

- Borisova, A. B. & Izhvanova, E. M. (2009), "Infant Experience of Mother and Her Attitude to Her Own Child" ["Detskiy opyt materi i yeyo otnosheniye k sobstvennomu rebyenku"], *Znaniye. Ponimaniye. Umeniye – Knowledge. Understanding. Skill*, No 4, p. 128–131.
- Bowlby, I. (1982), *Attachment and loss*, Vol. 1, "Attachment", Basic Books, NY.
- Crowell, J. & Owens, G. (1998), *Manual for Current Relationship Interview*, State University of New York at Stony Brook.
- Ivanova, I. S. (2012), "Psychodiagnostical age intimacy of the attachment" ["Psikhodiagnosticheskiye vozmozhnosti issledovaniya priv'yazannosti"], *Sovremenniy problem psikhologii i sem'i: fenomeny, metody, kontseptsii*, No 6, p. 36–38.
- Kazantseva, T. V. (2010), "Intimacy in attachment theory research framework" ["Issledovaniye psikhologicheskoy blizosti v teorii priv'yazannosti"], *Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta – The Bulletin of Saint-Petersburg State University*, Vol. 12 No 4, p. 94–98.
- Main, M. (1999), "Attachment Theory: Eighteen Points with Suggestions for Future Studies" in Cassidy, J. & Shaver, P. R., *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, Guilford Press, NY, p. 845–87.
- Main, M., & Solomon, J. (1990), "Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation" in Greenberg, M. T., Cicchetti, D. & Cummings, E. M. (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, University of Chicago Press, Chicago, p. 121–160.
- Nikolaeva, L. A., (2006), "Interconnection of psychological attachment and peculiarities of behavior in situations of tension" ["Vzaimosvyaz psikhologicheskoy priv'yazannosti i osobennostey povedeniya v konfliktnykh situatsiyah"], *Psikhologicheskii vestnik Yaroslavl'ya – Psychological Bulletin of Yaroslavl*, No 18, p. 157–159.
- Noskova, N. V. (2013), "History and current state of attachment research in Russian psychology" ["Istoriya i sovremennoye sostoyaniye issledovaniy priv'yazannosti v otechestvennoy psikhologii"], *Vestnik Pravoslavnogo Svyato-Tihonovskogo gumanitarnogo universiteta v Moskve – The Bulletin of Mpscpw Orthodox Saint-Tikhon Humanitarian University*, IV: Pedagogy, Psychology, Vol. 2 (29), p. 109–120.
- Sultanova, A. V. (2007), "Conjugal adaptation of couples and marriage well-being" ["Brachno-semeynaya adaptatsiya suprugov i blagopoluchiya v brake"], *Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta – The Bulletin of Saint-Petersburg State University*, Vol. 6 No 3, p. 347–352.
- Taradanov, A. A. (2004), "Social parameters of family well-being in the society" ["Sotsialnyye parametry sotsialnogo blagopoluchiya obschestva"], *Vestnik Chelyabinskogo Universiteta – The Bulletin of Chelyabinsk State University*, Vol. 8 No 1, p. 57–62.
- Vasilenko, M. (2011), "Child's attachment to the mother as the factor of early socialization" ["Priv'yazannost rebenka k materi kak faktor ranney sotsializatsii"], *Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo universiteta imeni Hertseny – The Bulletin of Russian Hertsen State University*, No 129, p. 20–27.

Надійшла до редколегії 20.04.2015

УДК 159.9:61

В. І. Шебанова

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ ПІД ВПЛИВОМ ТРАВМАТИЧНОГО ТІЛЕСНОГО ДОСВІДУ

Анотація. Розглянуто особливості контексту життєвого шляху та його сприйняття, що формується під впливом травматичного тілесного досвіду (на прикладі вагітних із досвідом лікування безпліддя, спричиненого проблемами харчової поведінки й деформаціями ваги). З'ясовано, що негативні переживання переважно

пов'язані з батьківською родиною, зокрема з ситуаціями фізичного й психологічного насильства; значущий відсоток негативних подій складають спогади на тему «харчове насильство».

Ключові слова: сприйняття контексту життєвого шляху, травматичний тілесний досвід, жінки, розлади харчової поведінки.

Аннотация. Проанализировано влияние травматического телесного опыта на особенности восприятия контекста жизненного пути личности. Установлено, что в группах женщин с травматическим телесным опытом (деформациями веса, нарушениями пищевого поведения и коморбидными нарушениями репродуктивной функции) «ситуации унижения» встречаются значительно чаще, чем в группе «здоровых беременных». Показано, что негативные переживания преимущественно связаны с родительской семьей, в частности с ситуациями физического и психологического насилия; значимый процент негативных событий составляют воспоминания на тему «пищевого насилия».

Ключевые слова: восприятие контекста жизненного пути, травматический телесный опыт, женщины, расстройства пищевого поведения.

Постановка проблеми. Останнім часом проблема ваги (як зниженої, так і підвищеної) – досить поширена причина звертання за психологічною й медичною допомогою. Так, за даними О. Швець (спеціаліст МОЗ України з дієтології), 16 % українських чоловіків і 20 % жінок страждають на ожиріння, а близько 50% усіх українців – на надмірну вагу. Експерти ВООЗ зазначають, що порівняно з 1980 р. кількість людей із надмірною вагою у світі подвоїлася. Зважаючи на темпи зростання кількості людей, хворих на ожиріння, ВООЗ заявила про початок всесвітньої епідемії ожиріння. Інтерес фахівців до цього питання обумовлений негативними наслідками даної хвороби (ішемічна хвороба серця, гіпертонія, атеросклероз, цукровий діабет, дискінезія жовчного міхура, остеохондроз хребта, поліартрит, тромбофлебіт вен нижніх кінцівок, лімфостаз та ін.), що скорочують життя в середньому на 10–15 років (і відповідно може коштувати світовій економіці 30 трлн доларів).

Результати досліджень, проведених відповідно до Національної програми обстеження дітей (у Великій Британії, Шотландії, Північній Ірландії, Уельсі) свідчать, що 22 % 5-річних дітей та 33 % 11-річних страждають на надмірну вагу й ожиріння, а отже, мають високий ризик захворювання серцево-судинної системи, включаючи підвищений тиск (порівняно з дітьми, які мають нормальну вагу). Також заслуговує на увагу проблема, пов'язана з надмірною худорлявістю, – нервова анорексія. Результати досліджень за останні роки демонструють, що це захворювання фіксують у 5 % людей (у той час як лише 30 років тому його фіксували в 2–3 % населення Землі). Показники анорексії у fashion-сфері (моделі, балерини, танцюристки та ін.) понад 70 %. Уведено навіть науковий термін, який описує дану тенденцію, – «анорексичний вибух у популяції». Така тенденція до зростання викликає зрозумілу занепокоєність спеціалістів, тому що смертність від анорексії за відсутності ефективного лікування становить 10–20% (тобто кожен п'ятий хворий помирає внаслідок втрати контролю над процесом схуднення). При цьому найпоширеніші причини смерті – виснаження організму, серцева недостатність, розвиток вторинних інфекцій, що спричиняють пневмонію, набряк легенів, туберкульоз тощо, а також суїциди. За даними численних опитувань анорексія займає третє місце серед найпоширеніших хронічних захворювань у підлітків. Середній вік початку розладів харчової поведінки – 11–13 років. Понад 50 % дівчат у віці 13–15 років вважають, що в них надлишкова вага (що не відповідає об'єктивним показникам). Близько 80 % тринадцятирічних дівчат намагалися скинути вагу за допомогою «модної дієти» або іншими способами. За результатами опитування жінок, старших 40 років, 85 % мають бажання знизити вагу, що в разі стійкої фіксації може призвести до початку розладів за типом анорексії та булімії.

Отже, масштаби й темпи поширення різних розладів харчової поведінки загрожують фізичному й моральному здоров'ю як дорослого, так і підростаючого покоління, а також соціальній стабільності українського суспільства в найближчій соціальній перспективі.

У статті подано узагальнення результатів емпіричного дослідження вагітних жінок із метою вивчити особливості їх сприйняття контексту життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду. Під травматичним досвідом тілесності ми розуміємо досвід вирішення проблем у репродуктивній сфері, спричинених розладами в харчовій поведінці (ХП) та деформаціями ваги, що призводить до формування негативних уявлень про себе.

Аналіз публікацій. Дослідники (К. Ball, Е. Beznosyuk, А. Favaro, Е. Tenconi, F. Solmi, Н. Sallis, D. Stahl, Н. Watson, А. Von Holle та ін.) звертають увагу на коморбідність неадекватних харчових поведінкових патернів із особистісною незрілістю, порушеннями статево-рольової ідентифікації, дезадаптивними формами переживання стресових подій у власному житті (Ball, Lee, 2002; Beznosyuk, Filin, 1995; Favaro, Tenconi et al., 2006; Solmi, Sallis et al., 2014; Watson, Von Holle, 2012).

Ряд науковців (А. Easter, S. Koubaa, S. Lähteenmäki, M. S. Linna, N. Micali, А.М. Siega-Riz, J. T. Suokas та ін.) відзначають, що вагітність у жінок із розладами ХП та порушеннями маси тіла супроводжується різноманітними психофізіологічними порушеннями (екстрагенітальними захворюваннями, що призводять до безпліддя, гестозу вагітних, гестаційного діабету переривання вагітності та невиношування дитини тощо) (Easter, Bye et al., 2103; Koubaa, Hällström et al., 2013; Lähteenmäki, Saarni et al., 2014; Linna, Raevuori, et al., 2013; Linna, Raevuori et al., 2014; Micali, Treasure et al., 2007; Micali, Treasure, 2009; Micali, De Stavola, 2012; Siega-Riz, Von Holle et al., 2011; Suokas, Suvisaari et al., 2013).

У той же час, виходячи з позицій системного підходу, необхідно узагальнити наукові дослідження, присвячені вивченню психологічної готовності до материнства (В. І. Брутман, А. Я. Варга, І. Ю. Хамітова, С. Ю. Мещерякова, Г. М. Філіппова, О. П. Проскурняк, О. Тюптя, В. С. Шкраб'юк та ін.). Аналіз численних досліджень дозволив нам дійти висновку, що в основі неприйняття материнської ролі – глибокий внутрішній конфлікт, який жінка не може (не вміє) вирішити конструктивно. При цьому конфлікт вагітної жінки, який є психоемоційним тлом і створює ситуацію постійної емоційної напруги, значно підсилює внутрішню незадоволеність собою та життям у цілому. Ми вважаємо, що постійна емоційна напруга під час повсякденної життєдіяльності у вагітних із досвідом лікування безпліддя, спричиненого розладами ХП і деформаціями ваги, позначається на особливостях суб'єктивної картини життєвого шляху (особливостях самовідчуття й самосприйняття тілесності, процесах осмислення життя та уявленнях про нього тощо).

Мета нашого дослідження полягає у визначенні особливостей сприйняття контексту життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду (деформацій ваги, порушень харчової поведінки та репродуктивної функції).

Виклад основного матеріалу. Респондентів для даного емпіричного дослідження добирали за певними критеріями й ділили на **три групи**:

– до **першої** групи входили жінки, які завагітніли уперше (кінець 2-го триместру, 3-й триместр), які не могли завагітніти через проблеми харчової поведінки й деформації ваги (надмірно високої або низької). Характерна риса жінок даної групи – висока мотивованість до материнства. Жінки ділилися своїми переживаннями, пов'язаними із досвідом лікування безпліддя (порушень репродуктивної функції через проблеми харчової поведінки й деформації ваги). Зі спогадів жінок цієї групи випливало, що, незважаючи на проблеми у харчовій поведінці (за типом анорексії, булімії, психогенного переїдання й ожиріння), *вагітність була для них особистісно значущою життєвою метою*. Для втілення й реалізації

означеної мети жінки повинні були пройти відповідне лікування (тривалістю від 2 до 7 років). Успішне відновлення репродуктивної функції стало можливим після відносного поліпшення стану здоров'я, зокрема нормалізації харчової поведінки та ваги. Вік жінок даної групи – від 23 до 29 років (середній вік – 25, 9 року). Важливий критерій відбору в дану групу – незадоволеність власною вагою. Група (N=27) була врівноважена за кількістю людей, які мають спотворені харчові стратегії поведінки (за типом переїдання, за типом обмеження в їжі, зокрема 10 жінок із ожирінням на тлі переїдання, 9 – із проблемами булімії, 8 – із проблемами за типом анорексії).

Отже, *критерії* відбору до першої групи такі: незадоволеність власною вагою; досвід лікування безпліддя, спричиненого деструктивними патернами харчової поведінки й деформаціями ваги; перша вагітність; висока мотивація народити дитину й стати матір'ю;

– до **другої** групи входили жінки, які були незадоволені своєю вагою та перебували на лікуванні з приводу ожиріння або розладу харчової поведінки (за типом анорексії, булімії, психогенного переїдання). Інша характерна риса жінок даної групи – їх небажання мати дітей. При цьому частина вибірки (47 %) стверджувала, що народження дітей не входить до їх життєвих планів; 53 % вибірки заявили, що не планують народження дитини в найближчі 5–8 років, а у випадку настання вагітності, скоріше за все, зроблять аборт, ніж будуть народжувати. Відповідно «ситуацію відсутності дітей» жінки цієї групи сприймають не тільки без травматизації для себе, але і як позитивну «даність буття». До переваг життєвої ситуації «свободи від дітей» жінки цієї групи найчастіше називали можливість зберегти красу та зробити гарну кар'єру, наприклад: «можливість зберегти струнку фігуру, красу, здоров'я», «діти – це кабальне життя, відсутність дітей – свобода від проблем, які з ними пов'язані», «це можливість зробити гарну кар'єру та влаштувати своє життя відповідно до власних потреб», «це подарунок від Бога», «можливість із повною віддачею займатися справою життя, а не витрачати час на вирішення нескінченних і дрібних побутових проблем», «можливість дійсно жити за для себе» та ін. У той же час були й такі висловлювання, в яких орієнтацію на «життя без дітей» пояснювали поганим матеріальним (економічним) становищем: «народжувати дитину в сучасних умовах економічної нестабільності я вважаю злочином»; «не хочу, щоб дитина жила у злиднях» тощо.

Дана група (N=27) також була врівноважена за кількістю людей відповідно до спотворених патернів ХП і зокрема, включала: 8 жінок із ожирінням на тлі переїдання, 9 – із проблемами булімії, 10 – із проблемами за типом анорексії. Вік жінок цієї групи – від 21 до 27 років (середній вік – 24, 4 року);

– до **третьої** (контрольної) групи увійшли жінки, вагітні уперше (кінець 2-го триместру, 3-й триместр), які задоволені власною вагою та не мають жодних скарг на своє здоров'я (N=27). Під час формування цієї групи фокусом нашої особливої уваги були питання, що дозволили впевнитися у відсутності дезадаптивних патернів харчової поведінки й репродуктивного здоров'я. Цю групу позначили як «здорові вагітні». Вік жінок даної групи – від 21 до 29 років (середній вік – 25,3 року).

У запропонованій статті вміщено частину емпіричного дослідження, подано результати визначення особливостей сприйняття життєвого шляху респондентів за допомогою методики «Психологічна автобіографія» (Burlachuk, 1998). Дана методика дозволяє визначити (із погляду самих досліджуваних) важливі події життя, що відбулися в минулому та можуть відбутися в майбутньому (значущі відмінності між експериментальними групами встановлені на рівні $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$).

Результати частоти прояву **позитивних життєвих подій** у суб'єктивній картині життєвого шляху наведено нижче (рис. 1).

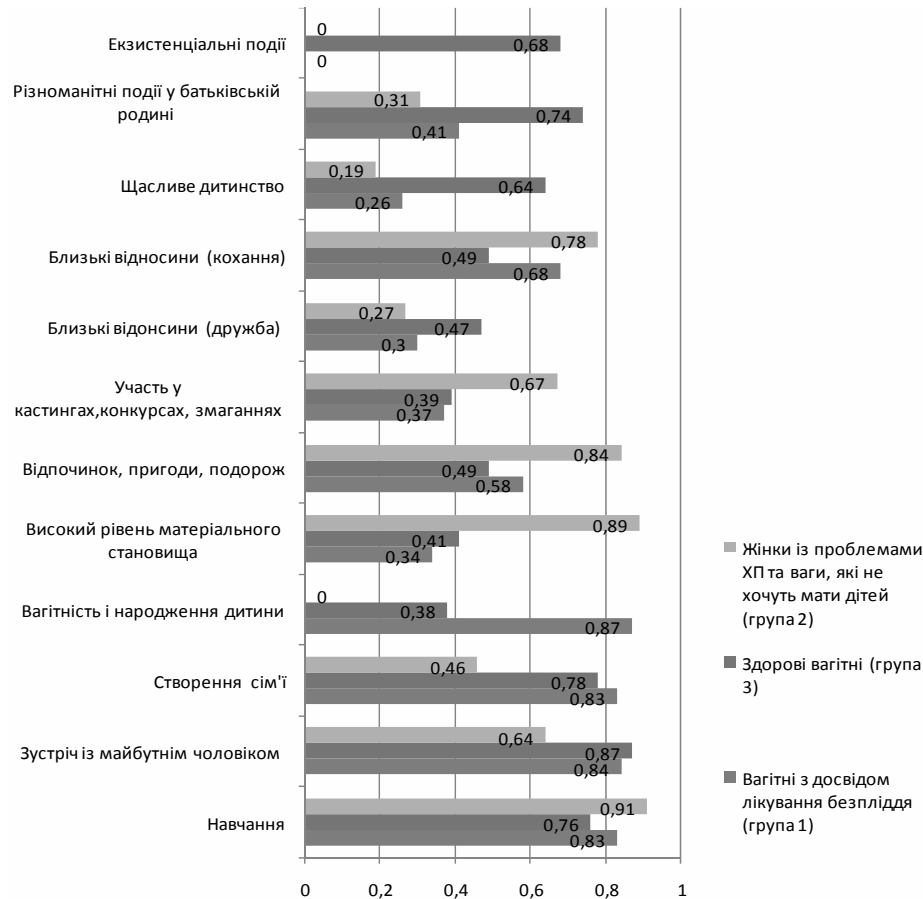


Рис. 1. Частота прояву позитивних життєвих подій у досліджуваних групах

Аналіз **позитивних життєвих подій**, що є контекстом теперішнього періоду життя вагітних першої групи, показує, що найбільше значення для них мають такі події: «вагітність і народження дитини» (0,87), «зустріч із майбутнім чоловіком» (0,84), «створення родини» і «навчання» (0,83). Під час аналізу ми звернули увагу на те, що більшість респонденток даної групи описують такі події свого життя, як «вагітність» і «поява майбутньої дитини», екзальтованими (піднесеними, пафосними) фразами: «вважаю, що вагітність – це достойна жертва з боку жінки за неймовірне щастя – мати дитину»; «приємно усвідомлювати, що я можу подарувати життя – відчуваю себе богинею»; «вважаю, що вагітність – це найзагадковіша таємниця природи і мені дуже приємно відчувати себе причетною до цього таїнства», «нас, жінок, Бог нагородив особливим даром – здатністю дарувати життя, і це звеличує жінку» та ін.

У групі здорових вагітних жінок серед позитивних життєвих подій найчастіше були відзначені такі: «зустріч із майбутнім чоловіком» (0,87), «створення родини» (0,78), «навчання» (0,76), «різноманітні події в батьківській родині» (0,74) (у дану категорію ми включали такі події, як народження брата або сестри, відпочинок і святкування різних подій у родинному колі, повернення батька в родину або відновлення родинних стосунків із ним після його зради та ін.). У вагітних третьої групи, на відміну від жінок першої групи, ми не зафіксували екзальтованих описів факту їх вагітності. На наш погляд, це свідчить про більш врівноважену внутрішню позицію. Інакше кажучи, саме відсутність надмірної концентрації на таких подіях життєвого шляху, як «вагітність» і «поява дитини», дозволяє жінкам із цієї групи сформувати більш адекватну позицію щодо майбутньої дитини та себе (як матері).

Водночас ще однією якісно відмінною рисою групи здорових вагітних жінок (порівняно із першою групою) є наявність категорії «екзистенціальні події» із частотою прояву 0,68. У дану категорію ми включили такі події життєвого шляху, які свідчать про високу значущість духовного розвитку (особистісного зростання) і внутрішню орієнтацію на цінності вищого порядку: «дуже ціную заняття в школі особистісного зростання... це дозволило мені переоцінити життєві цінності та гідно долати будь-які труднощі», «регулярно ходжу в храм... це дозволяє душі зцілитися та зростати духовно», «читання духовної літератури», «обов'язково виділяю час на заняття медитацією або на організацію комфортного життєвого простору», «завжди виділяю час на самопізнання та самоосвіту..., відвідування різноманітних тренінгових груп для духовного розвитку», «заняття йогою», «планую створювати й розробляти нові освітні програми, написати книгу» та ін.

У другій групі серед позитивних подій життєвого шляху, що займають домінуючі позиції, поруч із категорією «навчання» (0,91) виокремлено також інші категорії, зокрема: «участь у кастингах, конкурсах, змаганнях» (0,67), «близькі стосунки (кохання)» (0,78), «гарний і якісний відпочинок, пригоди, подорожі» (0,84), орієнтованість на «високий рівень матеріального становища» (0,89) як життєвої необхідності. При цьому означена категорія має відмінності не лише за частотністю прояву (порівняно з результатами першої і третьої груп, $p \leq 0,05$), але і за семантичним контекстом (якістю формулювання подій). Зокрема, якщо респондентки першої і третьої груп найчастіше висловлюють надію на поліпшення матеріального становища для себе й членів своєї родини (хочу покращити фінансове становище – купити квартиру, меблі, машину тощо), то респондентки другої групи виокремлюють фактор матеріального становища як головний, від чого залежить якість їх життя взагалі: «вважаю, що я прийшла у цей світ для того, щоб жити красиво, заможна й щасливо, тому хочу бути успішною за будь-яку ціну»; «планую власний бізнес, купити будинок в іншій країні, кафе, яхту»; «відомий вислів – з коханим і в курені рай – це явно не для мене... саме тому чоловіки, які не здатні гідно забезпечити мої потреби, мені зовсім не цікаві» тощо.

Якісні відмінності також наявні в категорії «участь у кастингах, конкурсах, змаганнях». Зокрема, у другій групі (порівняно із першою і третьою групами) частіше згадуються різноманітні конкурси краси, кастинги моделей, талантів та події, що з ними пов'язані (серед основних подій – конкурси за титул «Міс міста», «Міс Таврії», «Принцеса міста», «Х-Фактор», «Танцюю для тебе», «Фабрика зірок», «приз глядацьких симпатій», «безкоштовна фотосесія в подарунок», «запрошення працювати на ТВ ведучою дитячої рубрики» та ін.).

Респондентки першої і третьої груп частіше вказують на участь у різноманітних конкурсах пізнавального й розвиваючого характеру (в олімпіадах різного рівня й профілю; спортивних змаганнях; конкурсах фотохудожників, художнього читання; виставках художньої творчості, рукоділля тощо) та події, із цим пов'язані (призова поїздка за перемогу в конкурсі МАН, гідність та визнання, здивування тим, що Я або мої роботи можуть когось зацікавити тощо).

Найменше значення (порівняно з іншими групами) у другій групі одержали такі категорії: «щасливе дитинство» (0,19), «близькі відносини: дружба» (0,27), «різноманітні події в батьківській родині» (0,31).

Відмінною рисою жінок другої групи є їх орієнтація на життя без дітей. У ході психодіагностичної бесіди досліджувані повідомляли, що, на їх думку, життя без дітей набагато цікавіше й продуктивніше. Подібна позиція, на наш погляд, свідчить про неусвідомлювану й свідому відмову від материнства та певним чином засвідчує прихильність до руху «чайлдфрі» («Child-Free Life»). На підтвердження цього наведемо деякі висловлювання респонденток: «мені подобається відомий вислів: діти – квіти життя, але нехай вони квітнуть на чужому городі»; «...вважаю, що набагато приємніше завести будь-яку свійську тваринку, ніж ди-

тину – проблем менше, задоволення – більше»; «особисто я не вважаю традиційні стереотипи сімейного щастя привабливими... ось мені для повного щастя ніхто не потрібний – ні діти, ні батьки, ні подруги... було б здоров'я»; «діти викликають у мене лише роздратування», «я знаю багато прикладів, коли батьки мають від своїх дітей лише постійні проблеми та головний біль, саме тому я не бажаю перетворювати своє життя на випробувальний полігон», «я не можу зрозуміти тих жінок, яким Бог подарував надзвичайну можливість – «не вагітніти», а отже, бути вільними й необтяженими зайвими проблемами...», а вони замість того, щоб насолоджуватися життям за будь-яку ціну намагаються стати матір'ю – навіть за допомогою штучного запліднення або сурогатного материнства»; «я впевнена, що люди, які відчувають себе невдахами та нещасними, не мають морального права народжувати дітей», «мені зовсім не соромно визнати, що я не хочу жертвувати своїм особистим простором – часом і зусиллями, заради того, щоб виховувати дитину... оскільки це невдячна справа», «... мені зараз зовсім не до дитини – хоч би самій собі дати раду...» тощо.

Аналіз контексту **негативних життєвих подій** (рис. 2) у групі жінок із досвідом лікування безпліддя, спричиненого проблемами ХП і зайвою вагою, дозволив виокремити такі категорії: «тривале лікування безпліддя на тлі проблемної ХП й деформацій ваги» (0,89), «проблеми з власним здоров'ям» (0,81), «розчарування в коханні, розрив стосунків» (0,76). Достатньо високу частку склали також категорія «ситуації приниження» (0,68) і «негативні зміни, спричинені вагітністю та материнством» (0,67). При цьому відзначимо, що у першій і другій групах частка осіб, які згадували ситуації приниження (0,68 і 0,65 відповідно) зустрічається значно частіше, ніж у групі «здорових вагітних» (0,26; $p \leq 0,01$).

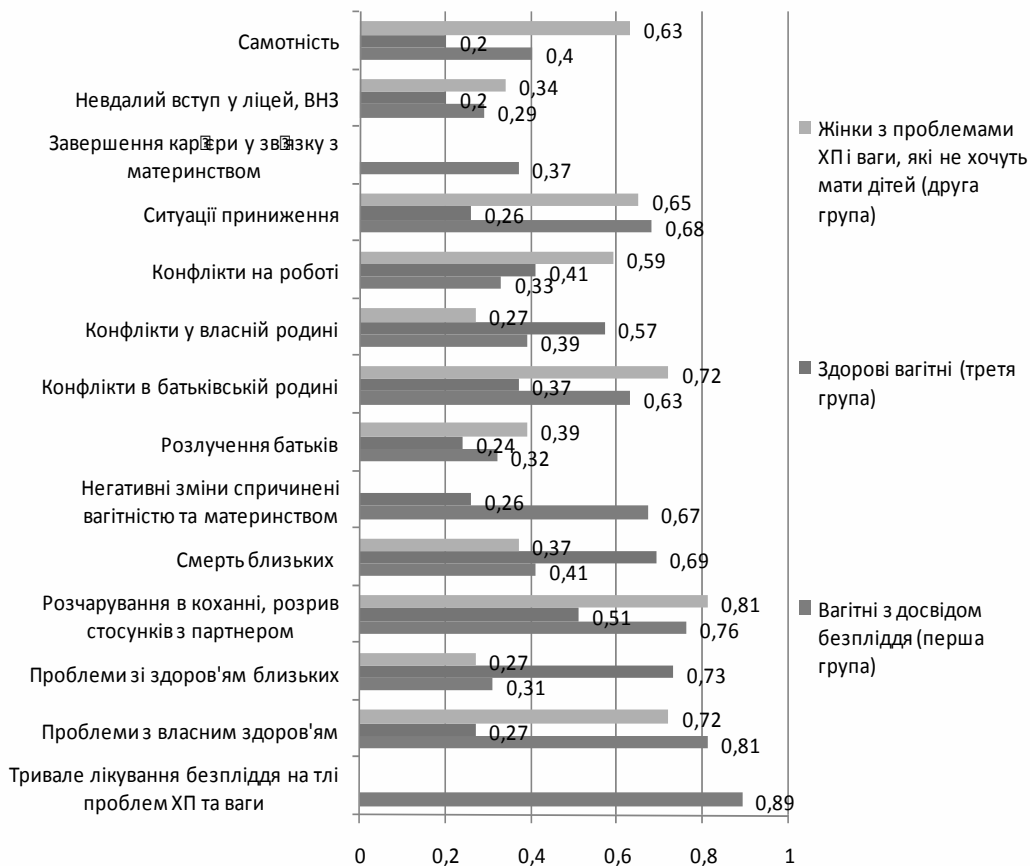


Рис. 2. Частота прояву негативних життєвих подій у досліджуваних групах

Змістовний аналіз подій, що увійшли до категорії «ситуації приниження», дозволив нам з'ясувати, що негативні переживання здебільшого пов'язані з ситуаціями фізичного й психологічного насильства у батьківській родині: «...згадую як мама лупцювала мене ременем за те, що я недоглянула за однорічним братом і він впав із дивана»; «...дід часто бив мене ременем, затискаючи мою голову між своїми ногами»; «мама, побачивши, що я милуюся власним відображенням у дзеркалі, важко зітхнула і з жалем у голосі сказала: "не розумію чому ти вийшла у нас така негарна...", оце її НЕГАРНА переслідує мене все моє життя») тощо.

Під час аналізу ми звернули увагу на той факт, що значущий відсоток негативних подій пов'язаний зі спогадами на тему «харчове насильство» (29 % і 34 %, відповідно в першій і другій вибірках). Наведемо окремі висловлювання: «батько кличе мене вечеряти: "жиртрест, іди-но жерти, бо без вечері залишишся"»; «на мої слова, що я дуже хочу їсти, мама відповідає, що я і так товста»; «згадую, як мати навіть після блювання примушує мене їсти ненависну гарбузову кашу» та ін.

Дані змістовного аналізу негативних подій, які увійшли до категорії «негативні зміни, спричинені вагітністю й материнством», свідчать, що різноманітні обмеження в життєдіяльності й зміни зовнішності, які жінки асоціюють з вагітністю, викликають у них сильне емоційне напруження та спричиняють різноманітні страхи (що розглянуто нами вище).

Окремої уваги й пояснення потребує той факт, що категорія «конфлікти у батьківській родині» у першій і другій групах зустрічається частіше, ніж «конфлікти у власній родині», зокрема, у першій (0,63 проти 0,39) та другій (0,72 проти 0,27) групах. Протилежна тенденція спостерігається в групі здорових вагітних (0,37 проти 0,57). Означена тенденція, що спостерігається в групах жінок із харчовими розладами й деформаціями ваги (перша і друга групи), підтверджує фіксацію жінок на конфліктних ситуаціях у батьківській родині (проблемах минулого періоду життя). На наш погляд, це опосередковано свідчить про недостатню готовність жінок брати відповідальність за вирішення власних проблем на себе.

Отримані результати дають нам підстави для виокремлення напрямів подальшої психокорекційної роботи (відповідно до нашої графічної концепції тренінгу нормалізації харчової поведінки, зокрема, векторів «Турбота про себе», «Прихильність до інших: оптимізація відносин із іншими», «Відновлення контакту з тілом», «Нормалізація ставлення до їжі») (Shebanova, 2014).

Висновки. Одержані дані підтверджують вплив травматичного тілесного досвіду (деформацій ваги, порушень харчової поведінки та репродуктивної функції) на особливості сприйняття контексту життєвого шляху особистості. Установлено, що в групах жінок із травматичним тілесним досвідом (деформаціями ваги, порушеннями харчової поведінки, порушеннями репродуктивної функції) «ситуацій приниження» значно більше, ніж у групі «здорових вагітних». З'ясовано, що негативні переживання переважно пов'язані з батьківською родиною, зокрема з ситуаціями фізичного й психологічного насильства; значущий відсоток негативних подій складають спогади на тему «харчове насильство».

Визначено, що, незважаючи на реальну вагітність у «теперішньому» (нову соціальну ситуацію розвитку жінки), фіксація на минулому травматичному досвіді безпліддя, спричиненого проблемами ХП та деформаціями ваги, продовжує свій негативний вплив, що зумовлює певні спотворення у сприйнятті контексту життєвого шляху. До спотворення сприйняття життєвого шляху призводять:

- довготривале очікування та фіксація на негативних змінах у власному житті (як у зовнішності, так і у способі життя в цілому);

- надмірна значущість «ситуації вагітності» («наявності дитини», «можливості реалізуватися в материнській ролі»), що є суб'єктивним підтвердженням «жіночої повноцінності» («нормальності»);

– негативні переживання, пов’язані з різноманітними страхами й побоюваннями за перебіг вагітності й пологів.

У жінок із розладами харчової поведінки й деформаціями ваги (травматичним досвідом тілесності) разом із установкою «на життя без дітей» виявлено фіксованість на негативних переживаннях минулого в сприйнятті контексту життєвого шляху, виокремлено спрямованість на задоволення рекреаційних і матеріальних потреб як головних чинників якості життя, що зумовлює знецінення таких життєвих потреб, як «вагітність» і «народження дитини».

Бібліографічні посилання

- Ball, K. & Lee, C. (2002), “Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women”, *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 31 No. 1, p.71–81.
- Beznosyuk, E. V. & Filin, E. E. (1995), “Modern ideas about anorexia”, *Medical Assistance*, No. 2, p. 18–20.
- Burlachuk, L. F. & Korzhova, E. Yu. (1998), Psychology of life situations [Psichologiya zhyznennykh situatsiy], Russian Pedagogical Agency, Moscow.
- Easter, A., Bye, A., Taborrelli, E. Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., and Micali, N. (2013), “Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy?”, *European Eating Disorders Review*, Vol. 21 (4), p. 340–344.
- Favaro, A., Tenconi, E. & Santonastaso, P. (2006), “Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 63 Issue 1, p. 82–88.
- Koubaa, S., Hällström, T., Hagenäs, L., & Hirschberg, A. L. (2013), “Retarded head growth and neurocognitive development in infants of mothers with a history of eating disorders: longitudinal cohort study”, *BJOG*, Vol. 120, p. 1413–1422.
- Lähteenmäki, S., Saarni, S., Suokas, J., Saarni S., Perälä J., Lönnqvist J. & Suvisaari J. (2014) “Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland”, *Nord J Psychiatry*, Vol. 68, p. 196–203.
- Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J. M., Suokas, J. T. & Gissler, M. (2013), “Reproductive health outcomes in eating disorders”, *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 46, p. 826–833.
- Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J. M. & Suokas, J. T. (2014), “Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Vol. 211 Issue 4, p. 3921–3928.
- Micali, N., Treasure, J. & Simonoff, E. (2007), “Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity”, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 63, p. 297–303.
- Micali, N. & Treasure, J. (2009), “Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review”, *European Eating Disorders Review*, Vol. 17, p. 448–454.
- Micali, N., De Stavola, B., dos-Santos-Silva, I., Steenweg-de Graaff, J., Jansen, P.W., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., Steegers, E. A. & Tiemeier, H. (2012), “Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population-based cohort study”, *BJOG*, Vol. 119 No. 12, p. 1493–1502.
- Shebanova, V. I. (2014), Training normalization of eating behavior: The program of psychological support on the way to freedom from overeating “Dream Sail” [Trening normalizatsii pischevogo povedeniya: programma psikhologicheskogo soprovozhdeniya na puti k svobode ot pereedaniya “Parus mechty”], PP Vishemirsky, Kherson.
- Siega-Riz, A. M., Von Holle, A., Haugen, M., Hamer, R., Torgersen, L., Berg, C. K., Reichborn-Kjennerud, T. & Bulik, C. M. (2011), “Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort”, *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 44, p. 428–434.
- Solmi, F., Sallis, H., Stahl, D., Treasure, J., & Micali, N. (2014), “Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa”, *Epidemiologic Reviews*, Vol. 36, p. 49–56.
- Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Gissler, M., Lofman, R., Linna, M. S., Raevuori, A. & Haukka, J. (2013), “Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder

- patients treated in tertiary care, 1995-2010”, *Psychiatry Research*, Vol. 210, p. 1101–1106.
- Watson, H. J., Von Holle, A., Hamer, R. M., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., Stoltenberg, C., Sullivan, P., Reichborn-Kjennerud, T. & Bulik, C. M. (2012), “Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort”, *Psychological Medicine*, Vol. 43, No. 8, p. 1723–1734.

Надійшла до редколегії 08.05.2015