

## ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛАДАХ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

У статті наголошується, що усе більша кількість людей страждає від надмірної маси тіла і переїдання, з іншого боку, все частіше за обмеження в харчуванні, іноді абсолютно не пов'язані з реальною вагою і формою тіла, набувають характеру пандемії, що захопила весь світ. Описуються різні підходи до надання психологічної допомоги при розладах харчової поведінки. Підкреслюється, що багато дослідників розглядають порушення харчової поведінки як форму поведінкової (нехімічної) адикції. Харчова адикція зовні не суперечить правовим, морально-етичним і культурним нормам, але порушує цілісність людей, затримує розвиток і серйозно ускладнює міжособистісні взаємовідносини, зважаючи на зайву концентрацію думок і поведінки на їжі, яка виступає альтернативою повсякденного життя з його вимогами, обов'язками і обмеженнями. Головними причинами частого приймання їжі є нудьга, погані настрої, страхи, тривога і стрес. Якщо людина виявляється не повністю залученою в життя, малоактивною, не може організувати своє культурне дозвілля, страждає від нудьги і духовної порожнечі, то вона заповнює цей вакуум їжею. Таким чином, причиною переїдання є не лише підвищений апетит, але і духовний застій, мізерність змісту життя. Сенс життя зводиться до приготування і прийому їжі. Особливо це характерно для жінок, які велику частину свого часу проводять на кухні. Іншими важливими чинниками, що впливають на харчову поведінку людини, є її емоційний стан, настрої, стресові ситуації. Часто переїдання є реакцією на конфлікти на роботі, різні неприємності, сварки в сім'ї та ін. В цьому випадку ми говоримо про психогенне переїдання. Таким чином, існує безліч чинників, що впливають на контроль режиму харчування. Серед них фізичні навантаження, емоційні переживання, виховання в сім'ї, нутрієнти, що містяться в їжі.

**Ключові слова:** харчова поведінка, розлад, переїдання, нервова анорексія, булімія, психологічна допомога, адикція, психоаналіз, тілесноорієнтована психотерапія.

**Постановка проблеми.** У сучасному суспільстві актуалізується проблема порушень харчової поведінки. З одного боку, усе більша кількість людей страждає від надмірної маси тіла і переїдання, з іншого боку, все частіше за обмеження в харчуванні, іноді абсолютно не пов'язані з реальною вагою і формою тіла, набувають характеру пандемії, що захопила весь світ. Доведено, що нав'язливі форми поведінки, пов'язані із споживанням їжі, значно частіше зустрічаються у жінок, особливо в підлітковому і юнацькому віці. Більшість дослідників головну причину подібної ситуації, бачить в експлуатації

глянцевими журналами і індустрією моди природного прагнення жінок бути красивими [5]. В той же час, незважаючи на наполегливий тиск соціуму, що примушує молодих людей худнути, далеко не у усіх з них формуються порушення харчової поведінки.

Харчова поведінка людини, що викликається спочатку природною біологічною потребою, у міру розвитку суспільства соціалізувалася. Залежно від цінностей і ідеалів конкретної історичної епохи вона коливалося від надмірного споживання продуктів і огрядності як ознаки благополуччя і достатку до обмеження в харчуванні при наслідуванні завищених вимог струнності і краси. Окрім біологічної функції насичення харчова поведінка служить сучасній людині також для розрядки психоемоційної напруги; чуттєвої насолоди, як самоціль; спілкування, коли їжа пов'язана з перебуванням в колективі; самоствердження, коли первинну роль грають уявлення про престижність їжі і про відповідну «солідну» зовнішність; підтримка певних ритуалів або звичок; компенсації незадоволених потреб (потреба в спілкуванні, батьківській турботі і т. д.); нагороди або заохочення за рахунок смакових якостей їжі; задоволення естетичної потреби і так далі [8].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** З точки зору В. Ротенберга, нервова анорексія пов'язана з пошуковою активністю людини: головним спонукальним мотивом для відмови від їжі є активна боротьба з перешкодами, з тим викликом, який кидає дівчатам їх власний апетит і усі, хто хоче змусити їх нормально їсти. Нервова анорексія виступає з цієї точки зору дезадаптивною пошуковою поведінкою [9].

Багато дослідників розглядають порушення харчової поведінки як форму поведінкової (нехімічної) адикції. Харчова адикція зовні не суперечить правовим, морально-етичним і культурним нормам, але порушує цілісність людей, затримує розвиток і серйозно ускладнює міжособистісні взаємовідносини, зважаючи на зайву концентрацію думок і поведінки на їжі, яка виступає альтернативою повсякденного життя з його вимогами, обов'язками і обмеженнями [10].

В ході експериментальних досліджень було з'ясовано, що при порушенні харчової поведінки рідше фіксується гіпертимність, частіше спостерігається нейротизм, тривожність, лабільність, сензитивність, демонстративність поведінки, а невпевненість в собі переноситься на фізичний «Образ-Я», і виникає гостра необхідність компенсувати свою «уявну потворність». Це є спусковим гачком для розвитку порушень харчової поведінки як неадаптивної пошукової поведінки за Ротенбергом і прагнення бути успішною людиною в цій області. Можна припустити, що такі прояви самоставлення можуть виступати значущим чинником розвитку порушень харчової поведінки. Таким людям часто здається, що усі звертають увагу на дефекти їх фігури, вони не приймають себе такими, як є, і тому роблять спроби що-небудь змінити, і у разі концентрації на фізичному «Образі-Я», ареною «випробувань» стають харчування і фігура [11, с. 25-29].

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

Область розладів харчової поведінки притягнула широкий інтерес і увагу громадськості до образу тіла. Ранні публікації сфокусовані на окремих аспектах порушень образу тіла як центральній складовій нервової анорексії. З урахуванням положень різних авторів DSM - IV при побудові діагностичних критеріїв нервової анорексії включені ознаки розладів образу тіла і в їх числі - страх ожиріння, а також спотворення образу тіла з переоцінкою його розмірів, що зменшує міру виснаження.

Головними причинами частого приймання їжі є нудьга, поганий настрій, страхи, тривога і стрес. Якщо людина виявляється не повністю залученою в життя, малоактивною, не може організувати своє культурне дозвілля, страждає від нудьги і духовної порожнечі, то вона заповнює цей вакуум їжею [7]. Стрімкий розвиток техніки, автоматизації виробництва веде до значного збільшення у людей вільного часу, який може заповнюватися примітивними органічними потребами (їжа або алкоголь, секс).

Таким чином, причиною переїдання є не лише підвищений апетит, але і духовний застій, мізерність змісту життя. Сенс життя зводиться до приготування і прийому їжі. Особливо це характерно для жінок, які велику частину свого часу проводять на кухні.

Іншими важливими чинниками, що впливають на харчову поведінку людини, є її емоційний стан, настрої, стресові ситуації. Останнім часом стало модним вираження «заїдати стреси або поганий настрій». Часто переїдання є реакцією на конфлікти на роботі, різні неприємності, сварки в сім'ї та ін. В цьому випадку ми говоримо про психогенне переїдання. Найчастіше у жінок викликають булімію наступні обставини: пияцтво або зрада чоловіка, розлучення, смерть близьких людей, самотність. Рідше причиною переїдання стають конфлікти на роботі. У чоловіків усе навпаки: причинами переїдання у них є конфлікти і невдачі на роботі, напружені стосунки в колективі, стресові ситуації, пов'язані з особливостями професії, відповідальністю та ін. [10].

Таким чином, існує безліч чинників, що впливають на контроль режиму харчування. Серед них фізичні навантаження, емоційні переживання, виховання в сім'ї, нутрієнти, що містяться в їжі.

**Мета статті** – представити науково-психологічні рекомендації щодо допомоги людям з розладами харчової поведінки.

**Виклад основного матеріалу і результатів дослідження.** У випадках крайнього виснаження для рятування життя хворих можуть знадобитися

госпіталізація і насильницьке годування. Психотропні засоби - транквілізатори або антидепресанти - дають, мабуть, лише короточасний ефект. Багато лікарів в якості основних методів лікування використовують сімейну терапію, індивідуальний психоаналіз, поведінкову терапію і ендокринне лікування, причому усі ці підходи мають приблизно рівну ефективність. Нині вважається, що найкращі результати дає комбінований підхід із застосуванням деяких або усіх перерахованих видів лікування [6].

Психокорекція має бути спрямована на виявлення спонукальних мотивів, почуттів і прагнень хворих. Психотерапевт або психотерапевтична група повинні наполегливо і послідовно, але украй обережно розвивати у хворих упевненість в собі і прагнення до лікування. Сімейна терапія може допомогти вирішити основні сімейні труднощі, наприклад, заплутані стосунки між членами сім'ї, надмірну опіку і суворість по відношенню до хворого, його нездатність виходити з конфліктних ситуацій.

Внаслідок різноманітного і важкого протікання нервово-психічної анорексії необхідно, щоб лікуванням таких пацієнтів займалися досвідчені лікарі в спеціалізованих центрах. Лікування при цьому обов'язково має бути багатофакторним [4]. Консервативне лікування спрямоване на відновлення маси тіла і корекції метаболічних порушень. Строго кажучи, пацієнти з помірними (65-80 % від ідеальної маси тіла) і важкими (менше 65 % від ідеальної маси тіла) порушеннями маси тіла або низьким прогностичним харчовим індексом мають бути госпіталізовані в клініку, де їм призначають спеціальне лікувальне харчування з відповідними добавками.

В обов'язковому порядку у таких пацієнтів необхідно застосовувати психологічну корекцію - як самотійно, так і в комбінації:

- 1) з поведінковою терапією, виробленням різних умовних рефлексів;
- 2) з когнітивною терапією, наприклад, оцінкою і вивченням спотворень розумових процесів;
- 3) з сімейними консультаціями;
- 4) з фармакологічним лікуванням, із застосуванням хлорпромазину або антидепресантів.

Як правило, нервова анорексія викликається психосоціальними причинами (наприклад, проблемами в сім'ї, на роботі і тому подібне)

У тих випадках, коли не виявлено органічних причин нервової анорексії, а недостатнє функціонування щитовидної залози, надниркових залоз і статевих залоз (аменорея, нерегулярні місячні) є усього лише наслідком недоїдання, передусім, необхідно виключити в диференціальному діагнозі гіпертиреоз, туберкульоз, злоякісні пухлини, особливо в області сечостатевих органів [13].

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

Нервово-психічна булімія протікає по-різному. Іноді вона має хронічний перебіг, іноді - рецидивуючий, з різними інтервалами ремісії [12]. Тривалий перебіг захворювання не описаний.

Пацієнтів з нервово-психічною булімією лікують амбулаторно. Курс лікування включає як когнітивну терапію (розпізнавання ненормальної поведінки пацієнта), так і терапію, спрямовану на безпосередню корекцію ненормальної поведінки. Антидепресанти корисно застосовувати у складі комплексної терапії, а не як єдиний засіб лікування.

Будь-яка корекція зайвої ваги повинна проходити під спостереженням декількох фахівців: дієтологів, ендокринологів, психотерапевтів і психологів [1]. Причому, в першу чергу, за лікування повинен відповідати саме психотерапевт, оскільки тільки він може визначити, яке саме зниження ваги в психічному плані буде безпечним для кожної конкретної людини. Якщо є симптоми нервової булімії, то спочатку необхідновилікувати цей розлад. Для цього застосовується спеціальна програма, яка складається з ряду послідовних психологічних вправ. Їх мета полягає в тому, щоб навчити людину виходити без втрат з важких життєвих ситуацій, вивільнити внутрішнє «Я» і допомогти повніше реалізувати його на практиці. Після роботи людина перестає уникати конфліктних ситуацій і починає знаходити нові можливості для зняття стресів, окрім їжі і паління.

Зазвичай програма включає від 5 до 8 занять, які проводяться впродовж 2-х місяців, з наступним річним спостереженням за пацієнтом.

Принцип такий, що людина лікує себе сама, а психотерапевт виступає в ролі деякого тренера, що допомагає людині розвинути і реалізувати внутрішні можливості. І найголовніше, те, що людина зуміла досягти сама, вже ніхто не буде в змозі у нього відняти. Оскільки це стає частиною його самого, його внутрішньою суттю. Іншими словами, це стабільний результат і повна відсутність бажання «заїдати» свої проблеми [3; с. 45-58].

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

#### *Тілесноорієнтована терапія.*

Ідея тілесноорієнтованої терапії полягає в наступному: усі наші думки, бажання, незадоволення і тому подібне мають відбиток в нашому тілі. Тобто, якщо коли-небудь мало місце незадоволення, переляк, злість, гнів, роздратування, стрес - усе це відбивається на нашому тілі певними блоками або затисками. Розвиваючи своє тіло, або розкріпаючи його, ми знімаємо один за іншим ці блоки. Одночасно зі зняттям блоків відбувається зворотний процес на психічному рівні - ми знімаємо стереотипи стресової поведінки в нашій свідомості, які закріпилися в нас разом з переляком, злістю і т. п. [2]

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

Заняття з тілесноорієнтованої терапії складаються з двох блоків.

Кожен блок триває 30-40 хвилин (залежить від стану людини).

Перший блок - це вправи, що вибудовують тіло. Другий блок складається з медитативних практик, що головним чином розслабляють, урівноважують, гармонізують і найголовніше, - сприяють упевненості в собі.

*Психоаналіз.*

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

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

**Висновки.** Узагальнюючи результати досліджень, можна стверджувати, що рекомендації стосовно психологічної допомоги при розладах харчової поведінки ґрунтуються на принципах індивідуального підходу та інноваційного наукового досвіду. Психокорекція має бути спрямована на виявлення спонукальних мотивів, почуттів і прагнень хворих. Психотерапевт або психотерапевтична група повинні наполегливо і послідовно, але украй обережно розвивати у хворих упевненість в собі і прагнення до лікування.

**Перспективи подальшого дослідження** полягають в необхідності фундаментального емпіричного дослідження проблеми харчової поведінки в українському суспільстві.

### **Список використаної літератури**

1. Максименко С.Д. Категорія нужди та розвиток особистості / Максименко С.Д. // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Київ, 2011. – Том 11, вип. 5. – С. 3-10.

2. Малкина-Пых И.Г. Телесная терапия. Справочник практического психолога. Эксмо. 2007. - 752с.

3. Нардонэ Дж. В плену у еды: булимия, анорексия, vomiting. Краткосрочная терапия нарушений пищевого поведения. Пер. с итал. О.Е. Игошиной / Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р. – М.: Генезис, 2016. – 320 с.

4. Сурмач М. Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины / М. Ю. Сурмач // Социология. – 2011. – № 2. – С. 100-104.

5. Ткаченко А. Е. Клинико-психологическая характеристика пациентов клиник эстетической хирургии / А. Е. Ткаченко, Л. Т. Баранская, А. Г. Леонов // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2003. - № 2. - С. 66-69.

6. Урсано Р. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство. - Вып. 3. / Урсано Р., Зоненберг С., Лазар С. - М., 1997. - 160 с.

7. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Фромм Э. – М.: Прогресс, 1994. – 355 с.

8. Фрэнкин Р.Е. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты / Фрэнкин Р.Е. — 5-е изд. — СПб.: Питер, 2003.- 434 с.
9. Хьелл Л. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) / Хьелл Л., Зиглер Д. — СПб.: Питер, 1999. — 608 с.
10. Шибутани Т. Я-концепция как персонификация / Шибутани Т. // Социальная психология. Ростов н/Д.: Феникс, 1998. — 288 с.
11. Шостак В.И. Физиология психической деятельности человека / Шостак В.И., Лытаев С. А. — СПб.: Деан, 1999. — 192 с.
12. Keel P.K. Outcome in Bulimia Nervosa / Keel P.K., Mitchell J.E. // American Journal of Psychiatry, №154 (3), 1997.- Pp. 313-321.
13. Oppenheimer E.T. Adverse Sexual Experiences in Childhood and Clinical Eating Disorders: A Preliminary Description/ Oppenheimer E.T. et al. // Journal of Psychiatric Research, №19, 1985. — Pp. 157-161.

### Трансліге́рація

1. Maksimenko S.D. Kategorija nuzhdi ta rozvitok osobistosti / Maksimenko S.D. // Aktual'ni problemi psihologii: Zbirnik naukovih prac' Institutu psihologii imeni G.S. Kostjuka. Psihologija osobistosti. Psihologichna dopomoga osobistosti. — Kiïv, 2011. — Tom 11, vip. 5. — S. 3-10.
2. Malkina-Pyh I.G. Telesnaja terapija. Spravochnik praktičeskogo psihologa. Jeksmo. 2007. - 752s.
3. Nardonje Dzh. V plenu u edy: bulimija, anoreksija, vomiting. Kratkosrochnaja terapija narusenij pishhevogo povedenija. Per. s ital. O.E. Igoshinoy / Nardonje Dzh., Verbic T., Milaneze R. — М.: Genezis, 2016. — 320 s.
4. Surmach M. Ju. Kachestvo zhizni, svjazannoe so zdorov'em, kak predmet izuchenija sociologii mediciny / M. Ju. Surmach // Sociologija. — 2011. — № 2. — S. 100-104.
5. Tkachenko A. E. Kliniko-psihologičeskaja harakteristika pacientov klinik jestetičeskoj hirurgii / A. E. Tkachenko, L. T. Baranskaja, A. G. Leonov // Annaly plastičeskoj, rekonstruktivnoj i jestetičeskoj hirurgii. - 2003. - № 2. - S. 66-69.
6. Ursano R. Psihodinamičeskaja psihoterapija. Kratkoe rukovodstvo. - Vyp. 3. / Ursano R., Zonenberg S., Lazar S. - М., 1997. - 160 s.
7. Fromm Je. Anatomija čelovečeskoj destruktivnosti / Fromm Je. — М.: Progress, 1994. — 355 s.
8. Frjenkin R.E. Motivacija povedenija: biologičeskie, kognitivnye i social'nye aspekty / Frjenkin R.E. — 5-е изд. — СПб.: Piter, 2003.- 434 с.
9. H#ell L. Teorii lichnosti (Osnovnye položeniija, issledovanija i primeneniie) / H#ell L., Zigler D. — SPb.: Piter, 1999. — 608 s.
10. Shibusani T. Ja-koncepcija kak personifikacija / Shibusani T. // Social'naja psihologija. Rostov n/D.: Feniks, 1998. — 288 с.
11. Shostak V.I. Fiziologija psihičeskoj dejatel'nosti čeloveka / Shostak V.I., Lytaev S. A. — SPb.: Dean, 1999. — 192 с.

12. Keel P.K. Outcome in Bulimia Nervosa / Keel P.K., Mitchell J.E. // American Journal of Psychiatry, №154 (3), 1997.- Pp. 313-321.

13. Oppenheimer E.T. Adverse Sexual Experiences in Childhood and Clinical Eating Disorders: A Preliminary Description/ Oppenheimer E.T. et al. // Journal of Psychiatric Research, №19, 1985. – Pp. 157-161.

**Абсалямова Л.Н.**

### **Психологическая помощь при расстройствах пищевого поведения**

*В статье отмечается, что все большее количество людей страдает от чрезмерной массы тела и переедания, с другой стороны, все чаще ограничения в питании, иногда абсолютно не связанные с реальным весом и формой тела, приобретают характер пандемии, захватившей весь мир. Описываются разные подходы к оказанию психологической помощи при расстройствах пищевого поведения. Подчеркивается, что многие исследователи рассматривают нарушение пищевого поведения как форму поведенческой (нехимической) аддикции. Пищевая аддикция внешне не противоречит правовым, морально-этическим и культурным нормам, но нарушает целостность людей, задерживает развитие и серьезно усложняет межличностные взаимоотношения, особенно принимая во внимание излишнюю концентрацию мыслей и поведения на еде, которая выступает в качестве альтернативы повседневной жизни с её требованиями, обязанностями и ограничениями. Главными причинами частого принятия еды являются скука, плохое настроение, страхи, тревога и стресс. Если человек оказывается не полностью вовлеченным в жизнь, малоактивным, не может организовать свой культурный досуг, страдает от скуки и духовной пустоты, то он заполняет этот вакуум едой. Таким образом, причиной переедания является не только повышенный аппетит, но и духовный застой, мизерность содержания жизни. Смысл жизни сводится к приготовлению и приему еды. Особенно это характерно для женщин, которые большую часть своего времени проводят на кухне. Другими важными факторами, влияющими на пищевое поведение человека, являются его эмоциональное состояние, настроение, стрессовые ситуации. Часто переедание является реакцией на конфликты на работе, разные неприятности, ссоры в семье и др. В этом случае мы говорим о психогенном переедании. Таким образом, существует огромное количество факторов, влияющих на контроль режима питания. Среди них физические нагрузки, эмоциональные переживания, воспитания в семье, нутриенты, которые содержатся в еде.*

**Ключевые слова:** пищевое поведение, расстройство, переедание, нервная анорексия, булимия, психологическая помощь, аддикция, психоанализ, телесно ориентированная психотерапия.



**Absalyamova L.M.**

**Psychological help on the food behavior disorders**

*It is described in the article, that the increasing number of people suffers from excessive body weight and overeating, on the other hand, there are often food limitations, sometimes absolutely unrelated to the real weight and form of body, which gain pandemic character that took place in the whole world. The different approaches are described concerning the psychological help for disorders of food behavior. It is underlined that many researchers examine violation of food behavior as form of behavioral (nonchemical) addiction. Food addiction outwardly does not conflict with legal, mental and ethical and cultural norms, but violates integrity of people, detains development and in earnest complicates interpersonal mutual relations, having regard to the superfluous concentration of ideas and behavior on a meal, that comes forward as an alternative of everyday life with his requirements, duties and limitations. Main reasons of frequent acceptance of food are boredom, bad mood, fears, alarm and stress. If a person appears not fully attracted in life, inactive, can not organize the cultural leisure, suffers from a boredom and spiritual emptiness, then he/she fills this vacuum with a meal. Thus, reason of overeating is not only increase an appetite but also spiritual stagnation, scantiness of maintenance of life. Sense of life is taken to preparation and reception of meal. Especially it is typical for women that greater part at one time is spent on a kitchen. Other important factors, that influence on food behavior of people, are her the emotional state, mood, stress situations. Often overeating is a reaction on conflicts at work, different troubles, quarrels in family and other. In this case we talk about the psychogenic overeating. Thus, there is an enormous amount of factors that influence on control of diet. Among them physical activities, emotional experiencing, educations, are in families, nutrients that is contained in a meal.*

**Key words:** food behavior, disorder, overeating, nervous anorexia, bulimia, psychological help, addiction, psychoanalysis, body oriented psychotherapy.

**Абсаямова Лариса Миколаївна** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології діяльності в особливих умовах, Національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди, м. Харків.

УДК 159.923(043.5)

*Барінова Л.Я.*

**ОСОБЛИВОСТІ ДОЛАННЯ ОСОБИСТІСТЮ ПРОБЛЕМНИХ СИТУАЦІЙ ЯК ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ**

*Стаття присвячена емпіричному дослідженню особливостей подолання проблемних ситуацій в різних сферах життєдіяльності: у сімейних*