

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук та соціальних технологій
Кафедра психології та педагогіки

Кваліфікаційна робота
освітній ступінь – бакалавр

**на тему: «ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ФІКСАЦІЙ ПРИ РОЗЛАДАХ
ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ»**

Виконала: студентка 4-го року навчання,
спеціальності 053 Психологія
Самойленко Івана Вікторівна

Науковий керівник: Боднар А. Я.
кандидат психологічних наук, доцент

Рецензент: Подшивайлова Л. І.,
кандидат психологічних наук, доцент

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою «_____»

Секретар АК _____

«_____» _____ 2021 р.

Київ 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	7
1.1. Етіологія та патогенез порушень харчової поведінки.....	7
1.2. Особливості когнітивних фіксацій при розладах харчової поведінки..	19
1.3. Психотерапія порушень харчової поведінки.....	22
Висновки до першого розділу.	29
РОЗДІЛ 2: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНИХ ФІКСАЦІЙ ПРИ РОЗЛАДАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	31
2.1. Опис вибірки, методів і процедури дослідження	31
2.2 Результати дослідження особливостей когнітивних фіксацій при розладах харчової поведінки.....	36
Висновки до другого розділу	42
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА ІНТЕРВЕНЦІЇ ПРИ РОЗЛАДАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	44
3.1. Етапи методу арт-терапії як інтервенції при розладах харчової поведінки.....	44
3.2 Аналіз методу арт-терапії як способу інтервенції при розладах харчової поведінки	50
Висновки до третього розділу.....	51
ВИСНОВКИ.....	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57
ДОДАТКИ	63

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розробка теоретично-практичної бази психотерапії розладів харчової поведінки як в Україні, так і на інтернаціональному рівні, не зважаючи на стрімкий дослідницький прогрес, залишається актуальним питанням. Високий ризик смертності цього типу психічних захворювань, хронічність і водночас відсутність єдиного дієвого протоколу для усіх випадків створює високу потребу у новітніх дослідженнях. Анорексія, булімія та компульсивне переїдання мають високу коморбідність із афективними розладами, розладами особистості та розладами психотичного спектру. Це підштовхує науковців до розгляду зокрема питання першочерговості та комбінованості психіатричної, психологічної та медичної допомоги.

Соціальні мережі мають суттєвий вплив на глобальність поширеності розладів харчової поведінки. Об'єкт, на який людина спрямовує глибинні травматичні переживання стає більш доступним, а отже у сучасному світі тематика харчових розладів стає все більш актуальною. Поява окремих інтернет-блогів, що пропагують дієти та анорексію, становить загрозу як чинник впливу на загальне психічне здоров'я та поширеність правил обмежень харчування, встановлює нові нереалістичні ідеали зовнішності та підтримує людей із розладами харчової поведінки у їх хворобі.

Пандемія коронавірусної інфекції 2019 (COVID-19) зумовлює особливі умови для людей, які мають досвід розладів харчової поведінки. На стан впливають наступні фактори: порушення життєвих ситуацій, соціальне дистанціювання, важкий доступ до медичної допомоги та соціальні зміни щодо поведінки харчових продуктів та використання технологій. [20]

Розлади харчової поведінки вимагають міждисциплінарного підходу, адже у своїй більшості зумовлюють ускладнення фізіологічного стану (зниження ІМТ та відсоткового складу жирової тканини, використання слабильних та

диуретиків, регулярні переїдання та блювання). Ключовий аспект лікування таких захворювань, як нервова анорексія полягає у першочерговості відновлення ваги (та/або інших показників фізичного здоров'я, припинення компенсаторної поведінки) для подальшої роботи із когнітивними викривленнями (та інші психотерапевтичні інтервенції). Отже, психотерапевти, які працюють із цією категорією проблем мають залучати у роботу лікарів-психіатрів, ендокринологів, дієтологів та гінекологів. Дефіцит ваги здебільшого викликає емоційну лабільність та когнітивний дефіцит, що зумовлює неможливість ефективної роботи у психотерапії. Таким чином, дослідження цієї мають значення не лише для спільноти психологів та психотерапевтів, але й для спільноти лікарів та спеціалістів-дієтологів.

Першою ґрунтовною роботою із психотерапії розладів харчової можна вважати книгу Хільди Брух: «Розлади харчування: ожиріння, нервова анорексія та людина всередині.»(1973). У вітчизняній психології розлади харчової поведінки були досліджені такими науковцями як Б. В. Зейгарник, М. В. Коркіна та М. А. Карева (1972). М. В. Коркіна у 1972 році публікує перший вітчизняний довідник «Нервова Анорексія».

Сьогодні провідними спеціалістами у сфері розладів харчової поведінки можна вважати Тетяну Назаренко та Ольгу Сушко. У 2015 році під їх керівництвом в Україні була заснована Асоціація лікарів і психологів «Розлади харчової поведінки: терапія та превенція». В межах цієї організації діє науковий комітет — робочий колегіальний орган з питань наукових досліджень і технологій в області розладів харчової поведінки. Організація активно займається перекладом міжнародних протоколів та джерел із психотерапії розладів харчової поведінки, проте багато з них ще залишаються поза доступом вітчизняних спеціалістів.

Переважна кількість досліджень у напрямку психотерапії та превенції розладів харчової поведінки інтернаціонально проводиться у сфері когнітивно-поведінкових напрямків та їх дієвості. Дослідженнями підтверджено

ефективність сімейної психотерапії Модслі та таких напрямків як терапія заснована на співчутті (CFT) та схема-терапія.

Об'єкт дослідження: Розлади харчової поведінки

Предмет дослідження: Особливості когнітивних фіксацій при розладах харчової поведінки

Мета дослідження: Теоретично проаналізувати та емпірично дослідити особливості когнітивних фіксацій дорослих із розладами харчової поведінки та розробити методику інтервенції при розладах харчової поведінки.

Гіпотеза: Дорослі із розладами харчової поведінки схильні до фіксованих мисленнєвих патернів, мають складнощі із подоланням ситуацій фрустрації, високий рівень тривожності та фіксованість думок, на фоні яких посилюється дія деструктивних установок.

Завдання дослідження:

1. Здійснити науково-теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми розладів харчової поведінки.
2. Визначити особливості когнітивних фіксацій при розладах харчової поведінки.
3. Емпірично дослідити особливості когнітивних фіксацій у дорослих із розладами харчової поведінки та визначити співвідношення загального рівня тривоги та стресостійкості, наявності фіксованих думок з приводу харчування, передбачення намірів та ставлення інших людей (соціальна адаптація). Проаналізувати зворотній зв'язок лікарів, за участю яких проводилось дослідження.
4. Розробити методику інтервенції при розладах харчової поведінки.

Експериментальною базою емпіричного дослідження стала клініка лікування розладів харчової поведінки «Баланс» та Національний університет «Києво-Могилянська академія». Для розробки інтервенційної методики проводилась робота у клініці розладів харчової поведінки «Редефайн».

Теоретична значимість проведеного дослідження полягає у науковій обґрунтованості психодіагностичних методик та методів психотерапії розладів

харчової поведінки. Дослідження підтримує інші транс дисциплінарні роботи, допомагає об'єднати уявлення про когнітивну картину людей із розладами харчової поведінки у суцільну структуру.

Практична значимість дослідження полягає у можливості його застосування у розробці нових методик психодіагностики та інтервенцій, а також більш відповідному підборі вже існуючих методик для створення програм відновлення від, та превенції розладів харчової поведінки. Побудова вітчизняної бази досліджень важлива, адже вона орієнтується на національну специфіку менталітету та харчової поведінки у нормі, закріпленої протягом історії.

Наукова новизна одержаних результатів:

Дослідження показує взаємозв'язок між проявами психіки (когнітивними фіксаціями, тривожністю), соціальною адаптацією та симптоматикою розладів харчової поведінки. Робота аналізує вибірку під час виняткової розвиненості соціальних мереж та світового загострення психічних проблем через пандемію коронавірусу (2020).

Апробація роботи. Основні положення роботи доповідалися й обговорювалися на науково-практичній конференції НаУКМА: «Особистість у прострі ХХІ. Століття», що відбулася 5 лютого 2020 року.

Також знайшли відображення у публікації матеріалів до конференції.

Публікації:

Науковий доробок був опублікований у книзі

Самойленко І. В. Війна з їжею / Івана Вікторівна Самойленко. – Київ, 2020. – 208 с.

У тезах до доповіді на Науково-практичній конференції "Особистість у просторі проблем ХХІ століття", 5 лютого 2020 р., Київ.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання сформульованих завдань дослідження було використано такі **методи**: теоретичні (аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення даних); емпіричні (методика

«Вивчення екзистенційних фрустрацій» С.Розенцвейга; методика на «визначення стресостікості» Спілбергера – Ханіна; «Опитувальник з оцінювання частоти тривожних думок з приводу харчування та ригідності мислення»; статистичної обробки (кількісний аналіз (описові статистики, кореляційний аналіз) та якісний аналіз отриманих результатів.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи: Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (60 найменувань), додатків (4). Загальний обсяг дипломної роботи викладено на 76 сторінках, основний зміст - 56 сторінок.

РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Етіологія та патогенез порушень харчової поведінки.

Розлади харчової поведінки це група симптомів, пов'язаних із вживанням їжі, надмірним переїданням або обмежувальним типом харчування, що супроводжуються низкою деструктивних думок самоставлення та супроводжуючих переживань провини, сорому по відношенню до себе. За міжнародною класифікацією хвороб [8]. виділяють наступні види розладів харчової поведінки (та інші):

1. Нервова Анорексія

Цей розлад характеризується суттєвими обмеженнями раціону харчування (без втрати голоду), дієтами, або голодуванням, що призводить до зниження ваги до ІМТ(індекс маси тіла) нижче 18 та значного впливу на фізичне здоров'я.

2. Нервова Булімія

Цей розлад характеризується повторюваними епізодами голоду та переїдання, що супроводжуються очисною поведінкою: блювання, компульсивний спорт, прийом диуретиків та слабильних.

3. Компульсивне переїдання

Цей розлад характеризується повторюваними епізодами голоду та переїдання, які супроводжуються збільшенням ваги та ожирінням.

Виділяють також атипові форми [8].. Атиповий діагноз ставиться при невідповідності одного або декількох симптомів, але відповідності переживань і поведінки загальному опису захворювання.

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

ґрунтовною роботою вважається робота Хільди Брух: «Розлади харчування: ожиріння, нервова анорексія та людина всередині.»(1973) [21], яка ґрунтувалася на спостереженнях у терапії складної природи розладів харчової поведінки протягом кількох десятиліть. Вона з'ясувала, що для розвитку розладів харчової поведінки необхідний ключовий фактор - нездатність назвати, висловити або витерпіти певні емоції.

Аналізуючи перші етапи дослідження анорексії як розладу харчової поведінки в радянській психології, можна зробити висновок, що спершу науковці відносили її до пубертатних неврозів, проявів шизофренії або патології особистості.[7]. Як приклад наводимо психіатричний довідник за редакцією за редакцією Снежневського[11], в якому В.М.Москаленко класифікує нервову анорексію як «ендореактивну, пубертатну» психічну хворобу, підвид патологічного розвитку особистості та пропонує превалентно медикаментозне лікування цієї проблеми. За даними 2012 року 13% жінок старше 50 років мають розлади харчової поведінки[27].

Дисморфобію у даному джерелі автор порівнює із переживанням марення, що не підлягає психокорекції. У психології СРСР одна з перших публікацій на цю тему належить А. А. Киселю. У 1894 р він описав нервову анорексію істеричного генезу у 11-річної дівчинки. Проте сам автор відніс патологію до класу невротичних розладів. У 1986 році наявність такої патології як «дисморфобія» або синдром дзеркала описує Б.В.Зейгарник, проте із розладами харчування не пов'язує. У роботі «Патопсихологія» [3] автор відносить цей симптом до явища деперсоналізації свідомості – як правило внаслідок органічних уражень, при епілептичних нападах та шизофренії (зокрема Б.В. Зейгарник вказує, що дисморфобія пов'язана із низькою самооцінкою, суїцидальними думками, проекцією неприйняття свого «Я» на зовнішність). М.В.Коркіна та М.А Карева на у своїй доповіді на конференції «Проблеми Патопсихології»[5]. у 1972 році зазначали, що у корені

дисморфобії є не стільки розходження між реальним відображенням в дзеркалі та бажаною зовнішністю, скільки несвідоме відторгнення власного «Я». Натомість у довіднику за співавторством М. В. Коркіної «Нервова Анорексія» [4] психотерапія не виводиться перший план у процесі лікування. Акцент у довіднику – на специфіці стаціонарного лікування, харчування при кахексії (фізіологічному симптомі виснаження тілесних ресурсів та наднизької маси тіла) та медикаментозного втручання:

«З перших днів лікування у стаціонарі необхідне призначення хворим дробового харчування, невеликими порціями. При цьому необхідно брати до уваги функціональний стан шлунково-кишкового тракту, печінки, підшлункової залози. (...) Енергетична цінність раціону поступово збільшувалась на 300 ккал щоденно до середньої добової цінності близько 3000 ккал, що відповідає денній нормі для дорослої людини, яка не займається фізичним трудом.»

Отже – акцент на відновлення індексу маси тіла, психіатричному здоров'ю пацієнтів приділяється мінімум уваги, пропонується виключно раціональний підхід психологічного супроводу: «Хворим, які потребували госпіталізації (...) вказували на те, що подальше перебування вдома небезпечне для їх життя, на безуспішність спробвилікуватись без втручання спеціалістів»

Автор зазначає: ціль психотерапії – відновлення маси тіла. Зокрема, вищезазначений підхід не надає пацієнту мотивації працювати над проблемою (вказівка на його безсилля у самостійних спробах). Психологічному аспекту патології харчової поведінки у радянській психологічній спільності приділено небагато уваги. Сам автор зазначає, що більшість пацієнтів госпіталізують повторно – після лікарняної дієти вони повертаються до звичної до себе деструктивної харчової поведінки. Крім того, ми не можемо спиратись на подібні посібники з точки зору сучасної дієтології. Наразі радянська модель норм харчування вважається не валідною, калораж та необхідна кількість мікронутрієнтів розраховується за іншими параметрами.

Погляди на проблему змінились у сучасній психіатричній спільноті, проте в країнах СНГ та зокрема Україні відсутня повноцінна статистика захворювання. За оцінкою ризиків статистика може бути вищою, аніж у європейських країнах. Такі історичні періоди в Україні як Голодомори (1921-1923, 1946-1947, 1932—1933), окупації та переселення зумовлюють схильність суспільства до підвищеного ризику симптоматики розладів харчової поведінки. Такі прояви нездорової поведінки можуть бути закладені у культурній спадщині: звичаях, святах (культ стола) та навіть приказках (особливе ставлення до «хліба насущного», їжа як найвища цінність, приказки «легкого хліба захотів», «де хліб-сіль-каша, там домівка наша», «з неба хліб не падає», «мова мовиться, а хліб їється»).

Розлади харчової поведінки становлять найбільший ризик смертності серед усіх психічних хвороб [48]. На розвиток розладів харчової поведінки впливає низка факторів. З одного боку, це генетична та фізіологічна передиспозиція до фіксації на харчовій поведінці та проживанню психологічних травм через тіло. В людей, що страждають на психологічний тип ожиріння (не пов'язаний з іншими фізіологічними патологіями) зовнішні сенсорні подразники домінують над внутрішніми. В них слабкий контакт з сигналами тіла та низький рівень усвідомлення власних потреб. Люди з анорексією мають схильність до гіперчутливості, перфекціонізму та тривожності. Важливою набутою рисою, що супроводжує анорексію та булімію є поєднання низької самооцінки та високий рівень домагань. Переважання соціального чи біологічного впливу не є доведеною, проте дослідження вказують на високий ризик захворювання при таких соціальних умовах, як: алкоголізм одного з батьків, депресія або розладів харчової поведінки (дієти) одного з батьків, ожиріння в дитинстві, раннє статеве дозрівання, початок місячних, сексуальне насильство, робота та навчання у сферах, де вимагаються визначені параметри тіла: танці, спорт, моделінг.

За психіатричним довідником під редакцією А.В. Снежневського виділяють такі притаманні хворим риси як педантизм, наполегливість у

досягненні мети, прилежність, акуратність, ригідність та схильність до зверхціннихпаранояльних утворень.М.В.Коркіна у книзі «Нервова анорексія»[4] виділяє два напрямки особистісних рис: або ж екзальтований – егоцентризм, підвищена самооцінка та рівень домагань, або ж гальмівний – тривожність, невпевненість у собі, надмірне почуття сорому та схильність до сумнівів та переживань, фіксація на болісних відчуттях. Таким чином, відчуття в тілі набувають негативного забарвлення через емоції відрази та сорому. З іншого боку, неправильне виховання та емоційний фон в родині (навчання деструктивним патернам) може інтенсифікувати зародки когнітивних деформацій.

Батьки, які на будь який запит малюка відповідають пропозицією їжі підвищують ризик того, що їх нащадок страждатиме на ожиріння або компульсивне переїдання[7]: їжа стане для нього засобом порятунку, способом заспокоїти себе, впорядкувати внутрішній, психологічний хаос. Обмежувальні розлади (анорексія нервоза, булімія нервоза, тощо) поширені в родинах, де панує атмосфера перфекціонізму, орієнтації на соціальний успіх, існують приховані конфлікти із витісненням емоцій. Такий клімат в родині створює внутрішню напругу, атмосферу сорому та почуття відрази до себе.

Хронічне почуття провини тісно пов'язане із розладами харчування. Батьки, які зростали у сім'ях із «табу» на близькість, тілесні контакти (цілунки, обійми), ніжність або навіть приємні слова, здебільшого уникатимуть таких проявів і у вихованні власних дітей. Вони глибоко переконані, що прояви ніжності можуть розбештати та «зіпсувати» дитину. Контакт із батьками, особливо у дітей молодшого віку є необхідним ресурсом задля встановлення безпечного зв'язку зі світом. Діти, що мали довірливі стосунки із батьками краще адаптуються у соціумі. У протилежному випадку відбувається осоромлення близькості із собою та іншими. Власне тіло може сприйматися дитиною як щось збочене, неприємне, те, яке необхідно постійно контролювати та стримувати.

Розлади харчової поведінки у жінок часто зустрічаються як спосіб приховання власної сексуальності (анорексія як спосіб залишитися у підлітковому тілі). Розлад виникає як захист від всього інстинктивно-тілесного, втеча від жіночності [9].

Через емоційне спілкування з батьками в нас закладається і підсвідоме, образне уявлення про чоловічі та жіночі частини тіла. Матір – має округле, м'яке тіло, жіночі ознаки. Вона асоціюється із задоволенням потреб, прийняттям, слабкістю та ніжністю. Якщо базові потреби людини не були задовільнені (в немовлячому віці – в харчуванні та турботі, на інших етапах розвитку – в емоційному спілкуванні), або в її житті виникла травма сексуального або фізичного насилля, вона буде пов'язувати власне тіло із неспроможністю.

Через суспільні стандарти чоловіки уникають звернень по психологічну допомогу у зв'язку із харчовим розладом–проблематика схуднення та догляду за тілом вважається притаманним виключно жіночій статі. Подібну стигматизацію ми можемо простежити у довіднику з психіатрії 1985 року [11], де вказано, що «нервова анорексія у чоловіків завжди свідчить про наявність шизофренічного симптомокомплексу». За дослідженнями [37] 10-15 відсотків людей із нервовою анорексією та булімією – чоловіки. Дослідження 2014 року вказує на стрімке зростання відсотку чоловіків, хворих на анорексію: 25%. Один із трьох студентів університетів, в яких виявлено харчовий розлад – чоловіки [37].

В.Д.Менделевич зазначає[7], що харчування пов'язане з неусвідомленою потребою в теплі та турботі (афективні потреби), комунікативним процесом та почуттям захищеності (або ж навпаки – тривогою). При ожирінні, додаткова вага може бути пов'язана із глибоким почуттям неповноцінності: коли людина масивна, вона здається собі значною та вагомою, а отже – захищеною. У випадку з обмежувальними розладами, людина прагне зникнути, зменшитись, стати непомітною та проектує це на власне тіло.

За психоаналітичною теорією розлади харчової поведінки пов'язані з оральною фіксацією та регресією. З точки зору цього підходу, афективний зв'язок з харчуванням встановлюється ще в немовлячому віці, в процесі емоційної взаємодії із матір'ю, що годує.

За дослідженнями Національного Медичного Університету США (NCBI) [43] було встановлено, що в людей хворих на анорексію при виборі їжі в кілька разів підвищується діяльність тієї частини мозку, що відповідає за контроль та зміну природної поведінки та системи реакцій. Отже, зміна харчової поведінки відбувається на рівні нейронів. Психіка змінює власний базовий алгоритм інстинктивної поведінки таким чином, що людина спрямовує всі зусилля на руйнування власного організму. За процес перекодування відповідає дорсальна (спинна) частина смугастого тіла мозку.

Смугасте тіло – це надзвичайно важливе утворення мозку для системи винагород. Воно отримує імпульси з інших частин тіла і стимулює вироблення дофаміну. На смугастому тілі велика відповідальність – координація рухів, планування дій, прийняття рішень, формування мотивації. Крім того, в ньому відбуваються зміни у біологічно-обумовлених поведінкові установках та навчання новим формам поведінки за принципом «стимул – реакція». Еволюційно, цей процес відбувається задля можливості адаптації до нових умов. Психологічні рушії розладів харчової поведінки такі сильні, що обманюють систему винагород, закріплюючи неправильні поведінкові та мотиваційні моделі.

Розлади харчової поведінки – це нездорові копінгові механізми, які людина використовує у намаганнях подолати болючий, глибинний психотравматичний досвід. Вони уособлюють патологічний психоемоційний стан. Психологічною основою розладів харчової поведінки можна вважати наступні утворення[9]:

Перенесення бажання втримати цілковитий контроль над власним життям на власну харчову поведінку. Контроль у такому випадку виступає як засіб

впорядкування внутрішнього, психологічного хаосу. Такий копінговий механізм з'являється, коли людина отримує травматичний досвід пов'язаний із втратою контролю над ситуацією (сексуальне або фізичне насилля, смерть близької людини, тощо). Бажання цілковитого контролю також з'являється при особистісних диспозиціях до педантизму та ригідності мислення. Психологи – екзистенціалісти розглядають суцільний контроль як вираження страху власної смертності та безмістовності буття. Ірвін Ялом у «Екзистенційна психотерапія» (1980) [60] пише, що людина несамовито намагається контролювати незначні аспекти свого оточення, бо боїться власної неспроможності та слабкості перед глибокими питаннями життя та смерті.

Розлади харчової поведінки пов'язують із втечею в тіло від неприйнятних емоцій, страхів, глибинної провини та сорому. Між розладами харчової поведінки та обсесивно–компульсивним розладом існує прямий зв'язок. За МКБ-10 та DSM-5, у пацієнтів часто спостерігається водночас симптоматика обох порушень. Компульсія (яка у випадку РХП супроводжується деструктивною поведінкою на кшталт неадекватного дієтичного обмеження, виснаження тіла надмірними тренуваннями, прийому слабильних та блювання) є засобом відволіктись від глибших страхів та комплексів. Це неконтрольована поведінка, яка дозволяє суб'єкту на певний час вимкнути мислення (тут простежується схожість із явищем деперсоналізації), діяти автоматично та ігнорувати нестерпні почуття. Після компульсії негативні почуття повертаються з новою силою і людина потрапляє у цикл залежних стосунків: збільшується почуття провини, а як наслідок частішає компульсивна поведінка.

У 33-50% хворих на анорексію спостерігається коморбідний афективний розлад. Порушення настрою частіше зустрічаються у при компульсивних та булімічних симптомах, аніж у обмежувальному підтипі харчового розладу[25]. За даними цього дослідження більше половини пацієнтів із булімією мають тривожний або депресивний розлад.

Перфекціонізм виявляється у прагненні до постійних досягнень, які для людини є визначенням власної цінності. Це бажання бути «найкращим у найгіршому»: дотриманні харчових ритуалів та правил, досягнення мінімальної ваги як засіб самоствердження та реалізації свого буття. Обмеження дає несправжнє і тимчасове почуття перемоги над собою і життям. При цьому людина не здатна відчувати справжнє задоволення або щастя від своїх досягнень, і одразу ставить нові цілі.

Аутоагресія виступає як спосіб отримати миттєве фізичне полегшення. Така поведінка спостерігається у людей з посттравматичним синдромом, депресією, біполярним розладом та харчовими розладами в тому числі. В такому випадку єдиним засобом вивільнення напруги для людини стає процес самоушкодження (відсутність суїцидальних намірів). Позбавлення від їжі шляхом блювання може дати буліміку схожий ефект, як і нанесення собі порізів, самоушкодження при межових депресивних розладах, психічних відхилень аутистичного спектру [30]. Джерелом такої поведінки у багатьох випадках є бажання отримати полегшення та звільнення з виру токсичних думок.

Ірвін Ялом у своїй книзі «Ліки від кохання та інші оповіді психотерапевта» описав провідну роль психологічної порожнечі у формуванні психогенного ожиріння. Пацієнтка Бетті, що переживала страх смерті через травматизацію втрати батька, «заїдала» внутрішню порожнечу. Через страх життя, що виник внаслідок страху смерті виникла проблематика компульсивного переїдання.

Так як розлади харчової поведінки пов'язані із глибинним неприйняттям себе, травматичного досвіду або внутрішнього конфлікту, перші намагання «корекції» зовнішності можуть виникати у дітей до-пубертатного віку. Ці намагання дієтичних обмежень або компульсії не носять характеру сексуальності, вони не є прагненням бути привабливим в соціальному контексті. Скоріше навпаки – вони зумовлені бажанням заховатися, зникнути та підкріплюються почуттям хронічного сорому та власної незначущості. У випадку з розладами харчової поведінки їжа це лише об'єкт: на неї скеровуються

деструктивні прояви, такі як контроль або компульсії (вимкнення мислення задля вивільнення напруги та позбавлення тривоги).

Нервова анорексія найчастіше зустрічається у віковій групі 10-30 років, серед соціально-економічних класів із середнім рівнем достатку. За винятком рідкісних випадків фізична втрата апетиту при розладах харчової поведінки відсутня – уникнення їжі має характер фобічної реакції. За даними 2007 року [30] щонайменше 30 мільйонів людей різного віку та статі страждають від порушення харчової поведінки в США.

За статистикою, лише половина хворих на РХП видужують повністю, близько 25 відсотків продовжують страждати від рецидивів, а для решти 25% пацієнтів анорексія стає хронічним станом. Серед усіх психіатричних розладів анорексія має найвищий рівень смертності (при цьому 1 з 5 смертей є наслідком самогубства), інші – фізична недостатність [18].

За дослідженнями М.В.Коркіної [4], більшість хворих, обмежуючи себе в їжі проявляли до її приготування глибокий інтерес, виявляли поведінку «загодовування» близьких людей (особливо молодших братів і сестер), іноді виявляючи при цьому елементи жорстокості.

Фізіологічні наслідки розладів харчової поведінки. В умовах депривації організм спрямовує всі свої зусилля на підтримку життєдіяльності, і в багатьох органів не вистачає ресурсів задля забезпечення другорядних, емоційних функцій. Для вироблення серотоніну необхідна амінокислота триптофан. Вона чіпляється за молекули фруктози, які всмоктуються в кров через кишківник. Коли людина суттєво недоїдає, вона відчуває хронічне пригнічення емоційного фону. В організмі недостатньо цукру для того, щоб триптофан потрапив у кров. Те саме відбувається і з переїданням: якщо фруктози потрапляє в організм більше, ніж він може переробити, разом із зайвими елементами втрачається і триптофан. Таким чином тривога та сум майже завжди супроводжують розлад

харчової поведінки. Вони можуть бути не лише причиною, а й наслідком: харчовий розлад це замкнене коло.

Відсутність нормальної дієти зумовлює появу серйозних проблем, пов'язаних із травною системою. Слабильні препарати та блювання, брак поживних речовин призводять до руйнування мікробіому – бактерій, що населяють наш кишківник. Вони впливають не тільки на метаболічні процеси, а й на імунітет та гормональні процеси. Втрата цілого мікробіому для організму така ж значуща, як і втрата непарного внутрішнього органу, такого як печінка. Крім того, регулярне блювання буліміка та випорожнення за допомогою слабильних препаратів може спричиняти тріщини та крововиливи у кишківнику.

Більшість хворих на анорексію помирає саме від серцевої нестачі. Серце перекачує кров, тож при недостатній його роботі в організм не надходить більшість необхідних речовин, які постачаються через кровоносні судини. Мінерали, вітаміни та інші мікроелементи, вітальні для синтезу ДНК та роботи клітин, обміну речовин, гормонального регулювання. Як наслідок, під загрозою опиняються практично усі системи органів.

Багато голодуючих жінок через тривалий дефіцит мікронутрієнтів втрачають репродуктивну здатність [9]. В них порушується обіг необхідних жирів та фолієвої кислоти, і здебільшого це спричиняє повну зупинку менструально-овуляційного циклу та безпліддя. В чоловіків також знижується репродуктивна функція (секреція тестостерону). Крім того, низький рівень гормону естрогену у жінок призводить до зниження кісткової щільності (остеопароз).

Поширеним симптомом при розладах харчової поведінки є «туман в голові», який сприяє фіксованому та ірраціональному мисленню. Цей симптом спричинений голодуванням мозку. Завдяки високій кількості нейронів, мозок витрачає $\frac{1}{4}$ енергії (кілокалорій), яку ми споживаємо. Тобто, з дієти на 2000 калорій на роботу мозку відводиться 500. За останніми дослідженнями (Йельський

університет, 2010 рік) науковці виділяють цілу низку наслідків РХП для нервової системи та її головного органу, мозку. Серед них:

- уповільнена нервова реакція через порушення хімічного складу нервової системи;
- зміна у структурі та зменшення розмірів мозку (сірої та білої речовини), що призводить до невнормованої активності;
- слабка реакція частин, що відповідають за систему заохочення та вироблення відповідних гормонів;
- нестача кисню, що призводить до складностей у мисленні, переключенні з одного завдання на інше та встановленні пріоритетів у дії;
- погіршення діяльності емоційних центрів, що спричиняє прояви клінічної депресії, роздратованість та інші емоційні розлади, пов'язані із перезбудженістю центральної нервової системи;
- нервові розлади: епілептичні напади, спазми, заніміння або біль у кінцівках, труднощі у вербалізації думок та їх хаотичність;

Харчування при розладах харчової поведінки зумовлене оперантним кондиціонуванням – процесом навчання, під час якого інстинктивна поведінка модифікується покаранням (нав'язливі думки та компульсивні, саморуйнівні дії), внаслідок яких змінюється система нейромедіаторів.

За дослідженнями Національного Медичного Університету США (NCBI) [43]. було встановлено, що в людей хворих на анорексію при виборі їжі в кілька разів підвищується діяльність тієї частини мозку, що відповідає за контроль та зміну природної поведінки та системи реакцій (дорсальна частина смугастого тіла).

1.2. Особливості когнітивних фіксацій при розладах харчової поведінки

Серед ознак розладів харчової поведінки можна виділити зовнішні (соціальні та фізіологічні) та внутрішні (мисленні) прояви[9; 25]. Внутрішні, або мисленні прояви, наступні.

1. Думки про дієту або їжу займають більшу частину дня людини;
 2. Хронічне почуття провини пов'язане з тілом та харчуванням;
 3. Наявність поняття про «правильну» та «неправильну» їжу;
 4. Наявність харчових ритуалів та фіксованої послідовності, часових меж прийому їжі;
 5. Низька самооцінка та невдоволеність власним тілом (дисморфофобія, нав'язливі ідеї про дефект, та його виправлення);
 6. Симптом «дзеркала» - бажання постійно оцінювати себе зовні (відображення в дзеркалі) або за вагою, параметричними вимірами;
 7. Фіксація на калорійності, вазі, або кількості їжі
 8. Заперечення голоду, страх та неприйняття голоду, боротьба з цим почуттям;
- Соціальні прояви (прояви у сім'ї) наступні.

1. Інші сфери життя людини залежать від харчової поведінки;
2. Наявність компенсаторної поведінки після прийому їжі (проносні та сечогінні препарати, блювання, фізичні навантаження, деструктивні думки), що має вигляд «очищення» від їжі;
3. Відмова від їжі загалом або частково (відмова від окремих типів їжі, що вважаються шкідливими);
4. Нав'язливе намагання нагодувати інших;
5. Надмірна цікавість до того, що і в якій кількості їдять інші, орієнтація на порції інших при виборі інших. Знервованість у розмові про харчування, уникнення цієї розмови;
6. Знервованість у розмові про харчування, уникнення цієї розмови, антисоціальна поведінка;

7. Дотримання дієти не зважаючи на втому, хворобу та інші умови й обставини;
8. Страх їсти публічно, відвідувати соціальні заходи пов'язані з прийомом їжі, ізоляція, відстороненість;
9. Вільний одяг (щоб приховати тіло, яке викликає сором, порізи та інші наслідки самоушкодження);

Фізичні прояви наступні.

1. Апатія, байдужість, безсилля;
2. Догматичне, ригідне мислення, безкомпромісність (особливо у розмовах стосовно поведінки та здоров'я), фіксовані думки та установки, поведінкові ритуали, надмірна цінність у правилах (дієти, контролю ваги, тощо);
3. Заперечення, відмова лікування та уникнення/страх лікарів, психотерапевтів, підтримки близьких;
4. Проблеми з концентрацією;
5. Розлади сну;
6. Часта втрата свідомості, хронічна слабкість у кінцівках;

Люди, які страждають розладами харчової поведінки, часто стикаються з різними моделями проблемних думок. Визнання, виклик і зміна негативних моделей мислення є одним з основних компонентів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). У пацієнтів із розладами харчової поведінки можуть спостерігатись наступні когнітивні фіксації [49].

«Вимоги до себе (Shoulds)» – це вимоги, які людина ставить перед собою, наприклад, думка "Я повинен був би бути ще худішим". або "Я повинен бути ідеальним". У розладах харчової поведінки, це когнітивне викривлення може містити думки про необхідність займатися фізичними вправами, визначати яку їжу слід / не можна їсти або необхідність зважувати.

Мислення «Все або нічого» – Цей тип мислення сприяє перфекціоністським тенденціям, оскільки змушує вірити в те, що щось або

цілком нормально / правильно, або зовсім неправильно. При розладах харчової поведінки, цей тип мислення виявляється у планах дотримуватися певного дієтичного правила – людина схильна відчувати, що її день повністю зіпсований, коли їсть щось «неправильне», або змінюється її вага.

«Надмірне узагальнення» – відбувається, коли людина вважає, що негативний досвід або ситуація повністю описує її життя. Прикладом може бути віра в те, що рецидив розладу харчової поведінки або його симптому означає, що людина ніколи не відновиться повністю.

«Катастрофізація». Кожного разу, коли людина вважає, що ситуація настільки погана, що вона просто не може її пережити, вона катастрофізує ситуацію чи її результат. Наприклад, людина може вірити, що якщо вона важитиме на три кілограми більше, вона нікому не сподобається і залишиться одна. Популярним віруванням також виступає те, що вага зросте залежно від того, що людина з'їла за один прийом їжі або перекус.

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

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

«Персоналізація». Коли людина персоналізує, вона вірить, що всі події є її власною провиною.

1.3. Психотерапія порушень харчової поведінки

З огляду на те, що розлади харчової поведінки пов'язані із органічними порушеннями (травлення, робота мозку та психічних функцій, моторики, серцевими захворюваннями та іншими дефіцитними розладами організму), терапія та профілактична робота має включати комплексний підхід. Діагностика має бути диференційною, задля відмежування можливої фізіологічної причини хвороби. Як зазначає В.Д.Менделевич[7], найбільш вірогідний органічний розлад за схожістю симптомів – хвороба Симондса або гіпофізальна кахексія. Ця хвороба виникає через недостатність гіпофіза внаслідок ураження або пухлин та характеризується раптовим зниженням маси тіла та дистрофічним виглядом пацієнта. За В.М.Москалевським слід також диференціювати нервову анорексію як межовий стан від шизофренії з анорексичним синдромом та марень. В.М.Москалевський зазначає, що відмова від їжі при шизофренії супроводжується вичурною, екзальтованою поведінкою, дисморфофобічні симптоми набувають галюциногенної форми. Штучно викликане блювання у шизофреніків із булімічним симптомом набуває вигляду вомітоманії.

Так як розлади харчової поведінки мають високу коморбідність із афективними розладами на кшталт депресії, терапія може включати медикаментозне втручання (антидепресанти), техніки десенсибілізації та тривалу терапію з емоційним підкріпленням.

Якщо в основі розладу харчової поведінки лежить травматизація, непрожитий досвід може накопичуватись в тілі у вигляді негативної напруги. В такому випадку ефективним напрямком терапії буде соматичне проживання. Під час залучення фізіологічного аспекту в мозку людини утворюються нові нервові сполучення, які в кінцевому результаті призводять до зміни поведінки.

Якщо пацієнт із розладами харчової поведінки має критичну вагу (ІМТ менше 15), коморбідні психотичні захворювання, межовий розлад особистості із

загрозою самоушкодження, має хронічну нервову анорексію або булімію, його рекомендовано до госпіталізації. Якщо пацієнт не є загрозою для себе та інших, він може продовжити психотерапію амбулаторно. Найкращими методами психотерапії розладів харчової поведінки вважають метод Модслі, або FBT (family based therapy), когнітивно-поведінкова терапія, схемо-терапія, інтерперсональна терапія, діалективно-біхевіоральна терапія (DBT), терапія прийняття відповідальності (ACT). В Україні психотерапевти також працюють у напрямку психодинамічних підходів та клінічної гештальт-терапії. Відносно новими у роботі з цією проблемою є методи арт-терапії та тілесно-орієнтованої терапії.

Техніки когнітивно-поведінкової терапії спрямовані на роботу із деструктивними патернами мислення які лежать в основі емоційних та поведінкових розладів. Фіксація та циклічність думок майже завжди супроводжують розлад харчової поведінки. Найбільш поширені ознаки - узагальнення та катастрофізм, фокусування на негативі та відмежування психіки від позитивного досвіду, чорно-біле мислення, трактування усіх наслідків подій як власну провину (внутрішній локус контролю із комплексом відповідальності) або навпаки – почуття власної нездатності змінювати хід життя.

Історично, напрямок КПТ виник із філософії стоїцизму. Стоїки притримувались тієї думки, що за допомогою логіки можливо виявити та відкинути помилкові переконання, які стають причиною болісних, руйнівних емоційних переживань[44]. Витоки когнітивно-поведінкової терапії пов'язують із біхевіоризмом Дж. Вотсона та теорією І.П Павлова, адже методика засновується на схематичних, функціональних уявленнях про мислення людини. Під впливом біхевіористичної теорії виник напрям Рационально-емоційно-поведінкової терапії.

Батьком когнітивно-поведінкової терапії вважають Аарона Бека, який переосмислив психоаналітичне поняття безсвідомих асоціацій замінивши їх на уявлення про автоматичні думки, які можуть бути винуватцями емоційних

негараздів [19]. Під впливом Рационально-емоційно-поведінкової терапії, КПТ сформувалось у новий терапевтичний підхід, що містить інтервенції на рівні думок та зосереджений на проблемах тут і зараз. Сеанси КПТ включають в себе психологічне інформування, перегляд власних фіксованих когніцій, регуляцію емоцій та зміну поведінки. Вперше сучасну когнітивно-поведінкову терапію успішно застосували для корекції панічного розладу у 1980-х роках, США[23].

Робота із розладами харчової поведінки за напрямком когнітивно-поведінкової терапії включає в себе інтервенції на 3 рівнях мислення – автоматичному, проміжному та глибинному (automatic thoughts, intermediate & core beliefs)[42]. Автоматичні думки це те, що Віліам Джеймс назвав «потокм свідомості»: це сукупність миттєвих, безсвідомих відображень себе та інших, які потрапляють у свідомість у вигляді емоцій. Якщо автоматичні думки виходять із деструктивних глибинних уявлень про світ, вони можуть перманентно забарвлювати реальність людини негативними афективними станами (депресія, тривога, фобії). Проміжні переконання це система установок у форматі «якщо..., то...» за якими людина визначає умови свого існування. Це внутрішня система правил, в межах яких людина класифікує власну поведінку та її наслідки як погану чи хорошу. Людина з компульсивним переїданням, наприклад, може мати таке проміжне переконання: «Якщо я менше їстиму, мене любитимуть інші».

Глибинні переконання, які лежать в основі розладів харчової поведінки як правило утворюються в дитинстві та закріплюються із життєвим досвідом. При психічних розладах такі ціннісні орієнтири та уявлення про світ спираються на травматичний досвід та спричиняють психічні симптоми. Мислення людини при цьому стає ригідним, через це виникають труднощі із зміною поведінки та фіксованих афектів.

Лінет Вайтгед у книзі «Подолати розлад харчової поведінки» [33] рекомендує наступні кроки відновлення від таких розладів харчової поведінки, як анорексія, булімія та компульсивне переїдання:

Впровадити регулярний раціон харчування. Не лише психіка впливає на харчування, але й навпаки. Суворі дієтичні обмеження збивають роботу гормонів голоду та ситості – лептину та греліну. Крім того. Обмеження та нерегулярне харчування можуть викликати переїдання та провокувати компульсивну поведінку на фізіологічному рівні. Крім того, низька вага може спричиняти ригідне мислення, з яким складно працювати у психотерапії та депресивний афект.

Поступово і планомірно залучити до раціону продукти, яких раніше уникав пацієнт (клієнт). Цей етап заснований на принципі експозиції, поступового позбавлення від фобії їжі, фобії збільшення ваги. Наприкінці цього етапу клієнт змінює ставлення до їжі, сприймаючи її як пальне, перестає ділити на хорошу та погану, відмовляється від старих способів позбавлення емоційної напруги за рахунок їжі.

Дистанціювання дій від думок. Розуміння механізму взаємозв'язку між думками, почуттями та автоматичними діями.

Децентрування думок, пов'язаних із розладом харчової поведінки. Розділення думок, які виникають як симптом розладів харчової поведінки та думок, які підтримують або не шкодять клієнту (нейтральні).

Дослідження думок у деталях [33]. Дослідити із клієнтом провокуючі події (тригер), думки які виникають та реалістичні альтернативи для них. Це допомагає прийняти відповідальність за думки та оволодіти ними.

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

Зміна поведінки, зосередженої на стеженні за харчуванням.

Зменшення дій, що підсилюють тривогу, підвищення самоповаги, навчання навичкам керування настроєм, емоційної регуляції.

Арт-терапія як інтервенція при розладах харчової поведінки.

Британський художник Адріан Хілл ввів термін арт-терапія в 1942 р. Хілл виявив терапевтичні переваги малювання та живопису у процесі лікування від туберкульозу в санаторії. Він писав, що цінність арт-терапії полягає в тому, щоб "повністю захопити розум (та моторику)... звільнити творчу енергію", що дозволяє пацієнту "створити міцний захист від своїх нещасть." [29]. Сучасна арт-терапія включає такі підходи як особистісно орієнтований, когнітивно-поведінковий, гештальт, нарративний, адлеріанський та сімейний. Аналітична арт-терапія фокусується на клієнті, терапевті та ідеях, які передаються між ними через мистецтво. Психодинамічні підходи фокусуються на інтерпретаціях малюнків та почуттів у процесі, в той час як прихильники гуманістичних підходів не вважають за потрібне інтерпретувати малюнки. Натомість, терапевти цих підходів ставлять акцент на арт-терапії як на лікувальному процесі.

Арт-терапія при розладах харчової поведінки націлена на такі елементи психотерапії, як:

- створення безпечного простору;
- створення ресурсу, яким клієнт може користуватися у будь-який час;
- створення контакту між тілом і думками;
- експресія несвідомого;
- розвиток та пізнання себе (корисно особливо у клінічних випадках – укріплення та розвиток особистості додає їх ресурсу на копінг із хворобою);
- активна участь у власному одужанні, ініціативність;

Дафна Ревія Ханауер у статті «Визначення конфліктів нервової анорексії як прояви у процесі арт-терапії» [51], розкриває шість основних конфліктів у глибинному дослідженні:

Конфлікт перший: Вербальний та / або емоційно-поведінковий опір арт-терапії та потяг до художніх матеріалів та творчого художнього процесу. Пацієнт

з анорексією словесно та фізично висловлює опір будь-якій участі в процесі арт-терапії. На словесному рівні цей опір передається через вираження ворожості, підозри, зневаги та заперечення. Деякі приклади таких заперечень: "Ми що, в дитячому садку?" "Що я повинен тут робити?" "Що ти збираєшся дізнатися про мене?" "Я не хочу малювати і не знаю як"

Конфлікт другий: Інтенсивне створення художнього об'єкта і бажання його знищити. Створюючи художній об'єкт, пацієнт висловлює почуття огиди по відношенню до художнього об'єкту, до себе як до людини, частин свого тіла. Пацієнт може навіть висловити бажання знищити художній об'єкт. Процес створення об'єктів мистецтва характеризується акцентом на точність, контролем за процесом та спробами зробити художній предмет красивим. Після періоду інтенсивної роботи над об'єктом мистецтва, пацієнт з анорексією оголошує про свою огиду до об'єкта та бажання його знищити. Ці твердження поєднуються із самознеціненням, що проявляється у таких словах, як: «Я абсолютно не талановита» або «Я ні чого не вмію.»

Конфлікт третій: Бажання і потреба у догляді і турботі і словесна нездатність безпосередньо висловити це бажання і потребу. У цьому конфлікті, пацієнт з анорексією повідомляє свою потребу у догляді і триманні (ніжності.) Чим важче симптоми анорексії, тим більше ймовірність того, що цей конфлікт з'явиться. Хоча пацієнти з анорексією і перебувають у важкому фізичному стані, при якому, очевидно, необхідна стороння допомога, вони не направляють прямих усних запитів про допомогу від терапевта (та близьких людей) у будь-якій формі. Через їх фізичний стан та уникнення будь-яких усних прохань про допомогу, вони передають своє бажання не бути і не бути існувати. У процесі арт-терапії прохання допомога виражається через тематичний зміст художнього об'єкта. Хоча фізичний стан та художній образ свідчать про бажання пацієнта бути пригорнутим та потребу у допомозі, пацієнт з анорексією не може висловити це бажання прямо.

Конфлікт четвертий [51]: Потреба бути залежним у стосунках з іншими та бажання бути автономним. Цей конфлікт виникає під час побудови довірливих відносин між терапевтом та пацієнтом. Пацієнт може бути підозрілим по відношенню до терапевта і протистояти близькості та інтимності індивідуального сеансу терапії. В той же час, пацієнт із розладами харчової поведінки прагне, щоб його підтримували і допомагали оточуючі, як маленькій дитині її батьки. Наприклад, пацієнт із розладом харчової поведінки може приймати ембріональну позу під час сеансу терапії. Цей тип відносин включає потребу у постійному заспокоєнні та доказу безумовної любові і прийняття. Ці відносини є симбіотичними за своєю природою. Пацієнт може не усвідомлювати цієї потреби у симбіотичних стосунках з іншими. В той самий час, пацієнт з анорексією бажає бути автономним.

Конфлікт п'ятий: Фізичний розвиток жіночої сексуальності та ідентичності та відторгнення фізичного розвитку та ідентичності. Для людей з анорексією цей конфлікт виникає із появою фізичних показників статевої зрілості, таких як початковий ріст грудей, поява волосся на статевих органах і початок менструації пацієнта. Ці фізичні зміни включають зміни у зрості, вазі та формі тіла. В той час як зовнішній вигляд тіла швидко змінюється, психічне уявлення пацієнтів про їх тіло – ні. Пацієнт з анорексією відторгає зміни і на додачу до цього бояться цих фізичних змін та розвитку подій у майбутньому.

Шостий конфлікт [51]: необхідність повного контролю і відчуття відсутності контролю. Це пов'язане з почуттям невпевненості пацієнта, занепокоєнням та страхами. Найбільш очевидний прояв цього конфлікту - це контроль пацієнта над прийомами їжі. Зменшуючи споживання їжі та беручи участь у екстремальних фізичних навантаженнях пацієнт, що страждає на анорексію намагається контролювати власний ріст та вагу тіла. Необхідність контролю також може бути виражена через використання та розвиток пізнавальних здібностей. Пацієнти, які страждають на анорексію, докладають

величезних зусиль, щоб бути відмінниками школи та пояснювати явища, які вони переживають. Наприклад, одна пацієнтка з анорексією пояснила власну відсутність вартості тим, що була причиною хронічного захворювання її матері. Пацієнтка розробила деталі своєї ролі у хворобі матері, вказавши на те що у віці трьох років вона втомила свою матір і була "поганою дитиною".

Зміни у житті створюють відчуття втрати контролю над ним та зумовлюють знецінення себе у пацієнтів із нервовою анорексією. Наприклад, багато пацієнтів з анорексією відмовляються брати участь у нових проєктах(активності) через страх, що він або вона не будуть ідеальними і не відповідатимуть необхідним стандартам. У процесі мистецтва, це відчуття втрати контролю виражається неможливістю працювати з художніми матеріалами, якими вони не можуть управляти безпосередньо.

Висновки до першого розділу.

Сфера терапевтично-корекційної роботи розладів харчової поведінки, особливо у країнах пострадянського режиму, відносно нова та активно розвивається. Теоретичні знання, що засновуються на дослідженнях, дають нам інформацію про типові патерни поведінки (відсторонення, харчові ритуали, депресія або компульсії, тощо), зовнішні та психологічні ознаки анорексії, булімії, компульсивного переїдання та психогенного ожиріння (проблеми із травленням, слабкість, дисморфофобія, тощо). Соціологічні дослідження психічних розладів демонструють критичну статистику як поширеності цієї проблеми, так і її летальності при відсутності психотерапевтичної допомоги. Серед факторів ризику розладів харчової поведінки виділяють різнобічні фактори - генетично обумовлені особливості особистості (тривожність, педантизм, низька самооцінка тощо), несприятливе виховання (стосовно харчової поведінки, самооцінки, процесів сепарації та прив'язаності), суспільний тиск, травматичний досвід, перенесення психічних переживань різного генезу на

тіло та його сприйняття. Епігенезом розладу харчової поведінки може виступати кожен окремий з цих факторів, або їх різноманітне поєднання.

Наразі суспільство перебуває під вагомими впливом дієто-центричної культури, яка закладає деформоване уявлення про ідеальне тіло, правильне харчування на підсвідомому рівні. За межами МКБ-10 психотерапевти часто стикаються із замаскованими харчовими розладами, такими як орторексія (розлад замаскований під здорових спосіб життя, правильне харчування), фанатичне веганство та інші альтернативні дієти (фобія їжі, тіла замаскована під гуманне ставлення до тварин).

Розлади харчової поведінки – анорексія, булімія та компульсивне переїдання піддаються різним формам терапії, проте найбільше зустрічається у джерелах ефективність когнітивно-поведінкових методів та сімейної терапії Модслі (сучасна назва – FBT.) Альтернативний вид терапії, який активно розвивається у напрямку лікування та підтримки ремісії розладів харчової поведінки – арт-терапія. Цей метод є ефективним, адже дає можливість встановити безпечний контакт із клієнтом (навіть критичної ваги), пропрацювати дисоціацію, хронічне почуття провини та безпечно попрацювати із образом тіла. Крім того, арт-терапія допомагає у роботі із коморбідними афективними та тривожними розладами, травмами та скорботою, дозволяє відновити чутливість та вивільнити ригідні афекти.

РОЗДІЛ 2: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНИХ ФІКСАЦІЙ ПРИ РОЗЛАДАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Цілі дослідження: Емпірично дослідити особливості когнітивних фіксацій у дорослих із розладами харчової поведінки та визначити співвідношення загального рівня тривоги та стресостійкості, наявності фіксованих думок з приводу харчування, передбачення намірів та ставлення інших людей (соціальна адаптація.) Проаналізувати зворотній зв'язок лікарів, за участю яких проводилось дослідження.

2.1. Опис вибірки, методів і процедури дослідження

Для досягнення поставленої мети та розв'язання сформульованих завдань дослідження було використано такі **методики**:

- 1) Методика вивчення екзистенційних фрустрацій С. Розенцвейга;
- 2) Методика на визначення стресостійкості Спілбергера – Ханіна;
- 3) Опитувальник з оцінювання частоти тривожних думок з приводу харчування та ригідності мислення.

Методика вивчення екзистенційних фрустрацій С.Розенцвейга (Додаток Б)

Вперше методика описана Розенцвейгом у 1944 році в Науково-дослідному інституті ім. В. М. Бехтерева. У дослідженні використана модифікація цієї методики за посібником Е. Е. Миронової [10]. Методика полягає в опрацюванні піддослідним 24-х схематичних зображень, що містять стимулюючий матеріал. На кожному малюнку зображено двоє або більше людей, що знаходяться у процесі діалогу, що виник внаслідок ситуації фрустрації. За посібником ситуації поділяють на дві групи: ситуації перешкоди (хтось або щось збиває суб'єкта з пантелику, бентежить його) та ситуації звинувачення суб'єкта. До перших відносимо малюнки за номерами 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24, до других - 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21. [додаток 1]. Іноді випробуваний може

інтерпретувати ситуацію «звинувачення» як ситуацію «перешкоди », або навпаки.

При інтерпретації кожна опрацьована респондентом ситуація оцінюється за двома критеріями: напрямком реакції і типом реакції. Напрямок реакції поділяють на 1) екстрапунітивний – спрямованість на зовнішню причину фрустрації, покладання відповідальності за вирішення ситуації на зовнішні обставини; 2) інтрапунітивний–спрямованість на самого себе, прийняття провини та відповідальності за вирішення ситуації виключно (або переважно) на себе; 3) імпунітивний – фрустраційній ситуації не надається великого значення, відповідальність або провина за неї відсутня як така, ситуація має вирішитись «сама собою».

За типом реакції відповіді поділяють на 1) Тип реакції «з фіксацією на перешкоді»: перешкода, яка викликала фрустрацію, відіграє провідну роль не залежно від того, чи ставлення випробуваного до неї має позитивний чи негативний характер 2) Тип реакції «з фіксацією на самозахисті»: випробуваний виявляє активність, спрямовану на захист власного «Я»: суб'єкт або засуджує когось, або визнає свою провину, або ж зазначає, що відповідальність за фрустрацію нікому не може бути приписана; 3) Тип реакції «з фіксацією на задоволення потреби»: активність суб'єкта спрямована на пошук конструктивного рішення конфліктної ситуації задля задоволення потреб. Активність може виявлятися у будь якому із 3-х напрямків реакції.

У висновку, відповідь респондента можна поділити на адаптивну та неадаптивну. Адаптивна реакція заснована на об'єктивній оцінці себе, своїх здібностей та ситуації. Така реакція спрямована на поліпшення несприятливих умов. Дисадаптивна відповідь не виправдана з точки зору об'єктивної реальності та зазвичай засновується на суб'єктивних переживаннях, необ'єктивній самооцінці. Наприклад, людина звинувачує себе у тому, що насправді є помилкою іншого, через глибинне почуття провини та особистісну тривожність.

Крім того, методика допомагає оцінити тип фрустраторів. Розенцвейг виділяє три типи: позбавлення, втрата та конфлікт. Позбавлення бувають двох видів – зовнішні та внутрішні: ті, що стосуються бажання оволодіти зовнішнім об'єктом (фізіологічні потреби на кшталт їжі, увага, повага та захоплення з боку інших людей) та заповнити певну нестачу всередині (неможливість розкритись, самореалізуватись, тощо).

Втрати також є зовнішні та внутрішні. Зовнішні – втрата близької людини або друга, чогось матеріального, домівки. Внутрішні втрати пов'язані із глибинними відчуттями власного Я. Наприклад, при менопаузі жінка втрачає частину своєї статевої ідентифікації і це викликає в неї переживання.

Зовнішній та внутрішній конфлікт ілюструє Розенцвейг[19]. Якщо на шляху до кохання стоїть інша людина (об'єкт бажання перебуває у стосунках, надав перевагу іншому), це характеризується як зовнішній конфлікт. Якщо у подібній ситуації перешкодою є глибинні переконання самої людини (мораль, механізми захисту, уявлення про себе як про шляхетну людину, то конфлікт внутрішній.

На основі результатів вираховується GCR - коефіцієнт групової конформності, який показує міру індивідуальної адаптації суб'єкта до свого соціального середовища. Він визначається шляхом порівняння відповідей випробуваного зі стандартними величинами, отриманими шляхом статистичного підрахунку.

Тест на тривожність Спілбергера-Ханіна (Додаток В)

Тест Спілбергера-Ханіна складається з 40 висловлювань, які допомагають визначити рівень (1) ситуативної (реактивної) тривожності (питання 1-20) та (2) тривожності як властивості особистості, predisпозиції (питання 21-40) [додаток 2]. Респондентам пропонується наступна інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень та закресліть найбільш відповідну цифру праворуч. Над питаннями довго не замислюйтесь: перша відповідь, яка спадає на думку, зазвичай найбільш відповідна». Тест закріплено за додатком 2.

Тест містить як прямі, так і зворотні твердження, при підрахунках необхідно аналізувати вибірково: прямі для першого сегменту (реактивна тривожність – 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18, зворотні – 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20. Необхідно відняти зворотні від прямих та додати 50 балів. Для другого сегменту прямі питання – 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40, а зворотні – 21,26,27,30,33,36,39. Так само віднявши зворотні питання від прямих, необхідно додати 35 балів. Діапазон результатів – між 20 та 80. До 30 балів результат вважається низьким, з 31-45 – помірним, а з 46-80 високим.

Ситуативна тривожність це актуальний стан переживання напруги, занепокоєння, нервозності. Цей стан нестійкий в часі та дозволяє визначити, чи знаходиться випробуваний під впливом стресової ситуації (контрольна консультація) й інтенсивність цього впливу на нього.

Особистісна тривожність це схильність сприймати більшість життєвих ситуацій як загрозливі та висока стресова реактивність на них. Дуже висока особистісна тривожність корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями.

Опитувальник з оцінювання частоти тривожних думок з приводу харчування та ригідності мислення (Додаток А)

Опитувальник розроблено нами як найбільш відповідний для зображення мисленнєвих фіксацій, що характерні для людей із розладами харчової поведінки. Він містить наступні інструкції: «Прочитайте уважно твердження у колонці «Приклад думки». Подумайте, чи виникають у вас думки, подібні до прикладів? У колонці «Ваша Відповідь», впишіть літеру (А, В або С), що відповідає тому, наскільки часто у вас виникають (або не виникають) думки подібного характеру:

- А) Я часто думаю подібним чином;
- В) Іноді в мене з'являються такі думки;
- С) Це не схоже на мене»

Опитувальник містить додаткову колонку «Ваш досвід», де респондент має змогу уточнити контекст, в якому в нього виникає зазначена думка. В цій колонці пропонується відповісти на одне із запитань: «Коли подібні думки у вас виникають?»; «За яких обставин, у якій ситуації?»; «Що зазвичай відбувається з вами перед тим, як така думка виникає?»; «Що ви відчуваєте, коли та чи інша думка вас не полишає?»; «Як ви поведетесь через цю думку?»;

Як додаткове джерело аналізу проблеми, ми провели бесіду із спеціалістами клініки, які проводили дослідження, з метою отримання зворотного зв'язку щодо процесу та додаткової інформації. У межах цієї бесіди було поставлено уточнювальні запитання: 1. Щодо етапу, на якому клієнти клініки проходили дослідження (по готовності клієнта або ж після проходження певної кількості сеансів психотерапії); 2. Щодо найпоширенішого у практиці віку клієнта з розладами харчової поведінки (та чи погоджуються спеціалісти з думкою, що психічні захворювання стають "молодшими": чи звертаються зараз молоді люди (підлітки, діти) з проблемами, які раніше відносили виключно до дорослими.); 3. Щодо першочергового запиту, з яким звертаються клієнти яким діагностують розлад харчової поведінки (фізичний стан: нездужання, слабкість, проблеми зі здоров'ям; проблеми емоціонального стану: апатія, пригніченість, симптоми депресії, тривога; проблеми у відносинах з близькими, роздратованість (агресія), ізоляція або власне розлад харчової поведінки); 4. Щодо методик та ресурсів, які спеціалісти клініки зазвичай використовують при діагностиці та терапії розладів харчової поведінки; 5. Що спеціалісти вважають результатом у терапії розладів харчової поведінки та скільки часу, в середньому, необхідно задля досягнення цього результату; 6. Щодо того чи можливо, на думку спеціалістів повністю звільнитись від розладів харчової поведінки, чи необхідно проходити контрольні зустрічі під час критичних життєвих моментів (кризи, вагітність, менопаузи), та чи часто клієнти звертаються із тим самим запитом вдруге.

2.2. Результати дослідження особливостей когнітивних фіксацій при розладах харчової поведінки

Дослідження проводилося в анонімній формі за участі спеціалістів клініки, які пропонували клієнтам пройти тестування на контрольних зустрічах (2-4 місяці терапії – 8 зустрічей із психотерапевтом). Спеціалісти надавали респондентом інформацію щодо мети дослідження та його незалежності від процесу терапії. Не всі пацієнти вказували свій вік та стать, проте більшість опитуваної групи – жінки віком від 16 до 29 років. Перейдемо до аналізу отриманих результатів.

Під час бесіди спеціалісти зазначили, що більшість клієнтів знаходяться у віці ранньої юності/молодості: це школярі старших класів, студенти. Думка про те, чи молодшають(стають молодшими) психічні розлади у терапевтів різниться. Зазначають: «структура захворювань змінюється, але ці зміни слід пов'язувати не з віковими показниками, а з характером порушень, які тепер притаманні тому чи іншому віку». У діагностиці в клініці спираються на класичні методи – МКБ-10, проєктивні методики та тести на психічні функції, а от в терапії наразі застосовують комплексний підхід - крім корекції харчування та медичного втручання застосовують підхід когнітивно-поведінкової терапії(робота з патернами мислення), класичну психотерапію із застосуванням різних ідей та напрямків (спрямована на корекцію психоемоційного стану, самооцінки і усвідомленості), сімейну психотерапію (робота з близьким оточенням) та альтернативні методи (арт-терапія, практики медитації, танцювальна / спортивна терапія іт. д). Звертаються здебільшого вже із свідомим запитом розладу харчової поведінки: емоційні проблеми виявляються або вже в процесі терапії, або не є основним мотивом звернення.

Результатом психотерапії спеціалісти вважають не лише де актуалізацію симптомів за МКБ-10, а й відсутність дисморфобних проявів, реалістичне сприйняття власного тіла та його прийняття, спокійне ставлення до їжі, здатність

коректно реагувати на стрес, мати навички самодопомоги. Досягнення результату індивідуальне та залежить від клієнта та його випадку, проте в середньому процес займає 6-12 місяців. Повне одужання усі терапевти вважають можливим, проте радять звертатись на повторні консультації у складні життєві періоди (кризи, менопауза, вагітність, тощо).

Пацієнти клініки Баланс пройшли методику на виявлення когнітивних фіксацій (дивитись таблицю). Також тестування було проведене на молодих людях віком від 18 до 28 без діагнозу розладів харчової поведінки (дивитись таблицю 2).

Респонденти, що мають діагностований розлад харчової поведінки відповіли «А» у 21% запитань та «В» у 37% запитань. Відповідь «С» складає 42%. У контрольній вибірці «А» складає 9% запитань, «В» - 28% запитань. Відповідь «С» складає 63% у вибірці без порушень харчової поведінки (див. Таблицю) У респондентів із розладами харчової поведінки найбільша кількість виборів «А» - в мене часто з'являються такі думки – у питаннях (13) «Я постійно порівнюю себе з іншими: зовні, те, що і як вони їдять, і навіть як думають» (15); Мені здається, що я якийсь(ась) не такий(а), як інші, або яким(ою) мав(ла) б бути. Я – недоречний(на); (22) (Мені нестерпно чути критику. Навіть якщо людина мені мало знайома, я думаю, що напевно вона каже правду, або навіть применшує. Я відчуваю сум або роздратування на себе/ситуацію; (30) Любити себе треба «за щось». Я надаю перевагу самовихованню. В противному випадку я «розбештаю» себе, стану егоїстичним(ою), недоглянутим(ою), неуспішним(ою);

Наводимо результати порівняльної статистики за відповідями А (висока фіксованість думок), Б (середня фіксованість думок) та С (низький рівень фіксованості думок у групи із діагнозом розладу харчової поведінки та контрольної групи (без діагнозу розладу харчової поведінки).

Таблиця 1.

Результати опитувальника опитувальника з оцінювання частоти тривожних думок з приводу харчування та ригідності мислення у відсотках.

Порівняльна статистика відповідей «А», «Б» та «С» у досліджуваній та контрольній вибірці.

Кількість відповідей (%)	Розлад Харчової поведінки	Норма
А	21%	9%
В	37%	28%
С	42%	63%

Результати таблиці 3 нижче відображені та візуалізовані на графіку.

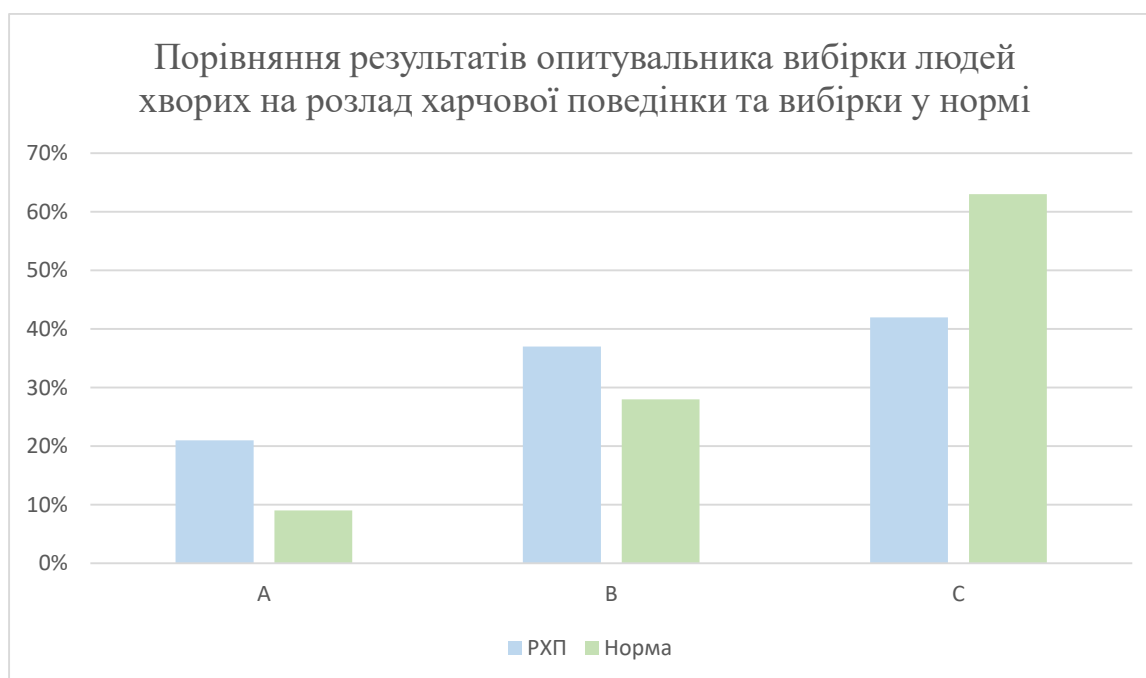


Рис. 1. Порівняння результатів опитувальника вибірки людей хворих на розлад харчової поведінки та вибірки у нормі людей хворих на розлад харчової поведінки та вибірки у нормі

Відповіді А передбачають високий рівень когнітивних фіксацій, які стосуються та не стосуються тіла та їжі. Така відповідь передбачає мисленнєву ригідність. Відповіді В передбачають середню форму когнітивних фіксацій, які стосуються та не стосуються тіла та їжі. Відповіді С не передбачають когнітивної фіксації, відзначають гнучкість мислення.

На питання 13, 10 респондентів відмітили «я часто думаю подібним чином» та 8 – «Іноді в мене з'являються такі думки». Лише 2 респонденти відмітили «Це не схоже на мене». На питання 15, 7 респондентів відмітили «я часто думаю подібним чином» та 8 – «Іноді в мене з'являються такі думки». 5 респондентів відмітили «Це не схоже на мене».

На питання 22, 8 респондентів відмітили «я часто думаю подібним чином» та 10 – «Іноді в мене з'являються такі думки». Лише 2 респонденти відмітили «Це не схоже на мене». На питання 30, 8 респондентів відмітили «я часто думаю подібним чином» та 5 – «Іноді в мене з'являються такі думки».

Дівчина 21 року (до питання 6) у колонці власного досвіду зазначила, що якщо не їстиме багато або взагалі, то «заслужуватиме на повагу до себе», найбільше хвилюється через порушення чіткого розпорядку дня з прийомами їжі та публічних заходів, де вона не може спланувати свій прийом. Кілька випробуваних вказували на те, що їм «ментально легше, коли вони їдять менше або їдять «здорову» їжу. Дуже рідко це пов'язано із фізичними відчуттями у тілі.

Багато пацієнтів відмічають питання про порушення харчової поведінки як негативне «В мене рідко виникають такі думки», а у колонці «Ваш досвід» вказують «раніше я так думала, думаю так набагато менше, знаю, як із цим впоратись». Це свідчить про ефективність психотерапії як копінгового ресурсу, а також про те – що подібні думки як проміжні мисленнєві утворення (життєві правила та установки) поширені у людей із розладами харчової поведінки до моменту психокорекції.

Цікавим спостереженням є те, що кілька пацієнтів віком 16-25 років вказали на те, що порівнюють себе (тіло та харчування) із блогерами, у

соціальних мережах. У майбутніх дослідженнях слід враховувати фактор впливу інтернетизації суспільства на виникнення, перебіг та терапію розладів харчової поведінки.

Слід зазначити, що контрольна вибірка також зазначала певну тривогу з приводу власного тіла, хоч ці показники були менш виражені. У питанні 12 («Якщо я не можу схуднути (перестати їсти, перестати їсти конкретну їжу або таку кількість їжі), я слабкий(ка)/ні на що не здатен(а)/нічого не вартий(а)»), 9 людей зазначило, що іноді в них з'являються такі думки, і одна людина – що думає подібним чином часто. 8 респондентів зазначили, що іноді вони порівнюють себе, своє тіло та зовнішність з іншими (питання 13), а 3 респонденти, що роблять це часто. Хоч ці показники значно нижчі, аніж у вибірці із діагностованими розладами харчової поведінки, вони дозволяють зробити висновки щодо загального рівня тривоги з приводу тіла, дієцентризованості суспільства та визначення зовнішнього вигляду людини як одного з основних чинників її цінності.

Результати тесту Спілбергера-Ханіна та коефіцієнт GCR

Середній показник особистісної тривожності за тестом Спілбергера-Ханіна у випробуваних із розладами харчової поведінки завищений – 47.43 (дивитись таблицю 4). Показник ситуативної тривожності в нормі – 44.5, що свідчить про відсутність перебування у ситуації напруги під час тестування. Слід зазначити, що показники особистісної тривожності окремих випробуваних перепадають у проміжок 60-71. Такі результати за тестом Спілбергера-Ханіна у більшості випадків корелюють із великою кількістю вказаних відповідей «А» в опитувальника.

Середній показник GCR (коефіцієнт адаптації до соціального середовища) за методикою фрустрацій Розенцвейга у випробуваних клініки «Баланс» становить 26.72% (дивитись таблицю 4). Найбільша кількість реакцій зосереджена на самозахисті та задоволенні потреби (88%), серед яких найбільш

популярні фрустраційні реакції – заперечення ситуації та ігнорування труднощів, надія, що з часом проблеми розв'яжуться самі-собою та спрямування осуду, ворожості проти кого-небудь в оточенні, активне заперечення власної провини у ситуації. Слід зазначити, що більшість випробуваних демонстрували особливо виражену поведінку самозахисту не лише у завданнях звинувачення, а й у ситуаціях, де їм пропонувалась допомога. Наприклад, у питанні 22 усі респонденти вказали інтрапунітивну реакцію - суб'єкт сам береться вирішити фрустраційну ситуацію, спираючись на почуття власної провини та бажання відсторонитись від інших. Фіксація на самозахисті за Розенцвейгом – ознака вразливості, проникності особистості до зовнішніх впливів.

Високий рівень внутрішньої напруги, тривоги свідчить про схильність респондентів інтерпретувати більшість складних життєвих ситуацій як загрозливі. Як наслідок, що випробувані знаходяться у постійній готовності до конфлікту, самозахисту. Цей висновок впливає як з тесту на тривожність Спілбергера-Ханіна, так із методики фрустраційних реакцій Розенцвейга (схильність до реакції самозахисту). Респондентам із такими показниками властива надчутливість: емоційна реакція виявляється відповідно до сприймання, а отже вона також завищена. Афективні реакції та нервові зриви здебільшого виявляються у ситуаціях, коли випробуваних критикують, оцінюють (їх діяльність, вигляд, компетенцію), звертаються до них категоричним або сумнівним тоном. Цей висновок можна співвіднести з опитувальником, адже запитання (22), яке стосувалось критики, було одне з найчастіше обраних респондентами.

Математичне порівняння результатів дослідження когнітивних фіксацій при розладах харчової поведінки

У дослідженні ми використовували математичний метод кореляційної залежності. Коефіцієнт кореляції допомагає виявити статистичний взаємозв'язок двох випадкових величин. При цьому, зміни значень однієї або декількох з цих величин супроводжують систематичні зміни значень іншої або інших величин.

Коефіцієнт може приймати значення від -1 до 1. Чим ближче показник до 1, тим вища кореляція.

Кореляція між GCR – коефіцієнтом соціальної адаптації та кількістю відповідей А та Б у тесті (високий рівень когнітивних фіксацій пов'язаних або не пов'язаних із харчуванням та тілом) становить 0.76. Результат вище 0.75 свідчить про високу позитивну кореляцію. Кореляція між GCR та рівнем тривоги також суттєва – 0.65. З цього можемо зробити висновок про взаємозалежність високих показників рівня тривоги та низьких показників соціальної адаптації до когнітивної симптоматики розладів харчової поведінки, продемонстрованої за опитувальником.

Відповідно, робота із зниженням тривоги та соціальною адаптивністю (наприклад за методикою ДБТ) сприятиме поліпшенню стану когнітивної фіксації та покращуватиме здатність до зміни когнітивних установок.

Висновки до другого розділу

Особливостями мислення пацієнтів із розладами харчової поведінки, виходячи із дослідження, можна вважати:

На рівні автоматичних думок (емоцій, неусвідомлюваних афектів) підвищений рівень тривожності, страху, схильність до негативних емоцій, відрази та провини при сприйнятті себе, реакції самозахисту, надчутливість

На рівні установок та проміжних переконань – сприйняття великої частини ситуацій як загрозливих, неприйняття допомоги або ж критики від інших людей, спрямування власних зусиль на стримування своїх бажань, потреб та імпульсів, сприйняття їх як сторонніх (десенсибілізація до власного тіла), визначення власної цінності через свій успіх або неуспіх в утриманні власних правил та установок (дієтичних, обмежувальних, тощо) порівняння себе з іншими, зокрема в соціальних мережах.

Рівень глибинних переконань у людей із розладами харчової поведінки зумовлений особливим життєвим досвідом та його сприйняттям (про це свідчить низький індекс групової конформності та соціальної адаптації), можливою травматизацією, відсутністю базової довіри до світу (високий рівень тривоги) та до себе (установка самоконтролю, недовіра до себе). Ставлення до себе у пацієнтів негативне, про що свідчить надчутливість до критики (вплив критики посилюється негативною самооцінкою). Важливо також підкреслити зовнішньо-орієнтовану самооцінку (на основі ставлення інших).

Клієнти, які вже пройшли певний етап психотерапії коментують питання про фіксацію на їжі негативно, проте все ще схильні до фіксованих думок та демонструють відносну ригідність у питаннях, які стосуються загальних когнітивних застрягань. З цього можна зробити висновок, що розлади харчової поведінки впливають не лише на сферу харчування та здоров'я, а й інші життєві сфери – соціальну, сферу праці та саморозвитку, сферу стосунків. Отже, у терапії необхідно працювати із глибинними установками, сімейними стосунками, адаптивними властивостями, а не лише із харчовою поведінкою.

Взаємозалежність симптомів розладів харчової поведінки та залучення усіх сфер особистості та соціальних проявів зумовлює складність цього типу розладів та необхідність комплексного, трансдіагностичного та глибинного підходу до терапії. З даного дослідження випливає, що у психотерапія розладів харчової поведінки має містити не лише зміну харчування та поведінкову експозицію до страхів, пов'язаних із їжею та вагою (хоч це і першочерговий етап), а й навички емоційної регуляції, зменшення напруги, навички соціальної взаємодії та роботу із глибинними установками.

Через відсутність відповідної статистики в Україні та підвищення впливу соціальних мереж, результати даного дослідження є важливими задля кращого розуміння специфіки етіології та патогенезу розладів харчової поведінки на тлі національного менталітету, історичного контексту та актуальних можливостей терапії.

РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА ІНТЕРВЕНЦІЇ ПРИ РОЗЛАДАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Етапи методу арт-терапії як інтервенції при розладах харчової поведінки

Нижче наведений приклад програми, яку було розроблено нами для центру психотерапії розладів харчової поведінки Redefine. Програма розділена на чотири етапи роботи. Крім робочих етапів, терапевт може використовувати діагностичні методики такі як «Неіснуюча тварина», «Будинок, дерево, людина», «Людина під дощем», для корекції плану та розуміння запиту групи або клієнта в індивідуальній роботі.

Перший етап. Безпека та встановлення контакту.

Під час роботи із завданнями даного етапу, клієнти із розладами харчової поведінки навчаються навичкам заспокоєння при тривожності а також накопичують психологічний ресурс для майбутньої роботи – психологічна безпека та впевненість. Також цей етап вміщує навчання фокусу на власних емоціях, свідомому малюванні. Клієнт має навчитися працювати не із малюнком, а з власними емоціями та переживаннями через малюнок. Напрацювати безоцінкове судження по відношенню до власної роботи, вміння занурюватись у малюнок як у медитативну техніку. Крім того, цей етап важливий для встановлення контакту із психологом або арт-терапевтом. До методик, які входять у цей етап можна віднести малюнок будинку; мандалу; планету дитинства; малюнок безпечного простору.

Приклад проведення методики «Безпечний простір» у групі з 8-ми людей. Матеріали: 8 наборів воскових олівців, 8 простих олівців, точилка, гумка, 8 наборів гуашевих фарб, 8 стаканчиків для води, 8-10 пензлів, папір (8 аркушів цупкого паперу формату А3).

Процедура: Підготуйте зручні місця для учасників групи та облаштуйте їх аркушами, олівцями, папером та фарбами. Можете включити позитивну класичну музику такої гучності, щоб вона давала учасникам особистий простір,

але не заважала вашій комунікації. Розкажіть умови завдання. Дайте учасникам близька 20 хвилин на те, щоб уявити своє місце та почати малювати. Далі ви можете встановити контакт з кожним із учасників. Попросіть учасників групи розповісти про своє безпечне місце та поставте запитання про це місце.

Інструкція: Намалюйте безпечне місце. Це місце може бути реальним, а може бути вигаданим. Це – тільки ваше місце, тож ви вирішуєте, чи будете в ньому самі, чи з кимось близьким. Ви можете облаштувати його так, як вам цього хочеться.

Другий етап. Робота з емоціями, зменшення дисоціації.

Події можуть бути прожиті лише в тій мірі, якою вони пропущені через емоції і почуття. Опрацювання тривоги, страху, смутку, гніву і образи (особливо не конструктивних, саморуйнівного характеру). На цьому етапі робота проводиться виключно з емоціями, а не з їх причинами-тригерами. На цьому етапі клієнт має змогу відновити емоційну чутливість, яка знижується при розладах харчової поведінки та навчитися відчувати позитивні емоції такі як радість, любов, прийняття, розуміння, ніжність. Прикладами вправ на цьому етапі є: айсберг емоцій; зображення емоцій як пір року; нічний кошмар, локалізація емоцій.

Приклад проведення методики «Локалізація емоцій» у групі з 8-ми людей.

Матеріали: 8 наборів воскових олівців, 8 простих олівців, точилка, гумка, 8 наборів гуашевих фарб, 8 стаканчиків для води, 8-10 пензлів, папір (8 аркушів цупкого паперу формату А3).

Процедура: Підготуйте зручні місця для учасників групи та облаштуйте їх аркушами, олівцями, папером та фарбами. Можете включити класичну музику такої гучності, щоб вона давала учасникам особистий простір, але не заважала вашій комунікації. Розкажіть умови завдання. Попросіть учасників «провідчувати» емоцію, яку ви називаєте, та поділитись тим, де саме вона знаходиться, які тілесні відчуття викликає. Далі попросіть учасників намалювати ці емоції на тлі людини.

Інструкція: Сьогодні ми поговоримо про емоції. Я буду називати різні емоції, а ви спробуйте їх відчути. Розкажіть, де ця емоція відчувається в тілі, якого вона кольору. Можливо вона пече, чи тисне, чи виростає, як рослина. Намалюйте цю емоцію – в середині людини.

Перелік емоцій, з якими важливо попрацювати: гнів, образа, смуток, радість, ніжність/любов

Третій етап. Розуміння себе, прийняття свого Я.

Цей сегмент спрямований на розуміння своєї особистості, розмаїття її проявів. Інтерес до себе важливо закріпити як позитивну емоцію - не «страх що зі мною щось не так», не «прискіпливість до своїх нерівностей», а дитяча, оптимістична допитливість. В умовах арт-терапії можна досліджувати себе в безоціночному середовищі, де психолог обробляє судження і повертає їх у більш позитивному відтінку. Розвиток особистості як здорової частини психіки сприяє відновленню від розладу харчової поведінки, адже укріплює ресурс «здорового Я» і таким чином нівелює зверхцінні ідеї, пов'язані із хворим «Я».

До методик третього етапу можна віднести методику «Вікно»; «Світ в моїй голові»; Безлюдний острів та діагностичні методики на кшталт «Неіснуюча тварина».

Приклад проведення методики «Вікно» у групі з 8-ми людей.

Матеріали: 8 наборів воскових олівців, 8 простих олівців, точилка, гумка, 8 наборів гуашевих фарб, 8 стаканчиків для води, 8-10 пензлів, папір (8 аркушів цупкого паперу формату А3).

Процедура: Підготуйте зручні місця для учасників групи та облаштуйте їх аркушами, олівцями, папером та фарбами. Можете включити позитивну класичну музику такої гучності, щоб вона давала учасникам особистий простір, але не заважала вашій комунікації. Розкажіть умови завдання. Дайте учасникам близька 20 хвилин на те, щоб уявити своє вікно та почати малювати. Далі ви можете встановити контакт з кожним із учасників. Попросіть учасників групи

розповісти про своє вікно та запитайте, чому вікно дивиться назовні чи всередину, що видно клієнту та що він або вона відчуває в цей момент.

Інструкція: Намалуйте вікно. Ваше вікно може дивитися всередину, або назовні. Що ви бачите з вікна або у вікно? Намалуйте це.

Інтерпретація: Попрацюйте з клієнтом над тим, які переживання або страхи виникають у зв'язку із тим, що хтось дивиться всередину, у його або її внутрішній світ (вікно всередину) або над тим, як він або вона дивиться на світ.

Приклад проведення діагностичної методики «Неіснуюча тварина» у групі з 8-ми людей.

Проективна методика «Неіснуюча тварина» запропонована Друкаревич М. З. За допомогою цієї методики можна разом з клієнтом досліджувати загальні особливості особистості клієнта, його головні теми переживань, характеристики «Я». Методика спрямована на дослідження внутрішнього світу клієнта, те як він або вона сприймає оточення.

Матеріали: 8 наборів вискових олівців, 8 простих олівців, точилка, гумка, 8 наборів гуашевих фарб, 8 стаканчиків для води, 8-10 пензлів, папір (8 аркушів цупкого паперу формату А4).

Процедура: Намалювати неіснуючу тварину та скласти про неї оповідання.

Інструкція: Придумайте та намалуйте неіснуючу тварину, тобто таку, якої ніколи і ніде раніше не існувало і не існує. А також назвіть її неіснуючим ім'ям.

Оповідання можна складати у довільній формі (орієнтовно 10-15 речень). В описі бажано відобразити такі моменти: розміри тварини, де і з ким живе, чим харчується, чим зазвичай займається, чого боїться, для чого вона живе і яка від неї користь, чи має друзів, ворогів. Можна попросити назвати 3 основні бажання, які є у тварини.

Результати проведення із клієнтами центру Redefine. Задля етичності імена клієнтів замінені на цифри.

Клієнтка 1, 13 років [мал.1] Відсутність кінцівок, голови, виражених характеристик говорить про шизоїдний тип особистості, в якому гіперчутливість

проявляється разом з брутальністю. Промальовані зуби - це показник прояву вербальної агресії, захист від критики та неприйняття – словесною грубістю. Це опис відповідає тому, що клієнтка розповіла про своїх реакціях - вона каже, що досить часто ятрить або «доводить» людей, мабуть, щоб отримати від них емоційну віддачу. Кількість очей свідчить про множинні страхи. Клієнтка і сама підтверджує, що її тваринка боїться самотності. І тим не менше ця тваринка вважає, що всі люди брешуть, лукаві і мають намір зробити їй боляче. Тут простежується подвійність суджень - клієнтці дуже хочеться отримати соціальну віддачу, проте вона сама її блокує переконаннями про думку і поведінку інших людей. Можливо, існує травма непослідовності близьких, обману.

Клієнтка 2, 15 років мал.2] Тварина, яка намалювала клієнтка схожа на реально існуючу, що говорить про тривожність. В очі кидається напис з ім'ям «Я-Пушинка» - це страх не бути почутою, необхідність доводити свою значимість. Кількість ніг (звична, але зображені вони таким чином, що створюють враження баранчика-стоноги), говорить про потребу в опорі, захист, хутро - про чутливість. В цілому тварина та його ім'я говорять про інфантильність, бажання завжди залишатися дитиною, гостре бажання в захисті і страх відповідальності. На запитання: «Чи може так бути, що пушинка не хоче ставати дорослою, хоче залишатися маленькою і гарненькою завжди?» клієнтка відповіла, що так, і у нього при цьому багато страхів і переживань, він не такий безтурботний як здається на перший погляд. У нього дуже рідко є можливість виговоритися, сказати свою думку, так як він і не намагався.

Клієнтка 3, 18 років [мал.3] Перше, що кидається в очі на малюнку клієнтки - дві голови з різними емоціями. Це говорить про наявність внутрішнього протиріччя, конфлікту, протилежно спрямованих тенденцій. Зуби, роги і колючий хвіст говорять про агресивний захист, хронічну настороженість. Великий тулуб без шиї говорить про надмірне почуття відповідальності і

самотності в цій відповідальності (при тому, що сама клієнтка каже, що вона не достатньо відповідальна).

Четвертий етап: Зовнішній образ «Я». Моє тіло та його сором.

Найважливіший етап в роботі з РХП, який здійснюється вже після опрацювання емоцій і закріплення позитивного інтересу до себе. Тут важливо враховувати готовність всіх учасників до проведення занять в заданому напрямку - при потребі можна зробити окрему групу для тих, хто займається давно і вже попрацював з емоціями і дослідженням себе. Тут розвивається погляд на тіло як на різнобічне поняття (не тільки розміри і форми), як живу частину себе, яка потребує турботи і прийняття. До малюнків цього етапу слід віднести «Автопортрет», «Малюнок тіла як елементу природи», колаж з афірмаціями «Позитивний образ тіла»

Приклад проведення методики «Малюнок тіла як елемент природи» у групі з 8-ми людей.

Матеріали: 8 наборів воскових олівців, 8 простих олівців, гумка, 8 наборів гуашевих фарб, 8 стаканчиків для води, 8-10 пензлів, папір (8 аркушів цупкого паперу формату А3).

Процедура: Підготуйте зручні місця для учасників групи та облаштуйте їх аркушами, олівцями, папером та фарбами. Можете включити позитивну класичну музику такої гучності, щоб вона давала учасникам особистий простір, але не заважала вашій комунікації. Розкажіть умови завдання. Поки учасники малюють, проговорюйте медитацію, або ж позитивні афірмації про тіло та позитивне ставлення до нього. Попросіть учасників групи розповісти про свій малюнок місце та поставте запитання про нього.

Інструкція: Сьогодні ми будемо малювати людське тіло як елемент природи. Важливо, щоб ви інтегрували тіло у природні явища – воду, рослини (дерева/квіти), гори, тощо. Тіло – так само є частиною природи. В нас немає оцінкових суджень до дерев, або до річок, тож чому маємо оцінювати власне тіло.

3.2. Аналіз методу арт-терапії як способу інтервенції при розладах харчової поведінки

Аналіз поточного стану клієнтів за методом арт-терапії здійснюється за рахунок уважності до деталей малюнку, бесіди із клієнтом та спільного обговорення малюнку. На кожного учасника групи задля обговорення виділяється близько 10-15 хвилин. Клієнт сам описує свій досвід малювання та зміст малюнку, в цей час психолог звертає увагу на найбільш емоційно-змістовні елементи з опису клієнта, а також на специфічні елементи самого малюнку. Особливу увагу треба приділяти відсутнім елементам предметів та істот, стилю малювання, кількості елементів. Наприклад, у малюнку людини можуть бути відсутніми ноги або закриті обличчя. Крім того, психолог здійснює аналіз збігів у проявах психічних функцій та стилю малювання.

Приклад аналізу малюнку «Вікно» у клієнтів різного віку

Д. намалював порожнє вікно [рис.4] що говорить про низький рівень інсайту до того, що відбувається з ним всередині. У зв'язку із роботою на попередніх тижнях можна зробити висновок, що Д. знаходиться у відчуженні із своїм внутрішнім світом, не розуміє своїх переживань та емоцій. Опрацювання переживань і досвіду, когнітивних установок, поки що не може йти мова. Посеред своєї розповіді про картину він зупинився і сказав «Ви можете будь ласка повторити завдання, бо я не зовсім розумію що вам розповідати». Мова підбирається під те, що хоче почути терапевт. Окрім дисоціації є підстава підозрювати легкий психотичний стан у пацієнта:

Емоційна лабільність, пов'язана з низькою вагою або ж фізіологічної / психічної особливості. Після набору ваги можна буде відстежити зміни і визначити, чи стан був пов'язаний з її дефіцитом, чи мав коморбідність. На малюнку видно повністю пусте вікно, під яким ростуть однакового розміру квіти

і дерева. Нерозуміння своїх думок / переживань / емоцій. Низька здатність до рефлексії і когнітивної реструктуризації.

Важливо в особистій терапії робити акцент на експозиції до психічного стану, опрацювання розуміння того, що відбувається з клієнтом. Сам Д поки що навіть не сформулював запит, розуміння куди він рухається, просто адаптувався під умови центру.

На малюнку В. [Рис. 5] я помітила квітку, яка росте між двома деревами. Ми звернули увагу, що квітка за розміром ніби намагається дотягнутися до дерев. Ми запитала у В. не схожа ні в чому ти цю квітку на неї саму, чи не прагне клієнтка дорости до дерев будучи квіткою. В. відповіла, що дійсно асоціює себе з квіткою на картині. Вона переконала себе, що повинна бути як дерево, і порівнюючи себе з ними, мотивуючи себе страхом. Вона з усіх сил намагалась рости, щоб стати вище дерев. Також дерева нагадали мені батьків, які часом забирають місце під сонцем, мотивуючи дитину розвиватись понад її можливості. За рахунок цієї метафори ми змогли опрацювати почуття В. у постійному намаганні зростати і тягнутися до висот, врахування її власних потреб у цьому намаганні, можливість розглянути себе в альтернативних контекстах (чи прагнула б квітка бути як дерево, якби росла серед інших квіток, якби краще усвідомлювала свою ідентичність як квітки?)

Висновки до третього розділу.

Протягом трьох місяців ми запроваджували програму арт-терапії розладів харчової поведінки у стаціонарному центрі Redefine. За цей час, щотижнева арт-терапевтична практика показала свою ефективність. Клієнти, які регулярно відвідували терапевтичну групу пройшли етап ресенсебілізації почуттів та відновили чутливість. По завершенню цього етапу їм стало легше відчувати власні бажання та потреби, але прийняття ще не з'явилося. Паралельно із відновленням ваги, арт-терапевтична група дала клієнтам змогу відчувати та

переживати свої почуття. Зазвичай, клієнти демонстрували підвищену роздратованість, агресивність, яку раніше стримували.

Учасники групи почали самостійно орієнтуватись у власних особливостях особистості та симптоматиці. Клієнти почали чітко визначати власні особливості характеру, темпераменту, навчилися безоцінковості суджень про власне «Я». Крім того, клієнти змогли навчитися взаємодіяти один з одним із врахуванням цих особистісних особливостей, замість моделі пригнічення та ігнорування власних проявів.

Крім того, клієнти покращили навички інтероцептивної свідомості, емоційної регуляції та усвідомленості щодо думок, притаманних симптомам розладу харчової поведінки. Клієнти почали працювати із образом тіла, пройшли етап експозиції до власних почуттів стосовно нього (провина, сором), навчилися опрацьовувати та відпускати ці почуття. Разом із іншими заходами центру Redefine, група арт-терапії допомогла клієнтам підготуватися до амбулаторного лікування.

ВИСНОВКИ

1. У межах роботи було здійснено науково-теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми розладів харчової поведінки. Розглянуто роботи таких вітчизняних науковців як М. В. Коркіна та М. А. Карева, зарубіжних, таких як Хільда Брух. Розглянуто етимологію розладів харчової поведінки таких як анорексія, булімія та компульсивного переїдання, особливості їх прояву у соціальній, фізіологічній та психологічній сфері.
2. Визначено особливості когнітивних фіксацій при розладах харчової поведінки. До дослідників когнітивних фіксацій у роботі ми посилаємось на Дафну Ревію Ханауер та інших дослідників та практиків у сфері когнітивно-поведінкової терапії.
3. Емпірично досліджено особливості когнітивних фіксацій у дорослих із розладами харчової поведінки та визначено позитивну кореляцію між загальним рівнем тривоги та стресостійкості, наявністю фіксованих думок з приводу харчування, передбачення намірів та ставлення інших людей (соціальна адаптація). Проаналізовано зворотній зв'язок від лікарів, за участю яких проводилось дослідження.
4. Розроблено методику інтервенції при розладах харчової поведінки.

З огляду на різносторонність етимології кожного індивідуального випадку розладу харчової поведінки, а також високого взаємозв'язку між симптомами та проекції мисленнєвих патернів (когнітивних викривлень) на усі інші сфери життя пацієнтів (соціальна, особистісна, професійна) процес напрацювання теоретичної бази терапевтичних підходів та методик вимагає комплексності. Робота доводить вплив розладів харчової поведінки на ригідність когнітивної сфери та лабільність емоційної сфери особистості людини та спричиняє соціальну дисадаптацію. Зокрема підкреслюється ефективність терапевтичної роботи, спрямованої на гнучкість мислення (робота у когнітивно-поведінковому

підході). Виділення загальних схильностей людей із подібним розладом сприяє оптимізації, систематизації підбору необхідних практичних методів. Основними точками опору терапії розладів харчової поведінки, засновуючись на проведеному дослідженні та проаналізованих джерелах є:

Робота із внутрішніми правилами.

У терапевтичній роботі важливо працювати із залученням ресурсів людини до самоцілення. Необхідно працювати із такими вродженими якостями як перфекціонізм, тривожність та схильність до надмірної рефлексії, підвищуючи усвідомлення людини власних особливостей та їх позитивних та негативних впливів та використовуючи ці особливості у більш конструктивний спосіб, розвиваючи вміння аналізувати раціональність власних переконань та установок, спричинених цими особливостями.

Усвідомлення внутрішніх переконань та правил, їх наслідків для мислення людини уможливорює поступову роботу із послаблення цих правил (наприклад за допомогою таких технік як експозиційне тренування у когнітивно-поведінковій психотерапії), звикання до них та зміну деструктивних моделей поведінки. Перебудова внутрішніх установок та когнітивних моделей має на меті психологічну гнучкість як протипагу до ригідності, властивій при розладах харчової поведінки. Психологічна гнучкість дозволяє критично ставитись до власних правил про тіло та харчування, дозволяючи людині поступово відпустити та замінити ці правила.

Техніки зниження тривоги та емоційної регуляції.

Окремим важливим пунктом є напрацювання навичок стресостійкості та методів зниження тривоги. Терапевт має працювати із пацієнтом над сприйманням стресорів (критика, оцінювання, навантаження, тощо), реструктуризацією цінностей (значення певних подій для людини), а також сприяти закріпленню навичок заспокоєння (фізичні вправи, дихальні вправи, арт-терапія, когнітивні установки). Метод арт-терапії може бути корисним як в інтеграційному підході, так і у специфічно арт-терапевтичній роботі із клієнтом

або групою. Цей метод дозволяє реалізувати творчий потенціал, тренувати емоційну усвідомленість, збільшити інтероцептивну чутливість (та зменшити дисоціативні тенденції.) Арт-терапія сумісна із будь-яким напрямком психотерапії. У “Підручник із Арт-Терапії” авторка Кеті Макліоді збирає статті про арт-терапію у різних напрямках психотерапії (екзистенційний, когнітивно-поведінковий, клієнт-центрований, психоаналітичний, тощо.) Зокрема, арт-терапія є дієвим методом із будь-якими пацієнтами, адже не зобов’язує до залучення мовлення (для осіб із ускладненням мисленнєвих процесів, фізичними та мовленнєвими перешкодами.) Цей метод може використовуватись для супроводу осіб протягом усього відновлення від розладу харчової поведінки, починаючи з перших етапів та критично низького ІМТ.

Побудова сприятливого оточення (Сімейна психотерапія).

Зважаючи на високу зовнішню орієнтацію самооцінки, ефективна терапевтична робота із розладами харчової поведінки має містити зовнішню підтримку. Низький індекс соціальної адаптації та групової конформності свідчить про несприятливий досвід побудови стосунків у малій соціальній групі – колі сім’ї або у навчальному середовищі, що спричинив деструктивні поведінкові моделі та реакції. При цьому можливе не вирішення конфліктів власної ідентифікації відносно значущого іншого (процеси прив’язаності та сепарації).

Зокрема слід підкреслити метод сімейної психотерапії, орієнтований на роботу із темою тіла та харчування в родині, впорядкування хаотичного розподілу ролей (при парентифікації, гіперопіці, тощо), виявлення несвідомих конфліктів та завершення етапів прив’язаності між членами родини. Другий важливий аспект – побудова конструктивних терапевтичних стосунків, у яких клієнт із розладами харчової поведінки зможе закріплювати нове ставлення до себе, навички спілкування та встановлення власних меж, дозвіл на близький контакт та відвертість, сприймання критики та схвалення від інших людей. Проте, як показав досвід радянської психотерапії розладів харчової поведінки – кількатижневого перебування на стаціонарному психіатричному лікуванні з

метою відновлення фізіологічного здоров'я недостатньо задля довгострокового результату. Цей негативний досвід зумовлений частково поверненням до старих умов після перебування у стаціонарному центрі. В сімейній або іншій соціальній моделі, люди зазвичай знаходяться у співзалежних стосунках із хворим та не володіють необхідними навичками спілкування та знаннями для надання психологічної підтримки хворому. Саме через це найбільшу ефективність у психотерапії таких захворювань як нервова анорексія, за дослідженнями демонструє сімейна психотерапія (FBT). Сімейна психотерапія базується на перебудові сімейної комунікаційної моделі, що дозволяє створити нове середовище для підтримки хворого на розлад харчової поведінки в його одужанні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в Общую Психологию / Ю. Б. Гиппенрейтер. – Москва: Астрель, 2008. – 352 с.
2. Дорожевец А. Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией. Диссертация на соискание учёной степени кандидата психологических наук., Москва, МГУ им. М. В. Ломоносова, 1985. – 195 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Блюма Вульфовна Зейгарник. – Москва: Издательство Московского университета, 1986. – 287 с. – (2)
4. Коркина М. В. Нервная анорексия / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилов. – Москва: Медицина, 1986. – 176 с.
5. Коркина М.В., Кареева, М.А. Клинико-психологический аспект патологии психической деятельности при синдроме вторичной нервной анорексии – тезисы докладов конференции «Проблемы патопсихологии», Москва, 1972.
6. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения / Ирина Германовна Малкина-Пых., 2007. – 1037 с.
7. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева, 2002. – 608 с.
8. Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Всесвітня організація охорони здоров'я. Десятий перегляд (МКБ-10) / Всесвітня організація охорони здоров'я. – 1992. – 2174 с.
9. Самойленко І. В. Війна з їжею / Івана Вікторівна Самойленко. – Київ, 2020. – 208 с.
10. Сборник психологических тестов. Часть III: Пособие / Сост. Е.Е.Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2006. – 120 с.
11. Справочник по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1985. — 416 с.

- 12.Хирш М. «Это мое тело... и я могу делать с ним что хочу». Психоаналитический взгляд на диссоциацию и инсценировки тела / Матиас Хирш., 2018. – 382 с.
- 13.Шнаккенберг Н. Мнимые тела, подлинные сущности: Преодоление конфликтов идентичности с внешностью и возвращение к подлинному Я / Пер. с англ. — 3-е изд., переем. — Калининград: PhocaBooks, 2019. — 376 с
- 14.Adolescent art therapy. New York: Brunner/Mazel Publishers. Lloyd, S. A. (1987)
- 15.Anorexia nervosa: Its history, psychology and biology. New York: Paul B. Hoeber. Blos, P. (1962)
- 16.Anorexia nervosa: Psychosomatic entity. Psychosomatic Medicine, 2, 3–16. Yates, A. (1989)
- 17.Anorexia nevosa and art therapy: The double trap of the anorexic patient. The Arts in Psychotherapy, 21, 139–143. Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975).
- 18.Art Therapy and Eating Disorders: The Self as Significant Form – Columbia University Press: Mury Rabin
- 19.Beck JS (2011), *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.), New York, NY: The Guilford Press,
- 20.Branley-Bell, D., Talbot, C.V. Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *J Eat Disord* 8, 44 (2020).
- 21.Bruch H. Eating Disorders; Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within / Hilde Bruch., 1973. – 396 с.
- 22.Bruch revisited: The role of interpretation of transference and resistance in the psychotherapy of eating disorders. In L. J. Craig (Ed.), Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia (pp. 51–66). New York: Gilford Press. Waller, G. (1993)
- 23.Bruch, H. (1984). Four decades of eating disorders. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp. 7–18).

- 24.Bruch, Joann Hatch (1996). *Unlocking the Golden Cage*:. Carlsbad, CA: Gurze.- 251 p.
- 25.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5, American Psychiatric Association
- 26.Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N., Eating disorder symptoms among college students: Prevalence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American College Health*, 59(8), 2011, 700-707.
- 27.Gagne, D. A., VonHolle, A., Brownley, K. A., Runfol, C. D., Hofmeier, S., Branch, K. E., & Bulik, C. M. Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: Results of the gender and body image (GABI) study. *International Journal of Eating Disorders*, 2012
- 28.*Handbook of eating disorders*. UK: Wiley. Dunn, J., & Munn, P. (1987). Development of justification in disputes with another sibling. *Developmental Psychology*, 23, 791–798.
- 29.Hogan, S. (2001). *Healing arts: The history of art therapy*. London: Jessica Kingsley. p. 135.
- 30.Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- 31.James B. F. *The Search for Existential Identity*. *Patient-Therapist Dialogues in Humanist Psychotherapy* / Bugental F.T. James. – San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1976. – 326 c.
- 32.James W. *The Principles of Psychology* / William James., 1890. – 1393 c.
- 33.Linett Whitehead. *Overcoming eating disorders*/ Oxford Cognitive Therapy Centre, Warneford Hospital. Oxford 2007.
- 34.Lock and LeGrange, *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-based Approach*, 2001

35. Managing opposing currents: An interpersonal psychoanalytic technique for the treatment of eating disorders. In C. L. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia* (pp. 86–104). New York: Guilford press. Swift, W. J. (1991)
36. Mary Levens. *Eating Disorders and Magical Control of the Body* / Mary Levens., 1995. – 160 c. – (1).
37. Mond, J.M., Mitchison, D., & Hay, P. "Prevalence and implications of eating disordered behavior in men" in Cohn, L., Lemberg, R. *Current Findings on Males with Eating Disorders*. Philadelphia, PA: Routledge, 2014
38. Oatley K *Emotions: A brief history*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2004, - 53 p.
39. Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent. In P. Hartocollis (Ed.), *Borderline personality disorders* (pp. 475–494). New: York: International Universities Press. Maxwell, J. A. (1996).
40. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Packer, M. J. (1989)
41. Psychotherapy in primary anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 150, 51–66.
42. Rachman S "The evolution of cognitive behaviour therapy". In Clark D, Fairburn CG, Gelder MG (eds.). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press, 1997, 1–26.
43. Recent advances in understanding anorexia nervosa [Электронный ресурс] // US National Library of Medicine National Institutes of Health. – 2019. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6480957/>.
44. Robertson D. *The Philosophy of Cognitive-Behavioural Therapy (CBT): Stoic Philosophy as Rational and Cognitive Psychotherapy* / Donald Robertson., 2010. – 252 c.
45. Rosenzweig, S. (1945). The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *Journal of Personality*, 14, 3–23.

46. Russell, GF; Szmukler, GI; Dare, C; Eisler, I (1987). "An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa". *Archives of General Psychiatry*.
47. Sexual abuse and eating disorders: Borderline personality disorder as a mediating factor. *British Journal of Psychiatry*, 162, 771–775. Waller, J. V., Kaufman, M. R., & Deutsch, F. (1940)
48. Smink, F. E., vanHoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414.
49. Susan Cowden, MS. Cognitive Distortions and Eating Disorders [Электронный ресурс] / Susan Cowden, MS. – 2020. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.verywellmind.com/cognitive-distortions-and-eating-disorders-1138212>
50. Susan R. Makin. More Than Just a Meal: The Art of Eating Disorders / Susan R. Makin.. – 222 c. – (1st edition).
51. The Arts in Psychotherapy 30 (2003) 137–149, Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process Dafna Rehaviah-Hanauer
52. The picture as a transactional object in treatment of anorexia. *British Journal of Psychotherapy*, 11, 1. Schaverien, J. (1995a).
53. Ulfvebrand, S., Birgegard, A., Norring, C., Hogdahl, L., & vonHauswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294-299.
54. Waller, D. (1991). *Becoming a profession: A history of art therapy 1940–82*. London: Routledge.
55. Wallis A. "The Maudsley Model of Family Based Treatment." 2013
56. Weinhold B. K. Breaking free of the Co-Dependency trap / B. K. Weinhold, J. B. Weinhold., 2008. – 272 c. – (2).
57. Weinhold B. K. The Flight from Intimacy: Healing Your Relationship of Counter-dependence. The Other Side of Co-dependency / B. K. Weinhold, J. B. Weinhold., 2008. – 276 c. – (2).

58. Winzelberg and Denise E. Wilfley, Carlat, D.J., Camargo. The Adverse Effect of Negative Comments About Weight and Shape From Family and Siblings on Women at High Risk for Eating Disorders. Review of Bulimia Nervosa in Males. American Journal of Psychiatry, 1997, -154p.
59. Woodman M. The Owl was a Baker's Daughter: Obesity, Anorexia Nervosa and the Repressed Feminine: a Psychological Study / Marion Woodman., 1980. – 139 c.
60. Yalom I. D. Existential psychotherapy / Irvin D. Yalom. – United States: Basic Books, 1980. – 544 c.», 1980

ДОДАТКИ

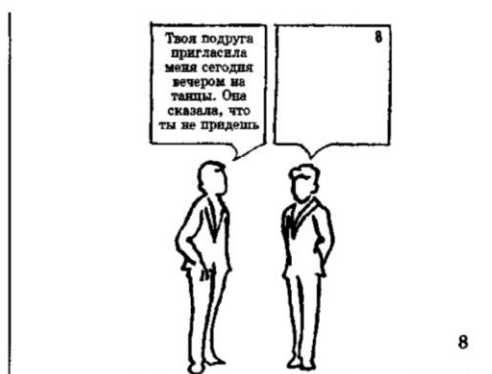
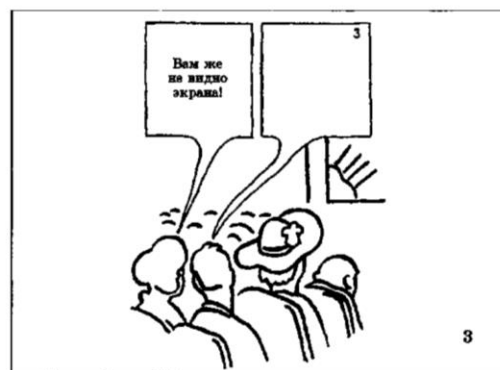
Додаток А.

Опитувальник когнітивних фіксацій

1. Я попросив(ла) друга про допомогу, і він мені відмовив, бо мав обмаль часу. Він погано до мене ставиться\образився на мене.
2. Лікар, до якого я звернувся(лась), поставився до мене з байдужістю на навіть грубо. Усім лікарям на мене начхати, вони не цікавляться моїм здоров'ям. Краще лікуватимусь самостійно.
3. Мої одногрупники (колеги) не запросили мене на святкування після завершення семестру. Вони:
(...) насправді, вони завжди погано до мене ставились та обговорювали мене в негативному тоні
4. (...)В мене ніколи не буде товариських стосунків в групі
5. Якщо я матиму бажану вагу/тіло, то я зможу любити себе, але поки що це не можливо.
6. Якщо я не їстиму сьогодні багато (не їстиму взагалі, не перевищу калорійну норму), то заслуговуватиму на те, щоб до мене гарно ставились.
7. Моя подруга сказала мені, що я гарно виглядаю, але це лише тому, що вона мусить бути зі мною присмною.
8. Я знаю, що якщо почну їсти, не зможу сам(а) спинитися.
9. Все ділиться на погане і хороше. Так само як погода є хороша та погана, є хороші чи погані люди, хороша чи погана їжа.
- 10.Якщо я один раз переїв (або дозволив собі більшу порцію, «заборонену» їжу – солодке, жирне, калорійне»), все втрачено. Я цілковито загубив(ла) контроль над собою та своїм життям.
- 11.Я відчуваю сильне, глибоке почуття провини хоча б один раз на день. Іноді, воно довго мене не полишає.

12. Якщо я не можу схуднути (перестати їсти, перестати їсти конкретну їжу або таку кількість їжі), я слабкий(ка)/ні на що не здатен(а)/нічого не вартий(а).
13. Я постійно порівнюю себе з іншими: зовні, те, що і як вони їдять, і навіть як думають.
14. Коли хтось робить мені зауваження, я одразу починаю думати, що ця людина дуже погано до мене ставиться.
15. Мені здається, що я якийсь(ась) не такий(а), як інші, або яким(ою) мав(ла) б бути. Я – недоречний(на).
16. В мене є ритуали, за виконання яких я дуже турбуюсь. Наприклад, я маю перевірити чи вимкнено усі прилади, коли виходжу з дому, мити руки при кожній можливості, записувати свою вагу, калорії які я їм, тощо.
17. Я дозволяю собі їсти тільки у визначений час. Якщо в мене в цей час не виходить, я хвилююсь/дратуюсь, бо не зможу поїсти згодом.
18. Я переживаю коли йду в гості або зустрічаюсь з родиною/ друзями, бо не знаю, що там запропонують на вечерю. Я хвилююсь про те чи можна мені це їсти, чи зможу я себе контролювати, чи не будуть слідкувати за тим, що я їм.
19. Я хвилююсь, коли не знаю точного розпорядку свого дня (особливо прийомів їжі).
20. Я переживаю/панікую, коли не знаю, що містить страва, яку я замовила в ресторані або мені запропонували в гостях (калорії, хороші чи погані складники, вага, тощо...)
21. Я погано сплю (важко засинаю, часто прокидаюсь, прокидаюсь занадто збудженим або навпаки – з важкістю).
22. Мені нестерпно чути критику. Навіть якщо людина мені мало знайома, я думаю, що напевно вона каже правду, або навіть применшує. Я відчуваю сум або роздратування на себе/ситуацію.
23. Якщо мені щось вдається (особисті досягнення, досягнення із тілом/вагою, у спілкуванні) і я починаю менше тривожитися, це швидко минає. Це занадто добре, щоб бути правдою, і я не дозволяю собі розслабитись.

24. Коли я ділюсь своїми проблемами та почуттями з іншими, це їх обтяжує. Іноді я відчуваю себе недоречним та надокучливим навіть у компанії друзів та родини.
25. Коли хтось не в гуморі, роздратований і виказує це у спілкуванні зі мною, я одразу припускаю, що він не добре до мене ставиться, або образився на мене.
26. Коли я маю зустрітись з новими людьми (друзі, робочий колектив, група в університеті) я заздалегідь знаю, що не сподобаюсь їм/здамся їм дивним(ою)/неприємним(ою).
27. Мої почуття, потяги до чогось (наприклад голод та апетит), потреби не завжди адекватні/ прийнятні. Здебільшого, я стараюсь тримати себе в руках. Мені стає страшно, коли такі речі виходять з під контролю.
28. Я оминаю буфети, барбекю, свята та інші спокусливі на їжу події. Я не купляю до дому солодощів або ховаю їх. Я не довіряю собі та боюсь, що не втримаюсь.
29. (Для жінок) Дівчата мають їсти «як пташечка.» Великі та ситні порції це соромно, не жіночно, жадібно. Якщо я їстиму так, я ніколи не буду тендітною.
30. Любити себе треба «за щось». Я надаю перевагу самовихованню. В протилежному випадку я «розбештаю» себе, стану егоїстичним(ою), недоглянутим(ою), неуспішним(ою).
31. Деякі мої думки – неправильні. Мені соромно, що вони в мене виникають, і я б не хотів(ла), щоб хтось про них дізнався.
32. Я часто вибачаюсь перед іншими за свої слова/дії, або навпаки – потребую їх схвалення задля того, щоб щось сказати або зробити.





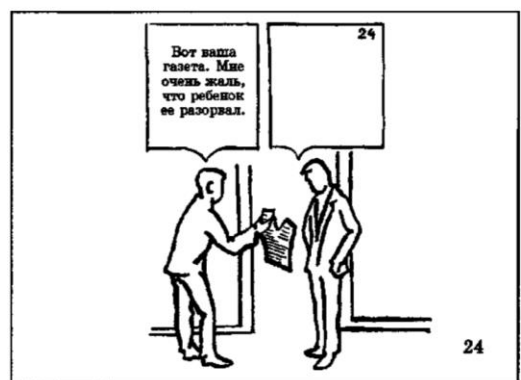
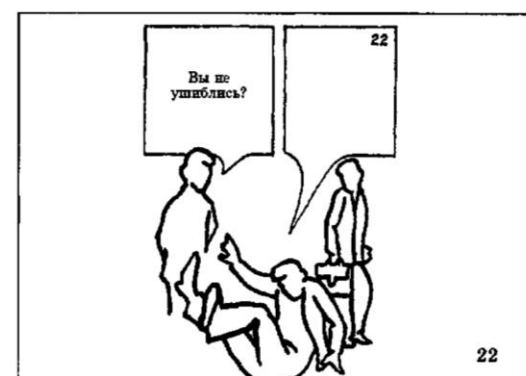
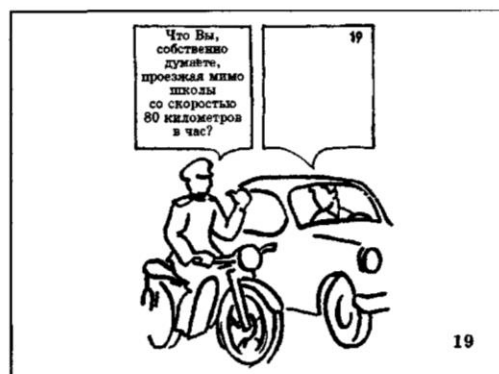


Рис. 1.1. Методика фрустрационных реакций Розенцвейга.

Бланк опитувальника ситуативної тривожності

КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ В ДАННЫЙ МОМЕНТ		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Таблица 1.2.

Бланк опитувальника особистісної тривожності

КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ ОБЫЧНО		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
21	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22	Я обычно быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Таблиця 1.

Результати пацієнтів клініки Баланс (вертикаль – номер випробуваного,
горизонталь – номер питання)

Номер пи	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	c	b	c	b	b	c	c	b	b	b	c	a	c	c	a	b	b	b	b	c
2	b	a	b	b	b	a	c	b	a	c	b	c	c	c	a	b	b	c	c	c
3	c	c	c	b	a	c	c	c	b	c	c	c	b	a	a	b	b	c	c	c
4	c	b	b	c	a	c	b	c	b	b	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c
5	b	c	a	c	c	c	b	c	a	a	c	c	c	c	a	c	b	b	a	b
6	b	c	c	c	c	c	b	c	b	a	c	c	c	c	c	c	b	b	b	b
7	b	a	b	b	b	b	c	a	a	a	c	c	b	a	a	b	b	c	b	c
8	a	c	c	c	c	c	c	c	a	b	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c
9	b	b	c	b	b	c	b	a	b	a	c	a	b	a	c	c	b	b	a	c
10	b	c	c	c	c	c	c	c	a	a	c	c	c	c	c	c	b	b	a	b
11	c	b	b	c	b	c	a	b	b	a	b	b	c	a	c	c	b	a	a	b
12	c	c	b	c	b	c	c	c	a	a	c	a	c	c	c	c	b	b	a	b
13	a	b	a	b	b	a	c	a	a	a	a	b	b	a	a	b	b	c	a	b
14	b	b	c	a	b	c	b	b	b	b	a	c	b	a	a	b	b	a	b	b
15	b	c	b	b	b	a	b	b	a	a	a	c	b	a	c	b	b	a	a	c
16	c	b	c	c	b	c	b	c	a	b	c	a	a	a	a	b	a	b	b	c
17	b	c	c	c	c	c	c	c	b	b	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c
18	b	c	b	c	c	c	c	c	b	a	c	c	c	b	c	c	c	b	a	c
19	b	c	c	c	c	c	c	b	a	c	c	c		c	c	c	b	c	a	c
20	b	c	c	c	c	c	c	c	b	a	c	c		c	c	a	c	b	b	c
21	c	c	c	b	b	a	c	b	a	b	a	c		b	c	b	b	c	c	b
22	b	b	c	b	a	a	b	b	a	b	a	a		a	a	b	b	a	b	b
23	c	b	b	b	b	a	b	b	a	b	c	c		a	c	b	b	c	c	b
24	c	b	c	b	c	c	b	b	a	a	b	c		a	c	b	b	b	b	b
25	c	b	c	a	c	b	b	b	b	b	c	a		a	a	c	b	c	b	b
26	c	b	c	b	b	c	c	b	b	a	c	a		a	a	b	b	a	c	b
27	b	b	c	b	b	b	c	c	a	b	c	a		a	c	b	b	b	a	b
28	c	c	b	c	c	c	c	c	a	a	b	c		b	c	b	c	c	a	c
29	b	b		c	c	c	b	c	a	a	a	c		c	c	b	c	c	a	c
30	c	b		c	b	a	a	b	a	b	a	a		a	c	a	c	a	b	b
31	c	b		b	b	c	c	b	a	b	c	c		a	c	b	c	a	a	b
32	c	b		b	b	a	a	b	a	a	c	c		a	a	b	b	a	b	b

Таблиця 2.

Результати людей віком від 18 до 28 без діагнозу розладів харчової поведінки
(кілька з них вказувало, що має певну симптоматику)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	c	a	c	c	c	c	b	c	c	b	b	b	c	c	b	c	a	b	c	c
2	b	b	c	c	c	c	b	c	c	c	c	a	b	b	b	b	a	b	c	b
3	c	c	b	b	c	c	c	c	b	c	b	b	b	b	b	c	b	a	b	b
4	b	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	b	a	a	b	a	a	b	c	c
5	c	a	c	c	b	c	b	a	c	b	b	c	a	a	a	c	c	c	b	c
6	c	b	c	c	c	c	c	c	c	a	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c
7	c	c	c	c	b	c	c	c	c	b	c	a	b	b	b	c	c	c	a	c
8	c	b	c	c	b	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	a	b	c	c
9	c	c	c	c	b	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c
10	c	b	c	c	c	c	c	c	c	b	b	c	c	b	c	c	b	c	c	c
11	b	b	c	c	b	c	b	c	c	a	b	a	c	c	b	c	a	b	c	c
12	c	b	c	c	b	c	b	c	c	b	b	b	b	b	b	c	a	c	b	c
13	b	a	c	c	b	c	b	c	c	b	b	a	b	b	a	b	a	a	c	c
14	c	b	c	c	b	c	b	c	c	c	c	b	c	c	b	c	a	a	c	c
15	b	b	c	c	c	c	a	c	b	c	c	c	b	b	c	c	a	a	c	c
16	c	a	a	b	c	c	b	b	c	c	c	c	b	a	c	b	b	c	c	a
17	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c
18	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c
19	c	b	b	b	c	c	c	a	c	c	a	b	c	c	c	c	c	c	c	c
20	c	c	c	c	c	c	b	c	c	b	c	c	c	c	c	c	a	c	c	c
21	c	c	a	c	b	c	c	c	c	b	b	b	b	b	b	c	a	b	a	c
22	b	a	c	c	a	c	c	c	c	b	c	b	b	b	b	c	b	a	c	c
23	c	b	c	c	b	c	b	b	c	a	c	b	c	b	c	b	b	b	b	a
24	b	b	c	c	c	c	b	c	b	a	c	b	b	b	b	c	b	a	c	b
25	a	b	c	c	c	c	a	b	c	c	c	b	b	c	b	c	a	a	c	a
26	b	c	c	c	b	c	c	c	c	c	c	b	b	c	c	c	a	a	b	c
27	c	a	c	c	b	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	a	b	c	c
28	c	c	b	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	b	c	c	c	c	c	c
29	c	b	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c
30	b	b	c	c	c	c	b	c	c	b	c	b	c	b	c	b	c	b	c	c
31	b	a	c	c	b	c	b	b	c	b	c	b	b	b	b	b	a	b	c	c
32	c	c	c	c	b	c	b	c	c	b	c	c	b	c	b	c	b	c	c	c

Таблиця 4.

Результати тестування випробуваних за методикою на визначення ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна та методикою фрустраційних реакцій Розенцвейга (показник GCR)

Номер	Вік	Стать	Опитувальник			Тривожність		GCR
			К-сть А	К-сть В	К-сть С	ситуативна	особистісна	
1	29	ж	2	16	14	39	45	35.7
2	19	ж	2	17	13	38	36	21.5
3			2	9	17	33	29	
4	20	ж	2	15	15	32	47	7.2
5			3	17	12	46	47	14.4
6			8	3	21	46	36	7.2
7	21	ж	3	11	18	51	41	7.2
8	18		3	15	14	43	46	
9	28	ж	20	12	0	74	71	57.4
10	18	ж	16	13	3	65	55	50
11	21	ж	7	4	21	49	60	28.6
12			9	2	21	40	47	21.5
13			1	6	11	61	66	
14	16	ж	20	1	11			35.7
15			12	1	19			21.5
16	17	ж	2	18	12			
17			2	22	8	35	50	35.7
18			7	11	14	34	52	28.6
19	21	ж	13	12	6	26	31	28.6
20			0	17	15			

Малюнки клієнтів клініки «Redefine» до методу арт-терапевтичної інтервенції



Рис.1. Діагностична методика «Неіснуюча тварина»



Рис.2. Діагностична методика «Неіснуюча тварина»



*Рис.3. Діагностична методика
«Неіснуюча тварина»*



*Рис. 4. Техніка Вікно (Малюнок клієнта Д. на
груповій практиці)*



Рис. 5. Техніка Вікно (Малюнок клієнтки В. на груповій практиці)