеність та достаток їжі впливає на людину?
- Чим це може бути небезпечним?

Справа в тому, що саме часті перекушування чи переїдання, які на перший погляд, здаються абсолютно безневинними, призводять до появи в людини залежності від їжі. Тобто він починає їсти не тоді, коли дійсно голодний, а тоді коли з'являється «спокуса» (почув смачний запах, побачив, що хтось їсть і т.д.). Звичайно, такі стосунки з їжею призводять до негативних наслідків: дискомфорту у шлунку, тяжкості, підвищення маси тіла, аритмії тощо.

Найпоширеніша приказка «Ми є те, що ми їмо» є відображенням впливу наших харчових звичок на наше здоров'я та наш спосіб життя. Тобто те, ЩО ми їмо і ЯК ми це їмо, визначає, якими ми є згодом: енергійними чи млявими; активними чи пасивними; стрункими чи повними; здоровими чи нездоровими тощо.

Харчування – це фізіологічний акт, який підтримує життя та здоров'я людини за допомогою їжі.

- Як Ви вважаєте, яке значення має харчування у нашому житті?

Значення живлення дуже добре розкривається у його функціях. Захисна, енергетична, будівна, регулятивна. Група проєцює інформацію своє життя; робити висновки щодо правильності власного харчування та впливу особливостей харчування на якість життя.

Динаміка розвитку:

- Що для Вас є правильне харчування?
- Як Ви вважаєте, як правильне харчування впливає на життя людини?
- Як виглядає неправильне харчування людини?
- Що, на Ваш погляд, відбувається в тілі та житті людини, яка харчується неправильно? Чому?

Учасники групи усвідомлюють різні шляхи розвитку проблеми та наслідки зробленого ним вибору у кожному випадку.

Вибір пацієнта:

- Як Ви вважаєте, який із розглянутих варіантів Вам більше підходить?
- Чому?
- Що Ви отримаєте?

Кожен учасник групи внаслідок групової взаємодії робить конкретний вибір.

Варіанти вирішення проблеми (інструменти)

- Що, на Вашу думку, Ви можете зробити, щоб досягти бажаного у відносинах з їжею?
- Що Вам для цього потрібно?
- Яка допомога Вам потрібна?

Кожен пацієнт усвідомлює; розширює свої повноваження; отримує інструмент і план план дій.

Висновки групи:

- Чи правильно я Вас зрозуміла (почула)... (перефразуємо висновки клієнта).

Кожен учасник вкотре осмислює свої рішення.

Підсумок:

- Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі.

Сьогодні ми з Вами говорили про правильне харчування та його значення у життєдіяльності людини.

Правильне харчування – це запорука здоров'я людини, отже, його продуктивної життєдіяльності. Зрештою, наше здоров'я залежить від того, ЩО ми їмо, ЯК ми їмо, СКІЛЬКИ ми їмо, КОЛИ ми їмо і ДЛЯ ЧОГО ми їмо.

- Чим сьогоднішня зустріч була для Вас цінною?
- Які висновки Ви собі зробили?

Група отримує конкретний інструмент для налагодження харчування; право вибору: використовувати його чи ні; рефлексія (кожен дивиться на себе з боку).

- Можливо, у Вас ще залишилися питання?

- Що мінятимете?
- З чого почнете?
- Коли зробите перший крок?
- Як це буде?
- Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?

Учасники промовляють конкретні дії, на які вони готові на даний момент.

«Домашнє завдання»: пропоную Вам до наступної зустрічі поспостерігати за собою під час їжі; прислухатися до своїх потреб; проаналізувати процес прийому їжі.

Кожен отримує рекомендації щодо конкретних кроків та право вибору.

Заняття 3 «Інтуїтивне харчування»

Шерінг: Минулої зустрічі ми з Вами говорили про правильне харчування та його значення у нашій життєдіяльності.

- Чи вдалося Вам спостерігати за собою, прислухатися до своїх потреб?
- Які висновки Ви зробили? (якщо відповідь позитивна)
- Як Ви вважаєте, чому не вийшло? (якщо відповідь негативна)

Повернімося до Вашої мети (кожен учасник групи згадує та промовляє свою мету).

- Чи є щось, що змінилося чи хотілося б додати?

Теоретична частина: Давайте уявімо кілька випадків із життя:

1. Чоловік втомлений повернувся додому, він був на діловій зустрічі в ресторані, де й повечеряв. Але саме цього вечора дружина вирішила зробити йому приємне – приготувала шикарну вечерю, запах якої чоловік почув ще в коридорі. Звичайно, щоб не образити дружину і не в силах втриматися від смачного, чоловік фактично повечеряв вдруге.

Або інший приклад...

2. В гостях у друзів одразу ж запросили за стіл. На столі було багато дуже смачного. Але чоловік скуштував лише 3 страви, оскільки був не голодним, а далі просто підтримував компанію.

- Як Ви вважаєте, яким буде самопочуття чоловіків у цих випадках? Чому?

– А Вам знайомі такі відчуття?

Ми вже говорили про значення їжі для нашого організму. На жаль, невміння розпізнавати внутрішні сигнали свого організму щодо їжі призводять до того, що людина з'їдає більше, ніж їй потрібно.

– Як часто Ви замислюєтеся про те, як Ви розумієте скільки Вам їсти?

У зв'язку з цим я пропоную Вам поговорити про харчування, яке дозволяє слухати свій організм та довіряти йому – про інтуїтивне харчування. Зв'язок між інтуїтивним харчуванням та показниками здоров'я разючий. Важливо розуміти, що інтуїція – це внутрішнє чуття без логічного міркування. Вона є ефективним способом пізнання та отримання інформації про своє власне тіло.

– А наскільки Ви довіряєте своїй інтуїції?

Наш організм неодноманітно діюча машина. Він має свої цикли, його потреби в харчуванні змінюються протягом дня, день у день, від сезону до сезону, залежно від настрою та стану. Тобто те, що добре підходить організму, сьогодні не обов'язково виявиться потрібним завтра. Саме тому важливо вміти «слухати» свій організм і давати йому те, що він просить, ТОДИ, коли він цього просить і СТИЛЬКИ, скільки він просить.

– Що Ви думаєте з цього приводу? (Пропонуємо групове обговорення, підтримуємо виникнення різних поглядів і дискусій)

Це і є інтуїтивне харчування, яке дозволяє нам керувати своєю харчовою поведінкою. Для того щоб навчитися прислухатися до свого організму, варто дотримуватися кількох умов:

1. Їсти, коли хочеться.
2. Зупинятися, коли ситий.
3. Насолоджуватися їжею.

Практична частина:

Давайте спробуємо проаналізувати вашу харчову поведінку. Запишіть, будь-ласка, в стовпчик відповіді на наступні питання.

– Чи завжди Ви їсте, тільки коли ДІЙСНО голодні?

– Як Ви визначаєте, що голодні?

- Чи вдається Вам відслідковувати відчуття ситості під час їжі?
- Чи насолоджуєтесь Ви їжею в процесі харчування?
- Як на Ваш погляд, як почувається людина, яка харчується, коли організму це дійсно необхідно, насолоджується їжею;
- Як би вам хотілося?
- Як це впливатиме на Ваше життя?

Тепер пропоную вправу «Важелі ресурсів». Ця техніка допомагає віднайти або створити ресурси та сенси, що дають змогу і сенс у розвитку нових патернів поведінки. Техніка не така проста, як здається на перший погляд, і для її виконання вам знадобиться інша людина. Для вправи вам знадобиться аркуш паперу А4 і олівець або ручка, або фломастер – будь що, що лишає слід на папері. Інструкція:

1. Розташовуємо аркуш зручним чином і внизу малюємо схематично терези (ваги), на всю ширину аркуша таким чином, щоб над ними було багато вільного місця.
2. Тепер, обираємо символи на позначення стрес-факторів (поранення, проблеми з начальством, хвороба, злий сусід, відсутність грошей) – наприклад, цеглини, або каменючки, або жаби – будь що. І таким же чином підбираємо образ на позначення ресурсів – кавуни, яблука, коти – будь що, що викликає позитивний емоційний відгук.
3. Наступний ваш крок – намалювати на лівій чашці терезів таку кількість жабок, скільки проблем свого життя вам перераховує клієнт. Нагадую, що жаби можуть бути різного розміру а то навіть характеру. Малюйте так, щоб наприкінці між ними і верхнім краєм аркуша лишався простір.
4. Далі, як ви вже сам здогадалися, ми малюємо ресурси під запис над правою чашкою терезів.

Далі групове обговорення.

- Тепер давайте з Вами подумаємо, як Ви можете цього досягти в реальності?
- Що для цього потрібно?
- Чи достатньо у Вас можливостей та ресурсів?
- Яка допомога Вам потрібна?

– Що Вам може завадити?

Детальніше ми з Вами розглянемо ці умови на наступних заняттях. Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі. Сьогодні ми з Вами говорили про інтуїтивне харчування. Воно дозволяє людині навчитися регулювати кількість і якість їжі, що споживається, прислухаючись до свого почуття голоду і насичення.

Групове обговорення:

– Можливо, у Вас ще залишилися питання?

– Що мінятимете?

– З чого почнете?

– Як це виглядатиме?

– Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?

– Коли зробите перший крок?

Домашнє завдання: Пропоную Вам поспостерігати за своїми відчуттями: як проявляється голод, коли приходить насичення, чи насолоджуєтеся Ви їжею в процесі харчування.

Заняття 4 «Їсти, коли голодний»

Шерінг: На минулій зустрічі ми з Вами говорили про інтуїтивне харчування та умови, які допомагають його сформувати.

– Чи вдалося Вам спостерігати за собою, прислухатися до почуття голоду та насичення?

– Які висновки Ви зробили? (якщо відповідь позитивна)

– Як Ви вважаєте, чому не вийшло? (якщо відповідь негативна)

Давайте уявімо кілька випадків із життя:

1. Людина, сидячи на важливій нараді, різко відчула, що якщо не з'їсть щось м'ясне, то буквально не доживе до завершення заходу. Весь наступний час тягнувся дуже повільно, вона не могла ні про що думати, крім того, що хоче м'ясний рулет. Думки настільки далеко відлетіли у бік їдальні, що, здавалося, вона вже зовсім не чула, про що йдеться на зборах. Як тільки вона дісталася до їдальні, то замовила собі подвійну порцію рулету і ніяк не могла зупинитися, поки не відчула тяжкість у шлунку та повний дискомфорт.

Або інший приклад:

2. Є люди, які мають весь день розпланований до дрібниць. При чому, якщо не дотримуватися цього плану, то багато вони не встигнуть. Так і у нашого умовного «Микола Петровича» день був розбитий на відрізки, у кожному з яких він мав багато чого встигнути зробити. Виконуючи один за одним пункти свого плану, він зовсім забув про сніданок та обід. Лише ближче до вечора він відчув бурчання у шлунку і слабкість у м'язах. «Микола Петрович» згадав, що зовсім нічого не їв і став метою роздобути хоч якусь їжу, щоб не впасти в голодну непритомність. Нарешті, перекусивши, він відчув легкість і комфорт і був готовий далі працювати.

– Чи згодні Ви з тим, що і в тому, і в іншому випадку чоловіки відчували голод?

– Як на Вашу думку, голод у цих випадках однаковий? Чому?

Пам'ятаєте, на минулому занятті ми з Вами говорили про те, що дуже важливо дослухатися внутрішніх сигналів власного тіла? Йдеться про відчуття голоду та насиченості. Їх не можна віднести до будь-якої конкретної частини організму людини або до певного внутрішнього органу. Але саме під їх впливом виникають конкретні мотивації нашої поведінки щодо кількості, якості та частоти споживання їжі. І, якби нам вдавалося харчуватися, тільки коли ми голодні, і припиняти їжу за неповного насичення — складносте із харчуванням було б менше. Сьогодні я Вам пропоную докладніше розглянути відчуття голоду. Більшість людей з РХП зазнають великих труднощів із визначенням «справжнього» голоду.

– Давайте з Вами з'ясуємо, що таке почуття голоду?

Голод – це потреба в їжі. Існує два види голоду: психологічний та фізіологічний. Фізіологічний голод – це природна потреба організму у поповненні будівельних (поживних) речовин. Психологічний голод – це патологічна потреба в їжі, яка підкріплює психологічну залежність від їжі. Простими словами, у разі фізіологічного голоду, людина «їсть, щоб жити», у разі психологічного – «живе, щоб їсти».

– За своїми особистими відчуттями, чи Ви спостерігали у себе психологічний голод? Як він виявлявся?

Давайте розглянемо різницю між цими двома видами голоду.

Практична частина:

- Як Ви думаєте, що відбуватиметься з людиною, якщо вона постійно задовольнятиме психологічний голод?
- Як Ви думаєте, що відбуватиметься з людиною, якщо вона задовольнятиме фізіологічний голод?
- Дивлячись на ці два види голоду, який із них Ви найчастіше задовольняєте?
- Як Ви вважаєте, до чого це призведе?
- Як би вам хотілося?
- Як це впливатиме на Ваше життя?
- Тепер давайте з Вами подумаємо, як Ви можете цього досягти?
- Що для цього потрібно?
- Чи достатньо у Вас можливостей та ресурсів?
- Яка допомога Вам потрібна?
- Що Вам може завадити?

За допомогою технології Планування Ви можете чітко відстежувати атаки психологічного голоду та задовольняти лише фізіологічну потребу в їжі. Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі. Сьогодні ми з Вами розглянули два види голоду: фізіологічний та психологічний. Задовольняючи фізіологічний голод, Ви підтримуєте життєдіяльність організму, а задовольняючи психологічний – посилюєте свою психологічну залежність від їжі, тим самим руйнуєте свій організм.

- Можливо, у Вас ще залишилися питання?
- Що мінятимете?
- З чого почнете?
- Як це виглядатиме?
- Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?
- Коли зробите перший крок?

Домашнє завдання: поспостерігати за проявами психологічного голоду.

Заняття 5 «Стоп, коли відчув насиченість»

Шерінг : Минулої зустрічі ми з Вами говорили про психологічний голод.

– Чи вдалося Вам поспостерігати за проявами власного голоду?

– Які висновки Ви зробили?

– Як Ви думаєте, чому не вийшло (якщо відповідь негативна)

Теоретична частина:

Давайте уявімо кілька випадків із життя:

1. Поспішаючи в аеропорт, чоловік був змушений дуже швидко поїсти.

– Як Ви вважаєте, чому?

2. Після ділової вечері у ресторані чоловік вирушив зі своїми друзями святкувати підписання контракту, де продовжував замовляти їжу.

– Як Ви думаєте, чому, будучи ситим, він продовжував їсти?

Сьогодні ми з Вами поговоримо про насичення; і про те, чому важливо зупинятися, коли ситі. Що таке насичення? Насичення – це процес, який сигналізує організму необхідність припинити прийом їжі. Складність полягає в тому, що люди з РХП не вміють помічати сигнали ситості.

– Як Ви вважаєте, чому?

Для тренера:

Причини:

Невміння прислухатися до свого тіла.

Швидка їжа.

Звичка знімати стрес (тривожність тощо).

Наявність факторів, що відволікають (телевізор, друзі, телефон).

Неправильно сформована харчова поведінка.

Схильність до впливу суспільства (традиції, стереотипи, їжа «за компанію»).

– Щось із вище перерахованого Вам знайоме?

– Розкажіть про це докладніше.

Практична частина:

– На Вашу думку, що відбувається зі здоров'ям людини, яка ігнорує сигнали ситості?

- А як можна інакше?
- Як би вам хотілося?
- Як це впливатиме на Ваше життя?
- А що відбувається, коли людина вловлює сигнал насичення і припиняє їсти?
- Як це впливає на її здоров'я?
- Що для цього потрібно?
- Чи достатньо у Вас можливостей та ресурсів?
- Яка допомога Вам потрібна?
- Що Вам може завадити?

Справді, розпізнати межу між голодом та ситістю часто буває дуже складно. Існує дуже багато рекомендацій щодо розпізнавання ситості. Однак часто відбувається так, що люди перестрибують з однієї рекомендації на іншу, що не дає змоги виробити здорову харчову звичку. До виразних ознак насиченості відносяться: бажання попити води під час їди, втрата або притуплення смаку їжі. Якщо Вам поки що складно відстежувати насичення, пропоную знайти баланс між голодом і ситістю на прикладі маятника. Уявіть собі коливання маятника: одна сторона – голод, друга – ситість, посередині – зона здоров'я. Суть полягає в тому, щоб:

1. Не починати їсти, коли голод ще не прийшов.
2. Будучи голодним, їсти стільки, скільки потрібно нашому тілу.
3. Відчувши насичення – припиняти їсти.

Крім того, в процесі харчування важливо насолоджуватися їжею. Насолода дозволяє їсти вдумливо, не поспішаючи, що дає додаткову можливість відстежувати відчуття насичення.

- Чи згодні Ви з цим?

Давайте дослідимо Ваш маятник голоду та ситості. Спробуйте визначити за допомогою малюнка, де зараз Ваші відчуття насиченості.

Для тренера:

Допомогти побачити групі, наскільки їх уявлення відповідають реальності. Запропонувати учасникам визначити, яка порція знизилася б голод

до зони здоров'я. Запитати чи зможуть вони застосовувати принцип маятника самостійно.

Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі. Сьогодні ми з Вами говорили про голод і насичення, важливість вловлювати сигнал ситості; зупинятися, коли ситі і як це робити.

- Можливо, у Вас ще залишилися питання?
- Що мінятимете?
- З чого почнете?
- Як це виглядатиме?
- Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?
- Коли зробите перший крок?

Домашнє завдання: Пропоную Вам подивитися сигнали ситості і спробувати прогнозувати необхідний обсяг їжі, що дозволяє не виходити за межі зони здоров'я. Спробуйте записати ваші спостереження для обговорення наступної зустрічі.

Заняття 6 «Вторинні вигоди»

Шерінг: Минулої зустрічі ми з Вами говорили про голод та почуття насичення.

- Чи думали Ви про це?
- Яких висновків Ви дійшли? (якщо відповідь ствердна)
- Чи змінилося у Вас щось? Що? (якщо відповідь ствердна)
- Чому? (якщо відповідь негативна)

Просимо групу згадати про індивідуальну мету.

- Чи змінилося щось на сьогодні?
- Може, щось хотілося б додати чи щось перестало бути актуальним?

Ми продовжуємо роботу над перешкодами, які утримують психологічну залежність від їжі.

Теоретична частина:

1. Систематичні хвороби.

Людина за допомогою різних захворювань може відпочити від роботи, відповідальності, отримати увагу, турботу близьких і т.д.

2. Надзайнятість.

Будучи надто зайнятою, людина, наприклад, легально звільнена від сімейних обов'язків, участі у вихованні дітей, нудних родичів, побуту тощо.

3. Куріння.

Цигарки допомагають на короткий час забути, не думати про критичні ситуації, заспокоїться та ін.

4. Алкоголь.

Крім основної причини, через яку людина п'є/випиває (свято, бажання розвага, алкоголізм), є ще низка інших, таких, наприклад, як можливість підтримувати стосунки з друзями, тощо.

Думаю, важливою темою для розмови є тема «невидимих переваг», які люди отримують від процесу їжі і від РХП. Кожна поведінка має свій намір. Наприклад, намір відвідати друга може супроводжуватися додатковими, невидимими перевагами (поділитися власними переживаннями, побути далеко від дому, провести весело час, відпочити, не думати про роботу, розв'язати і т.д.).

– Що ще тут може бути?

Все, що стоїть за наміром і є невидимими перевагами, які отримали назву вторинних вигід. Таким чином, вторинними вигодами є несвідомими потребами, які людина не може висловити безпосередньо, тому виражає «легальним» шляхом.

– Що відбувається на прикладі їжі?

Наприклад, коли людина голодна, у неї формується намір – насититися, реалізує вона його шляхом прийому їжі – це поведінка, яка реалізує основний намір. Однак їда задовольняє і вторинні вигоди людини.

Одна з найпоширеніших помилок, властивих людям з РХП, це те, що їх харчова поведінка приносить лише неприємності. На перший погляд, це здається цілком природним. Однак не все так просто.

Розлад харчової поведінки має не лише мінуси, а й свої плюси. Іншими словами, завдаючи певних незручностей, він у той же час оберігає нас від ще

більшої шкоди. Саме цей феномен у медицині називають «вторинною вигодою».

Отже, якщо в людини харчова залежність, значить він обслуговує певну невдоволену потребу. Одним із перших кроків на шляху до позбавлення від харчової залежності буде з'ясування причин, які спонукають такий патерн поведінки.

Хочу Вам запропонувати дослідити Ваші вторинні вигоди від обмеження себе в їжі або від процесу переїдання, і чи є вони взагалі?

Практична частина:

- Як Ви думаєте, що відбуватиметься з Вами, якщо продовжуватиме такий спосіб життя?
- Як Ви почуваетесь, дотримуючись такого способу життя?
- А як би ви могли по-іншому?
- Як би Ви почували себе в цій ситуації?
- Як Ви виглядатимете?
- Давайте подумаємо, як Ви можете задовольняти свої потреби іншим, здоровішим шляхом?
- Що Ви обираєте?
- Що Вам більше подобається?
- Це відповідає реальності (Вам дозволятиме час, можливості, сили)?
- Від кого це залежить?
- Як Ви це робитимете?

Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі.

Ситуація полягає в тому, що ми часто не усвідомлюємо позитивної ролі розладу харчової поведінки в нашому житті, концентруючись лише на негативі, який він доставляє нам.

– Згодні?

Насправді Ви вже знаєте, що це не так. Завдаючи певних неприємностей, він водночас може оберігати нас від ще більших переживань. Допомагає реалізувати приховані потреби.

– Що сьогодні для Вас було важливим?

- Чим сьогоднішня зустріч була для Вас цінною?
- Які висновки Ви собі зробили?
- Із чим йдете?

Усвідомивши свої вторинні вигоди і знайшовши інші шляхи їх реалізації, Ви перестаете вдаватися до саморуйнівної поведінки.

- Які у Вас є питання/може у Вас залишилися питання?
- Що мінятимете?
- З чого почнете?
- Як це виглядатиме?
- До чого це вас приведе?
- Коли зробите перший крок?

Домашнє завдання: Пропоную Вам подумати та записати, які ще вторинні вигоди Ви отримуете в результаті нездорової харчової поведінки.

Заняття 7 «Саботаж оточення»

Шерінг: Минулої зустрічі ми з Вами говорили про вторинні вигоди.

- Чи думали Ви про це?
- Яких висновків Ви дійшли? (якщо відповідь ствердна)
- Чи змінилося у Вас щось? Що? (якщо відповідь ствердна)
- Чому? (якщо відповідь негативна)

Нагадуємо групі поміркувати про власну мету.

- Чи змінилося щось на сьогодні?
- Може, щось хотілося б додати чи щось перестало бути актуальним?

Ми продовжуємо роботу над перешкодами, які утримують в харчовій адикції.

Теоретична частина: Давайте подивимося кілька прикладів.

1. Припустимо, чоловік захотів змінити місце роботи, оскільки не отримувала задоволення від того, що робив. Сказавши про це дружині, він не отримує бажаної підтримки. Навпаки, вона всіляко його відмовляє, наводячи різні докази на кшталт: «Тут стабільний дохід», «Рахунки оплачувати потрібно щомісяця», «Ти краще нічого не знайдеш», тощо.

– Як Ви вважаєте, як така реакція близьких може вплинути на отримання людиною бажаного?

Або інший приклад:

2. Людина вирішила змінити свій спосіб життя на більш здоровий: почати займатися спортом, поліпшити якість харчування, змінити спосіб мислення, тощо. Всі її друзі твердили, що в неї не вийде, що вона для цього занадто лінива, що її життя стане нудним і т.п. Починаються сумніви у власному рішенні.

– Чому, на Вашу думку, з'являється така реакція?

Іноді відбувається так, що випадково сказане кимось слово впливає на нас сильніше, ніж нам того хотілося б. А буває й так, що ми не звертаємо на це уваги, але насправді ці слова чи дії нас зачіпають.

– Вам знайомі такі почуття (думки, поведінка)?

Всі люди на шляху до досягнення своєї мети зустрічаються із впливом оточуючих. Якщо цей вплив гальмує процес досягнення мети, тоді ми говоримо про «саботаж оточення». Фахівці різних галузей часто рекомендують нічого не розповідати найближчому оточенню щодо своїх починань.

– Чи погоджуєтесь Ви з тим, що людині, яка вирішила змінити свій спосіб життя, не варто відразу ж про це заявляти і демонструвати оточуючим?

– Можливо, у Вас був досвід, коли близька Вам людина вирішила кардинально змінити щось у своєму житті?

– Ви можете згадати свою реакцію?

– Як на це реагували інші?

– Хто які цілі переслідував?

Справа в тому, що більшості людей зручно жити в зоні комфорту. Але для того, щоб відбулися бажані якісні зміни, людині потрібно з цієї зони комфорту вийти. При цьому наше найближче оточення також опиняється у полі дискомфорту. На початку розмови ми з Вами вже розібрали кілька прикладів, давайте тепер подивимося конкретніше, що ж відбувається з нашим оточенням, яке потрапляє до зони дискомфорту. Наприклад, людина

вирішила вранці займатися спортом: дружині не подобається, що будильник дзвенить на кілька годин раніше, дітям не подобається, що вана зранку зайнята, продукти пропадають, тому що їсти хочеться набагато менше, потрібно витратити час на пошук спортивної форми, тощо. Все це та багато іншого буде незручним для близьких людей, і вони можуть почати саботувати цей почин і перешкоджати його реалізації.

– Як Ви думаєте, що рухає їхньою поведінкою, чому вони в цей момент не підтримують?

Для тренера:

Причини саботажу оточення:

- Люди бояться різких змін;
- Близькі хочуть захистити нас від труднощів та небезпеки, а також уберегти себе від змін у нашому житті.
- Вони сприймають зміни в нашому житті як загрозу своєму власному способу життя, тому хочуть повернути нас до звичної колії, щоб звести до свого рівня.
- Зміни в нас лякають оточуючих, тому що вони бояться, що ми переростемо і покинемо їх. Вони бояться втратити відносини з нами, свою значущість та вплив на нас.

Практична частина:

- Розкажіть, як раніше на Вас впливало Ваше оточення?
- Хто підтримував, хто саботував?
- Що у цей час з Вами відбувалося?
- Що Ви відчували (робили, переживали)?
- Коли ви не знали про причини саботажу, як Ви реагували?
- До чого це призводило?
- А зараз, коли Ви помітите, що це саботаж, як ви реагуватимете?
- До чого, на вашу думку, це призведе?
- Як Ви вважаєте, який із розглянутих варіантів Вам більше підходить?
- Чому?
- Що, на Вашу думку, Ви повинні зробити, щоб досягти бажаного?

– Яка допомога Вам потрібна?

Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі.

Сьогодні ми з Вами розглядали тему "Саботаж оточення". Складність полягає в тому, що наше оточення має на нас сильний вплив і може саботувати наші цілі та досягнення. Виходом із цієї ситуації є усвідомлене ставлення до реакції оточуючих на наші прагнення.

– Чим сьогоднішня зустріч була для Вас цінною?

– Які висновки Ви для себе сьогодні зробили?

— Можливо, у Вас ще залишилися питання?

Дозвольте поставити Вам ще одне запитання.

Уявіть собі ситуацію: сьогодні ви повертаєтеся додому (приходите на зустріч із друзями) ситим, а Вам наполегливо пропонують скуштувати якусь страву.

– Якою буде ваша реакція?

– Як виглядатиме Ваша відмова?

– Що Ви при цьому відчуватимете? І т.д.

Домашнє завдання: Пропоную Вам поспостерігати за поведінкою людей, що оточують Вас, і спробувати відстежити саботаж з їхнього боку, а також поспостерігати за своєю реакцією на саботаж.

Заняття 8 «Самосаботаж»

Шерінг: Минулої зустрічі ми з Вами говорили про саботаж оточення.

– Чи думали Ви про це?

– Яких висновків Ви дійшли? (якщо відповідь ствердна)

– Чи змінилося у Вас щось? Що? (якщо відповідь ствердна)

– Чому? (якщо відповідь негативна)

Повернімося до Вашої мети.

– Може, щось хотілося б додати чи щось перестало бути актуальним?

Для того, щоб швидше досягти мети, нам необхідно розглянути явище, яке так чи інакше відбувається з нами на шляху досягнення майже будь-яких цілей. Що за явище?

Теоретична частина:

1. Біль у спині змусив Валентина пообіцяти собі щоранку робити зарядку. Коли наступного ранку будильник продзвенів на 15 хвилин раніше, він встав, але в голову закралися сумніви, чи справді так сильно болює спина, чи встигне він зібратися на роботу і т.д. Заспокоївши себе тим, що точно почне завтра, він приступив до сніданку.

2. Кожен день Миколи закінчується сильною втомою, головним болем, підвищеним тиском, повною відсутністю настрою, тощо. Щодня він дає собі обіцянку працювати менше, більше займатися своїм здоров'ям, сім'єю, відпочинком... Але приходить новий день, який відрізняється від попереднього лише більшою втомою та посиленням стану здоров'я.

3. Помітивши відсутність колишньої легкості та значний набір ваги, Михайло вирішив збалансувати їжу та її кількість. Пообіцяв собі, їсти здоровіші та легші продукти, але за фактом нічого не змінилося: були різні зустрічі, корпоративи, дні народження, тощо. Вага продовжувала рости разом із почуттям важкості та незадоволеності собою.

– Як Ви вважаєте, що в цих прикладах завадило реалізувати задумане?

Давайте з прикладу....

– Чому виникають ті чи інші цілі в людини?

(хочеться щось змінити, покращити, придбати, виробити і т.д.)

Для того, щоб досягти бажаного, нам необхідні певні дії. І залежно від того, наскільки ці дії для нас є дискомфортними, ми піддаватимемося внутрішньому супротиву.

Це внутрішній опір, через який ми віддаляємо ціль, і є самосаботажем. Просимо групу запропонувати якусь ситуацію, в якій було поставлено мету, і допомагаємо учасникам відстежити думки, дії, вчинки, переконання, які саботували досягнення цієї мети.

Приклад. Давайте уявимо людину, у якої в житті сталася така ситуація: Він мав насичений день і для того, щоб якось себе підбадьорити він цілий день пив каву. Коди допив останню чашку, він відчув, що стає дуже погано: серце вистрибує з грудей, тремтять руки, темніє в очах, виступає піт, тощо. У цей момент він вирішує більше не пити кави, щоб зберегти своє здоров'я.

– А тепер давайте уявимо, як ця людина міркуватиме вранці, маючи звичку розпочинати день із кави.

Припущення учасників:

Все це є «самосаботажем». Іншими словами, людина сама собі заважає досягти бажаного. Згідно зі статистикою, 80% людей, які прийняли рішення стати здоровими та стрункими, кидають усе на півдорозі.

– Як Ви вважаєте, чому людина може саботувати (сповільнювати, заважати, відкладати) власні успіхи? Коментарі тренера, щодо сказаного.

Практична частина:

– Як Ви вважаєте, якщо людина постійно відкладає досягнення бажаного, до якого кінцевого результату це приведе?

– Що вона при цьому (результаті) відчуватиме, матиме?

– Її це влаштовуватиме?

– А як вона може інакше?

– Що тоді вона матиме?

– Як вона тоді почуватиметься, що відчуватиме?

(можна говорити не людина, а Ви)

– Який із розглянутих варіантів Вам більше підходить?

– Чому?

– А як раніше Ви досягали цілей?

– Що допомагало /що не допомогло/ чому перестало допомагати?

– Які варіанти вирішення цієї проблеми Ви бачите зараз?

– Що ще Ви можете зробити?

Хочу запропонувати розглянути ще один варіант, який реально працює на вашу мету, а значить і на вас.

– Вам цікаво про нього дізнатися?

Техніка з психосинтезу «Знайомство з субособистостями» (див. Додаток II)

– Як вам ця техніка?

– Чим вона для Вас корисна?

Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі.

Сьогодні ми з Вами розглянули тему «Самосаботаж». Складність полягає в тому, що в житті кожної людини часто відбувається так, що ставлячи собі за мету, вона мимоволі сама заважає її досягненню.

– Щоб продовжувати рух, людині потрібно... як Ви вважаєте, що?

(це завжди розширення зони комфорту, план дій, позначені кроки, рух назустріч бажаним результатам).

Дозвольте Вам поставити ще кілька запитань?

– Чим сьогоднішня зустріч була для Вас цінною?

– Які висновки Ви для себе сьогодні зробили?

– Можливо, у Вас ще залишилися питання?

– Що мінятимете?

– З чого почнете?

– Коли зробите перший крок?

– Як це буде?

– Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?

Домашнє завдання: Спробуйте фіксувати прояви самосаботажу та спостерігайте за своїми відчуттями в цей момент.

Заняття 9 «Співзалежність»

Шерінг: Минулої зустрічі ми з Вами говорили про самосаботаж.

– Чи думали Ви про це?

– Яких висновків Ви дійшли? (якщо відповідь ствердна)

– Чи змінилося у Вас щось? Що? (якщо відповідь ствердна)

– Чому? (якщо відповідь негативна)

Повернімося до Вашої мети (кожен учасник по колу промовляє власну мету).

– На сьогоднішній день вона актуальна, може щось хочеться доповнити чи змінити?

Теоретична частина:

1. Людина вирішує зайнятися спортом. Обирає плавання. Розповідає своїй дружині з наснагою, як плавання добре впливає на здоров'я, який у нього

добрий тренер, як змінюється його самопочуття. Дружина щиро рада, але з іншого боку, вона може почати саботувати і перешкоджати тренуванням чоловіка. Просто тому, що боїться його втратити, ревнує; їй спокійно, коли він поруч із нею і нікуди не подінеться.

2. Сім'я вирішує переїхати жити в іншу країну, говорять своїм молодим батькам про прийняте рішення і починають готуватися до переїзду. Батьки раді за своїх дітей, але підсвідомо це для них означає залишитися самотніми, без дітей. І чомусь хтось починає сильно хворіти, тож переїзд відкладається на невизначений період.

Для того, щоб взяти під контроль свою харчову поведінку, нам з Вами важливо розглянути ще один бік психологічної залежності.

Всім людям необхідні стосунки у найширшому значенні слова. У відносинах ми ростемо, розвиваємося, травмуємось, робимо помилки і знову ростемо. Виходить, що всі ми так чи інакше залежні один від одного.

– Як Ви вважаєте?

– Чи можете Ви озвучити якусь свою звичку? Зараз нам не важливо, що це за звичка, вона може бути як позитивною, так і небажаною.

– Чи помічали Ви, що найближчі Вам люди певним чином реагують на цю звичку?

– Розкажіть, будь ласка, про цю реакцію.

Якщо клієнт говорив про позитивну звичку, ми просимо його порівняти назвати небажану.

– А як Ваші близькі реагують на неї?

– Чи однаково Ваші близькі реагують на ці дві звички?

– Давайте порівняємо ці реакції?

Справа в тому, що так чи інакше, але наші близькі люди (ті, з ким ми найчастіше бачимося, проводимо найбільше часу, найбільше цінуємо і любимо і т.д.) завжди мають свою думку щодо наших переваг. І хочемо ми цього чи ні, але вони певним чином реагують на наші звички. Ця реакція може виражатися у словах, діях чи поведінці.

Але найголовніше полягає в тому, що саме ця реакція може стимулювати нас відмовитися від звички, якщо вона небажана або навпаки підштовхнути до ще більшої залежності від неї.

Така поведінка близьких, коли вони прагнуть впливати на наше життя або контролювати нашу поведінку, називається співзалежністю.

– Може у Вас є якісь роздуми щодо цього?

– Що нам дають стосунки з близькими та значущими людьми?

У відносинах із близькими людьми ми не тільки щось вкладаємо, а й багато чого отримуємо. Саме тому йдеться про взаємини зі значущими, близькими людьми: кохання, увага, турбота, дружба, підтримка, тощо.

Таким чином, ми маємо певну систему взаємовідносин, яка є для нас сильним ресурсом, підтримкою, захистом. Ця система завжди наділена сенсами. Але з іншого боку, вона може бути бар'єром, перешкодою на шляху до нового досвіду.

– Як Ви вважаєте чому?

Система людських взаємин має свій порядок і будь-які зміни, навіть найменші, нас насторожують, бо нам поки що невідомо, що вони за собою спричинять. Це свого роду ризик. Неусвідомлено ми хочемо уникнути цього ризику і починаємо чинити супротив, або ж потрапляємо під вплив такого опору.

– Чи можете ви згадати випадки, коли хтось із близьких Вам людей перешкоджав Вашим починанням?

– Як Ви це переживали?

Практична частина:

– Як Ви вважаєте, співзалежність може гальмувати процес досягнення цілей?

– Якщо, так, то яким чином?

– До чого це може спричинити?

– Який ваш особистий внесок у те, що ви піддаєтеся впливу?

– А як можна інакше?

– До якого розвитку подій це призведе?

– Який із розглянутих варіантів Вам більше подобається?

- Чому?
- Як прийти до бажаного варіанту?
- Як раніше Ви справлялися з подібними опорами?
- Що допомагало /що не допомогло/ чому перестало допомагати?
- Які варіанти вирішення цієї проблеми Ви бачите зараз?
- Що ще Ви можете зробити?

Думаю, важливо подивитися, що є першопричиною співзалежних стосунків.

Основною причиною виникнення співзалежності є страх. Співзалежні бояться втратити контроль, вони потребують такої поведінки, щоб відчувати надійні стосунки. Люди з'єднані співзалежним зв'язком не бажають щось змінювати у своїх стосунках. Бажання контролювати інших базується на потребі у коханні, відчутті безпеки та своїй значущості. Вони бояться, що будь-яка зміна приведе їх до того, що їм самим доведеться дбати про себе. Цей ризикований крок більшість співзалежних зробити не хоче.

- Що Ви про це думаєте?
- Чи правильно я Вас зрозуміла... (перефразуємо висновки групи)

Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі. Сьогодні ми з Вами розглянули тему «Співзалежність». Співзалежність – це стан залежності близьких людей один від одного. Складність полягає в тому, що співзалежні стосунки, за глибокого ступеня вираженості, сильно гальмують наш розвиток, у тому числі покращення самопочуття. Рішенням є: висновки групи + розуміння причин супротиву, саботування, усвідомлене щодо цього ставлення; промовляння та пошук виходу.

Дозвольте Вам поставити ще кілька запитань?

- Чим сьогоднішня зустріч була для Вас цінною?
- Які висновки Ви для себе сьогодні зробили?
- Можливо, у Вас ще залишилися питання?
- Що мінятимете?
- З чого почнете?
- Як це буде?

– Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?

– Коли зробите перший крок?

Домашнє завдання: Пропоную Вам поспостерігати за проявами співзалежності людей, що оточують Вас, а також за власними відчуттями в цих стосунках.

Заняття 10 «Самооцінка»

Шерінг: Минулої зустрічі ми з Вами говорили про співзалежність.

– Чи думали Ви про це?

– Яких висновків Ви дійшли? (якщо відповідь ствердна)

– Чи змінилося у Вас щось? Що? (якщо відповідь ствердна)

– Чому? (якщо відповідь негативна)

Повернімося до Вашої мети (учасники промовляють власну мету).

– Може, щось змінилося, може щось хочеться додати?

Теоретична частина:

1. Людина в компанії людей з більшою вагою, ніж у неї самої, відчувається комфортніше, ніж серед людей з нижчою вагою. Очевидно, що її самооцінка змінюється в залежності від зовнішніх обставин, що є ознакою її нестабільності та залежності від навколишніх факторів.

2. Про залежність від думки інших також говорить той факт, що людина може надзвичайно радіти отриманим компліментам, і дуже засмучуватися через почуту критику.

– Знайомі Вам такі почуття?

– Давайте разом розберемося, чому це може гальмувати процес звільнення від харчової залежності?

Американські експерти з нормалізації маси тіла на практиці довели, що оцінка людиною себе впливає на її харчову поведінку.

– Що Ви думаєте з цього приводу?

Таким чином, те, як ми оцінюємо себе, свої здібності, якості, місце у житті і є нашою самооцінкою. Пропоную Вам сьогодні дослідити взаємозв'язок самооцінки із процесом харчування на прикладах.

– Для початку давайте подумаємо, що таке самооцінка, і якою вона буває?

Самооцінка є дуже важливою внутрішньою структурою особистості і служить для людини опорою та ресурсом. Нормальна самооцінка робить людину впевненою у собі. Такі люди швидко, легко і з радістю досягають поставленої мети.

– Як, на Ваш погляд, пов'язані між собою самооцінка та харчова поведінка?

– Давайте разом подумаємо, чим відрізняються люди з високою, низькою та фальшивою самооцінкою (або обговорюємо варіанти, які озвучували учасники)?

– Які причини формування неадекватної (низької, заниженої, завищеної, нестабільної) самооцінки Ви можете припустити?

Для тренера:

Самооцінка формується в онтогенезі, нереалістичні очікування від себе, залежність від думки інших, бажання подобатися іншим, незадоволеність собою (неприйняття себе), порівняння себе з іншими, залежність від успіху/невдачі, тощо.

Практична частина:

Ми з Вами працюємо над керованою харчовою поведінкою.

– Як Ви вважаєте, яку роль у ньому грає висока (низька) самооцінка?

– За особистими відчуттями, де буде Ваша самооцінка від 0 до 10, якщо 0 – це гірше не придумаєш, а 10 – дуже добре?

Взагалі, якщо дивитися глибше, ми по-різному оцінюємо себе, залежно від ситуації у різних сферах життя: бізнес, сім'я, здоров'я, дружні відносини, спорт і т.д. Людина може оцінювати свої успіхи, наприклад, у бізнесі як дуже високі, а в сімейному житті — навпаки. Або бути добрим батьком, але поганим чоловіком. Або добрим сім'янином, але не влаштовувати себе у відносинах зі своїм здоров'ям.

Якщо подивитися на Ваш процес прийому їжі, і знову повернутися до шкали від 0 до 10, якщо 0 - це гірше не придумаєш, а 10 - дуже добре, де Ви знаходитиметеся?

– Чому?

– А як би хотілося?

- Як це впливатиме на Вашу самооцінку і навпаки?
- Тепер давайте з Вами подумаємо, як Ви можете це отримати?
- Що Вам раніше допомагало підвищити самооцінку? (якщо самооцінка більшості учасників групи низька)
- Що Вам раніше допомагало підтримувати самооцінку? (якщо самооцінка учасників групи висока)
- Що Вам допоможе бути впевненими у стосунках з їжею/тілом/способом життя (те, що близько учасникам)?
- Як Ви можете цього досягти?
- Що для цього потрібно?
- Чи достатньо у Вас можливостей та ресурсів?
- Що Вам може завадити?
- Для Вас важливо отримати рекомендації щодо підвищення самооцінки?

Рекомендації:

1. Спиратися на власну, глибоко особисту думку про себе.
 2. Ставити собі реальні цілі.
 3. Порівнювати себе із собою вчорашнім, а не з оточуючими.
- Що Ви думаєте про ці рекомендації?
 - Чи правильно я Вас зрозуміла (почула)... (перефразуємо висновки групи)

Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі. Сьогодні ми з Вами розглянули вплив самооцінки на процес харчування. Самооцінка є дуже важливою, внутрішньою структурою особистості і служить для людини опорою та ресурсом. Будучи адекватною, вона нам допомагає... (те, що називала група).

Для підтримки самооцінки на високому рівні Ви вважаєте важливими такі кроки... (озвучуємо слова групи).

Важливо пам'ятати про те, що для високої самооцінки є ефективним: опора на власну думку про себе, а не на думку оточуючих; постановка собі реальних цілей і завдань; порівняння себе із собою у динаміці.

- Дозвольте поставити Вам кілька запитань?
- Що для Вас сьогодні було важливим?

- Які висновки для себе Ви зробили?
- Можливо, у Вас ще залишилися питання?
- Що мінятимете?
- З чого почнете?
- Як це виглядатиме?
- Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?
- Коли зробите перший крок?

Домашнє завдання: Спробуйте подивитися, як впливає Ваша самооцінка на Вашу поведінку у різних ситуаціях? Погляньте, чи залежать, отримані Вами, результати від Вашої самооцінки.

Заняття 11 «Мотивація»

Шерінг: Минулої зустрічі ми з Вами говорили про самооцінку.

- Чи думали Ви про це?
- Яких висновків Ви дійшли? (якщо відповідь ствердна)
- Чи змінилося у Вас щось? Що? (якщо відповідь ствердна)
- Чому? (якщо відповідь негативна)

Повернімося до Вашої мети (кожен учасник групи по колу промовляє власну мету).

- Чи є щось, що змінилося, чи що хотілося б додати?

Теоретична частина:

Давайте розглянемо на прикладі:

1. Якось одному чоловікові сказали його компаньйони, що костюми роблять його більшим. Через бажання виглядати в них елегантно та струнко, чоловік вирішив зайнятися ранковою ходьбою. Протягом тижня він вставав рано-вранці, ходив. Але одного разу йому цього просто не захотілося. Він подумав про те, що краще спати довше, ніж прокидатиметься рано заради якогось костюма. (Йдеться про зовнішню мотивацію)
2. Одного разу чоловік прийняв рішення, що хоче відчувати легкість у тілі та відсутність дискомфорту. Для цього він записався в тренажерний зал і почав планувати свої дії. Ось уже два роки він робить все це з легкістю та

задоволенням, адже це заради його здоров'я та гарного самопочуття. (Йдеться про внутрішню мотивацію)

– Як Ви вважаєте, яка між цими прикладами різниця?

За статистикою, багато людей не досягають поставленої мети.

– Як Ви вважаєте, чому?

Виявляється, що лише 20% людей справді ставлять собі мети, у тому числі лише 2% роблять це правильно. Крім того, більшість людей через будь-які причини не можуть або не хочуть завершити розпочате.

– Як Ви вважаєте чому?

Однією із найвагоміших причин є низька мотивація. Саме про неї та її значення в нашому житті я і пропоную сьогодні поговорити. Готуємо групу до сприйняття теми. Налаштовуємо учасників працювати над темою «Мотивація».

Мотивація – це наші внутрішні та зовнішні рушійні сили, які спонукають діяти у напрямку поставленої мети. Чим вищий рівень мотивації, тим швидше досягаємо бажаних результатів.

Яка є проблема? У людей з РХП знижене бажання змінювати свій спосіб життя на здоровий.

– Як Ви вважаєте, чому?

Для тренера.

Існує 4 основні проблеми низької мотивації:

1. Замість того, щоб від чогось тікати, треба до чогось іти («Не хочу бути товстим», це не те саме, що «Хочу бути струнким»). Люди фокусуються на тому, чого хочуть уникнути та мислять категоріями страху, в результаті приходять до того, чого уникали.
2. Недостатня впевненість у своїх силах, можливостях.
3. Відсутність покрокового плану дій на шляху досягнення цілей.
4. Відсутність внутрішнього, глибоко особистого бажання досягти цієї мети.

– Як ви на це дивитеся?

– Що Ви про це думаєте? Учасники групи пізнають межі проблеми; формують ставлення до цієї теми.

Практична частина:

– Як Ви думаєте, якщо людина: постійно тікає від чогось, не впевнений у своїх силах, не обмірковує шляхи досягнення цілей, якщо це взагалі не її цілі, чи зможе вона впоратися з поставленим собі завданням?

– Чому?

– А як можна інакше?

– Який із варіантів, на Ваш погляд, ефективніший для руху вперед?

– А як Ви підтримуєте бажання рухатися до поставлених цілей?

Для тренера: Існує багато способів, щоб підтримувати високий рівень мотивації. Найважливішими з них є:

- керуватися глибоко внутрішніми бажаннями,
- ставити собі цілі під силу,
- мати чіткий план досягнення цієї мети,
- досягати чогось нового, а не позбавлятися від старого (йти до мети, а не тікати від проблем).

– Чи правильно я Вас зрозуміла (почула)... (перефразуємо висновки учасників стосовно цієї теми).

Таким чином, мотивація є невід'ємним компонентом процесу досягнення поставленої мети. Для підтримки високої мотивації завжди потрібно пам'ятати про мету, бути впевненим у діях, концентруватися на позитивному та мати план дій. Щоб дійти бажаних результатів, важливо керуватися справжніми, внутрішніми причинами.

– Дозвольте поставити Вам кілька запитань?

– Що для Вас сьогодні було важливим?

– Які висновки для себе Ви зробили?

– Можливо, у Вас ще залишилися питання?

– Що мінятимете?

– З чого почнете?

– Як це виглядатиме?

– Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?

– Коли зробите перший крок?

Домашнє завдання: Спостерігайте за власними рушійними силами, які сприяють досягненню Вами поставлених цілей. Спробуйте оцінити, наскільки вони допомагають Вам на шляху досягнення бажаного.

Заняття 12 «Прийняття»

Шерінг: Минулої зустрічі ми з Вами говорили про мотивацію.

- Чи думали Ви про це?
- Яких висновків Ви дійшли? (якщо відповідь ствердна)
- Чи змінилося у Вас щось? Що? (якщо відповідь ствердна)
- Чому? (якщо відповідь негативна)

Повернімося до Вашої мети (промовляємо мету учасників по колу).

- Чи є щось, що змінилося, чи що хотілося б додати?

Теоретична частина (група отримує інформацію на тему розмови, що дозволяє оцінити рівень її значущості у процесі досягнення мети): Одного разу одна людина прийшла в сад і побачила зів'ялі дерева, кущі та квіти. Вона спитала їх, чому вони вмирають? Дуб сказав, що він помирає тому, що не може бути таким високим, як сосна. Сосна відповіла, що опадає тому, що вона не може давати виноград подібно до виноградної лози. А лоза вмирала тому, що вона не може цвісти, наче троянда. Незабаром людина знайшла одну рослину, яка радує серце, квітуча і свіжа. Після розпитувань отримала таку відповідь:

- Коли мене саджали, люди хотіли здобути радість. Якби хотіли дуб, виноград чи троянду, то посадили б їх. Тому я думаю, що не можу бути нічим іншим, крім того, чим є. І я намагаюся розвивати свої найкращі якості.
- Чи погоджуєтесь Ви з тим, що жодна людина не може бути ніким, окрім себе? Чому?

Справді, ми можемо бути лише собою. І, будучи собою, ми можемо розвиватися і радіти життю або можемо страждати, якщо не прийматимемо себе. Це означає повністю внутрішньо погоджуватись з тим, що є, свідомо любити себе.

- Які думки у Вас виникають із цього приводу?

У всіх нас є свої сильні та слабкі сторони, але замість того, щоб розвивати свої сильні сторони, ми часто концентруємось на слабких.

– Як ви думаєте, чому найчастіше, коли ми аналізуємо свої вчинки, ми згадуємо саме про помилки та невдачі.

Для тренера:

У голові кожної людини складається якийсь ідеал себе. Формується він ще у дитинстві, внаслідок завоювання світу дорослих із використанням власного досвіду. Дитина весь час прислухається до того, що їй кажуть. Наприклад, якщо вона каже, що їй спекотно, а мама стверджує, що їй холодно і вимагає одягнути куртку, то дитина так і робить. Виходить, що мама знає краще. Таким чином, будучи дорослою, людині складно довіряти собі, своїм відчуттям, інтуїції, тощо. Вона просто недостатньо себе знає. Саме тому важливо пізнавати та приймати себе.

– Як ви думаєте, як виражається прийняття себе у поведінці, діях, вчинках людини?

Давайте поговоримо, як прийняття стосується нашої з Вами роботи. Прийняття – це здатність людини бачити речі такими, якими вони є. Складність в тому, що люди з РХП не приймають себе і свою залежність від їжі, як частину себе. Вони їх заперечують.

– Як Ви вважаєте, до чого призводить заперечення?

Заперечення – це завжди глухий кут. Заперечуючи проблему, людина не може рухатися далі, тому що вона витрачає всі свої сили та енергію на виправдання. А сили спираються на ресурси, і рано чи пізно ілюзія розбивається об реальність. Давайте розглянемо на прикладі, як це відбувається у житті. Насправді люди із підвищеним індексом маси тіла не помічають, що переїдають. Також як люди, які хворіють на алкоголізм, не хочуть визнавати свою залежність («Це просто свята», «У мене поганий настрій», «Стреси на роботі», тощо).

Практична частина (група отримує можливість практично відстежити наслідки застосування нових знань):

Давайте подивимося в динаміці, до чого призводить такий підхід.

– Як Ви думаєте, що відбувається в житті людини, яка не приймає себе?

Для тренера:

У разі заперечення – завжди поразка. Заперечуючи реальність, ілюзійний світ людини рано чи пізно розбивається. І людина виявляється з тим, від чого все життя бігла: тікаючи від повноти, отримала ожиріння; заперечуючи хворобу, ще більше погіршила стан здоров'я. Як це відбувається? Заперечуючи проблему, людина всі свої сили та енергію витрачає на заперечення. В цей час, поки її сили йдуть, проблема зростає, ситуація посилюється, людина вже не може її ігнорувати, але ресурсів вже недостатньо, щоб з нею впоратися. І вона програє битву із самим собою. Але є й інший варіант: прийняти себе.

– Як Ви думаєте, чим відрізняється життя людини, яка приймає себе?

Для тренера:

Прийняття – це здатність людини бачити речі не через призму проєкцій, власних переконань, ідеалів, стереотипів, міфів тощо, а такими, якими вони є насправді. Ухвалення припиняє опір і боротьбу, на які витрачалось багато сил. Сили, вивільняючись, стають величезним ресурсом у розвиток і зміни. Внутрішній світ людини з позицією прийняття гармонійний, йому характерна довіра, відкритість, відмова від стереотипів, категорій, ілюзій, виправдань, очікувань. Приймати себе важливо ще й тому, що це допомагає припинити внутрішні конфлікти, які заважають розвиватися і ефективно долати негативні життєві події.

– А щодо суто особистих відчуттів, наскільки Ви себе приймаєте?

– Чи вмієте Ви прощати себе?

– Який варіант, на Вашу думку, є здоровим та чому?

– Як можна цього досягти?

– Що для цього потрібно?

– Що Вам може завадити?

– А як можна навчитися приймати себе незалежно від обставин та подій?

– Що це вам дасть?

Для тренера:

Цікаві факти з досліджень щодо зниження ваги. Якщо людина не приймає якусь частину свого тіла, в процесі роботи над зниженням ваги, то вона худне скрізь, крім цієї частини, тому що ми не можемо працювати з тим, чого немає. Є дуже ефективна технологія «Звільнення», яка працює саме з психологічною залежністю від їжі, з якою ми Вас ознайомимо наступних зустрічах.

– Чи правильно я Вас зрозуміла (почула)... (аналізуємо думки учасників, що звучали))

Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі. Сьогодні ми з Вами говорили про найскладніший бік роботи над собою – прийняття себе. Прийняття – це позиція сильної, зрілої людини, зі стійкою високою самооцінкою, здатною адекватно реагувати на різні життєві ситуації.

– Дозвольте поставити Вам кілька запитань?

– Що для Вас сьогодні було важливим?

– Які висновки Ви для себе зробили?

– Можливо, у Вас ще залишилися питання?

– Що мінятимете?

– З чого почнете?

– Як це виглядатиме?

– Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?

– Коли зробите перший крок?

Домашнє завдання: пропоную Вам подумати про свої сильні сторони, чим можете пишатися. Подумати про слабкі сторони та спробувати прийняти їх як частину Вас, не відмовляючись від них і не лаючи себе за те, що вони є. Спробуйте намалювати ромашку, а на її пелюстках прописати все свої якості цілісно.

Заняття 13 «Самоконтроль»

Шерінг: Минулої зустрічі ми з Вами говорили про прийняття.

– Чи думали Ви про це?

– До яких висновків Ви дійшли (якщо відповідь ствердна)

– Чи змінилося у Вас щось?

– Чому? (Якщо відповідь негативна)

Повернімося до Вашої мети (повторюємо мету кожного учасника).

– Чи є щось, що змінилося, чи що хотілося б додати?

Теоретична частина:

Уявіть людину, яка все своє життя працює над собою: займається пошуком своїх недоліків і перетворенням їх на гідності. Для неї це нескінченний процес: досягнувши знань в одній галузі, вона відчуває гостру потребу знань в іншій; зауваження з боку інших людей завжди сприймаються як особиста образа і сильно вибивають з колії; помилки оточуючих викликають сильний гнів, роздратування, обурення, огиду. Найбільше хочеться відповідати своєму ідеальному образу і на це йде багато сил, але цей образ просто недосяжний. І так все життя...Давайте з Вами подумаємо чому так відбувається? На замовлення періодичного видання Journal of Personality американськими психологами було проведено цікаве дослідження. В результаті якого було встановлено, що людина отримує більше насолоди від життя і відчуває набагато більше позитивних емоцій, якщо вміє контролювати і тримати себе в руках.

– Як Ви вважаєте, чому?

Таким чином, вміння людини ефективно керувати своїми емоціями та діями називається самоконтролем. Самоконтроль допомагає нам, контролювати власну поведінку, рухатися у напрямку поставленої мети. Чим самоконтроль вищий, тим простіше керувати ситуацією.

– Як Ви думаєте, яку роль грає самоконтроль у керованій харчовій поведінці (або мету клієнта)?

На сьогоднішній день розроблено багато програм, які допомагають людині нормалізувати вагу. Під контролем лікарів, дієтологів, тренерів люди дотримуються дієт, приймають вітаміни, дотримуються режиму харчування, займаються фізичною активністю. Все це, безперечно, корисно, але це не є самоконтролем.

– Як Ви вважаєте, чому?

Контролюючи себе, людина бере відповідальність за своє життя. Але важливо розуміти, що буває і інша сторона – зверх-контроль, коли людина взагалі не може відпустити контроль і розслабитися.

– Які ще переваги має самоконтроль?

Для тренера:

Самоконтроль забезпечує волю. У світі все так влаштоване: або людина керує, або нею керують. Самоконтроль допомагає долати опір, який може виникати, як тільки ми залишаємо зону комфорту. Самоконтроль тісно взаємопов'язаний із мотивацією: якщо самоконтроль знижується, то високий рівень мотивації допомагає рухатися до мети, і навпаки. Важливо донести до учасників з анорексією, що зверх-контроль порушує власну регуляцію, а для учасників з булімією та компульсивним переїданням – важливість власного контролю.

Практична частина:

- Що з часом відбувається з людиною, якщо вона втрачає контроль над своєю харчовою поведінкою?
- Що відбувається з людиною, якщо вона керує своєю харчовою поведінкою?
- Як Ви оцінюєте свій рівень самоконтролю у відносинах із їжею?
- А як би вам хотілося?
- Що це вам дасть?
- Як можна цього досягти?
- Що для цього потрібно?
- Що Вам може завадити?
- Чи цікаво Вам дізнатися про технологію, яка на сьогоднішній день є ефективною у підтримці самоконтролю керованої харчової поведінки? Ця технологія розроблена американським психологом Джилліан Райлі, і називається технологією планування. Найцікавіше, що вона взята з життя успішних людей, день яких структурований. Щоразу, коли Ви плануєте свій розпорядок дня, Ви також ним користуєтеся. З харчуванням так само. Наприкінці прийому їжі Ви плануєте наступний прийом їжі і що Ви будете

їсти. Тоді ви абсолютно впевнені, що всі бажання поїсти між призначеними Вами прийомами їжі будуть проявами психологічної залежності від їжі.

– Що Ви думаєте про цю технологію?

– Чи правильно я Вас зрозуміла (почула)... (перефразовуємо думки учасників групи).

Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі. Сьогодні ми з Вами розглянули роль самоконтролю у харчовій поведінці. Взагалі, у людини достатньо ресурсів, щоб підвищити рівень самоконтролю, якщо він низький або підтримувати її на високому рівні без зверх-контролю. Як мінімум для цього потрібно: висновки групи + взяти на себе відповідальність, дотримуватися режиму протягом певного часу, поки нові звички не стануть нормою життя;

– Дозвольте поставити Вам кілька запитань?

– Що для Вас сьогодні було важливим?

– Які висновки для себе Ви зробили?

– Можливо, у Вас залишилися питання?

– Що мінятимете?

– З чого почнете?

– Як це виглядатиме?

– Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?

– Коли зробите перший крок?

Домашнє завдання: спробуйте дотримуватись технології планування хоча б якийсь час і поспостерігайте за своїми відчуттями.

Заняття 14 «Технологія планування»

Шерінг: Минулої зустрічі ми з Вами говорили про самоконтроль.

– Чи думали Ви про це?

– Яких висновків Ви дійшли? (якщо відповідь ствердна)

– Чи змінилося у Вас щось? Що? (якщо відповідь ствердна)

– Чому? (якщо відповідь негативна)

Повернімося до Вашої мети (промовляємо мету, всі учасники у колі).

– Чи є щось, що змінилося, чи що хотілося б додати?

Пропоную сьогодні поговорити про важливість планування. Планування – це невід'ємна частина життя кожної успішної людини.

– А яке місце планування посідає у Вашому житті?

– Як Ви вважаєте, чи впливає планування на формування керованої харчової поведінки?

– Яким чином?

Теоретична частина:

Планування – це вміння ефективно розподіляти час та ресурси задля досягнення поставленої мети. Планування включає: постановку цілей та завдань, складання програми дій, міркування щодо варіантів виконання, виявлення необхідних ресурсів. Складність полягає в тому, що люди з РХП часто мають перекуси або переїдання, внаслідок чого набирають вагу та погіршують своє здоров'я. Це відбувається тому, що ми їмо набагато більше і частіше, ніж потрібно нашому тілу. Або навпаки, взагалі обмежуємо себе у їжі чи намагаємося відпрацювати те, що з'їли. Крім того, цьому сприяють відлуння нашої історії та фактори сучасного життя: голодомори, повоєнні роки, неправильна культура харчування; достаток продуктів, їх реклама, розвиток харчової промисловості та інше. На тлі цього людина втрачає здатність об'єктивно оцінювати свої потреби в їжі, внаслідок чого втрачає контроль за процесом харчування.

– Як Ви вважаєте, як таке неусвідомлене ставлення до їжі впливає на сучасну людину?

– А як може бути інакше?

— Який варіант Вам більше імпонує?

Практична частина:

– Як можна цього досягти?

– Що для цього потрібно?

– Як Ви вважаєте, яку роль грає планування у процесі здорового харчування?

Найцікавіше, що Ви щодня починаєте з планування: плануєте зустрічі, події і те, як і з ким вони проходять, які питання на них вирішуватимуться і т.д. Ви ймовірно ставитеся до своїх планів у край

відповідально. Саме тому вони зазвичай реалізуються, в результаті чого Ви отримуєте те, на що розраховували. Джилліан Райлі розробила технологію планування, суть якої полягає в тому, що в кінці прийому їжі необхідно запланувати час наступного прийому їжі і те, що Ви будете їсти. Ми з вами розбирали технологію минулої зустрічі. Головним завданням є не перекушувати в проміжках між запланованими прийомами їжі і мати кількість їжі, яку Ви собі намітили.

Це допомагає Вам реально контролювати свою харчову поведінку, задовольняючи свою фізіологічну потребу в їжі, не підкріплюючи психологічну залежності. Ви можете бути абсолютно впевнені: все, що поза запланованим є психологічною залежністю від їжі.

– Як Ви ставитеся до такого планування?

– Вам підходить така технологія?

– Чи правильно я Вас зрозуміла (почула)... (перефразуюмо висновки групи)

Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі.

Сьогодні ми з Вами поговорили про процес планування у сфері харчування. Також ми розглянули ефективну технологію планування, розроблену на основі досвіду людей з налагодженим харчуванням.

– Дозвольте поставити Вам кілька запитань?

– Що для Вас сьогодні було важливим?

– Які висновки Ви собі зробили?

– Як ви можете завадити собі використовувати цю технологію?

– Можливо, у Вас залишилися питання?

– Що мінятимете?

Домашнє завдання: просимо групу поміркувати за тиждень над такими питаннями.

– З чого почнете?

– Як це виглядатиме?

– Як Ви вважаєте, до чого це Вас приведе?

– Коли зробите перший крок?

Заняття 15 «Практика мовчання» (теоретична частина)

Звертання уваги на себе та забезпечення повного спокою – головні інструменти процесу самовідновлення.

– Давайте подумаємо, чого нам реально не вистачає у житті?

Група пропонує свої варіанти, ми їх доповнюємо.

Сучасне життя створює такі умови, в яких ми, по-перше, практично ніколи не буваємо наодинці з собою, а по-друге, дуже рідко залишаємося в тиші. Щодня, незалежно від того, де ми знаходимося і що ми робимо, нас оточують постійні звуки. Наприклад, дзвінки телефону, музика, шум автомобілів, голоси людей, тощо.

Але крім зовнішнього шуму існує ще й внутрішній – це наші думки. Якби наші думки звучали як слова, Ви б здивувалися, в якому шумі ми постійно перебуваємо. І навіть коли ми лягаємо спати і вимикаємо телевізор, телефон і т.д., наш мозок, як і раніше, створює величезну кількість думок.

– Як Ви вважаєте, чи можна відпочити в таких умовах?

– Чому?

Насправді в нашій голові одночасно існує 4-6 думок. Але ми «чуємо», тобто, думаємо ті думки, у яких зосереджено нашу увагу. Крім того, наша увага «стрибає» з однієї думки на іншу. Наприклад, людина дуже захоплена розмовою, і в цей момент десь поряд задзвонив телефон. Вона обов'язково зверне увагу на цей звук, а потім швидко повернеться до розмови. Тобто, крім зовнішнього шуму, ми створюємо собі ще й внутрішній шум, зовсім не замислюючись про наслідки перебування в безперервному потоці звуків та думок. Будь-які наші думки та дії потребують витрат енергії. А з огляду на те, що думаємо ми майже 24 години на добу, то запас енергії не поповнюється. Згодом ми починаємо себе гірше відчувати, стаємо млявими, швидко втомлюємося. Я думаю, у кожного з нас був досвід, коли ми ненароком поранили палець. Поступово рана загоюється, і в гіршому випадку залишається невеликий шрам. Цей процес називається регенерацією. Це і є прикладом самовідновлення. Виникає цілком закономірне питання: чому організм людини, незважаючи на можливість самовідновлення, хворіє, старіє і т.д.? Сучасний ритм життя змушує нас жити за принципом ПОВИНЕН, а не

ХОЧУ чи МОЖУ. Через це ми не даємо можливості своєму організму добре відпочити, набратися сил, поповнити ресурси і т.д. Але в певний момент наш організм намагається привернути увагу: з'являється дискомфорт, погіршується здоров'я.

Повний спокій – це мовчання у діях, словах та думках. Мовчання у діях – це коли ми приймаємо зручне положення тіла та розслабляємось. Мовчання у словах – коли ми нічого не вимовляємо вголос. Найскладніше – це мовчати в думках, тобто звільнити увагу від потоку думок і відпочити.

Практика «Мовчання» дозволяє досягти гармонії із зовнішнім світом та самим собою.

Суть практики полягає в тому, щоб:

1. По можливості забезпечити зовнішню тишу.
2. Прийняти зручне положення тіла, розслабитися.
3. Зосередити увагу на відчуттях у тілі.

Важливо! Нічого не оцінювати, не контролювати, не чекати, просто спостерігати. Тривалість практики Ви самі визначаєте, орієнтуючись на власні відчуття. Якщо у Вас з'являються будь-які неприємні емоції, то на сьогодні варто закінчити практику.

Я пропоную Вам поекспериментувати із власними відчуттями та спробувати цю практику. А на наступній зустрічі ми з Вами поділимося досвідом і обговоримо, як за допомогою «Мовчання» можна збільшити життєву енергію та активність.

Заняття 16 «Практика мовчання» (практична частина)

Звичка постійно думати заважає мовчати в думках під час практики.

– Чи вдалося Вам поекспериментувати із спостереженням за відчуттями у тілі? Як це було?

Ви, мабуть, помітили, що під час виконання практики не завжди вдається одразу почати мовчати в думках.

– Як Ви вважаєте, з чим це пов'язано?

Ми постійно про щось думаємо, тому ми просто не маємо досвіду мовчати в думках. Практика «Мовчання» дозволяє побачити весь внутрішній

шум, всі думки і поступово навчитися відпочивати від цього. При відкритому вікні до квартири долинають усі без винятку звуки з вулиці, які змішуються в один безперервний шум. Ми до них звикаємо і, в якийсь момент, нам здається, що ми просто перестаємо їх «чути». Насправді вони продовжують на нас діяти, просто нашу увагу перенесено на щось більш актуальне, а шум з вулиці стає просто тлом, потоком поза нашою увагою. Якщо закрити вікно – шум зникне. Саме в момент реального «звільнення» від шуму ми можемо оцінити, наскільки сильно він на нас діяв, і відчутти полегшення та спокій. Але це триває недовго, оскільки наша увага захоплюється новими думками. Все, що може виникати під час виконання практики (неприємні відчуття в тілі, біль чи думки) – це наше минуле, яке намагається «забрати» нашу увагу з сьогодення, тобто, забрати енергію на думки про минуле чи майбутнє.

Не хвилюватися про те, скільки разів відволіклися. Просто спостерігайте за неприємними відчуттями чи болем. Не оцінювати, не намагатися контролювати.

1. Якщо наша увага переключається на різні думки, то ми не досягли повного спокою. ЦЕ МОЖЛИВО НА ПЕРШИХ ЕТАПАХ ПРАКТИКИ.
2. Будь-які спроби лаяти себе через неточності чи помилки у виконанні практики закінчуються додатковою втратою енергії.
3. Тобто, внутрішні ресурси йдуть не на виконання практики, а на думки про те, «який я поганий» або «у мене нічого не виходить».
4. Проте, чим більше ми практикуватимемо, тим легше буде наближатися до стану повного спокою.
5. Практику можна виконувати у будь-який зручний момент, головна умова – відсутність шуму.

Просте спостереження за своїми відчуттями.

1. Намагайтеся просто пропускати думки, і спостерігати за тим, що відбувається.
2. Не варто йти за думкою, все це даремно і немає сенсу.
3. Усвідомлення важливості практики приходить з часом, коли видно результат.

Мовчання дозволяє перенести увагу з потоку думок на себе, своє тіло; "заспокоїти" уявний потік, який витрачає нашу енергію; дати собі час відпочити та відновити ресурси організму.

1. Тільки те, на що ми звертаємо свою увагу, змінюється та розвивається в нашому житті. Ми можемо досягти бажаного лише приділивши цьому час.
2. Нашому фізичному тілу на момент виконання практики має бути зручно. Якщо не буде зручно "тут і зараз", наша увага буде зосереджена на дискомфорті. Як правило, у результаті «запускається» ряд асоціативних думок, які не дозволяють повноцінно виконувати практику.
3. Просте спостереження не вимагає витрат енергії на розумові процеси, отже ми перебуваємо у спокої як фізичному, так і розумовому. Стан спокою запускає процес самовідновлення нашого організму, відбувається накопичення енергії.
4. Тільки ми знаємо, що для нас краще, тому важливо вміти чути свої потреби.

Систематично виконувати практику:

1. Вам варто щодня виділяти певну кількість часу, щоб побути наодинці з собою.
2. Практику рекомендується виконувати у зручному для Вас положенні. Ви приймаєте позу, що дозволяє максимально розслабитися. З'являється вміння поринати у спокій і відновлювати сили, і навіть перебувати у реальності як фізично, а й уявно, і емоційно.
3. Просто спостерігаючи, ми не задіюємо мислення, а отже, не орієнтуємося на минулий досвід чи уявлення про майбутнє.
4. Це дає можливість бачити, чути і відчувати тільки те, що реально є тут і в цей час.
5. Ми не тільки фізично знаходимося в цій кімнаті, на цьому дивані, але й подумки, тому що ми просто знаємо, що ми в спальні, на дивані, лежимо, відчуваємо свою руку, ногу і т.д. (Не уточнюємо, яка кімната, який диван, чи тепла рука, бо це вже робота думок, а вони зараз «мовчать»).
6. Не лінуватися і не відкладати "на завтра".

7. Не хвилюватись, якщо щось не відразу виходить. Є такий вислів, що завтра в принципі не існує. Тобто коли людина прокидається, вже знову сьогодні.

8. Будь-які, навіть незначні зміни у звичному ритмі життя можуть викликати опір, і це НОРМАЛЬНО.

Теми для обговорення у групі:

Можливі труднощі у процесі виконання практики

Як подолати труднощі

Що допоможе полегшити виконання практики

Механізм роботи практики

Що робити?

Що змінюється після виконання практики

Що робити, щоб сформувати нові звички

Практичні рекомендації БАЖАНІЙ ЕФЕКТ МОЖЛИВИЙ ТІЛЬКИ ЯКЩО:

1. Чітко дотримуватися умов виконання практики.
2. Виконувати практику щодня, тобто систематично.
3. Під час виконання практики не думати про якийсь кінцевий результат.
4. Виконувати практику стільки, скільки виходить.

Заняття 17 «Цілепокладання»

Ми знаємо із фізіології, що діяльність будь-яких живих систем рухається від потреби до задоволення. Так рухається наша активність. Якби у вас не було потреби в цій інформації, яку ви зараз чуєте, ви її не слухали б. Тому уникнути самообману на першому етапі, чесно визнати наявність якоїсь складності у житті в цілому за різних обставин життя – це важливий крок на шляху до ментального здоров'я.

Що таке здоров'я? Визначень є кілька. Найбільш з таких широко поширених і ємних - це визначення Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я: здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів.

З фізіології ми знаємо, інше визначення здоров'я, яке теж загалом співзвучне: здоров'я – це стан оптимальної життєдіяльності та творчої самореалізації з позитивним емоційним тонусом. З фізіології ми знаємо, що це стан норми.

Стан здоров'я стосується загалом усіх сегментів нашого життя. Це стосується і нашого фізичного, і психічного стану здоров'я, соціального здоров'я (здоров'я відносин), економічного здоров'я (здатності заробляти гроші), здатності реалізувати себе, здібності творити.

Якщо спростити, то основними компонентами здоров'я є:

1. Стан, у якому ми діємо найкращим із потенційних методів саме сьогодні.
2. Позитивні емоції, задоволеність та щастя.
3. Цікавий, творчий стан.

Давайте виконаємо з вами практику, яка дозволить нам відчутти нашу мету. Ця практика називається «Будь-який/улюблений день». Спочатку вона сформувалася як «Практика найкращого дня в моєму житті». Але насправді це не найкращий день у нашому житті, тому що це звучить трохи приречено. Тому прийшло усвідомлення, що це не найкращий, а найулюбленіший день у нашому житті. Як виконати цю практику? Дуже легко. Просто заплющіть очі і уявіть собі свій улюблений день вашого життя. На мить просто загляньте всередину себе і уявіть собі, який це день. Це справді чудовий день. Які у Вас відчуття? Що таке улюблений день загалом? Спробуйте запам'ятати той стан, який Ви відчули; Ви можете його записати. Зверніть увагу на те, що ви робили цього дня; чим займалися. Що корисного Ви робили для інших людей, що одночасно приносило б Вам справжнє задоволення? Як ви реалізовували себе протягом цього дня. Що ви робили? Якщо вам заважають якісь негативні думки, то пам'ятайте, що зараз вони не мають жодного відношення до нашої мети і до того, що ми робимо зараз. Тому просто відчуйте, виконайте практику; ці думки можна потім «подумати». Найголовніше, це впевненість у тому, що кожен день ми діємо найкращим із можливих способів, ми відчуваємо, що перебуваємо в стані оптимальної життєдіяльності; ми фізично це відчуваємо. Ми, безумовно, у творчій реалізації. Ми творимо, ми створюємо щось нове, ми реалізуємо себе. Ми маємо відчуття цієї реалізації. І, безумовно, цей стан супроводжується оптимальним та позитивним емоційним тонусом. Ми однозначно відчуваємося вище нуля. І в певні моменти, коли мені вдається себе

реалізувати, я почуваюся, безумовно, чудово; я почуваюся щасливою людиною. Це дуже важливо.

Спробуємо ще одну практику «Машина часу».

Дуже важливо усвідомити, що така мета, це стан, це переживання – носять універсальний характер. Подумки уявіть, що ви скористалися машиною часу. Ваша мета – зібрати копії себе за кожен рік свого життя. Ви збрали всі копії в одному залі. У вас є можливість з ними поговорити та домовитися. Після практики аналізуємо різні частини себе і намагаємось інтегрувати.

Домашнє завдання.

1. Відчуйте ще раз свій улюблений день. Запишіть свої почуття. Побудьте довше у усвідомленні цього дня. І запам'ятайте, що це відчуття норма. Кожен ваш день може бути наповненим.
2. Яке почуття має цей день? Яку користь ви приносите?
3. Сконцентруйтеся на своїх почуттях
4. Запам'ятайте цей стан як норму. Повертайтеся до цього стану іноді, згадуючи його за словом «норма».

Резюме:

Сьогодні ми з вами відчули мету, виконали практику улюбленого дня. Згадайте про свій улюблений день прямо зараз. Це справді наша мета. Ми хочемо бути здоровими людьми, і ми хочемо перебувати у стані оптимальної життєдіяльності, творчої реалізації з позитивним емоційним тонутом. Це наш цільовий стан, що пронизує всі елементи життя.

Заняття 18 «Практика ведення щоденника»

Наші думки йдуть безперервним потоком, відволікаючи увагу від реальних подій та того, що ми відчуваємо з цього приводу. Мозок людини влаштований таким чином, що, реагуючи на події, він поєднує картинки попереднього досвіду та уявлення про майбутнє. Саме тому те, що відбувається прямо тут і зараз, залишається поза нашою увагою. Така особливість нашого мозку заважає нам вчасно усвідомлювати свої потреби та бажання. Це створює нам певні труднощі:

- Ми втрачаємо більшість сигналів свого організму;
- Не можемо вчасно задовольнити свої потреби, що призводить до погіршення самопочуття та настрою;
- Позбавляємо себе можливості повноцінно відпочити та відновити сили.

Безперервний потік думок – це не лише безконтрольна втрата сил та енергії, а й погіршення самопочуття. Ми вважаємо, що думки – це невід'ємна складова здоров'я людини. На наш погляд, те, що відбувається навколо нас, є прямим відображенням наших думок. Велика ймовірність, що хаос у думках веде до погіршення самопочуття. У зв'язку з цим дуже важливо час від часу впорядковувати свої думки. Зробити це можна за допомогою простого методу – фіксувати свої думки та відчуття у щоденник. Особливість ведення щоденника у тому, щоб записувати лише те, що хочеться записати. Тут немає жодних обмежень чи зобов'язань. Все треба робити за власними відчуттями. Пам'ятайте, що Ви пишете щоденник для себе. Не намагайтеся писати гарно чи правильно. За допомогою щоденника ми отримуємо можливість «почути» себе з боку, не посвячувати нікого у свої думки. В результаті систематичного ведення щоденника Ви отримуєте можливість:

1. Розуміти свої справжні потреби та бажання.
2. Структурувати свої думки.
3. Відслідковувати зміни, які відбуваються із Вами.
4. Об'єктивніше оцінювати те, що відбувається.

Практичні заходи (домашнє завдання).

Для того, щоб отримати бажаний результат від ведення щоденника, важливо:

1. Щодня приділяти хоча б трохи часу щоденнику.
2. Почати можна з коротких записів, що Ви спостерігаєте.
3. Якщо у Вас виникнуть сумніви щодо необхідності ведення щоденника, запишіть це.

Заняття 19 «Чесність» (теоретична частина)

Все наше життя – це безперервний обмін інформацією, яка часто спотворюється. Це призводить до невдач, незадоволення, дискомфорту,

втрати сил, погіршення самопочуття, тощо. Організм людини та все, що знаходиться навколо нього – це система. Система – це сукупність елементів, які взаємопов'язані. Цей зв'язок здійснюється за допомогою передачі інформації. Інформація надходить від однієї людини до іншої через канал зворотного зв'язку. Інформація є безперервним потоком енергії, що забезпечує взаємодію людини з іншими людьми та навколишнім світом. З різних причин інформація у процесі передачі може змінюватися, і повертатися до людини у спотвореному вигляді. Саме тому однією з важливих проблем взаємодії людини з навколишнім світом є спотворення інформації, як наслідок – порушення зворотного зв'язку. Наприклад, якщо ми просто не хочемо чогось робити, але через якісь причини доводиться знаходити відмовки («у мене немає часу»), то рано чи пізно ми відчуємо внутрішній дискомфорт, напругу і навіть погіршення самопочуття. Це і є порушення зворотного зв'язку внаслідок спотворення інформації. Передаючи інформацію, ми часто забуваємо, що від неї безпосередньо залежить наш внутрішній стан. Спотворена інформація завжди призводить до порушень зворотного зв'язку і негативно відображається на нашому самопочутті. Для більшості фахівців найлегшим і найшвидшим способом допомогти людині покращити її самопочуття є лікування медикаментами. Однак такий підхід може на якийсь час прибрати симптоми, але не основну причину проблеми. І тому рано чи пізно самопочуття знову погіршується. Наприклад, при головному болю ми приймаємо таблетку. Це може повторюватися нескінченно. Адже причиною болю може бути перевтома, стрес. Це означає, що потрібно добре відпочити, розслабитися або переключитися на інший вид діяльності. Ми пропонуємо не забувати про те, що людина – це система, елементи якої взаємопов'язані між собою, тобто кожна думка, слово і дія впливають на наше здоров'я. Ми посилаємо спотворену інформацію в навколишній світ, яка повертається до нас у вигляді негативного зворотного зв'язку, погіршуючи наше самопочуття. Саме тому важливо надсилати у зовнішній світ неспотворену інформацію.

Давайте на прикладі подивимося, що означає неспотворена інформація.

1. Якщо ми відчуваємо втому, то варто зізнатися собі в тому, що потрібно відпочити та зробити це.
2. Якщо ми дали собі обіцянку із завтрашнього дня ходити вранці, то виконуємо це.

Якщо таку поведінку назвати одним словом, то можна сказати, що це чесна поведінка. Це не зовсім розуміння чесності, до якого ми звикли, тобто не йдеться про те, що потрібно відкрити свою душу. і спокійно на це реагувати. Орієнтуючись на свій організм як єдину систему, ми забезпечуємо собі внутрішню гармонію.

Що Ви матимете в результаті?

Відсутність спотворень інформації забезпечує:

1. Захист від стресів.
2. Отримання позитивного зворотний зв'язок
3. Гарне самопочуття.
4. Внутрішній спокій.
5. Практичні заходи (домашнє завдання)

З метою експерименту з новим розумінням чесності ми наполегливо рекомендуємо:

1. Спробуйте якийсь час у своїх діях дотримуватися своїх думок і бажань. Наприклад, якщо Ви зловите себе на думці, що дуже втомилися і Вам хочеться відпочити, зізнайтеся собі у цьому; і намагайтеся знайти трохи часу, щоб це зробити.
2. Спостерігайте за своїми відчуттями.
3. Нічого страшного, якщо щось не виходить. Тому що головне, що Ви сприймаєте ситуацію такою, якою вона є.

Заняття 20 «Чесність» (практична частина)

Ми з Вами вже говорили про те, що відкрито сприймаючи те, що не збігається з нашими уявленнями, переконаннями, очікуваннями і спокійно на це реагуючи, ми заощаджуємо свою життєву енергію. І цим забезпечуємо внутрішній комфорт. Усе це характеризує поняття чесності із собою. Тобто, в даному випадку зовсім не йдеться про те, що потрібно «відкривати душу».

Згадаймо, що ми самі і весь світ навколо нас – це система, елементи якої постійно між собою взаємодіють за допомогою безперервного обміну інформацією. Саме чесність допомагає мінімізувати появу спотворень у цій інформації та зберегти систему гармонійною.

Контроль домашнього завдання

– Чи вдалося Вам поекспериментувати з новим розумінням чесності, про яке ми говорили минулого разу?

– Можливо, Ви хочете поділитися чи обговорити свої спостереження?

Часто ми забуваємо про те, що відкритість до того, що відбувається з нами та навколо нас – це головна умова відновлення та збереження внутрішньої гармонії та доброго самопочуття.

Проблема полягає в тому, що звичний ритм життя не дозволяє нам зупинитися і повною мірою звернути увагу на те, що відбувається навколо. Внаслідок чого ми часто не звертаємо уваги на те, що відбувається з нами та всередині нас: наші власні думки, відчуття, поведінка. Все це не дозволяє нам бути чесним із самим собою. Крім того, така нечесність до себе створює ілюзію комфорту, тому що іноді вона допомагає бачити те, що ми хочемо бачити. Створюється цілісність із навколишніми обставинами, але руйнується цілісність із собою. Такий дисбаланс рано чи пізно призводить до погіршення самопочуття. Поява різних симптомів – це спроби організму привернути до себе нашу увагу, повідомити, що щось йде не так. Ми пропонуємо Вам не ігнорувати власний організм та звернути увагу на свої відчуття, потреби, бажання. Коли ми вміємо чути реальні сигнали свого організму, ми вже частково чесні самі з собою. Питання у тому, як навчитися це робити?

Справа в тому, що дуже часто прислухатися до себе нам заважає не лише той ритм життя, який у нас є, а й безкінечний потік думок у нашій голові. У зв'язку з цим головною умовою, яка забезпечить нам можливість чути свої потреби, є внутрішнє мовчання (нагадуємо практику мовчання). Внутрішнє мовчання – це відсутність потоку думок про минуле і майбутнє і звернення уваги на сьогодення. Наприклад, звернення уваги на те, в якій позі

Ви перебуваєте, наскільки глибоко Ви дихаєте, як б'ється Ваше серце, тощо. Коли ми зосереджені на теперішньому, ми можемо розпізнати «підказки» нашого організму. Можливо, саме зараз ми відчуваємо втому і нам треба відпочити. Або, навпаки, зараз ми на піку своєї активності. Отже, ми розпізнаємо свої справжні внутрішні потреби і отримуємо можливість діяти відповідно до них. Це дозволяє уникнути спотворення інформації, тобто бути чесним по відношенню до себе. Однак так чи інакше, незалежно від того, наскільки ми чесні самі з собою, інформація все одно може спотворюватися. Адже контролювати себе 24 години на добу – це неприродньо. Саме тому важливо забезпечити додаткову можливість своєму організму подолати ті труднощі, які виникають. Таку можливість дає лише повний спокій, якого ми можемо досягти за допомогою мовчання у діях, словах та думках. Такий стан дозволяє синхронізувати те, що реально існує зараз і наші уявлення про це. Ми не тільки усвідомлюємо реальність, а й заощаджуємо власну енергію. Перемикання уваги з потоку думок на реальні відчуття тут і зараз, за допомогою мовчання – це головний інструмент, що дозволяє нам почути себе, а отже, бути чесним із самим собою. Що Ви матимете в результаті?

Відкритість до того, що відбувається, і спокійне реагування на це дозволить нам:

- Розслабитися;
- Посилити внутрішній комфорт;
- Відчути гармонію та цілісність свого організму;
- Накопичувати енергію;
- Отримувати задоволення від задоволення своїх справжніх потреб та бажань завдяки вмінню вчасно їх розпізнавати;
- перебувати в оптимальному для організму режимі.

Практичні заходи (домашнє завдання)

Для отримання можливості ефективно справлятися з різними життєвими труднощами з мінімальними витратами сил та енергії, ми рекомендуємо:

1. Поспостерігайте за тим, як Ви реагуєте на події, які не відповідають Вашим очікуванням. Які думки та відчуття у Вас виникають із цього приводу?
2. Спробуйте відстежити, як часто Ви чесно зізнаєтеся собі у тому, що насправді думаєте та відчуваєте? Як це впливає на ваше самопочуття?

Заняття 21 «Енергія та ресурси»

Шерінг: В сучасних умовах більшість людей позбавляє себе енергії, коли ведуть неправильний спосіб життя і відбувається втрата сил на непотрібні дії. Кожен з нас окремо та світ загалом існує за рахунок обміну енергії. Енергія є всюди: довкола нас і в нас самих. Усі дії, слова і навіть думки – це енергія.

Однак у сучасних умовах ми часто самі позбавляємо себе енергії через неправильний спосіб життя.

Крім того, щодня ми витрачаємо багато енергії, вирішуючи багато питань.

У зв'язку з цим є дві основні складності:

1. Ми не вміємо поповнювати запаси енергії.
2. Дуже часто енергія рухається нерівномірно: або ми витрачаємо більше, ніж отримуємо, або навпаки.

І те, й інше веде до порушення енергообміну, у результаті наш організм втрачає здатність ефективно функціонувати, наше самопочуття погіршується, і ми перестаємо отримувати задоволення від життя. Умови сучасного світу змушують нас швидко діяти, думати, жити, внаслідок чого ми витрачаємо величезну кількість енергії, позбавляючись здоров'я та довголіття. Традиційно прийнято вважати, що погане самопочуття, занепад сил, поганий настрій – це те, що потрібно обов'язково лікувати за допомогою медикаментів. Призначаючи ліки, спеціалісти намагаються штучно підвищити життєвий тонус. На якийсь час це дає результат, але за короткий час ми знову стикаємося з цією проблемою. Це тому, що ігноруються справжні потреби організму.

Ми виходимо з того, що наш організм здатний постійно самовідновлюватись, «підказуючи» нам, що йому потрібне. Наприклад, відпочити, поїсти, побути на свіжому повітрі, рухатися. Проте, щоб самооновлення відбувалося, необхідно лише одне, але трохи незвичне нам умова – вміння перебувати у стані повного спокою. Такий стан буває лише в результаті мовчання у діях, словах та думках – техніка «Мовчання».

Коли ми перебуваємо в спокої, ми звертаємо увагу на свій організм і ті відчуття, які реально є в даний момент часу.

Саме це дозволяє активізувати внутрішній ресурс та запустити процес саморегуляції.

Сьогодні ми розберемося, що таке психологічний ресурс і які його види існують.

Ресурси – особистісні властивості й здібності, що є для людини цінними та допомагають адаптуватися до стресових ситуацій й долати їх (самоповага, професійні вміння, самоконтроль, життєві цінності) [183].

Ресурсність – співвідношення внутрішніх, соціальних, матеріальних втрат та набуттів. Ресурси можуть бути соціальними, інтелектуальними, фізичними, психологічними, тощо.

Психологічні ресурси – екзистенційно-когнітивні коди інтерпретації людиною значущості події.

Знання власних психологічних ресурсів – реалістичне оцінювання своїх психологічних можливостей та їхніх меж.

Уміння оновлювати власні психологічні ресурси – вміння поповнювати свої психологічні ресурси шляхом творчості, успіху, любові.

Уміння вміщувати власні психологічні ресурси – уміння реалізовувати власні життєві плани, а також створювати професійні і творчі ідеї, гармонію у взаєминах, вкладаючи у них власну суть.

РЕФЛЕКСИВНЕ ЗАВДАННЯ «СКЛАДНА СИТУАЦІЯ»

Інструкція: учасникам важливі згадати подію власного життя, яка дуже сильно на них вплинула, а можливо навіть кардинально його змінила.

Дайте відповіді на такі питання:

- Опишіть цю подію?
- Які попередні життєві події ускладнили переживання цієї події?
- Чи відбулася подія раптово? Це було неочікувано?»?
- Була можливість впливати на подальший розвиток подій?
- Як це вплинуло на життя? Якою мірою змінився звичайний спосіб життя?
- Чи могли ви на той момент уявити вихід з цієї ситуації? Якщо ні, то що цьому заважало?
- Чи містила подія певну особисту втрату?
- Що саме вас найбільше пригнічувало?
- Чи відчували ви під час проживання події негативні почуття щодо себе?
- Якщо зараз подивитися у минуле, то запитайте себе, чи було у тій події, якесь приховане послання для вас?
- На що ви почали дивитися інакше?
- Яким чином ви почали після цього діяти інакше?

Домашнє завдання: спробувати відслідковувати ресурси в своєму житті за принципами психологічного самоінвестування : вільний час для внутрішньої філософії та прослуховування музики, розслаблення, нові стимули, подарунки, свята, розваги, проведення часу з людьми, з якими нам добре, схвалення.

Заняття 22 «Тут і зараз»

Ми з Вами вже обговорили, що означає керувати своєю харчовою поведінкою і чому це важливо робити. Познайомилися з факторами, що сприяють та факторами, що гальмують відслідковуванню фізичного голоду та почуття насиченості. Застосовуємо на практиці технологію «Планування» та технологію «Прийняття».

Сьогодні ми зупинимося на тому, що означає перебувати в реальності та чому це важливо в контексті здорової харчової поведінки. Давайте на прикладі подивимося, що відбувається з нашим тілом та думками, коли ми чимось зайняті. Наприклад, ми йдемо вулицею, наші ноги та руки здійснюють автоматичні рухи, м'язи забезпечують рівновагу. Цікаво, а чим у

цей момент зайнятий наш мозок, якщо йому не потрібно думати, як зігнути ногу або в який бік змахнути рукою. Найчастіше, у цей момент ми думаємо про щось найбільш актуальне для нас. Або інший приклад. Думаю, Ви зі мною погодитеся, що у кожного бувають ситуації, коли, в процесі їжі, ми подумки далеко від прийому їжі. Наприклад, думаємо про недороблену роботу, дивимося телевізор, розмовляємо з кимось, або думаємо про майбутні справи. А коли знову звертаємо увагу на сам процес харчування, то вже з'їли забагато чи зовсім не те, що хотіли насправді. Справа в тому, що найчастіше в думках ми несемося далеко від навколишньої реальності, тобто, НЕ бачимо, НЕ чуємо і НЕ відчуваємо те, що РЕАЛЬНО є навколо нас.

1. Наш РОЗУМ запам'ятовує весь досвід, який ми отримуємо у процесі розвитку.
2. У нас завжди є певні уявлення про майбутнє, про те, як має бути, які складаються на основі наявного досвіду.

Наприклад, якщо ми одного разу обпеклися, то наступного разу, побачивши щось гаряче, наш розум розуміє уявлення про те, що буде боляче, якщо до нього доторкнутися, він захищає нас.

3. РОЗУМ працює за принципом порівняння, постійно звертаючись до пам'яті та досвіду, який у ній є. Якщо відбувається щось, що нам уже знайоме, ми реагуємо на це вже відомим нам способом.
4. Саме так і з'являються звички. Така поведінка, що багаторазово повторюється, стає автоматичною.
5. Наша увага весь час переключається з минулого уявлення про майбутнє, ігноруючи реальність і те, що є у теперішньому.

Бути в ситуації «Тут і зараз» – бути в реальності, в даний момент, тобто:

- Бачити те, що знаходиться тут навколо нас, прямо зараз;
- Чути те, що звучить прямо тут і прямо зараз;
- Відчувати те, що виникає прямо тут і прямо зараз;
- Свідомо реагувати на те, що відбувається прямо тут і зараз.

1. Тому що ми не маємо такого досвіду, найчастіше подумки ми в минулому чи майбутньому.
2. Як тільки наша увага переключається на минуле чи майбутнє, наш РОЗУМ починає працювати за принципом асоціацій. Тобто, одна думка чіпляє іншу, і ми починаємо жити цим потоком думок, які захоплюються образами минулого (пам'яттю) або образами бажаного майбутнього (уявою). Перестрибуючи з минулого на майбутнє, ми втрачаємо сьогоднішнього. Отже, ми не можемо правильно оцінити те, що відбувається прямо тут і зараз, а отже, не можемо і ефективно на це реагувати.

Наприклад, у нашій пам'яті є інформація про те, що ми отримуємо задоволення, коли їмо улюблену страву. Оскільки їмо ми систематично, цей процес став автоматичним, і, можливо, навіть виробилася харчова звичка. Щоразу, коли ми сідаємо їсти, наші думки захоплюються нашою пам'яттю про те, як було смачно минулого разу і нашою уявою про те, яку насолоду ми отримаємо в процесі та після їжі. Тобто, фізично ми сидимо за столом і їмо, але подумки ми випереджаємо події, а значить, упускаємо те, що відбувається прямо зараз. В результаті, ми не відчуваємо по-справжньому смак їжі, переїдаємо, і навіть упускаємо саме задоволення, тому що наші думки зайняті його очікуванням, а не самим процесом їжі, який власне і приносить задоволення.

Щоб навчитися перебувати в «тут і зараз» необхідно:

- Вчитися зосереджувати увагу на поточному моменті;
- Відстежувати те, що бачимо, чуємо, відчуваємо прямо тут і прямо зараз;
- Аналізувати ці спостереження;
- Пам'ятати, що відволікання уваги від поточного моменту - природне явище і не ляяти себе за це.

Якщо ми навчимося більшу частину часу перебувати в «Тут і зараз», ми:

- Більш виважено підходитимемо ситуації;
- Навчимося краще розуміти свої почуття та відчуття;
- Більш ефективно реагувати на труднощі;

- Менше заїдати негативні емоції;
- Будемо більше часу проводити в свідомому стані.

Заняття 23 «Відповідальність»

Минулої зустрічі ми з Вами говорили про те, чому важливо перебувати в ситуації «Тут і зараз» і чесності із собою та іншими, а також про те, як навчитися бути в реальності. Сьогодні ми зупинимося на ще одній дуже важливій темі, пов'язаній із формуванням керованої харчової поведінки. Ми поговоримо про відповідальність за свою поведінку. Відповідальність – це характеристика, що визначає нашу здатність аналізувати ситуацію; прогнозувати наслідки своїх дій; робити вибір, а також наслідки цього вибору. Брати відповідальність – відповідати за свої дії, вчинки та їх наслідки.

Те, як ми поведимося в тій чи іншій ситуації залежить від кількох факторів:

- Особливостей нашого характеру;
- Значущості для нас ситуації, що склалася;
- Рівня усвідомлення нами ситуації;
- Вміння регулювати свої емоції.

1. У нашому житті дуже багато автоматичних дій. Наприклад, дії, пов'язані з ходьбою, їжею, гігієнічними процедурами, тощо.
2. З одного боку, автоматичні дії економлять нашу енергію, тому що не вимагають розумових операцій перед та під час їх виконання.
3. Але, з іншого боку, вони не дозволяють нам обдуманно реагувати на багато речей.
4. Реагуючи автоматично, наприклад, на сигнал, пов'язаний з їжею, ми за хвилину вже щось їмо, замість того, щоб зупинитися і подумати: «А чи голодний я?», «Чи я хочу це з'їсти?».
5. Звичайно, ми повинні брати на себе відповідальність за будь-яку свою поведінку, і автоматичну в тому числі. Однак досить складно відповідати за те, що ми не встигли навіть обміркувати, зважити всі за і проти.

6. У таких випадках, наприклад, переївши, ми зрештою самі не розуміємо, як це могло статися. І ми беремо на себе відповідальність, але не завжди до кінця розуміємо, за що саме. У зв'язку з цим, ми можемо відчувати провину через те, що переїли чи звинувачувати себе за знову проявлену слабкість.

7. Усвідомлюючи те, що РЕАЛЬНО відбувається, зокрема й свої відчуття, ми більше розуміємо це, отже, можемо робити об'єктивніші висновки і усвідомлений вибір.

Навчитися більш усвідомлено реагувати на сигнали нам, для початку, можуть допомогти технологія планування та технологія прийняття. Внаслідок їх систематичного застосування, ми можемо:

1. Робити свідомий вибір. Адже, якщо ми розуміємо, що відбувається з нами прямо тут і прямо зараз, що ми відчуваємо, чого хочемо, то й рішення ми приймаємо, ґрунтуючись на своїх бажаннях та потребах, які усвідомлюємо та розуміємо.
2. Взяти відповідальність за свої рішення. Звичайно, набагато простіше відповідати за той вибір, причини якого ми розуміємо і наслідки якого були внутрішньо готові.
3. Аналізувати свою поведінку. Коли наші рішення, дії та вчинки усвідомлені, ми здатні оцінити їх і побачити всі сильні та слабкі сторони своєї поведінки.

Розуміння своїх рішень та вчинків дозволяє усвідомлено брати на себе відповідальність за їх наслідки та враховувати новий досвід у подібних ситуаціях.

Наприклад:

1. Якщо реагувати на сигнал щодо їжі і прислухатися до себе, своїх відчуттів, тобто знаходитися в ситуації «тут і зараз» і розуміти, що ми не голодні, ми можемо зробити усвідомлений вибір їсти чи ні.
2. Вирішивши поїсти, незважаючи на відсутність голоду, ми вже беремо на себе відповідальність за своє рішення.
3. У результаті, коли ми переїдаємо, ми не матимемо почуття провини чи агресії на себе, тому що ми прийняли цілком зважене рішення і тим самим внутрішньо підготували себе до його наслідків.

4. Ми просто проаналізуємо своє самопочуття після переїдання та отримаємо новий досвід, який зможемо використати у подібній ситуації.
5. Якщо наступного разу, перед нами знову буде вибір їсти чи ні, коли ми не будемо голодні, ми пригадаємо, як почували себе минулого разу після переїдання.
6. Тепер уже у нас з'явиться можливість СВІДОМО ВИБРАТИ: поїсти та повторити минулий досвід чи не поїсти, щоб не почуватися погано.

Підсумуємо:

1. Кожна автоматична реакція на сигнал, пов'язаний з їжею – це активізація харчової звички.
2. Коли спрацьовує звичка, ми спочатку виконуємо звичну дію, а потім уже розуміємо, що ми робимо. Наприклад, увійшовши на кухню, ми спочатку відкриваємо холодильник, щось звідти дістаємо, а потім уже розуміємо, що їмо. Крім того, часто буває так, що ми доїдаємо те, що взяли з холодильника, і тільки потім, коли починаємо зазнавати наслідків переїдання, усвідомимо, що з'їли занадто багато або зовсім не хотіли їсти.
3. Реагуючи автоматично щоразу, як тільки є сигнал, наш РОЗУМ «стрибає» з минулого досвіду отримання задоволення на уявлення про майбутнє задоволення, ігноруючи наші реальні відчуття. Внаслідок чого харчова звичка закріплюється.

Усвідомлено реагуючи на сигнал, ми можемо:

- Розуміти усі сторони ситуації;
- Робити свідомий вибір;
- Приймати виважені рішення;
- Брати відповідальність за свої рішення;
- Аналізувати свою поведінку;
- Враховувати попередній досвід, не ігноруючи РЕАЛЬНІСТЬ.

Усвідомлено реагуючи на сигнал, ми беремо на себе відповідальність за прийняте рішення та його наслідки, тобто регулюємо свою харчову поведінку.

Минулої зустрічі ми з Вами говорили про відповідальність.

– Чи думали Ви про це?

– Яких висновків Ви дійшли? (якщо відповідь ствердна)

– Чи змінилося у Вас щось? Що? (якщо відповідь ствердна)

– Чому? (якщо відповідь негативна)

Повернімося до Вашої мети (промовляємо мету учасників групи по колу).

– Чи є щось, що змінилося, чи що хотілося б додати?

Теоретична частина:

Перш ніж перейти до теми сьогоднішньої зустрічі, розглянемо кілька прикладів із життя.

1. Людина нервується з приводу майбутньої ділової зустрічі, від якої багато що залежить. Через свій збуджений стан, вона весь час бігає курити.

2. Як тільки відбувається сварка з дружиною, чоловік одразу дзвонить друзям і йде з ними в бар.

3. Давайте уявимо людину, яка відчуває повне «перевантаження» на роботі. Щоб змінити обстановку, вона зустрічається з друзями за вечерею. Переїдає. У цьому випадку, крім тяжкості в шлунку, вона отримує моральне задоволення від спілкування.

– Що, на Вашу думку, спільного у всіх цих прикладах?

Американський письменник Артур Блох, у книзі «Закони Мерфі», писав: «Будь-яке питання має дві сторони. Щоб досягти успіху, треба підтримувати обидві».

– Як Ви вважаєте, про що це?

Сьогодні ми з Вами поговоримо про протилежні сторони переїдання та перекушування, і про технологію, яка їх об'єднує. Ми звикли розглядати лише негативну сторону небажаних звичок. Наприклад, куріння призводить до раку легень, погіршує зовнішній вигляд;

– Як Ви думаєте, який негативний бік мають перекушування, переїдання або голодування?

Часто, концентруючись на негативних сторонах наших небажаних звичок, ми упускаємо з уваги те, що вони можуть мати і позитивні сторони у завтрашньому дні.

– На Вашу думку, які позитивні сторони мають переїдання, перекушування, голодування?

Сьогодні ми з Вами спробуємо об'єднати ці дві сторони та подивимося, що з цього вийде.

Практична частина:

1. Як Ви думаєте, голодування, перекушування та переїдання є небажаною поведінкою?
2. Може бути, якась частина Вас одержує задоволення в процесі переїдання? Як ми можемо назвати цю частину?
3. Може у Вас є інша частина, протилежна частині А? Як ми можемо назвати цю частину?
4. Давайте подумаємо, чим займається частина А?
5. Які хороші якості є у частини А? Чого їй не вистачає?
6. Як Ви відчуваєте, ці дві-три частини зазвичай виявляються одночасно чи по черзі?
7. Якби частина А могла говорити з частиною Б, що вона їй сказала?
8. Частина А поважає частину Б? Частина Б поважає частину А?
9. Частина А добре ставиться до частини Б? Частина Б добре відноситься до частини А?
10. Що ще відчуває частина А до частини Б? Що ще відчуває частина Б до частини А?
11. Чому частина А може навчитися у частини Б? Чому частина Б може навчитися у частини А?
12. Ви можете уявити, як 2 частини обмінюються інформацією та енергією?
13. Витягніть вперед руки долонями вгору і подайте в кожній руці одну з частин, спостерігаючи, як вони обмінюються енергією.

А тепер зведіть руки разом. Що розділяє частина А та частина Б?

Тепер, коли у Вас є всі якості... і Ви можете... як зміниться Ваше життя?

+ звертаємо увагу групи на майбутнє (дати учасникам час до наступної зустрічі)

– Чи правильно я Вас зрозуміла (почула)... (перефразуємо висновки групи)

Давайте підіб'ємо підсумки сьогоднішньої зустрічі.

Домашнє завдання:

– Дозвольте поставити Вам кілька запитань?

– Що для Вас сьогодні було важливим?

– Які висновки Ви собі зробили?

Пропоную Вам до наступної зустрічі поспостерігати за собою, прислухатися до себе у різних ситуаціях. Виділити, які частини себе ви чуєте при спробах регуляції харчової поведінки.

Заняття 25 «Дихання»

Дихання – це той фізіологічний акт, яким ми можемо управляти. Між дихальним центром та судинним центром нейрони можуть синхронізуватися. Дихальні практики – найважливіший шлях до саморегуляції. Усвідомленість починається зі спостереження за диханням. Особливого значення в саморегуляції власного стану відіграє цикл дихання. Існує дуже складний та глибокий механізм, який за це відповідає. Дихання – це єдиний фізіологічний процес, яким ми можемо керувати свідомо. Якщо ви навчитеся керувати диханням, то ви навчитеся керувати своїм тілом. Не плутайте практику мовчання із практикою дихання. Мовчання не пов'язане з фізичним навантаженням, а дихання передбачає періодичне навантаження, зміну дихання, інтенсивне дихання тощо.

Сьогодні ми спробуємо 3 техніки дихання:

1. Дихання по квадрату – це проста але ефективна дихальна техніка, яка допоможе вам знизити рівень стресу, розслабитись і покращити концентрацію уваги.

Як вона працює:

Техніка заснована на квадратному циклі дихання: вдих, затримка дихання, видих і затримка дихання, кожен з яких триває однакову кількість секунд.

Використовується цикл 4 – 4 – 4 – 4: чотири секунди вдих, чотири секунди затримка дихання, чотири секунди видих, чотири секунди затримка дихання.

Як навчитись дихати по квадрату?

- Сядьте або ляжте у зручній позі.
- Закрийте очі та розслабтесь.
- Зосередьтесь на своєму диханні.
- Зробіть глибокий вдих через ніс протягом 4 секунд
- Затримайте дихання на 4 секунди.
- Повільно видихніть через рот протягом 4 секунд.
- Затримайте дихання на 4 секунди.
- Повторюйте цикл протягом 5 – 10 хвилин.

2. Когерентне дихання - це одна з форм повільного контрольованого дихання з однаковою тривалістю вдиху та видиху без затримки дихання між ними.

Когерентне дихання допомагає при хронічному стресі та підвищеній чутливості.

Як правильно робити?

Базова техніка передбачає повільні вдихи та видихи однакової тривалості: 6 секунд на вдих та 6 секунд на видих. Саме такий темп ми задаємо у нашому аудіо (до вправи додається аудіо і відео супровід). Аудіо триває 10 хвилин, але якщо ви обмежені в часі, то тривалість практики можна скоротити навіть 2 хвилини допоможуть збалансувати реакцію організму на стрес. Однак загальне правило таке: чим сильніший стрес, тим довше потрібно виконувати практику. Рекомендація для початківців: постарайтесь дихати не надто глибоко – інакше ви можете відчути запаморочення через гіпервентиляцію. У міру накопичення досвіду робіть глибші вдихи. Якщо раніше ви не робили дихальних практик, цілком можливо, що вам буде важко зосередитися на диханні або швидко відчуєте нудьгу. Це не привід припиняти

практику: залиште аудіо програватися і займіться своїми справами — нехай ваше дихання просто слідує за потрібним ритмом.

3. ТЕХНІКА ДЛЯ ЗАСПОКОЄННЯ «ДИХАННЯ 4-7-8»

Техніка є науково обґрунтованим методом, що заснований на частоті дихання людини. Метою техніки є заспокійлива дія на нервову систему, усунення занепокоєння, позбавлення негативних думок, тілесне розслаблення.

Як це працює: техніка працює за рахунок певного ритму дихання, яке впливає на парасимпатичну систему і знижує нервові напруження.

Важливо притиснути язик до піднебіння за передніми зубами, таке положення буде триматися всю техніку під час дихання. Потрібно зробити вдих через ніс протягом 4 секунд, потім затримати дихання на 7 секунд. І далі видихайте повільно через рот протягом 8 секунд, дозволяючи видиху видавати природний звук, ніби ви задуваєте свічку.

Відчувайте, як почуває себе ваше тіло в процесі. Тільки спираючись на власні відчуття розслабленості ви можете визначити потрібну кількість повторів. Через певний час стає можливим збільшення тривалості затримки та видиху.

Невеликий жарт, щоб повернути групу до реальності групового процесу після техніки дихання, ввімкнути увагу і фокусуватися на завершенні: До магазину привезли ялинкові іграшки. Один іншому – Що фальшиві іграшки. Чому? Нехай виглядають як справжні, тільки радості не приносять. Ось і життя, яке не приносить радості, це стан НЕ здоров'я, воно рано чи пізно призведе до життєвого краху.

Домашнє завдання: почати практикувати щоденну одну з практик дихання.

Заняття 26 «Карта здоров'я»

У нас відсутня звичка стежити за показниками свого здоров'я та спостерігати їхню динаміку. Кожна людина час від часу стикається з погіршенням самопочуття. Однак майже для кожного набагато комфортніше не вдаватися до подробиць того, що в нашому організмі йде «не так». І як

тільки зникає симптом, ми відразу забуваємо про своє здоров'я. Іноді нам просто не хочеться розуміти, що насправді відбувається з нашим організмом. А іноді нам це просто не вигідно. Адже для того, щоб розібратися, що насправді «не так», і що стало причиною цього, потрібно, як мінімум, приділити собі час, якого і так не вистачає на вирішення важливіших справ. Ми не маємо звички звертати увагу на те, що відбувається в нашому житті і які наслідки для нашого здоров'я це має. Дуже часто більшість фахівців не вдаються до подробиць причинно-наслідкового зв'язку того, що з нами відбувається. Нам просто ставлять діагноз і призначають лікування, зазвичай не пояснюючи, навіщо саме все це необхідно. Це досить зручно для нас. Але. Такий метод боротьби з небажаними симптомами є неефективним. Через деякий час ми знову потрапляємо до лікаря на прийом, робимо «контрольні» аналізи та наново отримуємо аркуш призначення з ліками. Виникає запитання: можливо важливо зрозуміти, яка причина стоїть за цим погіршенням самопочуття? Фіксувати свої відчуття та симптоми, отримуючи можливість простежити динаміку та виявити причини поганого самопочуття. Ми пропонуємо Вам просто звернути увагу на себе та на те, що відбувається всередині та навколо Вас, а також відстежити зміни та їх причини. Взяти відповідальність за себе і своє здоров'я і перестати перекладати її на лікарів і таблетки. Фіксуючи все, що вдається спостерігати, можна проаналізувати стан власного організму та простежити динаміку. Йдеться про «КАРТУ ЗДОРОВ'Я». Розуміючи, ЩО насправді відбувається всередині організму і бачачи, ЯК цей стан змінюється, ми отримуємо можливість надати своєчасну допомогу самим собі. Крім того, це дозволяє не тільки усувати збої в організмі, а й попереджати їхню появу в майбутньому. Карта здоров'я – дозволяє відстежувати динаміку всього, що відбувається, та вживати профілактичних заходів.

Якщо систематично вести Карту здоров'я, то Ви:

1. Виробляєте звичку систематично дбати про своє здоров'я.
2. Отримуєте можливість запобігати появі порушень здоров'я.
3. Знаєте динаміку змін, і відповідно до них плануєте свій спосіб життя.

Практичні заходи (домашнє завдання)

Для попередження погіршення самопочуття ми наполегливо рекомендуємо:

1. Вести Карту здоров'я для одержання об'єктивної інформації про актуальний стан свого організму.
2. Іноді простежувати динаміку і фіксувати позитивні зміни у організмі.
3. Окремим пунктом відстежувати ментальний стан

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

У розділі представлено опис комплексної програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки та результати її апробації.

Встановлено, що комплексна програма психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки має складатися з чотирьох блоків: діагностика психологічних особливостей пацієнтів з різними видами харчової залежності, групова робота (когнітивно-поведінковий підхід (DBT), індивідуальна робота (кататимно-імагінативна психотерапія), сімейне консультування.

Психореабілітаційна програма має здійснюватись з врахуванням виокремлених психологічних особливостей для кожної групи харчових розладів. При цьому, стратегію реабілітаційного процесу для пацієнтів з анорексією важливо зосереджувати на фокусі роботи з провідним конфліктом та унікаючим типом прихильності, а за мету ставити можливість сформувати довіру і безпеку стосунків як запоруку близькості та подолання жорсткості супер-Его. Основним фокусом для реабілітації пацієнтів з булімією є укріплення особистісної структури, а також робота з агресією, зниження тривожності, формуванням особистісних ресурсів і опор та вирішенням внутрішньоособистісних конфліктів. Для пацієнтів з компульсивним переїданням важливо ставити за мету роботу з супротивом, зміцненням особистісної організації психіки та підвищенням здатності до саморегуляції.

Отримані результати свідчать, що запропонована нами програма психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки є ефективною в зниженні прояву певних складових харчової залежності, сприяє укріпленню ідентичності, поліпшенню показників саморегуляції та самосприйняття, зміні особливостей прихильності, що впливає на побудову близьких стосунків. Вплив на зазначені психологічні особливості дозволив істотно зменшити прояви розладу харчової поведінки. У більшості респондентів кожної вибірки, що мали високі та середні показники прояву розладу харчування до участі у психореабілітаційному процесі, по завершенню спостерігався низький та середній рівень прояву цих показників.

За результатами впровадження комплексної програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки ми дійшли висновку, що дослідження та порівняння основних індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з нервовою анорексією, булімією і компульсивним переїданням допомагає створювати моделі психологічної реабілітації, спираючись на індивідуальні особливості певної групи розладів, що дає змогу формувати психотерапевтичну стратегію роботи із пацієнтами, що мають харчову залежність, спираючись не тільки на індивідуальні показники, а й на утворені спільності у групах, на які можна впливати за допомогою групових засобів роботи.

Матеріали третього розділу дисертації висвітлено в публікаціях:

1. Левченко, Д. О. (2025). Програма психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки. *Наукові перспективи*, 3(57), 1406–1418.

DOI [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-3\(57\)-1406-1418](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-3(57)-1406-1418)

URL <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/issue/view/340/440>

ВИСНОВКИ

У дисертації представлено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової проблеми, що полягає в вивченні індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з розладами харчової поведінки та розробці програми комплексної психологічної реабілітації пацієнтів з харчовою залежністю.

У результаті дослідження встановлено наступне:

Працюючи з проблемою харчової залежності, важливо враховувати структурний рівень організації особистості та особливості проходження пацієнтами стадій психосексуального розвитку, а індивідуально-психологічні особливості пацієнта стають провідним фактором, який проглядається на усіх етапах психологічної допомоги. При цьому, вирізняється кілька фокусів в психотерапевтичному процесі: порушення прихильності, центральний конфлікт особистості, порушення сфери потягів, саморегуляції, особливості емоційної комунікації, цілепокладання, порушення ідентичності.

Пацієнти з порушенням харчової поведінки мають наступні індивідуально-психологічні особливості: пацієнти з анорексією мають жорсткий самоконтроль, високі вимоги до свого тіла, недовіру у міжособистісних стосунках, підозрілість; пацієнти із булімією мають більш виражений показник м'якості серед усіх груп респондентів, що говорить про слабкість, мрійливість, прискіпливість, примхливість, залежність, непрактичність; пацієнти із компульсивним переїданням характеризуються найбільшою непостійністю та емоційною нестабільністю серед усіх груп респондентів. Було виявлено, що пацієнти із анорексією та компульсивним переїданням більш відкриті до спілкування, ніж пацієнти із булімією. На відміну від пацієнтів із булімією, що мають виражену тривожність, іпохондрію, песимістичність поглядів на дійсність та майбутнє, емоційну холодність. У респондентів усіх трьох груп спостерігається порушення почуття насичення та голоду. Результати показали, що у пацієнтів із анорексією та у пацієнтів із компульсивним переїданням показник перфекціонізму є вищим, аніж у пацієнтів із булімією. Також спільними для трьох груп є невдоволеність тілом та прагнення до худоби. При цьому, в

останньому показнику значення у пацієнтів першої та другої групи трохи вищі за третю.

Респонденти з розладами харчової поведінки мають порушення прихильності, зокрема, у пацієнтів з булімією та компульсивним переїданням виокремлено тривожний тип прихильності, а у пацієнтів з анорексією – уникаючий тип прихильності.

Пацієнти з харчовою залежністю характеризуються межовим рівнем інтеграції особистості. При цьому, у респондентів, які мають анорексію, переважає верхній межовий рівень інтеграції психіки, а у респондентів з булімією та компульсивним переїданням, проявленість рівня структурної інтеграції коливається між нижнім межовим та верхнім межовим рівнями.

У респондентів, які мають анорексію, провідними є конфлікт індивідуація-залежність. У респондентів, які мають булімію домінуючими є конфлікт індивідуація-залежність та невираженість конфлікту. У пацієнтів, які мають компульсивне переїдання, провідною є невираженість конфліктів, тобто недостатня сприйнятливність до конфліктів і почуттів, обмежене сприйняття почуттів та конфліктів.

Комплексна програма психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки має складатися з чотирьох блоків: діагностика психологічних особливостей пацієнтів з різними видами харчової залежності, групова робота (когнітивно-поведінковий підхід (DBT), індивідуальна робота (кататимно-імагінативна психотерапія), сімейне консультування.

Апробація запровадженої програми, показала її високу ефективність та досягнення мети – зниження показників прояву харчової залежності та підвищення термінів ремісії.

Отримані дані можуть бути застосовані клінічними психологами та лікарями у психореабілітаційному процесі з метою подолання особистісного структурного дефіциту, деструктивних патернів поведінки та негативних емоційних станів, підвищення афективної саморегуляції та емоційної комунікації пацієнтів з харчовою залежністю. Це буде вирішувати такі актуальні медичні проблеми фахівців як оцінка здоров'я не тільки в плані

соціально-економічних аспектів, але і в плані забезпечення гармонізації особистісних потреб. Використання даної програми допоможе вивести рівень надання психологічних послуг пацієнтам з харчовою залежністю на значно вищий рівень.

Перспективи подальшого дослідження вбачаємо у вдосконаленні психодіагностичного інструментарію дослідження індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з розладами харчової поведінки, а також в розробці розширених програм з урахуванням інших видів розладів харчової поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Aldridge V., Aldridge, V., Clark, E. M., Micali, N., Misra, M., & Robinson, L. A. (2020). Systematic review and meta-analysis of the association between eating disorders and bone density. *Osteoporosis International*, 31, 1169–1185.
2. Ali, S. I., Bartel, S., Boudreau, C., Davis, C., Dixon, L., Farrell, N. R., Gamberg, S., Keshen, A., & Matheson, K. (2021). Understanding the effects of reductionist biological views of eating disorder etiology on patient attitudes and behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 54, 488–491.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>
5. Bagby, R. M., Gralnick, T. M., Al-Dajani, N., & Uliaszek, A. A. (2016). The role of the Five-Factor Model in personality assessment and treatment planning. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23, 365–381. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12175>
6. Bakalar, J., Radin, R. M., Shank, L., Tanofsky-Kraff, M., & Vannucci, A. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17, 42.
7. Balint, M. (1955). Friendly expanses–horrid empty spaces. *International Journal of Psycho-Analysis*, 36, 225–241.
8. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.
9. Bemporad, J. R. (1997). Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theoretical Medicine*, 18(4), 401–420.

10. Bergh, C., Brodin, U., Södersten, P., & Zandian, M. V. (2019). Verifying Feighner's hypothesis: Anorexia nervosa is not a psychiatric disorder. *Frontiers in Psychology*, 10, 2110.
11. Bilyavska, O. D., & Medinska, Yu. Ya. (2022). OPD:2 Operationalized psychodynamic diagnosis based on an on-line platform. Methodical materials. Kyiv: Publishing House «PSYHOBOOK".
12. Birgegård, A., Norring, C., & Clinton, D. (2012). DSM-IV versus DSM-5: Implementation of proposed DSM-5 criteria in a large naturalistic database. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 353–361.
13. Bowlby, J., & Ainsworth, M. D. S. (1965). *Child care and the growth of love*. Penguin Books.
14. Bray, G. A., & Popkin, B. M. (1998). Dietary fat does affect obesity! *American Journal of Clinical Nutrition*, 68(6), 1157–1173.
15. Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187.
16. Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Carter, F. A. (1996). Lifetime anxiety disorders in women with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 368–374.
17. Cattell, H. E. P., & Mead, A. D. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2: Personality measurement and testing* (pp. 135–159). Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n7>
18. Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
19. Casper, R. (1981). Some provisional ideas concerning the psychological structure in anorexia nervosa and bulimia. Paper presented at the Clarke Institute Conference on Anorexia Nervosa, Toronto.
20. Castellini, G., Cassioli, E., Rossi, E., et al. (2020). The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post

- psychopathological features. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1855–1862. <https://doi.org/10.1002/eat.23368>
21. Castellini, G., Cassioli, E., Rossi, E., et al. (2022). Bridging cognitive, phenomenological and psychodynamic approaches to eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 27(7), 2273–2289. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01379-6>
 22. Cnattingius, S., Liang, H., Li, J., Olsen, J., Su, X., & Yuan, W. (2016). Prenatal and early life stress and risk of eating disorders in adolescent girls and young women. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 1245–1253.
 23. Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
 24. Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2010). The influence of gender and puberty on the heritability of disordered eating symptoms. In K. Klump, P. Fowler, & L. Kaye (Eds.), *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp. 177–185). Springer. (Current Topics in Behavioral Neurosciences, Vol. 6). https://doi.org/10.1007/7854_2009_16
 25. Deloitte Access Economics. (2020). The social and economic cost of eating disorders in the United States of America: A report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders. <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>
 26. Dingemans, A. E., van Son, G. E., Aardoom, J. J., Bruidegom, K., Slof-Op 't Landt, M. C., & van Furth, E. F. (2016). Predictors of psychological outcome in patients with eating disorders: A routine outcome monitoring study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(9), 863–873. <https://doi.org/10.1002/eat.22560>

27. Dixon-Gordon, K. L., Whalen, D. J., Layden, B. K., & Chapman, A. L. (2015). A systematic review of personality disorders and health outcomes. *Canadian Psychology*, 56(2), 168–190. <https://doi.org/10.1037/cap0000024>
28. Dor, J., Gurewich, J. F., & Fairfield, S. (1998). Introduction to the reading of Lacan: The unconscious structured like a language. New York: Other Press.
29. Dufresne, L., Bussi res, E.-L., B dard, A., Gingras, N., Blanchette-Sarrasin, A., & B gin, C. (2020). Personality traits in adolescents with eating disorder: A meta-analytic review. *Journal of Eating Disorders*, 53(2), 157–173. <https://doi.org/10.1002/eat.23183>
30. Dunne, J. P., Shindul-Rothschild, J., White, L., Lee, C. S., & Wolfe, B. E. (2019). Mindfulness in persons with anorexia nervosa and the relationships between eating disorder symptomology, anxiety and pain. *Eating Disorders*, 27(6), 497–508. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1688009>
31. Ehrlich, S. (2020). Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 169, 473–483. <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01144-6>
32. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311–319. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
33. Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
34. Farrell, E. (2005, May 28). *Lost for Words: The Psychoanalysis of Anorexia and Bulimia*. Retrieved from <http://human-nature.com/farrell/chap2.html>
35. Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>

36. Fletcher, P. C., Westwater, M. L., & Ziauddeen, H. (2022). The neurobiological underpinnings of obesity and binge eating: A rationale for adopting the food addiction model. *Biological Psychiatry*, 81, 798–806.
37. Friedman, H. S., Kern, M. L., Hampson, S. E., & Duckworth, A. L. (2014). A new life-span approach to conscientiousness and health: Combining the pieces of the causal puzzle. *Developmental Psychology*, 50(5), 1377–1389. <https://doi.org/10.1037/a0030373>
38. Fulkerson, J., Leon, G. R., Perry, C., & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 438–444.
39. Galmiche, M., Dechelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
40. Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
41. Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychiatric Reports*, 47, 483–491.
42. Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34.
43. Groth, T., Hilsenroth, M., Boccio, D., & Gold, J. (2020). Relationship between trauma history and eating disorders in adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(4), 443–453. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00275-z>
44. Guarda, A. S. (2015). Anorexia nervosa as a motivated behavior: Relevance of anxiety, stress, fear and learning. *Physiology & Behavior*, 152, 466–472.
45. Gustafson, J. (2020). Gaining a second impression in psychotherapy: Pivoting toward a more accurate understanding of the patient. Routledge.
46. Halmi, K., Falk, J., & Schwartz, E. (1981). Binge-eating and vomiting: A survey of a college population. *Psychological Medicine*, 11, 697–706.

47. Harrison, K., & Hefner, V. (2008). Media, body image, and eating disorders. In S. L. Calvert & B. J. Wilson (Eds.), *The handbook of children, media, and development* (pp. 381–406). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9781444302752.ch17>
48. Harned, M., Korslund, K., & Linehan, M. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7–17.
49. Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462–469. <https://doi.org/10.1002/eat.2210>
50. Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: Update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 177–196. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>
51. Hobfoll, S. E., & Lilly, R. S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21, 128–148.
52. Huang, H. W., Zeng, X., Rhim, T., Ron, D., & Ryoo, H. D. (2017). The requirement of IRE1 and XBP1 in resolving physiological stress during *Drosophila* development. *Journal of Cell Science*, 130(18), 3040–3049.
53. Huber, D., Zimmermann, J., & Klug, G. (2017). Change in personality functioning during psychotherapy for depression predicts long-term outcome. *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 434–445. <https://doi.org/10.1037/pap0000129>
54. Hudson, J., Laffer, P., & Pope, H. (1982). Bulimia related to affective disorder by family history and response to dexamethasone suppression test. *American Journal of Psychiatry*, 139, 685–688.
55. Jansen, A. (2016). Eating disorders need more experimental psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 2–10.

56. Johnson, C., Stuckey, M., Lewis, L., & Schwartz, D. (1982). Bulimia: A descriptive survey of 316 cases. *International Journal of Eating Disorders*, 2(1), 3–16.
57. Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (1995). General principles of outpatient treatment. In G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (pp. 2085–2102). American Psychiatric Press.
58. Keel, P. K., Brown, T. A., Holm-Denoma, J., & Bodell, L. P. (2011). Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *International Journal of Eating Disorders*, 44(6), 553–560. <https://doi.org/10.1002/eat.20892>
59. Kernberg, O. F. (1995). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
60. Kernberg, O. F. (1980). Foreword. In J. A. Sours (Ed.), *Starving to death in a sea of objects* (pp. ix–xi). Jason Aronson.
61. Kennedy, S. H., McVey, G., & Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 259–269.
62. Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press.
63. Kothari, R., Solmi, F., Treasure, J., & Micali, N. (2013). The neuropsychological profile of children at high risk of developing an eating disorder. *Psychological Medicine*, 43, 1543–1554.
64. Krug, I., Root, T., Bulik, C., Granero, R., Penelo, E., Jimenez-Murcia, S., & Fernandez-Aranda, F. (2011). Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 188(3), 439–445. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.026>
65. Leuner, H. (1970). *Katathymes Bilderleben: Unterstufe. Einführung in die Psychotherapie mit der Tagtraumtechnik. Ein Seminar*. Thieme.

66. Levallius, J., Clinton, D., Bäckström, M., & Norring, C. (2015). Who do you think you are? Personality in eating disordered patients. *Journal of Eating Disorders*, 3, 3. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0042-6>
67. Levallius, J., Collin, C., & Birgegård, A. (2017). Now you see it, now you don't: Compulsive exercise in adolescents with an eating disorder. *Journal of Eating Disorders*, 5, 9. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0129-8>
68. Levallius, J., Roberts, B. W., Clinton, D., & Norring, C. (2018). Take charge: Personality as predictor of recovery from eating disorder. *Psychiatry Research*, 246, 447–452. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.064>
69. Levinson, C. A., Hunt, R. A., Keshishian, A. C., Brown, M. L., Vanzhula, I., Christian, C., Brosch, L. C., & Williams, B. M. (2021). Using individual networks to identify treatment targets for eating disorder treatment: A proof-of-concept study and initial data. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1–8.
70. Lewinsohn, P., Seeley, J., & Striegel-Moore, R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1284–1292.
71. Lewis, M. (1982). Adolescent psychic structure and societal influence: A biopsychosocial model. In S. C. Feinstein, J. G. Looney, A. Z. Schwartzburg, & A. D. Sorosky (Eds.), *Adolescent Psychiatry* (Vol. X, pp. 125–139). University of Chicago Press.
72. Linardon, J., Gleeson, J., Yap, K., et al. (2019). Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: Implications for eating disorder prevention. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48, 15–38. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1517389>
73. Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299–320. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.10.003>
74. Lingiardi, V., Colli, A., & Muzi, L. (2018). A clinically useful assessment of patients' (and therapists') mental functioning: M-Axis implications for the

- therapeutic alliance. *Psychoanalytic Psychology*, 35, 306–314. <https://doi.org/10.1037/pap0000200>
75. Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual (PDM-2)* (2nd ed.). Guilford Press.
 76. Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299–320. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.10.003>
 77. Lorca, F., Pérez, S., Giner, F., & Marco, J. H. (2019). What dimension of meaning in life is the stronger predictor of borderline personality disorder symptom? *Journal of Constructivist Psychology*, 34(4), 1–13.
 78. Lawrence, M., & Tavistock Clinic. (2008). *The anorexic mind*. London: Karnac.
 79. Loxton, N. J., & Dawe, S. (2009). Personality and eating disorders. In P. J. Corr & G. Matthews (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 687–703). Cambridge University Press.
 80. Mancini, G., Biolcati, R., Pupi, V., et al. (2018). I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nei maschi: Una panoramica sulle ricerche nel periodo 2007–2017. *Rivista di Psichiatria*, 53(4), 177–191.
 81. Martinez, M. A., & Craighead, L. W. (2015). Toward person(ality)-centered treatment: How consideration of personality and individual differences in anorexia nervosa may improve treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 296–314.
 82. Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffter, A. L., et al. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 22, 201–209. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
 83. McFarlane, T., Olmsted, M. P., & Trottier, K. (2008). Timing and prediction of relapse in a transdiagnostic eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 587–593. <https://doi.org/10.1002/eat.20550>

84. Miller, W. R. (2006). Motivational factors in addictive behaviors. In W. R. Miller & K. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pp. 134–150). Guilford Press.
85. Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W.-Y. (2007). *Assessing families and couples: From symptom to system*. Boston: Allyn & Bacon.
86. Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E. D., & Pyle, R. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 142, 482–485.
87. Mitchell, J. E., & Pyle, R. L. (1982). The bulimic syndrome in normal weight individuals: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 1(2), 61–73.
88. Mustelin, L., Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2015). Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1106–1112. <https://doi.org/10.1002/eat.22409>
89. Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W., & Milos, G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychological Medicine*, 46(13), 2749–2758. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001136>
90. Moorey, J. (1991). *Living with anorexia and bulimia*. Manchester: Manchester University Press.
91. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. (n.d.). *Eating disorder statistics*. Retrieved from <https://anad.org/eating-disorders-statistics/>
92. National Eating Disorders Association. (n.d.). *Media & eating disorders*. Retrieved from <https://www.nationaleatingdisorders.org/media-eating-disorders>
93. National Institute of Mental Health. (n.d.). *Eating disorders*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/eating-disorders>
94. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
95. Paris, B. J. (1999). Karen Horney's vision of self. *American Journal of Psychoanalysis*, 59, 157–166.

96. Petrucelli, J. (2016). Who moved my "Swiss" cheese? Eating disorders and the use of dissociation as an attempt to fill in the "whole." In E. F. Howell & S. Itzkowitz (Eds.), *The dissociative mind in psychoanalysis: Understanding and working with trauma* (pp. 163–174). Routledge/Taylor & Francis Group.
97. Piccinni, A., Bucchi, R., Fini, C., Vanelli, F., Mauri, M., & Stallone, T. (2020). Food addiction and psychiatric comorbidities: A review of current evidence. *Eating and Weight Disorders*, 26, 1049.
98. Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187–213.
99. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
100. Pyle, R., Mitchell, J., & Eckert, E. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42(2), 60–64.
101. Rangaprakash, D., Bohon, C., Lawrence, K. E., et al. (2018). Aberrant dynamic connectivity for fear processing in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 273.
102. Ramos-Grille, I., Gomà-i-Freixanet, M., Aragay, N., Valero, S., & Vallès, V. (2013). The role of personality in the prediction of treatment outcome in pathological gamblers: A follow-up study. *Psychological Assessment*, 25, 599–605. <https://doi.org/10.1037/a0031930>
103. Recalcati, M. (2013). The empty subject: Un-triggered psychoses in the new forms of the symptom. Retrieved from http://www.lacan.com/essays/?page_id=393
104. Recalcati, M. (2014). Separation and refusal: Some considerations on the anorexic choice. *The Journal Lacunae*, 3(2).
105. Reich, G., & Cierpka, M. (1998). Identity conflicts in bulimia nervosa: Psychodynamic patterns and psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 18(3), 383–402.

106. Reisman, M. (2016). PTSD treatment for veterans: What's working, what's new, and what's next. *P & T*, 41(10), 623–634.
107. Riggall, T. F., & Maki, D. R. (Eds.). (2004). *Handbook of rehabilitation counseling*. New York: Springer Publishing.
108. Riley, J. (2006). *Eating less: Say goodbye to overeating*. Vermilion.
109. Rohde, J., Hofmann, T., Voigt, B., Rose, M., & Obbarius, A. (2019). Measurement of personality structure by the OPD structure questionnaire can help to discriminate between subtypes of eating-disorders. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 2326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02326>
110. Rohde, J., Obbarius, A., Voigt, B., Sarrar, L., Biesenthal-Matthes, S., Kind, C.-S., Rose, M., & Hofmann, T. (2023). Differences and similarities in personality functioning across different types of eating disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1155725. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1155725>
111. Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429–448.
112. Savelle-Rocklin, N. (2016). *Food for thought: Perspectives on eating disorders*. Rowman & Littlefield.
113. Schwartz, D., Thompson, M., & Johnson, C. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. *International Journal of Eating Disorders*, 1(3), 20–36.
114. Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N., & Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 403–416.
115. Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543–548. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>
116. Sours, J. A. (1980). *Starving to death in a sea of objects*. Aronson.
117. Steinert, C., Klein, S., Leweke, F., & Leichsenring, F. (2015). Do personality traits predict outcome of psychodynamically oriented psychosomatic inpatient treatment beyond initial symptoms? *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 109–125. <https://doi.org/10.1111/bjc.12064>

118. Stice, E., & Bohon, C. (2012). Eating disorders. In T. Beauchaine & S. Linshaw (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (2nd ed.). Wiley.
119. Sugarman, A., & Kurash, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 57–67.
120. Swift, J. W., & Letven, R. (1984). Bulimia and the basic fault: A psychoanalytic interpretation of the bingeing-vomiting syndrome. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23(4), 489–497. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60330-7](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60330-7)
121. Tanzilli, A., Majorana, M., Fonzi, L., Pallagrosi, M., Picardi, A., Coccanari de' Fornari, M. A., Biondi, M., & Lingiardi, V. (2018). Relational variables in short-term psychodynamic psychotherapy: An effectiveness study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(3), 190–200. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.327>
122. Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D. J., Vashchenko, M., Kass, A. E., et al. (2008). A personality classification system for eating disorders: A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 551–560.
123. Thompson-Brenner, H., Glass, S., & Westen, D. (2003). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 269–287.
124. Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: Validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry*, 186, 516–524.
125. Thurstin, A. H., Weinsier, R. L., Linton, P. H., & Crist, D. A. (1988). An eating disorder inventory-based typology of outpatient obese individuals. *Journal of Substance Abuse*, 1(1), 45–53.
126. Treasure, J., Duarte, T., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
127. Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946–971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>

128. VanBoven, A. M., & Espelage, D. L. (2006). Depressive symptoms, coping strategies and disordered eating among college women. *Journal of Counseling & Development*, 84, 341–348.
129. Verhaeghe, P. (2008). *On being normal and other disorders: A manual for clinical psychodiagnostics*. Karnac Books.
130. Walsh, O., & McNicholas, F. (2020). Assessment and management of anorexia nervosa during COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 187–191. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.60>
131. Welch, E., Birgegård, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating disorder examination questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.010>
132. Welch, E., Ghaderi, A., & Swenne, I. (2015). A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry*, 15, Article 45. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0419-8>
133. Wermuth, B. M., Davis, K. L., Hollister, L. E., & Stunkard, A. J. (1977). Phenytoin treatment of the binge-eating syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1249–1253.
134. Westen, D., & Harden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 247–255.
135. Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875–899.
136. Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2015). Application of the Research Domain Criteria (RDoC) framework to eating disorders: Emerging concepts and research. *Current Psychiatry Reports*, 17(5), Article 30. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0572-2>

137. Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2013). Alternative methods of classifying eating disorders: Models incorporating comorbid psychopathology and associated features. *Clinical Psychology Review*, 33, 383–394.
138. Wildes, J. E., Marcus, M. D., Crosby, R. D., Ringham, R. M., Dapelo, M. M., Gaskill, J. A., & Forbush, K. T. (2011). The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 665–674. <https://doi.org/10.1037/a0024597>
139. Wilson, P. C. (1988). *The eating disorders*. Retrieved from <http://docs.bartonblinder.com/chapter39.PDF>
140. Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. International Universities Press.
141. Wooldridge, T. (2018). The entropic body: Primitive anxieties and secondary skin formation in anorexia nervosa. *Psychoanalytic Dialogues*, 28(2), 189–202.
142. Woodman, M. (1982). *Addiction to perfection: The still unravished bride: A psychological study*. Inner City Books.
143. Wolf, E. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 3–27.
144. World Health Organization. (2022). *76th World Health Assembly*. Geneva: World Health Organization.
145. Wunderer, E., Götz, M., Greithanner, J., Maslanka, E., Borse, S., & Voderholzer, U. (2020). Soziale Medien und Essstörungen – Zusammenhänge und Implikationen für die Soziale Arbeit. *Soziale Arbeit*, 3, 89–98.
146. Абсалямова, Л. М. (2017). Аналіз ефективності методів та стратегій психологічної допомоги при розладах харчової поведінки. *Психологічний часопис*, (5 [9]), 9–19. Київ.
147. Абсалямова Л. М. (2017). Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. *Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць*. Сєвєродонецьк. № 3 (44). С. 35–43.
148. Абсалямова Л. М. (2019). *Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція* : дис. ... доктора психологічних наук : 19.00.01/ Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ. 398 с.

149. Балецька, Л. М. (2016). Особливості дослідження феномену прив'язаності батьків та дітей. *Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія: Психологія*, 3, 18–26. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoapp_2016_3_4
150. Боженко В. Г. (2020). Кататимно-імагінативна психотерапія як засіб психокорекції емоційного стану особистості. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*, 16-18.
151. Бойко Ю. (2024). Вплив типу прихильності на міжособистісні стосунки. *Матеріали VII Міжнародної студентської науково-технічної конференції «Природничі та гуманітарні науки. Актуальні питання»*, 175-176.
152. Бурлачук, Л. Ф., Грабська, І. А., & Кочарян, А. С. (1999). *Основи психотерапії: навчальний посібник*. Київ: Ніка-Центр.
153. Бурлачук, Л. Ф., & Шебанова, В. І. (2015). Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: Збірник наукових праць*, 1(46), 53–66. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова.
154. Виноградов, О. Г. (1997). Дослідження надійності комп'ютерного варіанту особистісного опитувальника 16PF. *Вісник Київського університету. Психологія*, 23, 49–57.
155. Вольнова, Л. М. (2016). *Профілактика девіантної поведінки підлітків*. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова.
156. Галушко, С. М. (2019). «Прив'язаність» як науковий психологічний термін та особистісна характеристика. *Проблеми сучасної психології*, 2, 21–28. http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2019_2_5
157. Галян, І. М. (2009). *Психодіагностика: навчальний посібник* (с. 9–27). Київ: Академвидав.
158. Горностай, П. П. (2025). *Консультативна психологія: Теорія і практика проблемного підходу* (2-ге вид., перероб. і допов.). Київ: Ніка-Центр.

159. Гридковець, Л. (Ред.). (2018). *Основи реабілітаційної психології: Подолання наслідків кризи (Том 3)*. Навчальний посібник. Київ: Міністерство соціальної політики України.
160. Дуб, В. (2017). *Реабілітаційна психологія. Методичні рекомендації до семінарських занять* (с. 92). Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка.
161. Кісарчук, З. Г., Гребінь, Л. О., Гурлева, Т. С., та ін. (2012). *Соціокультурні чинники становлення сучасної парадигми психотерапевтичної допомоги особистості: Монографія* (З. Г. Кісарчук, Ред.). Імекс-ЛТД.
162. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., Гребінь, Л. О., Лазос, Г. П. (2018). *Кататимно-імагінативна психотерапія у вітчизняному соціокультурному контексті (теоретико-методологічні та практичні аспекти): збірка вибраних праць* (З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, ред.). Вінниця: ФОП Рогальськ І. О.
163. Кісарчук, З. Г., Гребінь, Л. О., & Омельченко, Я. М. (2013). Кататимно-імагінативна психотерапія. У В. І. Банцер, Л. О. Гребінь, З. В. Гривул [та ін.], *Основи психотерапії* (с. 73–97; К. В. Седих, О. О. Фільц, & Н. Є. Завацька, ред.). Полтава–Алчевськ: ЦПК.
164. Кісарчук, З., & Лазос, Г. (2019). Модель корекції негативних переживань підлітків засобами кататимно-імагінативної психотерапії як глибинно зорієнтованого методу. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. <http://www.kip-ukraine.org/biblioteka/model-korektsii-negativnih-perejivan-pidlitkiv-zasobami-kip>
165. Кісарчук, З. Г., & Лазос, Г. П. (2013). Кататимно-імагінативна психотерапія: сучасний стан розвитку та перспективи застосування у вітчизняному психотерапевтичному просторі. *Актуальні проблеми психології. Том 3: Консультативна психологія і психотерапія* (Вип. 9, с. 5–32; С. Д. Максименко, ред.). Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; ПП Лисенко М. М.

166. Кісарчук, З. Г. (2014). Теоретичні та технологічні аспекти застосування сучасних методів психодинамічної парадигми у вітчизняних соціокультурних умовах. *Актуальні проблеми психології. Том III: Консультативна психологія і психотерапія* (Вип. 10, с. 5–20; С. Д. Максименко, ред.). Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; Логос.
167. Кісарчук, З. Г., & Лазос, Г. П. (2014). Кататимно-імагінативна психотерапія: теоретичні та технологічні аспекти застосування у вітчизняному психотерапевтичному просторі. З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.], *Теорії і технології застосування сучасних підходів до психотерапії у вітчизняних соціокультурних умовах: монографія* (с. 8–37; З. Г. Кісарчук, ред.). Київ – Кіровоград: Імекс-ЛТД.
168. Клименко, М. Р. (2017). Особливості саморегуляції «здорового» нарцисизму. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (37), 142–155.
169. Кочубинська, Т. (2021). Психокорекція проявів соціально-психологічної дезадаптації учасників бойових дій. *Psychological Prospects Journal*, (37), 111–127. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-111-127>.
170. Кузікова, С. Б. (2024). *Теорія і практика вікової психокорекції: Навчальний посібник*. Київ: Університетська книга.
171. Лазос, Г. П. (2014). Технології застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії (ГКІП) у роботі з підлітками. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*, 43, 99–108.
172. Левицька, Т. (2018). Символдрама як інструмент розвитку емоційного інтелекту. *Український психолого-педагогічний науковий збірник*, 15, 183–185.
173. Любчук, О. К., Матяш, М. М., Толстоухов, А. В., & Луньов, В. Є. (2019). *Основи психореабілітації для фахівців з соціальної роботи: Навчальний посібник*. Київ: «АртЕк».

174. Малина, О. Г., & Чиганов, С. Л. (2019). Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, 1(15), 78–88.
175. Маннапов, К. Р. (ред.). (2023). *Психологічна реабілітація соматично хворих та осіб з обмеженими можливостями: текст лекцій*. ХНУВС.
176. Медвідь, Є. С. (2016). *Основи глибинної психології* (Навчальний посібник). Ніжин: Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя.
177. Мозгова, Г. П., Ханецька, Т. І., & Якимчук, О. І. (2021). Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. *Хрестоматія: Навчальний посібник* (с. 230–243). НПУ імені М. П. Драгоманова.
178. Омельченко, Я. М. (2014). Особливості психотерапії стосунків у сучасній родині засобами символдрами. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*, 43, 115–123.
179. Панок, В. Г., Титаренко, Т. М., Чепелева, Н. В., та ін. (1999). *Основи практичної психології*. Київ: Либідь.
180. Панок, В. Г. (2024). *Програма підвищення кваліфікації практичних психологів з навчання методикам і технологіям постковідної соціально-психологічної реабілітації учасників освітнього процесу* (наук. ред. В. Г. Панок). Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи.
181. Пилипчук, О., & Крижановська, З. (2021). Вплив типу прив'язаності між матір'ю та дитиною на психічний розвиток останньої. *Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика* (тези доповідей II міжнародної міждисциплінарної конференції, с. 81–83). Харків.
182. Пророк, Н. (Ред.). (2018). *Основи реабілітаційної психології: Подолання наслідків кризи* (Том 1). Навчальний посібник. Київ.
183. Рязанцева, О. Ю., & Бринза, І. В. (2010). До проблеми діагностики екзистенціальних ресурсів особистості. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка* (за ред. С. Д. Максименка), 7(23), 201–209. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка.

184. Титаренко, Т. М. (2018). Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, (41), 157–167.
185. Тіунова, А. О. (2016). *Психодіагностика та психокорекція порушень образу тіла у підлітків* (Автореф. дис. ... канд. психол. наук, спеціальність 19.00.08). Київ.
186. Тохтамиш, О. М. (2014). *Реабілітаційна психологія: навчально-методичний посібник*. Вінниця: Віндрук.
187. Фройд, З. (2008). Три нариси з теорії сексуальності. *Психологія і суспільство*, (4), 45–91. Київ: ТНЕУ.
188. Фройд, З. (1991). Основні категорії психоаналізу. *Всесвіт*, (5(749)), 164–170. Київ.
189. Фройд, З. (1998). *Вступ до психоаналізу*. Київ: Основи.
190. Царенко, Л. (Ред.). (2018). *Основи реабілітаційної психології: Подолання наслідків кризи* (Том 2). Навчальний посібник. Київ: Міністерство соціальної політики України.
191. Чубко, О. Б., & Романченко, Л. В. (2012). Роль та місце психосоціальної реабілітації в системі психіатричної допомоги. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 3(38), 34–54.
192. Шебанова, В. І. (2021). 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.) (с. 156–160). Київ.
193. Шебанова, В. І., Яблонська, Т. М., Онуфрієва, Л. А. (2018). Вплив програми нормалізації харчової поведінки та корекції ваги на «Я — образ» у жінок із надлишковою масою тіла. *Наука і освіта: науково-практичний журнал*, 7–8, 105–112.
194. Шевцов, А. Г. (2009). *Освітні основи реабілітології: монографія*. Київ: МП Леся.
195. Шумакова, Л. П. (2003). Кататимне переживання образів як метод психодіагностики та психокорекції сімейних стосунків. У С. Д.

Максименка & З. Г. Кісарчук (Ред.), *Актуальні проблеми психології. Том 3: Консультативна психологія і психотерапія* (с. 138–146). Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України; Міленіум.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Шкала оцінки харчової поведінки
(англ. Eating Disorder Inventory, скор. EDI)

Інструкція: оцініть твердження

- 1 – Ніколи
- 2 – Рідко
- 3 – Іноді
- 4 – Часто
- 5 – Зазвичай
- 6 – Часто

1. Я їм цукерки і вуглеводи, не відчуваючи жодної напруги.
2. Я вважаю, що мій живіт занадто товстий.
3. Я їм, коли схвильований (розгублений).
4. Я об'їдаюся.
5. Я боюся відчувати сильні емоції.
6. Я вважаю, що мої стегна занадто товсті.
7. Я відчуваю себе ні на що не здатним.
8. Я відчуваю себе надмірно винуватим після того, як занадто багато з'їдаю.
9. Я вважаю, що розмір мого шлунку в межах норми.
10. У моїй сім'ї враховуються тільки величезні досягнення.
11. Я висловлюю мої емоції відкрито.
12. Я відчуваю жах від можливості розтовстіти.
13. Я довіряю іншим людям.
14. Я задоволений моєю зовнішністю.
15. У цілому, я відчуваю, що контролюю своє життя.
16. При зіткненні з власними емоціями, я відчуваю збентеження.
17. Я легко спілкуюся з іншими.
18. Я перебільшую важливість ваги.
19. Я можу чітко визначати емоції, які відчуваю.
20. Я не відчуваю себе стовідсотково добре (на висоті).
21. У мене були такі прийоми їжі, при яких я відчував, що не можу зупинитися.
22. Коли я був маленьким, то робив все, щоб не розчарувати своїх батьків і вчителів.
23. У мене близькі стосунки з людьми.
24. Мені подобається форма моїх сідниць.
25. Я весь час думаю про схуднення.⁸⁶
26. Я не знаю, що зі мною відбувається.
27. Я хвилююся, висловлюючи свої почуття іншим.
28. Коли я що-небудь роблю, то хочу бути кращим за інших.
29. Я впевнений у собі.

30. Я думаю про переїдання.
31. Я не можу точно зрозуміти, голодний я чи ні.
32. Я низько себе оцінюю.
33. Я відчуваю, що я можу досягати своїх цілей.
34. Мої батьки завжди очікують, що я буду кращим.
35. Я хвилююся, що я втрачу контроль над своїми почуттями.
36. Я вважаю, що мої боки занадто товсті.
37. Я їм нормально в присутності інших людей і набиваю живіт, коли вони йдуть.
38. Я відчуваю здуття живота після невеликого перекусу.
39. Коли я сильно схвилюваний, то не знаю: чи то мені сумно, чи то мені страшно, чи то я злюся.
40. Я думаю, що я повинен щось або робити ідеально, або взагалі не робити.
41. Я думаю викликати блювоту, щоб знижувати вагу.
42. Мені потрібно тримати людей на певній дистанції (мені неприємно, якщо хтось намагається до мене наблизитися).
43. Я вважаю, що мої стегна нормального розміру.
44. Я відчуваю себе емоційно спустошеним.
45. Я можу говорити про свої думки і почуття.
46. Я вважаю, що мої сідниці занадто товсті.
47. У мене є почуття, які я не можу точно визначити.
48. Я їм або п'ю потайки.
49. Я вважаю, що мої боки нормального розміру.
50. У мене надзвичайно високі (амбітні) цілі.
51. Коли я схвилюваний, то боюся, що почну їсти.

16 факторний особистісний опитувальник Р. Б. Кеттелла

Інструкція. Опитувальник містить висловлювання, які допоможуть зрозуміти деякі властивості Вашої особистості, Ваші погляди та інтереси. Вам пропонується визначити своє ставлення до кожного з наведених висловлювань, обравши один із трьох варіантів відповідей: *а*, *б* чи *в*. Занесіть свою відповідь до реєстраційного бланка, зробивши позначку у відповідному квадраті відповідного номера запитання. Наприклад, якщо, відповідаючи на запитання 1, Ви обрали відповідь *а*, то поставте хрестик у лівому квадраті поряд з номером 1, якщо Ваша відповідь *б* – позначка у середньому квадраті, а якщо Ви обрали *в* – хрестик у правому квадраті. Намагайтеся відповідати щиро і якомога точніше виражати своє власне ставлення. Відповідаючи, дотримуйтесь декількох простих правил:

1. Оцінюючи себе, уявіть типову, найчастішу для Вас ситуацію, яка відповідає змісту запитання. Виходячи з цього, давайте відповідь. Можливо, деякі висловлювання Вам буде важко віднести до себе, у такому разі давайте найімовірнішу передбачувану відповідь. Не витрачайте багато часу на роздуми. Вся робота повинна бути закінчена приблизно за 35-40 хвилин.
2. Пам'ятайте, що не існує “правильних” чи “неправильних”, “гарних” чи “поганих” думок відносно запропонованих життєвих міркувань. Всі люди різні і мають право на власну думку. Тому відповідайте вільно, не намагайтеся справити приємне враження своїми відповідями, вони повинні відображати лише притаманні Вам особливості поведінки.
3. Краще не вдаватися до середніх, невизначених відповідей, як то: “не знаю”, “не впевнений”, “дещо середнє” тощо, бо вони не несуть інформації про Вашу особистість. Давайте такі відповіді лише у крайніх випадках, коли Ви дійсно не можете визначитися.
4. Не пропускайте нічого, відповідайте обов'язково на всі запитання підряд. Перевіряйте себе, щоб Ваші позначки у реєстраційному бланку точно відповідали номерам запитань. На початку роботи запишіть відомості про себе у призначених для цього рядках у верхній частині реєстраційного бланка.

Текст опитувальника

1. Я добре зрозумів інструкцію цього опитувальника:
а) так; б) не впевнений; в) ні.
2. Я згоден щиро відповідати на питання:
а) так; б) не впевнений; в) ні.
3. Я хотів би мати дачу:
а) у пожвавленому дачному селищі;

- б) вибрав би дещо середнє;
- в) у лісі, віддаленому від людської оселі.

4. Я можу знайти у себе досить сил, щоб справитися з життєвими труднощами:

- а) завжди; б) досить часто; в) рідко.

5. При виді диких тварин мені стає дещо не по собі, навіть коли вони надійно зачинені у клітках:

- а) вірно; б) не впевнений; в) невірно.

6. Я утримуюсь від критики людей і їх поглядів:

- а) переважно; б) інколи; в) ні.

7. Я роблю людям різкі, критичні зауваження, якщо мені здається, що вони цього заслуговують:

- а) переважно; б) інколи; в) ніколи.

8. Мені більш подобається класична, ніж естрадна музика:

- а) вірно; б) не впевнений; в) невірно.

9. Якщо б я побачив двох сусідських дітей, які б'ються:

- а) я дав би їм можливість самим з'ясувати свої стосунки;
- б) не знаю, що б я зробив;
- в) я постарався б розібратися у їхній суперечці.

10. На зборах і у компаніях:

- а) я легко виходжу вперед;
- б) вірно дещо середнє;
- в) я волію триматися осторонь.

11. По-моєму, цікавіше бути:

- а) інженером-конструктором;
- б) не знаю чому віддати перевагу;
- в) драматургом.

12. На вулиці я скоріше зупинюся, щоб подивитися, як працює художник, ніж буду спостерігати за вуличною сваркою:

- а) так, це вірно; б) не впевнений; в) ні, не вірно.

13. Звичайно я спокійно переношу самовдоволених людей, навіть коли вони вихваляються чи іншим способом показують, що вони високої думки про себе:

- а) так; б) дещо середнє; в) ні.

14. Якщо людина каже неправду, я майже завжди можу побачити це за виразом її обличчя:

а) так; б) скоріше щось середнє; в) ні.

15. Я вважаю, що найнуднішу повсякденну роботу завжди потрібно доводити до кінця, навіть коли здається, що в цьому немає необхідності:

а) згоден; б) не впевнений; в) не згоден.

16. Я хотів би взятися за роботу:

а) на якій можна заробити багато грошей, навіть якщо заробітки не постійні;

б) не знаю;

в) з постійним, середнім за розміром окладом.

17. Я говорю про свої почуття:

а) тільки у випадку необхідності;

б) вірно щось середнє;

в) охоче, коли випадає така можливість.

18. Іноді на мене знаходить почуття раптового страху чи невизначеного неспокою, сам не знаю від чого:

а) так; б) дещо середнє; в) ні.

19. Коли мене несправедливо критикують за те, у чому я не винен:

а) ніякого почуття вини у мене не виникає;

б) вірно щось середнє;

в) я все ж відчуваю себе трохи винним.

20. На роботі у мене буває більше непорозумінь з людьми, які:

а) відмовляються застосовувати сучасні методи роботи;

б) не знаю, що вибрати;

в) намагаюсь щось змінити в роботі, яка і так іде нормально.

21. Приймаючи рішення, я керуюсь більше:

а) серцем; б) щось середнє; в) розумом.

22. Люди були б щасливіші, коли б вони більше часу проводили у товаристві своїх друзів:

а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

23. Плануючи майбутнє, я часто розраховую на успіх:

а) так; б) важко відповісти; в) ні.

24. Розмовляючи, я схильний:

- а) висловлювати свої думки відразу, як тільки вони приходять у голову;
- б) вірно щось середнє;
- в) спочатку добре зібратися з думками.

25. Навіть якщо я чимось досить розлючений, я заспокоююсь дуже швидко:

- а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

26. При однакових робочому дні і зарплатні я бажав би працювати:

- а) столяром чи кухарем;
- б) не знаю, що вибрати;
- в) офіціантом у хорошому ресторані.

27. У мене було:

- а) дуже мало виборних посад;
- б) декілька;
- в) багато виборних посад.

28. “Лопата” так відноситься до “копати”, як “ніж” до:

- а) гострий; б) різати; в) точити.

29. Інколи якась нав’язлива думка не дає мені заснути:

- а) вірно; б) не впевнений; в) невірно.

30. У своєму житті я, як правило, досягаю тієї мети, яку поставив перед собою:

- а) так, вірно; б) не впевнений; в) невірно.

31. Застарілий закон повинен бути змінений:

- а) тільки після ґрунтового обговорення;
- б) вірно щось середнє;
- в) негайно.

32. Мені робиться не по собі, якщо справа від мене вимагає швидких дій, які в деякій мірі впливають на інших людей:

- а) вірно; б) щось середнє; в) невірно.

33. Більшість знайомих вважають мене веселим співрозмовником:

- а) так; б) не впевнений; в) невірно.

34. Коли я бачу неприємних, неохайних людей:

- а) це мене не хвилює;
- б) вірно щось середнє;

в) вони викликають у мене неприязнь і огиду.

35. Я трохи розгублююся, зненацька опинившись у центрі уваги:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

36. Я завжди радий приєднатися до великої компанії, наприклад, зустрітися увечері з друзями, піти на танці, взяти участь у цікавому громадському заході:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

37. У школі я надавав перевагу:

а) урокам музики (співам);

б) важко сказати;

в) заняттям в майстернях, ручній праці.

38. Якщо мене призначають відповідальним за щось, я наполягаю на тому, щоб мої розпорядження суворо виконувались, інакше я відмовляюся від доручення:

а) так; б) інколи; в) ні.

39. Важливіше, щоб батьки:

а) сприяли тонкому розвитку почуттів у своїх дітей;

б) вибирали середню лінію між а) і в);

в) вчили дітей керувати своїми почуттями.

40. Беручи участь у колективній роботі, я хотів би:

а) постаратися внести покращання в організаційній роботі;

б) вірно щось середнє;

в) вести записи і стежити за тим, щоб виконувалися правила.

41. Час від часу я відчуваю потребу зайнятися чим-небудь, що вимагає значних фізичних зусиль:

а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

42. Я хотів би спілкуватися з людьми ввічливими і делікатними, ніж з грубими і відвертими:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

43. Коли мене критикують на людях, це мене надзвичайно пригнічує:

а) так; б) щось середнє; в) невірно.

44. Якщо мене викликає до себе начальник, то я:

а) використовую цей випадок, щоб попросити те, що мені потрібно;

- б) вірно щось середнє;
- в) хвилююся, що зробив щось не так.

45. Я вважаю, що люди повинні дуже серйозно подумати, перш ніж відмовлятися від досвіду минулих століть:

- а) так; б) не впевнений; в) ні.

46. Читаючи текст, я завжди добре усвідомлюю прихований намір автора переконати мене в чомусь:

- а) так; б) не впевнений; в) ні.

47. Коли я навчався у 7-11 класах, я брав участь у спортивному житті школи:

- а) досить часто;
- б) від випадку до випадку;
- в) рідко.

48. Я підтримую вдома зразковий порядок і майже завжди знаю, де що лежить:

- а) так; б) щось середнє; в) ні.

49. Коли я думаю про те, що відбудеться протягом дня, я нерідко відчуваю занепокоєння:

- а) так; б) щось середнє; в) невірно.

50. Якщо мені доводиться довго сидіти на зборах, не розмовляючи і не рухаючись, я ніколи не відчуваю потреби малювати чи вовтузитися на стільці:

- а) згоден; б) не впевнений; в) не згоден.

51. Якби мені довелось вибирати, я хотів би бути:

- а) лісником;
- б) важко вибрати;
- в) учителем старших класів.

52. До дня народження, до свят:

- а) я люблю робити подарунки;
- б) важко відповісти;
- в) вважаю, що купівля подарунків – дещо неприємний обов'язок.

53. “Стомлений” так відноситься до “роботи”, як “гордий” до:

- а) усмішка; б) успіх; в) щасливий.

54. Яке з цих слів не підходить до двох інших:

- а) свічка; б) місяць; в) лампа.

55. Мої друзі:

- а) мене не підводили;
- б) зрідка підводили;
- в) підводили досить часто.

56. У мене є такі якості, завдяки яким я перевершую інших людей:

- а) так; б) не впевнений; в) ні.

57. Коли я засмучений, я всіляко намагаюсь приховати свої почуття від інших:

- а) так; б) скоріше, щось середнє; в) ні

58. Я хотів би ходити в кіно чи інші місця розваги:

- а) частіше одного разу на тиждень;
- б) раз на тиждень (як більшість);
- в) рідше одного разу на тиждень (рідше, ніж більшість).

59. Я вважаю, що особиста свобода у поведінці важливіша ніж гарні манери і дотримання правил етикету:

- а) так; б) не впевнений; в) ні.

60. У присутності людей більш значних за мене (старших за мене, чи з більшим досвідом, чи більш високим положенням), я схильний триматися скромно:

- а) так; б) дещо середнє; в) ні.

61. Мені важко розповідати щось великій групі людей чи виступати перед великою аудиторією:

- а) так; б) щось середнє; в) ні.

62. Я добре орієнтуюся у незнайомій місцевості, легко можу сказати, де північ, південь, захід, схід:

- а) так; б) щось середнє; в) ні.

63. Якщо б хтось розізлився на мене:

- а) я б постарався його заспокоїти;
- б) не знаю, що б я зробив;
- в) це викликало б у мене роздратування.

64. Коли я читаю статтю, яку вважаю несправедливою, я скоріше схильний забути про це, ніж з обуренням відповісти авторів:

- а) так, це вірно; б) не впевнений; в) ні, це невірно.

65. В моїй пам'яті не затримуються надовго неістотні дрібниці,

наприклад, назви вулиць, магазинів:

а) так; б) важко сказати; в) ні.

66. Мені могла б подобатися професія ветеринара, який лікує і оперує тварин:

а) так; б) важко сказати; в) ні.

67. Я їм з насолодою і не завжди ретельно турбуюся про свої манери, як це роблять інші люди:

а) так, це вірно; б) не впевнений; в) ні, це невірно.

68. Бувають періоди, коли мені ні з ким не хочеться зустрічатися:

а) дуже рідко; б) середнє між а) і в); в) досить часто.

69. Інколи мені говорять, що мій голос і вигляд надто часто видають моє хвилювання:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

70. Коли я був підлітком і моя думка не співпадала з батьківською, я найчастіше:

а) залишався при своїй думці;

б) середнє між а) і в);

в) поступався, визнаючи їх авторитет.

71. Мені хотілося б працювати в окремій кімнаті, а не разом з колегами:

а) так; б) не впевнений; в) ні.

72. Я волів би жити тихо, так, як мені подобається, ніж бути об'єктом захоплення завдяки моєму успіху:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

73. У багатьох відношеннях я вважаю себе цілком зрілою людиною:

а) вірно; б) не впевнений; в) ні.

74. Критика у тій формі, у якій її подають люди, скоріше вибиває мене з колії, ніж допомагає:

а) часто; б) зрідка; в) ніколи.

75. Я завжди здатний суворо контролювати прояви своїх почуттів:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

76. Якщо я зробив би корисний винахід, я хотів би:

а) працювати над ним в лабораторії далі;

б) важко вибрати;

в) потурбуватися про його практичне застосування.

77. “Подив” так відноситься до “надзвичайний”, як “страх” до:
а) небезпечний; б) неспокійний; в) жахливий.

78. Який з наступних дробів не підходить до двох інших:
а) $3/7$; б) $3/9$; в) $3/11$.

79. Мені здається, що багато хто з людей не помічає чи уникає мене, хоч я не знаю, чому:
а) вірно; б) не впевнений; в) невірно.

80. Люди ставляться до мене менш доброзичливо, ніж я цього заслуговую своїм добрим до них ставленням:
а) дуже часто; б) інколи; в) ніколи.

81. Вживання нецензурних виразів мені завжди неприємне (навіть якщо при цьому немає осіб іншої статі):
а) так; б) середнє між а) і в); в) ні.

82. У мене, безумовно, менше друзів, ніж у більшості людей:
а) так; б) не знаю; в) ні.

83. Дуже не люблю бути там, де нема з ким поговорити:
а) вірно; б) не впевнений; в) невірно.

84. Люди називають мене легковажним, хоч і вважають приємною людиною:
а) так; б) не знаю; в) ні.

85. У різних ситуаціях у товаристві я відчуваю хвилювання, подібне на те, яке відчуває людина перед виходом на сцену:
а) досить часто; б) зрідка; в) майже ніколи.

86. Знаходячись у невеликій групі людей, я радше тримаюся осторонь і надаю можливість говорити іншим:
а) так; б) не впевнений; в) ні.

87. Мені більше подобається читати:
а) реалістичне зображення військових і політичних конфліктів;
б) не знаю, що вибрати;
в) роман, який збуджує уяву, почуття.

88. Коли мною намагаються командувати, я навмисне роблю все навпаки:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

89. Якщо начальство і члени сім'ї в чомусь мені докоряють, то, як правило, тільки за діло:

а) вірно; б) щось середнє; в) невірно.

90. Мені не подобається манера деяких людей безцеремонно розглядати людину в магазині чи на вулиці:

а) вірно; б) щось середнє; в) невірно.

91. Під час тривалої подорожі я волів би:

а) читати що-небудь складне, але цікаве;

б) не знаю, що вибрав би;

в) проводити час, розмовляючи із супутниками.

92. У жартах про смерть немає нічого такого поганого, що виходило б за межі доброго смаку:

а) так, згоден; б) щось середнє; в) ні, не згоден.

93. Якщо мої знайомі погано поведуться зі мною і не приховують своєї неприязні:

а) це ніскільки мене не пригнічує;

б) щось середнє;

в) я занепадаю духом.

94. Мені стає не по собі, коли мені говорять компліменти чи розхвалюють в обличчя:

а) вірно; б) щось середнє; в) ні.

95. Я надав би перевагу роботі:

а) з чітко визначеним і постійним заробітком;

б) вірно щось середнє;

в) з більш високим заробітком, який би залежав від моїх зусиль і продуктивності.

96. Мені легше вирішити важке питання чи проблему:

а) якщо я обговорюю їх з іншими;

б) вірно щось середнє;

в) якщо я обмірковую їх наодинці.

97. Я охоче беру участь у громадському житті, у роботі різних комісій:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

98. Виконуючи якусь роботу, я не заспокоююсь, доки не будуть

враховані навіть незначні деталі:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

99. Іноді зовсім незначні перешкоди дуже сильно дратують мене:

а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

100. Я сплю міцно, ніколи не розмовляю уві сні:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

101. Якщо б я працював у сфері обслуговування, мені було б цікаво:

а) розмовляти із замовниками, клієнтами;

б) важко вибрати;

в) проводити рахунки та займатися іншою документацією.

102. “Розмір” відноситься до “довжини” так, як “нечесний” до:

а) в’язниця; б) грішний; в) крадій.

103. “АБ” так відноситься до “ГВ”, як “СР” до:

а) ПО; б) ОП; в) ТУ.

104. Коли люди поводяться необачно і безрозсудно:

а) я ставлюся до цього спокійно;

б) вірно щось середнє;

в) відчуваю до них презирство.

105. Коли я слухаю музику, а поруч голосно розмовляють:

а) це мені не заважає, я можу зосередитись;

б) щось середнє;

в) це псує мені все задоволення і злить мене.

106. Думаю, що про мене правильно сказати, що я:

а) ввічливий і спокійний;

б) вірно щось середнє;

в) енергійний і настирливий.

107. Я вважаю, що:

а) жити слід за принципом “спочатку діло – потім розваги”;

б) щось середнє між а) і в);

в) жити слід весело, особливо не турбуючись про завтрашній день.

108. Краще бути обережним і чекати малого, ніж заздалегідь

радіти, у глибині душі наперед насолоджуватися успіхом:

а) згоден; б) щось середнє; в) ні.

109. Якщо я замислююся про можливі труднощі у своїй роботі:

- а) я намагаюсь заздалегідь скласти план, як їх подолати;
- б) щось середнє;
- в) думаю, що справлюся з ними, коли з'являться.

110. Я легко при звичаююсь до будь-якого товариства:

- а) так; б) не впевнений; в) ні.

111. Коли потрібно трохи дипломатії і уміння переконати людей у чому-небудь, переважно звертаються до мене:

- а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

112. Мені було б цікаво:

- а) консультувати молодих людей, допомагати їм у виборі роботи;
- б) важко відповісти;
- в) працювати інженером.

113. Якщо я абсолютно впевнений, що людина діє несправедливо чи егоїстично, я заявляю їй про це, навіть якщо це загрожує мені деякими неприємностями:

- а) так; б) щось середнє; в) ні.

114. Інколи я жартома роблю яке-небудь пустотливе зауваження тільки для того, щоб здивувати людей і подивитися, що вони на це скажуть:

- а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

115. Я із задоволенням працював би в газеті оглядачем театральних постановок, концертів і т.п.:

- а) так; б) не впевнений; в) ні.

116. Інколи я сумніваюся, чи насправді люди, з якими я розмовляю, цікавляться тим, що я кажу:

- а) так; б) дещо середнє; в) ні.

117. Якщо мені хтось говорить таке, що, як мені відомо, не відповідає дійсності, я скоріше подумаю:

- а) “він – брехун”;
- б) вірно щось середнє;
- в) “очевидно, його неправильно інформували”.

118. Передчуття, що мене чекає якесь покарання, навіть якщо я не зробив нічого поганого, виникає у мене:

- а) часто; б) інколи; в) рідко.

119. Думка, що хвороби викликаються психічними причинами в

такій же мірі, як і фізичними, значно перебільшена:

а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

120. Урочистість і ґрунтовність повинні обов'язково зберігатися в будь-якій важливій державній церемонії:

а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

121. Мені неприємно, якщо люди вважають, що я надто невитриманий і ігнорую правила пристойності:

а) дуже; б) трохи; в) зовсім не турбує.

122. Працюючи над чимось, я волів би робити це:

а) у колективі; б) не знаю, що б вибрав; в) самотійно.

123. Бувають періоди, коли важко утриматися від почуття жалю до самого себе:

а) часто; б) інколи; в) рідко.

124. Люди досить швидко виводять мене з себе:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

125. Я завжди можу без особливих труднощів позбутися старих звичок і не повертатися до них більше:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

126. При однаковому заробітку я волів би бути:

а) адвокатом; б) важко вибрати; в) штурманом чи пілотом.

127. "Краще" відноситься до "найгірший", як "повільніше" до:

а) швидкий; б) найкращий; в) найшвидший.

128. Яке з наступних сполучень знаків повинне продовжити цей ряд: ХООООХХОООХХХ?

а) ОХХХ; б) ООХХ; в) ХООО.

129. Коли приходить час для здійснення того, що я заздалегідь планував і чекав, я інколи відчуваю себе не в змозі це зробити:

а) згоден; б) щось середнє; в) не згоден.

130. Звичайно я можу зосереджено працювати, не звертаючи уваги на те, що люди навколо дуже шумлять:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

131. Буває, що я говорю незнайомим людям про речі, які

здаються мені важливими, незалежно від того, питають мене про це,

чи ні:

а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

132. Я проводжу багато часу, розмовляючи з друзями про ті приємні події, які ми разом переживали колись:

а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

133. Я отримую задоволення від здійснення ризикованих вчинків тільки задля забави:

а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

134. Мене дратує вид неприбраної квартири:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

135. Я вважаю себе дуже товариською (відвертою) людиною:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

136. У спілкуванні з людьми:

а) я не намагаюся стримувати почуття;

б) щось середнє;

в) я приховую свої почуття.

137. Я люблю музику:

а) легку, жваву, веселу;

б) вірно щось середнє;

в) емоційно насичену, сентиментальну.

138. Мене більш захоплює краса вірша, ніж краса і досконалість зброї:

а) так; б) не впевнений; в) ні.

139. Якщо моє вдале зауваження залишилось непоміченим:

а) я не повторюю його;

б) важко відповісти;

в) повторюю своє зауваження знову.

140. Мені сподобалася б робота фотокореспондента:

а) так; б) не впевнений; в) ні.

141. Для мене важливіше:

а) зберегти хороші відносини з людьми;

б) вірно щось середнє;

в) вільно виражати свої почуття і думки.

142. У туристичній подорожі я хотів би дотримуватися

програми, складеної спеціалістами, ніж самому планувати свій маршрут:

а) так; б) не впевнений; в) ні.

143. Про мене справедливо думають, що я наполеглива і працьовита людина, проте успіхів досягаю рідко:

а) так; б) не впевнений; в) ні.

144. Якщо люди зловживають моїм добрим ставленням до них, я не ображаюся і швидко забуваю про це:

а) згоден; б) не впевнений; в) не згоден.

145. Якщо у групі спалахнула палка суперечка:

а) мені було б цікаво, хто вийде переможцем;

б) вірно щось середнє;

в) я б дуже хотів, щоб усе закінчилося миром.

146. Я волію планувати свої справи сам, без стороннього втручання і чужих порад:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

147. Інколи почуття заздрощів впливають на мої вчинки:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

148. Я твердо переконаний, що начальник може бути не завжди правий, але він завжди має право настояти на своєму:

а) так; б) не впевнений; в) ні.

149. Я починаю нервувати, коли задумуюся про все, що мене чекає:

а) так; б) інколи; в) ні.

150. Якщо я беру участь у якій-небудь грі, а оточуючі голосно висловлюють свої міркування, мене це не виводить із рівноваги:

а) згоден; б) не впевнений; в) не згоден.

151. Мені здається, цікавіше бути:

а) художником;

б) не знаю, що вибрати;

в) директором театру чи студії.

152. Яке з наступних слів не підходить до двох інших:

а) який-небудь; б) декілька; в) більша частина.

153. “Полум’я” відноситься до “жар”, як “троянда” до:

а) колючка; б) червоні пелюстки; в) запах.

154. У мене бувають такі тривожні сни, що я прокидаюся:

а) часто; б) зрідка; в) практично ніколи.

155. Навіть якщо багато обставин не сприяють успіхові якого-небудь починання, я завжди вважаю, що варто ризикувати:

а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

156. Мені подобаються ситуації, у яких я мимоволі опиняюся в ролі керівника, тому що краще за всіх знаю, що повинен робити колектив:

а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.

157. Я волів би одягатися краще скромно, так як усі, ніж яскраво і оригінально:

а) згоден; б) щось середнє; в) ні.

158. Вечір, проведений за улюбленим заняттям, приваблює мене більше, ніж весела вечірка:

а) згоден; б) не впевнений; в) не згоден.

159. Часом я нехтую добрими порадами людей, хоча і знаю, що не повинен би цього робити:

а) інколи; б) дуже рідко; в) ніколи.

160. Приймаючи рішення, я вважаю для себе обов'язковим враховувати основні норми поведінки: "що таке добре і що таке погано".

а) так; б) щось середнє; в) ні.

161. Мені не подобається, коли люди дивляться, як я працюю:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

162. Не завжди можна здійснити що-небудь поступовими, помірними методами, інколи необхідно застосувати силу:

а) згоден; б) вірно щось середнє; в) не згоден.

163. В школі я надавав перевагу:

а) мовним дисциплінам;

б) важко відповісти;

в) предметам математичного циклу.

164. Інколи я засмучувався від того, що люди говорили про мене погано поза очі без усяких на те підстав:

а) так; б) важко відповісти; в) ні.

165. Розмови з людьми пересічними, пов'язаними умовностями і своїми звичками:
а) часто бувають дуже цікавими і змістовними;
б) вірно щось середнє;
в) дратують мене, оскільки розмова ведеться навколо дрібниць і їй не вистачає глибини.
166. Деякі речі викликають у мене такий гнів, що я волію взагалі про них не говорити:
а) так; б) щось середнє; в) ні.
167. У вихованні важливіше:
а) оточити дитину теплом і піклуванням;
б) щось середнє;
в) виробити у дитини бажані навички і погляди.
168. Люди вважають мене спокійною, урівноваженою людиною, яка залишається незворушною за будь-яких обставин:
а) так; б) щось середнє; в) ні.
169. Я вважаю, що наше суспільство, керуючись доцільністю, повинне створювати нові звичаї і відкидати старі звички і традиції:
а) так; б) вірно щось середнє; в) ні.
170. Вважаю, що у сучасному світі важливіше вирішити:
а) проблеми моралі;
б) вірно щось середнє;
в) питання практичного застосування наукових винаходів.
171. Я краще засвоюю матеріал:
а) читаючи добре написану книжку;
б) щось середнє;
в) беручи участь у колективному обговоренні.
172. Я волію діяти по-своєму замість того, щоб дотримуватися загальноприйнятих правил:
а) згоден; б) не впевнений; в) не згоден.
173. Перед тим, як висловити свою думку, я намагаюся почекати, поки не буду цілком впевнений у своїй правоті:
а) завжди; б) вірно щось середнє; в) рідко.
174. Інколи дрібниці нестерпно діють мені на нерви, хоча я й розумію, що це не варте уваги, пусте:
а) так; б) щось середнє; в) ні.

175. Я не часто говорю під впливом моменту таке, про що пізніше приходить жаліти:
а) згоден; б) не впевнений; в) не згоден.

176. Якби мене попросили організувати збирання грошей на подарунок кому-небудь чи взяти участь в організації ювілейного святкування:
а) я погодився б;
б) не знаю, що зробив би;
в) сказав би, що дуже зайнятий.

177. Яке з наступних слів не підходить до двох інших:
а) широкий; б) зигзагоподібний; в) прямий.

178. “Скоро” відноситься до “ніколи”, як “близько” до:
а) ніде; б) далеко; в) десь.

179. Якщо допустив якийсь промах у товаристві, я досить швидко про це забуваю:
а) так; б) щось середнє; в) ні.

180. Оточуючим відомо, що у мене багато різних ідей, і я майже завжди можу запропонувати якесь вирішення проблеми:
а) так; б) щось середнє; в) ні.

181. Очевидно, для мене більш властивою є:
а) нервозність при зустрічі з несподіваним опором з боку інших людей;
б) не знаю, що вибрати;
в) терпимість до бажань (вимог) інших людей.

182. Мене вважають дуже екзальтованою людиною:
а) так; б) щось середнє; в) ні.

183. Мені подобається робота різноманітна, пов’язана з частими перемінами і поїздками, навіть якщо вона трохи небезпечна:
а) так; б) щось середнє; в) ні.

184. Я людина дуже пунктуальна і завжди настоюю на тому, щоб усе виконувалось якомога точніше:
а) так; б) щось середнє; в) не згоден.

185. Мені дає задоволення робота, яка вимагає особливої сумлінності і витонченої майстерності:

а) так; б) щось середнє; в) ні.

186. Я належу до числа енергійних людей, які завжди чимось зайняті:

а) так; б) не впевнений; в) ні.

187. Я сумлінно відповів на всі запитання і жодного не пропустив:

а) так; б) не впевнений; в) ні.

Методика «Самооцінка генералізованого типу прихильності» («RQ»)

К. Bartholomew та L. Horowitz

1. Нижче наводиться характеристика чотирьох стилів взаємовідносин, які найчастіше описуються людьми. Поставте галочку напроти літери, що позначає той стиль, який підходить Вам більше за інших або описує Вас найкращим чином.

А. Мені приємно відчувати близькість та/або взаємозалежність: легко зближуватися з іншими людьми, відчувати свою залежність від них та їхню залежність від мене. Я рідко турбуюся про те, що мене можуть покинути або про те, що хтось може занадто сильно зблизитися зі мною.

В. Я дуже потребую близькості: мені здається, що люди не хочуть зближуватися зі мною так, як того хотілося б мені. Я часто турбуюся про те, чи мій партнер любить мене і чи хоче залишатися зі мною. Я хочу повністю злитися з іншою людиною, і це бажання часом відлякує людей.

С. Я можу обходитися без близьких емоційних стосунків; мені важливо відчувати свою свободу і самодостатність, тому я вважаю за краще ні від кого не залежати сам і не викликати залежність від мене в інших.

Д. Мені нелегко зближуватись з іншими людьми. Я хочу цього, але мені важко повністю покладатися на людей і залежати від когось. Я боюся, що якщо дозволю собі довіритися іншій людині, він може поранити мене.

2. Оцініть, будь ласка, наскільки кожен із описаних вище стилів взаємовідносин відповідає Вашому (за 12-бальною шкалою).

Стиль А

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Зовсім несхоже на мене</i>											<i>Дуже схоже на мене</i>

Стиль В

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Зовсім несхоже на мене</i>											<i>Дуже схоже на мене</i>

Стиль С

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Зовсім несхоже на мене</i>											<i>Дуже схоже на мене</i>

Стиль D

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Зовсім несхоже на мене</i>											<i>Дуже схоже на мене</i>

Інтерв'ю за OPD-2 вісь структури

Інтерв'ю складається з блоків питань, що ставляться в невимушеній атмосфері в процесі діалогу, для того, щоб респондент був максимально відвертим: розповідь про себе, сферу діяльності, оточення, місце проживання сім'ю, аналіз стосунків у теперішньому, прихильності, саморегуляція як спосіб переживання емоцій, активність комунікації з іншими, перенесення самотності, наявність поганих звичок, сон, харчування, відносини з грошима.

Таблиця 4-12: Критерії оцінки рівня структурної інтеграції

①	високий	Відносно автономне "Я"; добре структурований внутрішній психічний простір, де можуть відбуватися інтрапсихічні процеси; здатність до саморефлексії та засноване на реальності сприйняття інших; здатність до саморегуляції; здатність до емпатії; задовільні добре сформовані внутрішні об'єкти; центральний страх: страх втрати турботи та уваги об'єкта.
	1,5	Від високого до помірного
②	помірний	Інтрапсихічні конфлікти деструктивніші; самопригнічувані та аутодеструктивні тенденції; труднощі у здобутті образу себе та ідентичності; надрегуляція та знижена регуляція самоцінності; об'єктні образи обмежені до кількох патернів; знижена здатність до емпатії; переважають діадичні відносини; центральний страх: страх втрати важливого об'єкту
	2,5	Від помірного до низького
③	низький	Слабко розвинений внутрішній психічний простір і обмежена диференціація психічних субструктур; конфлікти швидше міжособистісні, ніж внутрішньопсихічні; відсутня саморефлексія; дифузія ідентичності; непереносимість негативного афекту; імпульсні спалахи та висока чутливість до емоційного пошкодження та травм; захисти: розщеплення, ідеалізація, знецінення; недостатньо емпатії та обмежена здатність до комунікації; внутрішні об'єкти переважно переслідують і карають; центральний страх: знищення себе у вигляді втрати хорошого об'єкта чи у вигляді поганого об'єкта.
	3,5	Від низького до дезінтегрованого
④	дезінтегрований	Недостатня злагодженість «Я» та рясна емоційність прикриті пост-психотичними, посттравматичними, або перверзивними, тощо, формами організації. Образ себе та об'єктів змішаний. Емпатичне сприйняття об'єктів практично неможливе. Відповідальність за окремі імпульсні дії не переживається (речі просто трапляються). Центральний страх: симбіотичне злиття «Я» та об'єкта, що веде до втрати себе.

Таблиця 4-13: Сприйняття себе и об'єкта

Само-сприйняття и об'єкт-сприйняття	
Сприйняття себе	Сприйняття об'єктів
1.1 Рефлексувати та диференціювати образ Я	1.4 Диференціація себе від об'єкта: розрізняти власні думки, потреби та імпульси від думок, потреб та імпульсів інших
1.2 Диференціювати власні афекти	1.5 Сприймати інших у різних аспектах, як цілісну особистість
1.3 Проектувати та розвивати власну ідентичність	1.6 Здатність створювати реалістичне уявлення про інших

Таблиця 4-14: Здатність до саморегуляції

Регуляція	
Саморегуляція	Регуляція відносин з об'єктом
2.1 Дистанціювати себе від імпульсів, контролювати та інтегрувати імпульси	2.4 Захищати стосунки від власних хвилюючих імпульсів; інтрапсихічні захисти замість міжособистісних
2.2 Дистанціювати себе від афектів, регулювати афекти	2.5 Підтримувати у відносинах власні інтереси та брати до уваги інтереси інших
2.3 Дистанціювати себе від емоційного болю, регулювати самоцінність	2.6 Здатність розвивати реалістичне уявлення про інших

Таблиця 4-15: Емоційна здатність

Емоційна здатність	
Внутрішня комунікація	Комунікація з зовнішнім світом
3.1 Генерувати та відчувати власні афекти	3.4 Встановлювати емоційний контакт: дозволяти собі почуття до інших, насмілюватися робити емоційний внесок, досягати почуття «Ми» (взаємність)
3.2 Створювати та використовувати власні фантазії	3.5 Висловлювати власні афекти, дозволяти собі бути зворушеним афектами інших
3.3 Емоційно поживляти сприйняття власного тіла або тілесного «Я»	3.6 Відчувати емпатію

Таблиця 4-16: Здатність до прихильності

Здатність до прихильності	
Здатність до прихильності до внутрішніх об'єктів	Здатність до прихильності до зовнішніх об'єктів
4.1 Інтерналізація: позитивна само-репрезентація, позитивна об'єкт-репрезентація, здатність будувати та підтримувати позитивні, пов'язані з об'єктом, афекти	4.4 Здатність створювати уподобання: емоційно прив'язуватися до інших (вдячність, любляча турбота, провина, смуток)
4.2 Позитивні інтроекти: здатність піклуватися про себе, заспокоювати, втішати та захищати себе, постояти за себе	4.5 Прийняття допомоги: здатність приймати підтримку, турботу, занепокоєння, керівництво, вибачення від інших
4.3 Змінна та триангулярна прихильність: різні якості внутрішніх об'єктів; прихильність до одного не означає відкидання іншого	4.6 Здатність розривати прихильність та переносити прощання

Таблиця 4-17: Оцінка структурних рівнів

Ось IV структура		високо	1,5	помірно	2,5	низько	3,5	дезінтегровано	неможливо оцінити
1а	Сасприйняття	①	.	②	.	③	.	④	⑨
1б	Сприйняття об'єкта	①	.	②	.	③	.	④	⑨
2а	Саморегуляція	①	.	②	.	③	.	④	⑨
2б	Регуляція стосунків з об'єктом	①	.	②	.	③	.	④	⑨
3а	Внутрішня комунікація	①	.	②	.	③	.	④	⑨
3б	Комунікація з зовнішнім світом	①	.	②	.	③	.	④	⑨
4а	Здатність до прихильності (до внутрішніх об'єктів)	①	.	②	.	③	.	④	⑨
4б	Здатність до прихильності (до зовнішніх об'єктів)	①	.	②	.	③	.	④	⑨
5	Структура вцілому	①	.	②	.	③	.	④	⑨

Ось IV структура (приклад оцінки)

Ось IV структура		високо	1,5	помірно	2,5	низько	3,5	дезінтегровано	неможливо оцінити
1а	Самосприйняття	①	X	②	.	③	.	④	⑨
1б	Сприйняття об'єкта	①	X	②	.	③	.	④	⑨
2а	Саморегуляція	①	.	X ②	.	③	.	④	⑨
2б	Регуляція стосунків з об'єктом	①	.	X ②	.	③	.	④	⑨
3а	Внутрішня комунікація	①	.	X ②	.	③	.	④	⑨
3б	Комунікація з зовнішнім світом	①	.	X ②	.	③	.	④	⑨
4а	Здатність до прихильності (до внутрішніх об'єктів)	①	.	X ②	.	③	.	④	⑨
4б	Здатність до прихильності (до зовнішніх об'єктів)	①	.	X ②	.	③	.	④	⑨
5	Структура вцілому	①	.	X ②	.	③	.	④	⑨

Інтерв'ю за OPD-2 вісь конфлікту

Інтерв'ю складається з блоків питань, що ставляться в невимушеній атмосфері в процесі діалогу, для того, щоб респондент був максимально відвертим: розповідь про себе, сферу діяльності, оточення, місце проживання сім'ю, аналіз стосунків у теперішньому, розповідь про минуле, позитивні, негативні досвіди, важливі фігури дитинства, батьківську родину, психотравмівні ситуації, прогностичність планів на майбутнє, аналіз того, що відбувається під час розмови.

Вісь III – Конфлікт

Попередні питання допомоги терапевту в оцінці конфлікту (приклад оцінки)

А)	Конфлікт неможливо оцінити через брак діагностичної безпеки	Так = ①	Ні = X ①
Б)	Через низький рівень структурної інтеграції помітні теми конфліктів визначають скоріше контури конфліктів, а не власне дисфункціональні конфліктні патерни	Так = ①	Ні = X ①
В)	Через порушене сприйняття конфліктів та афектів опору вісь конфлікту не може бути оцінена	Так = ①	Ні = X ①
Г)	Конфліктний стрес (конфлікт, спричинений стресором) без будь-яких значних дисфункціональних конфліктних патернів, що повторюються.	Так = ①	Ні = X ①

	Дисфункціональні конфлікти, що повторюються	Відсутні	Незначні	Значні	Дуже значні	Неможливо оцінити
1.	Індивідуалізація - залежність	X ①	①	②	③	⑨
2.	Подпорядкування - контроль	①	①	X ②	③	⑨
3.	Потреба в турботі - самодостатність	①	①	②	X ③	⑨
4.	Конфлікт самооцінки (гідності)	①	①	②	X ③	⑨
5.	Конфлікт провини	X ①	①	②	③	⑨
6.	Едипальний конфлікт	①	X ①	②	③	⑨
7.	Конфлікт ідентичності	①	X ①	②	③	⑨

Провідний конфлікт __3__ Що супроводжується, в порядку важливості: __4__

Спосіб переробки основного конфлікту	В основному активний	Змішаний але активний	Змішаний але пасивний	В основному пасивний	Неможливо оцінити
	①	②	X ③	④	%0

Попередні питання для допомоги терапевту в оцінці конфлікту

А)	Конфлікт неможливо оцінити через нестачу діагностичної безпеки	Так = ①	Ні = ①
Б)	Через низький рівень структурної інтеграції помітні теми конфліктів визначають скоріше контури конфліктів, а не власне дисфункціональні конфліктні патерни	Так = ①	Ні = ①

В)	Через порушене захистом сприйняття конфліктів та афектів вісь конфлікту не може бути оцінена	Так = ①	Ні = ⑦
Г)	Конфліктний стрес (конфлікт, спричинений стресором) без будь-яких значних дисфункціональних конфліктних патернів, що повторюються.	Так = ①	Ні = ⑦

Дисфункціональні конфлікти, що повторюються

	Дисфункціональні конфлікти, що повторюються	Відсутні	Незначні	Значні	Дуже значні	Неможливо оцінити
1.	Індивідуалізація-залежність	⑦	①	②	③	⑨
2.	Підпорядкування-контроль	⑦	①	②	③	⑨
3.	Потреба в турботі-самодостатність	⑦	①	②	③	⑨
4.	Конфлікт самоцінності	⑦	①	②	③	⑨
5.	Конфлікт провини	⑦	①	②	③	⑨
6.	Едипальний конфлікт	⑦	①	②	③	⑨
7.	Конфлікт ідентичності	⑦	①	②	③	⑨

Провідний конфлікт _____ Що супроводжується, в порядку важливості: _____

Спосіб переробки основного конфлікту	В основному активний	Змішаний але активний	Змішаний але пасивний	В основному пасивний	Неможливо оцінити
	①	②	③	④	⑨

Додаток Е

		SL	MainC onf	A	B	C	E	F	G
N		90	90	90	90	90	90	90	90
Normal Parameters ^a	Mean	2,71	3,86	5,09	6,31	3,98	4,16	5,86	4,61
	Std. Deviation	0,674	2,917	2,139	1,504	1,914	2,022	1,790	2,176
Most Extreme	Absolute	0,265	0,269	0,132	0,171	0,151	0,138	0,128	0,129
Differences	Positive	0,265	0,269	0,084	0,171	0,151	0,138	0,095	0,129
	Negative	-0,255	-0,172	-0,132	-0,107	-0,103	-0,075	-0,128	-0,089
Kolmogorov-Smirnov Z		0,265	0,269	0,132	0,171	0,151	0,138	0,128	0,129
Asymp. Sig. (2-tailed)		<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		H	I	L	M	N	O	Q
N		90	90	90	90	90	90	90
Normal Parameters ^a	Mean	4,08	6,41	4,68	4,88	5,38	6,80	4,50
	Std. Deviation	2,204	1,557	2,435	2,098	2,107	1,956	1,850
Most Extreme	Absolute	0,159	0,193	0,199	0,126	0,121	0,152	0,162
Differences	Positive	0,159	0,193	0,199	0,085	0,121	0,125	0,162
	Negative	-0,081	-0,124	-0,080	-0,126	-0,090	-0,152	-0,114
Kolmogorov-Smirnov Z		0,159	0,193	0,199	0,126	0,121	0,152	0,162
Asymp. Sig. (2-tailed)		<,001	<,001	<,001	<,001	0,001	0,002	<,001
a. Test distribution is Normal.								

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Q2	Q3	Q4	Boulby			
N		90	90	90	90			
Normal Parameters ^a	Mean	4,88	5,32	4,86	2,46			
	Std. Deviation	1,823	2,171	2,216	0,810			
Most Extreme	Absolute	0,129	0,140	0,106	0,280			
Differences	Positive	0,129	0,140	0,106	0,280			
	Negative	-0,120	-0,091	-0,083	-0,198			
Kolmogorov-Smirnov Z		0,129	0,140	0,106	0,280			
Asymp. Sig. (2-tailed)		<,001	<,001	0,015	<,001			
a. Test distribution is Normal.								

		SL1a	SL1b	SL2a	SL2b	SL3a	SL3b	SL4a	SL4b	MainL ev
N		90	90	90	90	90	90	90	90	90
Normal Parameters ^a	Mean	2,49	2,53	2,67	2,78	2,69	2,66	2,52	2,72	4,37
	Std. Deviation	0,623	0,690	0,750	0,746	0,729	0,781	0,722	0,750	3,099
Most Extreme Differences	Absolute	0,328	0,269	0,269	0,295	0,310	0,244	0,290	0,300	0,177
	Positive	0,251	0,269	0,269	0,238	0,235	0,244	0,221	0,233	0,177
	Negative	-0,328	-0,262	-0,216	-0,295	-0,310	-0,226	-0,290	-0,300	-0,144
Kolmogorov-Smirnov Z		0,328	0,269	0,269	0,295	0,310	0,244	0,290	0,300	0,177
Asymp. Sig. (2-tailed)		<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
a. Test distribution is Normal.										

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		EPI1	EPI2	EPI3	EPI4	EPI5	EPI6	EPI7
N		90	90	90	90	90	90	90
Normal Parameters ^a	Mean	7,24	6,20	6,63	5,73	6,26	5,84	7,41
	Std. Deviation	1,053	2,046	1,022	1,305	1,214	1,332	1,131
Most Extreme Differences	Absolute	0,208	0,197	0,188	0,192	0,183	0,165	0,232
	Positive	0,147	0,092	0,188	0,119	0,183	0,165	0,157
	Negative	-0,208	-0,197	-0,185	-0,192	-0,161	-0,158	-0,232
Kolmogorov-Smirnov Z		0,208	0,197	0,188	0,192	0,183	0,165	0,232
Asymp. Sig. (2-tailed)		<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
a. Test distribution is Normal.								

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Conf.1	Conf.2	Conf.3	Conf.4	Conf.5	Conf.6	Conf.7
N		90	90	90	90	90	90	90
Normal Parameters ^a	Mean	3,36	2,88	2,89	2,90	2,54	2,92	2,60
	Std. Deviation	3,084	3,280	3,279	3,339	3,448	3,285	3,431
Most Extreme Differences	Absolute	0,335	0,294	0,307	0,317	0,318	0,279	0,324
	Positive	0,335	0,294	0,307	0,317	0,318	0,279	0,324
	Negative	-0,177	-0,190	-0,189	-0,193	-0,230	-0,187	-0,224
Kolmogorov-Smirnov Z		0,335	0,294	0,307	0,317	0,318	0,279	0,324
Asymp. Sig. (2-tailed)		<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
a. Test distribution is Normal.								

**Приклад бланку індивідуальної роботи за методом символдрами
для пацієнтів з розладами харчової поведінки**

Список сесій (розлад –анорексія)

№ п/п	Дата	Зміст
1.	04.02.19	Опис актуальної ситуації, збір анамнезу
2.	06.02.19	Формування запиту, інтерв'ю за ОПД-2
3.	08.02.19	Збір даних за ОПД-2
4.	11.02.19	Інтерв'ю за ОПД-2
5.	13.02.19	Інтерв'ю за ОПД-2
6.	15.02.19	Мотив «Квітка» (аналіз образу Я, ресурсів, ідентичності)
7.	18.02.19	Обговорення мотиву
8.	20.02.19	Робота з малюнком
9.	22.02.19	Аналітична бесіда
10.	25.02.19	Аналітична бесіда
11.	27.02.19	Аналітична бесіда
12.	01.03.19	Робота із вправою «Карта тіла»
13.	04.03.19	Обговорення вправи
14.	06.03.19	Аналітична бесіда
15.	08.03.19	Мотив «Луг» (перинатальні стани)
16.	11.03.19	Обговорення мотиву
17.	13.03.19	Робота з малюнком
18.	15.03.19	Аналітична бесіда
19.	18.03.19	Аналітична бесіда
20.	20.03.19	Вправа з ІМКП (імагінативна психотерапія тіла)
21.	22.03.19	Аналіз вправи «Образ тіла»
22.	25.03.19	Аналітична бесіда
23.	27.03.19	Аналітична бесіда

24.	29.03.19	Мотив «Корова» (аналіз стосунків з материнською фігурою)
25.	01.04.19	Аналіз мотиву
26.	04.04.19	Робота з малюнком
27.	08.04.19	Аналітична бесіда
28.	11.04.19	Аналітична бесіда
29.	15.04.19	Мотив «Ідеал Я»
30.	18.04.19	Аналіз мотиву
31.	22.04.19	Робота з малюнком
32.	25.04.19	Аналітична бесіда
33.	29.04.19	Аналітична бесіда
34.	02.05.19	Робота з колодою метафоричних карт (Будинки, дерева, люди) в асоціативному методі символдрами
35.	06.05.19	Аналіз техніки
36.	09.05.19	Аналітична бесіда
37.	13.05.19	Аналітична бесіда
38.	16.05.19	Мотив «Дика кішка» (проявлення сексуальної та агресивної частин)
39.	20.05.19	Аналіз мотиву
40.	24.05.19	Робота з малюнком
41.	27.05.19	Аналітична бесіда
42.	30.05.19	Аналітична бесіда
43.	03.06.19	Мотив «Узлісся» (аналіз тіньової частини)
44.	10.06.19	Аналіз мотиву
45.	17.06.19	Робота з малюнком
46.	24.06.19	Аналітична бесіда
47.	01.07.19	Аналітична бесіда
48.	08.07.19	Мотив «Прощання на морському вокзалі»
49.	15.07.19	Аналіз мотиву
50.	22.07.19	Робота з малюнком
51.	29.07.19	Аналітична бесіда в темі завершення

52.	05.08.19	Аналітична бесіда в темі завершення
-----	----------	-------------------------------------

Список сесій (розлад –булімія)

№ п/п	Дата	Зміст
1.	04.02.19	Опис актуальної ситуації, збір анамнезу
2.	06.02.19	Формування запиту, інтерв'ю за ОПД-2
3.	08.02.19	Збір даних за ОПД-2
4.	11.02.19	Інтерв'ю за ОПД-2
5.	13.02.19	Інтерв'ю за ОПД-2
6.	15.02.19	Мотив «Квітка»
7.	18.02.19	Обговорення мотиву
8.	20.02.19	Робота з малюнком
9.	22.02.19	Аналітична бесіда
10.	25.02.19	Аналітична бесіда
11.	27.02.19	Аналітична бесіда
12.	01.03.19	Робота із вправою «Карта тіла»
13.	04.03.19	Обговорення вправи
14.	06.03.19	Аналітична бесіда
15.	08.03.19	Мотив «Луг»
16.	11.03.19	Обговорення мотиву
17.	13.03.19	Робота з малюнком
18.	15.03.19	Аналітична бесіда
19.	18.03.19	Аналітична бесіда
20.	20.03.19	Вправа з ІМКП (імагінативна психотерапія тіла)
21.	22.03.19	Аналіз вправи «Образ тіла»
22.	25.03.19	Аналітична бесіда
23.	27.03.19	Аналітична бесіда
24.	29.03.19	Мотив «Корова»
25.	01.04.19	Аналіз мотиву

26.	04.04.19	Робота з малюнком
27.	08.04.19	Аналітична бесіда
28.	11.04.19	Аналітична бесіда
29.	15.04.19	Мотив «Майстерня з виготовлення посудин»
30.	18.04.19	Аналіз мотиву
31.	22.04.19	Робота з малюнком
32.	25.04.19	Аналітична бесіда
33.	29.04.19	Аналітична бесіда
34.	02.05.19	Мотив «Ділянка землі»
35.	06.05.19	Аналіз техніки
36.	09.05.19	Аналітична бесіда
37.	13.05.19	Аналітична бесіда
38.	16.05.19	Мотив «Плодове дерево»
39.	20.05.19	Аналіз мотиву
40.	24.05.19	Робота з малюнком
41.	27.05.19	Аналітична бесіда
42.	30.05.19	Аналітична бесіда
43.	03.06.19	Мотив «Узлісся»
44.	10.06.19	Аналіз мотиву
45.	17.06.19	Робота з малюнком
46.	24.06.19	Аналітична бесіда
47.	01.07.19	Аналітична бесіда
48.	08.07.19	Мотив «Прощання на морському вокзалі»
49.	15.07.19	Аналіз мотиву
50.	22.07.19	Робота з малюнком
51.	29.07.19	Аналітична бесіда в темі завершення
52.	05.08.19	Аналітична бесіда в темі завершення

Список сесій (розлад –компульсивне переїдання)

№ п/п	Дата	Зміст
1.	04.02.19	Опис актуальної ситуації, збір анамнезу
2.	06.02.19	Формування запиту, інтерв'ю за ОПД-2
3.	08.02.19	Збір даних за ОПД-2
4.	11.02.19	Інтерв'ю за ОПД-2
5.	13.02.19	Інтерв'ю за ОПД-2
6.	15.02.19	Мотив «Квітка, у якої все є для гарного зростання»
7.	18.02.19	Обговорення мотиву
8.	20.02.19	Робота з малюнком
9.	22.02.19	Аналітична бесіда
10.	25.02.19	Аналітична бесіда
11.	27.02.19	Аналітична бесіда
12.	01.03.19	Робота із вправою «Карта тіла»
13.	04.03.19	Обговорення вправи
14.	06.03.19	Аналітична бесіда
15.	08.03.19	Мотив «Луг»
16.	11.03.19	Обговорення мотиву
17.	13.03.19	Робота з малюнком
18.	15.03.19	Аналітична бесіда
19.	18.03.19	Аналітична бесіда
20.	20.03.19	Вправа з ІМКП (імагінативна психотерапія тіла)
21.	22.03.19	Аналіз вправи «Образ тіла»
22.	25.03.19	Аналітична бесіда
23.	27.03.19	Аналітична бесіда
24.	29.03.19	Мотив «Підйом у гору»
25.	01.04.19	Аналіз мотиву
26.	04.04.19	Робота з малюнком
27.	08.04.19	Аналітична бесіда

28.	11.04.19	Аналітична бесіда
29.	15.04.19	Мотив «Будинок»
30.	18.04.19	Аналіз мотиву
31.	22.04.19	Робота з малюнком
32.	25.04.19	Аналітична бесіда
33.	29.04.19	Аналітична бесіда
34.	02.05.19	Мотив «Ділянка землі»
35.	06.05.19	Аналіз техніки
36.	09.05.19	Аналітична бесіда
37.	13.05.19	Аналітична бесіда
38.	16.05.19	Мотив «Змія»
39.	20.05.19	Аналіз мотиву
40.	24.05.19	Робота з малюнком
41.	27.05.19	Аналітична бесіда
42.	30.05.19	Аналітична бесіда
43.	03.06.19	Мотив «Дика кабаниха»
44.	10.06.19	Аналіз мотиву
45.	17.06.19	Робота з малюнком
46.	24.06.19	Аналітична бесіда
47.	01.07.19	Аналітична бесіда
48.	08.07.19	Мотив «Прощання на морському вокзалі»
49.	15.07.19	Аналіз мотиву
50.	22.07.19	Робота з малюнком
51.	29.07.19	Аналітична бесіда в темі завершення
52.	05.08.19	Аналітична бесіда в темі завершення

Техніка з психосинтезу «Знайомство із субособистостями»

Проводить психолог:

Вам знадобиться блокнот та ручка для записів. Намагайтеся знайти тихе зручне місце, де вас ніхто не потурбує. Сядьте зручніше. Розслабтеся. Можете увімкнути тиху розслаблюючу музику. Ви можете вести записи під час вправи, можете зробити це потім. Робіть паузи там, де це вам необхідно, щоб отримати відповіді на запитання.

Уявіть, що ви у лісі. Відчуйте під ногами у вас земля. Подивіться на дерева. Пройдіться трохи лісом, оглядаючись навколо. Ви бачите багато дерев та якісь квіти. Зверніть увагу на деталі, ви відчуваєте цікавість, вам дуже цікаво все, що оточує.

Озирнувшись, ви помічаєте вдалині маленьку хатинку і йдете до неї. Ви чуєте, що з неї долинає якийсь галас. Вам стає цікаво, що там відбувається. Ви підходите ближче і помічаєте, що хатинка має віконце. Ви підходите до віконця і заглядаєте усередину. Там, усередині, звідки долинає весь цей шум, ви бачите безліч своїх субособистостей, і всі вони дуже активні. Несподівано двері хатинки відчиняються, і всі вони висипають назовні, залишаючись такими ж активними. Ви спостерігаєте за ними з великою цікавістю. Незабаром ви помічаєте, що одна із субособистостей дуже зацікавилася вами та підходить до вас. Ви уважно дивіться, що вона схожа. Вона не обов'язково має бути схожа на людину. Це може бути тварина чи щось взагалі не схоже ні на що. Ви її дуже цікавите, вона дуже тягнеться до вас. Коли ви усвідомлюєте, що це якась ваша частина, вона також стає вам цікавою, і тоді ви запрошуєте її прогулятися. Ви йдете з нею на узліссі, де починається красивий зелений луг. Ви виходите із нею на луг. Ви відзначаєте, як вона рухається, про що говорить, про що запитує. Ви починаєте з нею розмову. У цій розмові ви можете ставити їй будь-які питання, а вона може запитувати вас. Це просто можливість пізнати один одного. Тому ви питаєте свою субособистість: хто ти? Яка твоя роль у моєму житті? Що ти хочеш? Чого ти від мене чекаєш? Чим я можу тобі допомогти? Що ти робиш для мене? Навіщо ти це робиш? Коли ти увійшла до мого життя? Які події, які обставини мого життя викликали твою появу? Можливо, ти прийшла, щоб допомогти мені? Навіщо ти допомагаєш мені? І як ти мені допомагаєш? Чи привнесла ти щось у моє життя? А коли ти створюєш для мене проблеми? Отже, що ти хочеш? У чому твоя основна потреба, що тобі справді потрібно? Яка твоя сутнісна якість?

Чи знаєте ви, як ви ставитеся до цієї частини? Чи гніваєтеся ви на неї, бо вона вам заважає? Чи це дуже важлива частина, яка допомагає вам, робить вас сильнішими? Поговоріть з нею, розкажіть їй про ваші труднощі, пов'язані з нею, розкажіть, як ви до неї ставитеся. Запитайте її, чи не хоче вона скористатися можливістю щось сказати вам чи щось запитати?

А тепер запросіть цю субособистість піти з вами через луг прогулятися. Дивіться, як вона відреагує на це: може, вона не хоче йти з вами? Чи, навпаки, дуже хоче?

Ви йдете у лузі. Ви відчуваєте вітерець, що м'яко огортає ваше обличчя, чуєте звуки, якими наповнений луг, — дзижчання комах, спів птахів, і помічаєте, що ви йдете зі своїм супутником стежкою. У міру того, як ви йдете все далі, ви починаєте помічати, що стежка починає підніматися на пагорб. Виходячи на нього, ви помічаєте, що горб переходить у високу гору. Ви ведете свою субособистість на дуже високу гору. Гора висока, але легко йти. Зверніть увагу, що вам відкривається з цієї гори? І ось ви досягаєте вершини цієї гори. Затримайтеся трохи і подивіться з висоти на дали, що розкриваються перед вами. Коли ви дивитеся, якими крихітними здаються люди, будинки, вулиці,

машини. Ви зі своїм супутником стоїте на вершині цієї гори і просто дивіться на все інше. Чи багато ви можете побачити з цього місця?

Стоячи там, на вершині гори, ви починаєте усвідомлювати, що поряд з вами знаходиться якась інша, дуже мудра істота. Ви усвідомлюєте, що ця істота має величезне співчуття, і можете відчувати, як любить вас ця істота. Ця істота сповнена світла, та ви можете відчувати це. Ця істота здатна говорити з вами, і вам надається можливість задати їй будь-яке питання про субособистість, яка прийшла з вами: і про те, яке її призначення у вашому житті, і як розвивати ваші з нею відносини. Бо ви знаєте, що це дуже мудра і співчуча вам істота. Можливо, ця мудра істота має для вас подарунок, яким ви зможете скористатися у своєму житті, який допоможе вам. Затримайтеся трохи, щоб відчувати присутність цієї мудрої істоти і вказати на неї субособистість, що супроводжує вас.

А тепер настав час попрощатися з цією мудрою істотою і подякувати їй за те, що вона вам так співчуває. Мудра істота говорить вам, що вона завжди у вашому розпорядженні, якби ви сюди не прийшли. Отже, беріть свого супутника і йдіть униз. А тепер настав час попрощатися з цією мудрою істотою і подякувати їй за те, що вона вам так співчуває. Мудра істота говорить вам, що вона завжди у вашому розпорядженні, коли б ви сюди не прийшли. Отже, беріть свого супутника і йдіть униз. Усвідомте, як відчувається тепер ваша субособистість і що ви по відношенню до неї відчуваєте. Повертайтеся на луг, а потім відведіть свою субособистість назад у ліс. Поговоріть з нею, якщо хочете, або, можливо, якщо вона захоче, про те, що сталося на горі. Скажіть їй, що ви з нею розмовлятимете ще багато разів і що ви її не забудете. А потім приведіть її до лісової хатинки, попрощайтесь з нею та повертайтеся на луг.

Тепер повільно зверніть увагу на своє тіло, що сидить на стільці у цій кімнаті. Відчуйте, що ноги стоять на підлозі, що ви можете поворухнути пальцями ніг. Розплющіть очі, подивіться навколо.

Зробіть короткі нотатки про свої переживання під час вправи. Якщо вам не вдалося виконати його повністю, напишіть про це і спробуйте проаналізувати, що завадило вам пройти запропонованим шляхом. Якщо ви не можете це зробити, напишіть, чому вам це важко. Першочергову увагу слід звернути на такі три питання:

Чого хоче ваша субособистість?

Що їй потрібне?

Яка її сутнісна якість?

Можливо, виявлена субособистість чи якісь її якості не сподобалися вам. Це одна із загальнопоширених реакцій — вбачати у собі наявність якихось негативних рис. Один з основних постулатів психосинтезу: у кожної, навіть найважчої субособистості, є здорове ядро — її сутнісна якість. Сам синтез полягає в тому, що, виявивши сутнісну якість, сутнісну енергію субособистості, ми можемо почати інтегрувати її у своє життя, тобто з'єднувати, поєднувати її з іншими нашими частинами.

Один з важливих моментів у роботі з субособистостями полягає в визнанні того факту, що кожна з наших субособистостей — у тому числі біль, що страждає, відчуває біль — це наша частина і, як така, по-справжньому нас потребує. У практиці психосинтезу ніякі переживання не пригнічуються, а навпаки, їм намагаються дати вихід, «викликати» їх із глибин психіки, а потім спрямувати їхню енергію на самоперетворення та самозміну. Дуже важливо з'ясувати, чого хоче страждаюча субособистість. Вона не має того, що хоче, і це спричиняє страждання.

Сам факт некритичного усвідомлення частини, що турбує нас, сам факт усвідомлення без засудження різко знижує рівень оборонної активності свідомої частини. Приймаючи її такою, якою вона є, ми створюємо умови, в яких ця частина почувається у більшій безпеці. Зникає сам ґрунт для конфліктів. Замість того, щоб говорити «Ти мені не подобаєшся», ми говоримо «Привіт». Це дає можливість підійти до процесу трансформації та інтеграції. Взагалі інтеграція — це природний процес, який у людині постійно. Протягом усього нашого життя ми природно інтегруємо різні наші конфліктуючі частини. Але коли якась наша частина з тієї чи іншої причини (наприклад, внаслідок придушення) зупиняється у своєму зростанні, вона ніби відпадає від цілого та втрачає здатність до природної інтеграції. Тоді потрібна робота з відновлення втраченої цілісності.

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

«Особливості психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки»

Дисертанткою було проведено експериментальну роботу на базі медичного центру доктора А. О. Кадірова протягом 2019-2020 р.р. На основі результатів дослідження Д. О. Левченко запропоновано впровадження програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки засобами психодинамічного та когнітивно-поведінкового підходів.

Зазначимо, що при апробації цієї програми для пацієнтів з розладами харчової поведінки було застосовано групову, сімейну та індивідуальну форми роботи. Пацієнти були залучені до психодіагностики, психоедукації, індивідуальної психокорекції за методом кататимно-імагінативної психотерапії та групової психокорекції за методом діалектично-поведінкової психотерапії.

Заслуговує на схвалення практичний аспект комплексної програми психологічної реабілітації з урахуванням типологічних особливостей пацієнтів та виду харчового розладу, заснованої на сучасних методах корекції адиктивної поведінки. В процесі проходження програми реабілітації у пацієнтів спостерігалась нормалізація емоційного стану, підвищення здатності до саморегуляції, розвинувся інтерес до механізмів самомотивації та стресостійкості. Отже, можемо констатувати, що впровадження програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки засобами психодинамічного та когнітивно-поведінкового підходів мало позитивний вплив.

Директор
ТОВ «КЛІНІКА КАДІРОВА»



А.О. Кадіров

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

«Особливості психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки»

Основні положення наукового дослідження здобувача лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України Левченко Дарини Олександрівни «Особливості психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки» апробовані та впроваджені в освітній процес підвищення кваліфікації психологів «Інституту розвитку символдрами та глибинної психології» впродовж 2022-2023 навчальних років на базі професійної та практичної підготовки за спеціальністю «Психотерапевт за методом символдрами».

Дисертанткою представлено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової проблеми, що полягає в вивченні індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з розладами харчової поведінки.

Заслуговує на увагу розроблена комплексна програма психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки, що базується на сучасних підходах психодинамічної та когнітивної психотерапії.

Репрезентовано та методично обґрунтовано застосування поєднаних індивідуальних технік кататимно-імагінативної психотерапії та групових технік діалектично-поведінкової психотерапії з метою опрацювання раннього дитячого травматичного досвіду.

Левченко Д. О. представила власне бачення психологічного компонента реабілітаційного процесу, що допоможе вивести рівень надання психологічних послуг пацієнтам з харчовою залежністю на значно вищий рівень.

Голова Правління ГО ІРСГП



О. В. Сазонова

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
«Особливості психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки»

Дисертанткою було проведено експериментальну роботу на базі реабілітаційного центру «Ренесанс» протягом 2021 р.

Д. О. Левченко запропоновано впровадження програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки засобами психодинамічного та когнітивно-поведінкового підходів. Представлена програма була логічно побудована відповідно до психічних утворень пацієнтів з різними розладами харчової поведінки. Програма була спрямована на розвиток емоційної саморегуляції, подолання особистісного дефіциту, корекцію типу прихильності, розвиток комунікативних навичок та навичок усвідомленості і стресостійкості.

Головною особливістю програми є врахування типологічних особливостей пацієнтів з розладами харчової поведінки, а також розподіл стратегії індивідуальної роботи в залежності від виду розладу.

На увагу заслуговує практико-прикладний аспект програми психологічної реабілітації пацієнтів з розладами харчової поведінки засобами психодинамічного та когнітивно-поведінкового підходів, заснованої на сучасних методах психологічної корекції адиктивної поведінки.

Президент
Наркологічної асоціації «Ренесанс»



В. С. Хижняк