

педагогічної та наукової роботи, соціальний чинник, що виражається здатністю налагоджувати продуктивні ділові й міжособистісні взаємини з оточенням, не є аж так важливим.

Психологічний аналіз результатів емпіричного дослідження дав змогу дійти таких висновків:

- Психологічне дослідження дало можливість кількісно та якісно охарактеризувати рівень розвитку структурних складових професійної життєстійкості викладача, виділити особливості взаємозв'язку її складових та їх компонентів, встановити сутнісні зв'язки та взаємозалежність психологічних характеристик у структурі досліджуваного феномена.

- Результати дослідження свідчать про вельми високий (здебільшого вищий від середнього) рівень розвитку професійної життєстійкості, її складових та компонентів у викладачів вищої школи для ефективного розв'язання завдань їх професійної діяльності й самоздійснення. Та внаслідок складності, непередбачуваності та стресовості перебігу науково-педагогічної діяльності це зовсім не виключає потребу в подальшому розвитку розглянутих характеристик професійної життєстійкості, в постійному особистісно-професійному вдосконаленні цих фахівців.

- Життєстійкість як властивість саморегульованої системи особистості полягає у здатності опановувати свою психічну активність та поведінку в різних – здебільшого складних чи навіть кризових – умовах здійснення притаманної людині діяльності. З підвищенням у фахівця рівня життєстійкості, професійного контролю і прийняття ризику, самоусвідомлення і саморегулювання зменшується його вразливість до дії психогенних факторів середовища. В результаті зростає ймовірність нормального функціонування організму, постійного підвищення освіченості й професіоналізму, ефективної діяльності й самоздійснення у просторі професії.

ПРОБЛЕМА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В СУЧАСНОМУ СВІТІ

*Д. О. Левченко,
аспірантка,*

Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України

Здоровий спосіб життя починається зі здорових звичок. Часто психологічні детермінанти грають ключову роль в можливості зміни своєї поведінки. Існує стійкий взаємозв'язок здоров'я, функціонального стану організму і поведінки людини. Багато вчених відзначають, що в сучасному суспільстві зростає тенденція схильності людей, які не мають хронічних

захворювань, піддавати ризику своє здоров'я паттернами деструктивної поведінки.

Сучасний світ дуже динамічний. Поряд з глобальними змінами в соціальній, економічній, культурній та політичній сферах змінюється і стрімко розвивається психологія особистості. Якщо ми робимо акцент на проблемі залежної поведінки, ми повинні чітко уявляти психологічний портрет особистості, схильної до залежності.

За даними експертів, на 100 чоловік в Україні припадає одна людина з клінічною формою розладу харчової поведінки. За найскромнішими підрахунками, близько 250 тис. чоловік страждають від критично низької або високої маси тіла, п'ють антидепресанти і потрапляють в психіатричні клініки. Причому людей, які не можуть розпізнати проблему і не звертаються за допомогою, куди більше, ніж 1% (Stice E & Bohon C., 2012).

Проблема порушення харчової поведінки на сьогоднішній день є дуже актуальною темою вивчення в психології та суміжних дисциплінах. Багато психологів вважають, що харчова аддикція не таке важке захворювання, щоб приділяти йому пильну увагу, тим не менш, в розвинених країнах з кожним роком зростає кількість людей, що страждають харчовими розладами. Природа цих порушень малозрозуміла, тому вони дуже погано піддаються лікуванню. Фахівці, які вивчають ці порушення, наразі не можуть дати конкретний перелік критеріїв, за якими можна було б встановити порушення харчової поведінки.

При порушеннях харчової поведінки часто діагностуються важкі соматоендокринні розлади і стійка психосоціальна дезадаптація. Американська «Національна асоціація розладів харчової поведінки» (NEDA) підкреслює, що розлади харчової поведінки неоднорідні за своєю природою, є поліетіологічними – і пов'язані з біологічними, культуральними, сімейними і інтрапсихічними факторами, що зустрічаються переважно в осіб жіночої статі. Вважається, що це обумовлено відносним зростанням добробуту, соціально-детермінованими уявленнями про привабливість.

Харчова поведінка – це ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах, а також індивідуальні для кожної людини установки, форми поведінки, звички та емоції, що супроводжують процес харчування.

Порушення харчової поведінки – це комплексна проблема, що поєднує в собі як психологічний, так і фізіологічний фактори. Фізіологічний чинник – це проблеми пов'язані з неправильним харчуванням: порушенням обміну речовин, підвищеним навантаженням на організм, виснаженням і іншим. Психологічний фактор – це важкі емоційні переживання, проблеми з соціалізацією і контролем поведінки (Миколаїва Є. А., Дерев'янка Ю. П., 2019).

Загалом, існує багато видів порушень харчової поведінки, але найпоширенішими з них є нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання. Основні особливості нервової анорексії і булімії – прагнення до

худини, страх набрати вагу, упереджене відношення до їжі, когнітивні розлади, психологічні проблеми і проблеми із соматичним здоров'ям. Компульсивне переїдання проявляється в регулярному об'їданні і виникненні сорому щодо своєї поведінки, тому виникає приховування його і відчуття себе винним, намагаючись максимально обмежити своє харчування.

Проблема порушень харчової поведінки розглядалася багатьма вченими, такими як Змановська Є. В., Кіслова Є. К., Коркіна М. В., Марілов В. В., Сідоров П. І., Федорова І. І., Цівілько М. А., але недостатньо вивченим залишається питання діючого комплексного підходу в реабілітації хворих харчовими розладами.

Сучасні підходи лікування пацієнтів з харчовими розладами переважно засновані на поєднанні фармакотерапії і дієтотерапії та акцентовані лише на розладах харчової поведінки, ігноруючи при цьому коморбідні психопатологічні розлади, що значно зменшує їх терапевтичну ефективність. Тому лікувально-реабілітаційні заходи при харчових порушеннях є неповноцінними без впливу на психосоціальний компонент захворювання. Недоліки наявних реабілітаційних програм, складність вирішення питань розвитку залежної харчової поведінки призводять до необхідності розробки диференційованої багаторівневої програми психотерапії при лікуванні хворих з порушенням харчової поведінки, кінцевою метою якої є не тільки ефективна терапія даної патології, але й розробка превентивних підходів.

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

Працюючи з проблемою залежності, варто звертати увагу на структурний рівень організації особистості. Найчастіше ми можемо діагностувати нижній або верхній межовий рівень організації психіки. При діагностиці варто враховувати об'єктивний і суб'єктивний анамнез пацієнта, а також почуття перенесення, що виникає в процесі психотерапії.

У роботі з проблемою залежності ми приділяємо увагу аналізу структурного рівня організації психіки та особливостям проходження стадій психосексуального розвитку. Більшість залежних мають в анамнезі травми першого року життя, а також травми розвитку. Але не варто обмежуватися тільки цим, так як в анамнезі зустрічаються і травми анального і едіпального періоду, частіше у пацієнтів верхнього межового рівня організації особистості.

В психотерапевтичному процесі виділяються кілька фокусів: порушення прихильності, порушення сфери потягів, саморегуляції, особливості емоційної комунікації, цілепокладання, порушення іденічності. Також важливим етапом роботи є робота з співзалежними, в процесі якої, психотерапевт часто стикається з порушеними межами, порушеннями особистого простору і

проявами схильності до злиття. Цей етап роботи включає психологічне консультування, сімейні консультації, групову роботу, а також рекомендації щодо подальшої психотерапевтичної роботи.

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

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

Таким чином, багато різних теорій намагаються пояснити причини виникнення порушень харчової поведінки: соціальні, фізіологічні, емоційні і інші, але всі вони мають певні недоліки і не можуть в повному обсязі пояснити головні причини, через які у людини виникає така форма девіантної поведінки як розлад харчової поведінки. Порушення харчової поведінки значно ускладнює загальне самопочуття людини і руйнує звичайний ритм життя. Тому дуже важливим є надання психологічної допомоги хворим, а також проведення психопрофілактики для запобігання виникненню даного порушення, починаючи саме з підліткового віку.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

В. О. Лефтеров,

доктор психологічних наук, професор

О. М. Цільмак,

доктор юридичних наук, професор

Національний університет «Одеська юридична академія»

Пандемія COVID-19 з огляду на її масштабність стала надзвичайно складним випробуванням для українського суспільства і всього людства. Як зазначає М. М. Слюсаревський у суспільстві, в зв'язку із пандемією, поступово зростає відчуття несправедливого та нерівномірного розподілу пов'язаних з карантинном труднощів. В суспільстві наявне психоемоційне напруження, зумовлене тривалим стресом має тенденцію до накопичення і здатне спричинитися до розгортання відтермінованих дезадаптивних реакцій на пандемію та потягти за собою цілий комплекс небажаних медичних, соціальних та економічних ризиків (Слюсаревський М. М., 2020). Ці реакції, на думку М. М. Слюсаревського, можуть розвиватися за кількома напрямками, зокрема: сплеск тривожних, депресивних, фобічних, постратматичних