

**ВПЛИВ ТРАВМАТИЧНОГО ТІЛЕСНОГО ДОСВІДУ НА
СУБ'ЄКТИВНУ КАРТИНУ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ ОСОБИСТОСТІ**

**(на прикладі вагітних з досвідом лікування безпліддя
внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій ваги)**

В.І.Шебанова Вплив травматичного тілесного досвіду на суб'єктивну картину життєвого шляху особистості (на прикладі вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій ваги). У статті представлено узагальнення результатів емпіричного дослідження вагітних жінок з метою вивчення особливостей трансформації внутрішньої картини життєдіяльності під впливом травматичного тілесного досвіду. Встановлено, що незважаючи на реальну вагітність у «теперішньому» (нову соціальну ситуацію розвитку жінки), фіксація на минулому травматичному досвіді безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки та ваги продовжує свій негативний вплив, що обумовлює певні деформації жіночої ідентичності й викривлення в суб'єктивній картині життєвого шляху. З'ясовано характерні особливості вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки й ваги. Визначено, що формування материнської ідентичності здійснюється під впливом контексту всього життєвого шляху.

Ключові слова: суб'єктивна картина життєвого шляху, травматичний тілесний досвід, вагітні жінки, розлади харчової поведінки.

В. И. Шебанова Влияние травматического телесного опыта на объективную картину жизненного пути личности (на примере беременных с опытом лечения бесплодия вследствие проблем пищевого поведения и деформаций веса). В статье представлено обобщение результатов эмпирического исследования беременных женщин с целью изучения особенностей трансформации субъективной картины жизненного

пути под влиянием травматического телесного опыта. Установлено, что несмотря на реальную беременность в «настоящем» (новую социальную ситуацию развития женщины), «заикленность» на прошлом травматическом опыте бесплодия вследствие проблем пищевого поведения и веса продолжает свое негативное влияние, что обуславливает определенные деформации женской идентичности и искажения в субъективной картине жизненного пути. Выявлены характерные особенности беременных с опытом лечения бесплодия вследствие проблем пищевого поведения и веса. Определено, что формирование материнской идентичности осуществляется под влиянием контекста всего жизненного пути.

Ключевые слова: субъективная картина жизненного пути, травматический телесный опыт, беременные женщины, расстройства пищевого поведения.

Постановка проблеми. У статті представлено узагальнення результатів емпіричного дослідження вагітних жінок з метою вивчення особливостей трансформації суб'єктивної картини життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду. Під травматичним досвідом тілесності ми розуміємо досвід проблем у репродуктивній сфері внаслідок проблем харчової поведінки (ХП) та деформацій ваги, що зумовлює негативні уявлення про себе.

Аналіз публікацій. Дослідники (Г.Ш.Ашурова, О.В.Вахмістров, Т.Г.Вознесенська, А.М.Дорожевец, М.В.Коркіна, І.Г.Малкіна-Пих, В.С.Одінцов, В.В.Марілов, Ю.Л.Савчікова, Я.Татонь, М.О.Цивілько та ін.) звертають увагу на коморбідність неадекватних харчових поведінкових патернів з особистісною незрілістю, порушеннями статево-рольової ідентифікації, дезадаптивними формами переживання щодо стресових подій у власному житті.

Шеренг науковців (О.В.Безносюк, О.Є.Філін, А.Ф. Нізамова, K.Ball, C.Lee, A. Favaro, E.Tenconi, P. Santonastaso та ін.) відзначають, що вагітність у жінок з розладами ХП та порушеннями маси тіла супроводжується

різноманітними психофізіологічними порушеннями (екстрагенітальними захворюваннями, що обумовлюють безпліддя, «гестоз» вагітних, гестаційний діабет, передчасне переривання вагітності та неможливість виносити дитину тощо) [1; 6; 13; 14].

В той же час, виходячи з позицій системного підходу, перед нами виникла необхідність в узагальненні наукових досліджень, що 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.) [2; 3; 4; 5; 8; 9; 10; 12]. Аналіз численних досліджень дозволив нам дійти висновку, що в основі неприйняття материнської ролі лежить глибокий внутрішній конфлікт, який жінка не може (не вміє) вирішити конструктивно. При цьому, глибокий внутрішній конфлікт вагітної жінки, який виступає психоемоційним тлом та 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 з досвідом лікування безпліддя внаслідок розладів ХП та деформацій ваги відображується в особливостях суб'єктивної картини життєвого шляху (в особливостях самовідчуття й самоприйняття тілесності, процесах осмислення життя та уявленнях про нього тощо).

Мета дослідження полягає в визначенні особливостей трансформації суб'єктивної картини життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду (деформацій ваги, порушень харчової поведінки та репродуктивної функції).

Виклад основного матеріалу. Респонденти для даного емпіричного дослідження добиралися відповідно до певних критеріїв та представлено **трьома групами:**

- **група 1** включала жінок з досвідом першої вагітності (кінець 2-го триместру, 3-й триместр), які в минулому не могли завагітніти внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій ваги (надмірно високої або

низької). Характерною рисою жінок даної групи була їхня висока мотивованість до материнства. Жінки ділилися своїми переживаннями, що пов'язані з досвідом лікування безпліддя (порушень репродуктивної функції внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій ваги). Зі спогадів жінок даної групи впливало, що незважаючи на проблеми в сфері харчової поведінки (за типом анорексії, булімії, психогенного переїдання й ожиріння) *вагітність була для них особистісно значущою життєвою метою*. Для втілення й реалізації означеної мети жінки були поставлені перед необхідністю пройти відповідне лікування (тривалістю від двох 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 років). Важливим критерієм добору в дану групу був критерій незадоволеності власною вагою. Група (N=27) була врівноважена за кількістю людей, що мають перекручені харчові стратегії поведінки («за типом переїдання», «за типом обмеження в їжі», зокрема: 10 жінок з ожирінням на тлі переїдання, 9 – із проблемами булімії, 8 – із проблемами за типом анорексії).

Таким чином, *критеріями* добору до гр.1 були наступні: незадоволеність власною вагою; досвід лікування безпліддя внаслідок деструктивних патернів харчової поведінки й деформацій ваги; перша вагітність; висока мотивація народити дитину й стати матір'ю.

- **група 2** включала жінок, які незадоволені своєю вагою та перебували на лікуванні з приводу «ожиріння» або «розладу харчової поведінки» (за типом анорексія, булімія, психогенне переїдання). Іншою характерною рисою жінок даної групи виступає їхнє небажання мати дітей. При цьому частина вибірки (47%) стверджувала, що «народження дітей» не входить в їхні життєві плани; 53% вибірки заявили, що не планують появу дитини у найближчі 5 - 8 років, а у випадку вагітності імовірноше зроблять аборт, ніж будуть народжувати. Відповідно, «ситуацію відсутності дітей» жінки цієї

групи сприймають не тільки без травматизації для себе, але й як позитивну «даність буття». До переваг життєвої ситуації «свободи від дітей» жінки цієї групи найчастіше називали можливість зберегти зовнішню красу та зробити гарну кар'єру, наприклад: *«можливість зберегти струнку фігуру, красу, здоров'я», «діти – це кабальне життя, відсутність дітей – це свобода від проблем, які з ними пов'язані», «це можливість зробити гарну кар'єру та влаштувати своє життя у відповідності до власних потреб», «це подарунок від боженьки», «можливість з повною віддачею займатися справою життя, а не витратити час на вирішення нескінченних та дрібних побутових проблем», «можливість дійсно жити за для себе» та ін.). В той же час зустрічалися й такі висловлювання в яких орієнтація на «життя без дітей» пояснювалася 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 перекручених патернів ХП (і зокрема, включала: 8 жінок з ожирінням на тлі переїдання, 9 – із проблемами булімії, 10 – із проблемами за типом анорексії. Вік жінок даної групи від 21 до 27 років (середній вік – 24, 4 роки).

- **група 3** (контрольна) включала жінок із досвідом першої вагітності (кінець 2-го триместру, 3-й триместр), які задоволені власною вагою та не мають ніяких скарг щодо стану свого здоров'я (N=27). Під час формування даної групи фокусом нашої особливої уваги були питання, що дозволили нам впевнитися у відсутності дезадаптивних патернів харчової поведінки й репродуктивного здоров'я. Надалі дана група позначається як *«здорові вагітні»*. Вік жінок даної групи від 21 до 29 років (середній вік – 25, 3 років).

У даній статті, що відображує частину нашого емпіричного дослідження, ми представляємо результати за наступними **методиками**: тест «Рівень рефлексивності» (А.В.Карпов, 2003), тест «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО, Д.А.Леонтєва), опитувальник часової перспективи (Ф.Зімбардо),

методика «Фігури» (Г.Г. Філіппова, 2002). Крім того, обробці й аналізу піддавалася також та інформація, яку ми отримували від респондентів під час психодіагностичної бесіди.

Аналіз рівня рефлексивності (за т. Карпова) у трьох групах досліджуваних жінок дозволив нам констатувати його підвищення у вагітних (7,65 і 6,32 у гр.1 і гр.3, відповідно) у порівнянні з невагітними жінками гр.2 (див. табл. 1).

Таблиця 1

Рівень рефлексивності в трьох групах досліджуваних (за т. Карпова)

Показник (за тестом Карпова)	Жінки з проблемами ХП та деформаціями ваги		Здорові вагітні (гр. 3)	СКВ		
	Прийняття ситуації безпліддя (гр. 2)	Вагітність на тлі лікування безпліддя (гр.1)		Прийняття ситуації безпліддя	Вагітність на тлі лікування безпліддя	Здорові вагітні
Рефлексія	3,51	7,65	6,32	1,9	1,4	1,7

Відзначимо, що найбільш високий показник рефлексивності в групі 1 (вагітних з досвідом лікування безпліддя на тлі проблем харчової поведінки й деформацій ваги). Напроти, у групі 2 (невагітних жінок із проблемами харчової поведінки й ваги) показник рефлексивності значно нижче (3,51). На наш погляд, тенденція до зниження рефлексивності у групі 2 обумовлена прийняттям та позитивним сприйняттям ситуації безпліддя внаслідок внутрішньої орієнтованості на життя без дітей.

Тенденція до підвищення рівня рефлексивності, що виявлена у вагітних жінок обох груп (гр.1 і гр.3), на наш погляд, обумовлена впливом нової соціальної ситуації розвитку й безпосередньо пов'язана із ситуацією вагітності. Стан вагітності сприяє психологічній перебудові системи відношення до себе та інших, активізації процесів освоєння нових ролей і переосмислення себе відповідно до нового (іншого) особистісного й соціального статусу (турботливої та ніжної матері; жінки, що здатна

дарувати нове життя, продовжити рід тощо). Крім того, стан вагітності ініціює процеси переосмислення та відношення до способу життя, свого тіла, відношень з їжею, звичних стратегій харчування та ін. Зокрема, у ході психодіагностичної бесіди ми виявили, що 41,27 % жінок гр.1, керуючись мотивом *«заради здоров'я майбутньої дитини»*, змогли змінити стереотипи харчування та свої харчові звички (режим і раціон харчування, способи приготування їжі тощо). Імовірно переживання, що пов'язані з минулим негативним тілесним досвідом (порушеннями репродуктивної функції, внаслідок деструктивних патернів ХП й деформацій ваги) *обумовлюють підвищення суб'єктивної цінності вагітності й майбутньої дитини*. Інакше кажучи, «вагітність», окрім констатації даної події як анатомо-фізіологічного факту несе для жінки додаткові *психологічні сенси*. Зокрема, «ситуація вагітності» не тільки «передвіщає» зміни способу життя у зв'язку з появою дитини в найближчому майбутньому жінки, але й нівелює міф про власну «ущербність» (жіночу неповноцінність, ненормальність, дефективність, неспроможність) і *виступає своєрідним доказом власної нормальності та подолання тілесних проблем* (порушень репродуктивної функції, розладів ХП й деформації ваги).

Таким чином, розширення психологічного наповнення «вагітності», як життєвої події, суб'єктивно підвищує цінність даної ситуації. У свою чергу, підвищення суб'єктивної цінності ситуації очікування дитини супроводжується підвищенням рівня рефлексивності – внутрішньої усвідомленості й зосередженості на собі, своєму стані й переживаннях. Це, з одного боку, сприяє підвищенню відповідальності за здоров'я (свого та майбутньої дитини), а з іншого – підвищує тривожність та актуалізує різні страхи й побоювання щодо вагітності та пологів.

В той же час більше половини вибірки жінок першої групи (58,73%) указали що, незважаючи *на розуміння* необхідності певних змін у способі життя (особливостей харчування, стереотипних звичок щодо контролю ваги та ін.) вони *нездатні повністю відмовитися від нав'язливих дезадаптивних*

харчових патернів (зокрема, від переїдання, потягу до викликання штучної блювоти та ін.). При цьому респондентки відзначали, що частотність проявів дезадаптивних харчових патернів значно знизилася.

Дані, які були отримані за тестом смисложиттєві орієнтації (СЖО в адаптації Д.А. Леонт'єва) та опитувальника часової перспективи (Ф.Зімбардо) дозволили виявити особливості трансформації часових і смислових аспектів внутрішньої картини життєдіяльності (суб'єктивної картини життєвого шляху особистості) у групі вагітних з досвідом лікування безпліддя (гр. 1) у порівнянні із групою здорових вагітних (див. дані табл. 2).

Таблиця 2

Часові та смислові аспекти

внутрішньої картини життєдіяльності вагітних жінок

(«з досвідом лікування безпліддя на тлі проблем ХП та ваги» та «здорових»)

Показник	Середній показник у вибірках		Середньо-квадратичне відхилення	
	Гр.1 Вагітні з досвідом лікування безпліддя	Гр.3 Здорові вагітні	Гр.1	Гр.3
Негативне минуле	3,15	2,41	0,47	0,55
Майбутнє	2,94	3,58	0,42	0,31
Позитивне минуле	2,94	3,41	0,48	0,43
Фаталістичне теперішнє	3,11	2,72	0,39	0,44
Цілі у житті	31,79	36,53	3,78	6,28
Результативність життя	22,96	29,88	3,31	4,37

Отримані дані свідчать про те, що характеристики часових і смислових аспектів суб'єктивної картини життєвого шляху у групі вагітних жінок з досвідом лікування безпліддя (внаслідок деструктивних патернів ХП і деформацій ваги) мають відмінності від означених характеристик у групі здорових вагітних. Зокрема, у вагітних жінок з досвідом лікування безпліддя параметр часової перспективи *«негативне минуле»*, у порівнянні зі

здоровими вагітними, має тенденцію до підвищення показників (3, 15 проти 2, 41). Негативне сприйняття «минулого» з позицій «теперішнього» у вагітних гр. 1, на наш погляд, є наслідком перебування в ситуації травматичного тілесного досвіду, і обумовлене впливом коморбідних порушень тілесного досвіду (деформаціями харчової поведінки, ваги й репродуктивної функції). Додаткові уточнення в ході психодіагностичної бесіди дозволяють нам стверджувати, що незважаючи на факт вагітності «у теперішньому», минула ситуація безпліддя все ще залишається травматичною, тобто психологічно «не переробленою». Іншими словами, минулий негативний досвід тілесності, зокрема, «нездатність» завагітніти внаслідок проблем ХП і деформацій ваги, все ще сприймається як травматичний досвід. На нашу думку, такий травматичний досвід можна розглядати еквівалентним стану «навченої безпорадності», і в подальшому було обрано нами мішенню психокорекції.

Середньо груповий результат за шкалою «*майбутнє*», як важливий аспект часової перспективи в групі жінок з досвідом лікування безпліддя, навпаки, виявився зниженим у порівнянні з результатами групи «здорових вагітних» – 2, 94 проти 3,58. Виявлена тенденція до зниження позитивних очікувань від майбутнього здалася нам непередбачуваною (враховуючи факт довготривалого лікування безпліддя та надії завагітніти, на що тривалий час сподівалися жінки цієї групи), а отже, потребувала подальшого уточнення.

Опитування під час *психодіагностичної бесіди* дозволило нам прояснити, що жінки, які в минулому зіштовхнулися з «неможливістю» реалізації свого бажання стати матір'ю продовжують відчувати різноманітні страхи й сильну тривогу щодо майбутнього. Розглянемо основні категорії страхів, які озвучували респондентки під час бесіди (див. рис. 1):

- *страх негативних змін у зовнішності через переїдання на тлі вагітності й годування дитини* (зокрема, страх надмірного набору ваги, страх розтяжок і дряблості шкіри на животі та грудях: «боюся, що після пологів я на все життя залишуся товстою тіткою»), «безумно шкода тих

зусиль, які були затрачені мною у минулому на моделювання мого тіла» тощо). Дана категорія була відзначена у 78 % жінок першої групи.

- *страх негативних змін у житті в післяпологовому періоді (64%)*. До даної категорії включалися висловлювання респонденток у яких відзначався страх негативних змін у різних сферах життя, зокрема: у *сімейному житті* (виникнення дистанції внаслідок охолодження кохання чоловіка, відсутність допомоги з боку чоловіка у вирішенні побутових проблем та у догляді за дитиною, поява у чоловіка коханки, розлучення з чоловіком за його ініціативою тощо); в *особистому житті* (особистісна деградація, фінансова залежність, відсутність часу «для себе» внаслідок великої кількості різноманітних обов'язків тощо), у *суспільному житті* (ускладнення кар'єрного росту, можливість втратити роботу або міжособистісні стосунки, зокрема, навчальні, трудові, дружні тощо).

- *страх дискомфортих відчуттів та болю у шлунково-кишковому тракті через проблеми ХП та ваги* (внаслідок необхідності обмежувати себе в їжі, або, навпаки, через намагання вживати різноманітну їжу «заради дитини») – 36%;

- *страх заподіяти шкоду дитині через наявність дезадаптивних харчових патернів та інших звичок* (внаслідок нав'язливого бажання періодично викликати блювоту на тлі надмірного вживання їжі, потягу до паління, вживання тонізуючих напоїв, надмірних фізичних навантажень тощо) – 29%;

- *страх викидня (втрати дитини) внаслідок проблем ХП й ваги* («страх загрози переривання вагітності змушує багато лежати у ліжку, в той час коли хочеться бути активною ... танцювати, їздити, подорожувати, ходити на тренування та ін.», «через свою ненормальну вагу боюся втратити дитину»). Дана категорія була відзначена у 41% вибірки;

- *страх пологів, кесарева розтину та різноманітних ускладнень у стані власного здоров'я у післяпологовому періоді (63%)*. При цьому на прохання пояснити, що мається на увазі під висловлюванням «боюся втратити власне

здоров'я внаслідок пологів» досліджувані відзначали *дефекти зовнішності* (стан шкіри, волосся, зубів, «фігура, що розплився», «товсті боки», «обвислі груди», «розтяжки» – 95%) і *погіршення емоційного стану* (перепади у настрої, дратівливість, хронічна втомлюваність, запальність, астеничність – 43%; див. рис. 1).

- *страх народження хворої дитини через проблеми ХП і деформації ваги* (56%). На прохання уточнити, що мається на увазі під словосполученням «нездорова дитина», ми з'ясували, що найчастіше респондентки під цим розуміють народження дитини з порушеннями внутрішніх органів, дефектами зовнішності (заяча губа, вовча паща; відсутність окремих частин тіла – пальчиків, ручок, ніжок та ін.) або народження дитини з порушеннями харчової поведінки («не хочу щоб моя дитина була такою ж ненажерою, як я», «не хочу, щоб моя дочка страждала такими ж бзиками щодо їжі, як я» тощо).



Рис. 1. – Страх та негативні очікування у групі вагітних з травматичним тілесним досвідом (порушень репродуктивної функції внаслідок перекручених патернів харчової поведінки і деформацій ваги).

За шкалою «*позитивне минуле*» (див. табл. 2) результати вагітних гр.1 також мають більш низький показник (2, 94) у порівнянні з показником групи

здорових вагітних (3, 41). Спираючись на отримані дані, ми дійшли висновку, що сприйняття минулого періоду життєвого шляху жінок гр.1 (з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП і деформацій ваги) потребує перетрансформації. На наш погляд, здійснити таку перетрансформацію, можливо засобами психокорекції (психотерапії), які дозволяють змінити негативне сприйняття минулого на «нейтральне», або перевести «проблемне минуле» у потенціал (ресурс). Конкретні вправи наведено у нашому практичному керівництві «тренінг нормалізації харчової поведінки» [11].

Аналіз даних за шкалою «фаталістичне теперішнє» (3,11 проти 2,72) показує, що вагітні гр. 1 вважають, що їх особистісна активність ніяк не впливає на те, що з ними відбувається в сьогоденні. Жінки з травматичним тілесним досвідом схильні вважати, що їх здоров'я в теперішній ситуації практично не залежить від їх волі та активності. Інакше кажучи, вони *не відчують (не визнають) особистої відповідальності за свій стан здоров'я і схильні вважати, що інші повинні проявляти про них підвищену турботу і увагу. Непрямо, але це також підтверджує центрованість на минулому негативному досвіді тілесності та впевненість, що керувати процесами тілесності неможливо (ні на фізичному, ні на емоційному рівні). Наведемо приклад особистої історії однієї з наших досліджуваних: «... у мене з 14 років – анорексія, з 18 – булімія. Заміж вийшла у 19 років... Дуже хотіли народити дитину, але я тривалий період не вагітніла. У 24 роки, нарешті, завагітніла. Пам'ятаю свої відчуття ... – це здивування, радість і розгубленість одночасно. В жіночу консультацію прийшла з вагою 49 кг. Стала їсти те, що корисно для здоров'я. Дивно, але стала саме бажати їсти те, від чого давно відмовилася. Це каші, сир, кисле молоко та інша молочка. І, навпаки, мене відвернуло від кави та шоколаду (на яких я «трималася» раніше). Але хвороба-то залишилася, хоча її вплив я відчую менше, ніж до вагітності* (В.Ш.: з нашого погляду, цей вислів респондентки є відображенням функціонування різних механізмів психологічного захисту, насамперед, дисоціації та відчуження, що зумовлюють відмову від особистої

відповідальності за прояви булімії). *Приходжу до висновку, що булімія і вагітність – це явища несумісні. Іноді мучить почуття провини, і від цього впадаю в депресію ... Адже хочеться бути хорошою мамою».*

Порівняння показників за шкалою «Цілі у житті» (тест СЖО) між групою жінок з досвідом лікування безпліддя (31,79) та групою здорових вагітних жінок (36, 53) дозволяє стверджувати, що у жінок першої групи життєві цілі є недиференційованими, недостатньо сформованими, а отже, «розмитими». При цьому, відзначимо, що здорові вагітні орієнтовані на майбутнє (на це вказує тенденція до підвищення нормативних показників за даною шкалою). Напроти, вагітні з досвідом лікування безпліддя не схильні будувати плани на майбутнє та цілком свідомо цього уникають (див. табл. 2). В подальшому, під час психодіагностичної бесіди, нами було з'ясовано, що більшість жінок гр.1 пояснюють свою позицію «не планувати майбутнє» страхом наврочити. З цієї ж причини більшість жінок цієї групи стверджують, що не мають наміру купувати будь-які дитячі речі до пологів. Отже, надмірна тривога за майбутнє у жінок цієї групи обумовлена побоюваннями за перебіг вагітності й пологів внаслідок проблем з ХП та вагою. З нашої точки зору це можна пояснити тим, що багато жінок цієї групи знаходяться в ситуації загрози викидня (чого не було відзначено у групі здорових вагітних).

Задоволеність життям в цілому, що у певному смислі відображують показники шкали «результативність життя» тесту СЖО, у групі вагітних жінок з досвідом безпліддя також значно нижче відповідних показників у групі здорових вагітних – 22,96 проти 29,88 (див. Табл. 33). Навпаки, аналіз даних в групі здорових вагітних за шкалою «результативність життя» дозволив нам констатувати їх задоволеність життям в цілому. Вважаємо, що саме така життєва позиція сприяє формуванню психологічної готовності до материнства – адекватної турботи про здоров'я майбутньої дитини та свого власного (як майбутньої матері), відповідального ставлення за «результат життя» тощо.

Отримані результати цілком узгоджуються з нашим висновком про те, що *коморбідність негативного тілесного досвіду* (порушення репродуктивної функції, необхідність лікування безпліддя внаслідок розладів ХП й порушень ваги) зумовлюють перекручення смислової переробки життєвих подій та стійкі деформації життєвих смислів (як смислових новоутворень), що *знаходить відображення у структурі суб'єктивної картини життєвого шляху*. Окрім цього, ми вважаємо, що саме під впливом перекручених життєвих смислів та деформованих смислових новоутворень формується тривожний та ігноруючий тип переживання вагітності, що ускладнює засвоєння соціальної ролі матері. Означена позиція також висвітлюється у роботах ряду авторів (В.І.Брутман, А.Я. Варги, І.Ю.Хамітової, Т.Д.Василенко, О. П. Проскурняк, О.Тюпті, Г.Г.Філіппової та ін.) про те, що в прийнятті ролі матері визначальну роль відіграє не сама по собі «вагітність» та зміни, які обумовлені станом вагітності, а той сенс, зміст, значення, що мають для жінки стан вагітності та роль матері [2-3; 4; 8; 9; 10]. Переживання вагітності ми розглядаємо з точки зору прийняття або неприйняття соціальної ролі матері.

Узагальнюючи результати дослідження вагітних гр. 1 (з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП і деформацій ваги), ми надійшли висновку, що досвід лікування порушень репродуктивної функції, який залишився у минулому періоді життя, незважаючи на факт реальної вагітності «у теперішньому», продовжує свій негативний вплив на життя жінки, проявляючи себе в особливостях переживання нового тілесного досвіду (досвіду вагітності), деформаціях у жіночій ідентичності та в структурі суб'єктивної картини життєвого шляху.

У наукових працях, що присвячено дослідженню типів переживання вагітності та готовності до материнства зазначено, що процес прийняття соціальної ролі матері є центральним аспектом соціальної ідентичності вагітної жінки і починає проявлятися вже з перших місяців вагітності (В.І.Брутман, С.Ю.Мещерякова, Г.Г.Філіппова, О.П.Проскурняк,

В.С.Шкраб'юк та ін.). Наголошується, що певні уявлення про материнську роль (рольові взаємини в діаді «мати-дитина», готовність стати матір'ю) формуються в контексті повсякденної життєдіяльності у процесі соціального навчання дівчинки - дівчини - жінки і можуть проявлятися ще задовго до реального факту вагітності та появи дитини (через свідомі і несвідомі установки, мотиви, почуття, переживання щодо вагітності, пологів та дитини) [2-3; 4; 5; 8; 12]. У зв'язку з цим вважаємо, що дослідження психологічної готовності до материнства необхідно проводити ще до стикання з фактом реальної вагітності. Це дозволить здійснювати ранню психопрофілактику і психокорекцію неадекватного ставлення до вагітності та материнства.

Дані сучасних досліджень стверджують, що вагітні жінки, які мають *адекватний тип готовності до материнства* в подальшому повністю приймають соціальну роль матері, що проявляється як в адекватній цінності дитини, так і в адекватному материнському ставленні до дитини. Жінки, які мають *тривожний тип готовності до материнства* характеризуються амбівалентним прийняттям соціальної ролі матері, що пов'язано з неадекватним підвищенням цінності дитини. У жінок, що мають ігноруючий тип готовності до материнства спостерігається неприйняття соціальної ролі матері, тобто не відбувається змін у системі соціальних ролей. В подальшому такі жінки проявляють суперечливі материнські патерни поведінки та дисгармонійні типи виховання дитини, що обумовлено незначною цінністю дитини та емоційно-відстороненим ставленням до неї [8; 10].

Виходячи з міркувань та позицій, що зазначені вище, одне із завдань нашого дослідження було спрямовано на *вивчення прийняття соціальної ролі матері (на основі тесту «Фігури»)* у жінок всіх трьох груп, що приймали участь у дослідженні. Отримані результати дозволили визначити відмінності між групами щодо домінуючого типу психологічної готовності до материнства та цінності дитини (див. табл. 3).

**Розподіл типів переживання вагітності,
готовності до материнства та цінності дитини**

Групи	Тип переживання вагітності, готовності до материнства та цінності дитини (%)		
	Адекватний	Тривожний	Ігноруючий
Вагітні з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП й ваги (гр. 1)	33,5	59,3	7,4
Жінки з проблемами ХП й ваги, які не бажають народжувати дитину (гр. 2)	-	14,8**	85,2
Здорові вагітні (гр. 3)	55,5	29,6*	14,8
Статистичні відмінності за критерієм Фішера	$p \leq 0,05$	** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$

Аналіз даних, що відображені в табл. 3 дозволяє стверджувати, що у жінок *гр.2* (які заявляють про своє небажання народжувати дитину на тлі проблем ХП й ваги) відсутня цінність дитини, і відповідно, у них не діагностується адекватний тип готовності до материнства. В той же час, у 14,8% даної групи виявлений амбівалентний тип психологічної готовності до материнства, що свідчить про конфліктне прийняття соціальної ролі матері; у 85,2% встановлений ігноруючий тип психологічної готовності до материнства що підтверджує неготовність до виконання ролі матері (навіть до її повного відторгнення), як на свідомому, так і на несвідомому рівнях.

Аналіз даних таблиці 3 у групі *здорових вагітних* (гр. 3) дозволяє стверджувати, що в цілому вагітність сприймається позитивно й адекватно (55,5%). Тривога і неспокій здебільшого пов'язані з побоюваннями з приводу здоров'я майбутньої дитини або особливостей протікання пологів, що обумовлюють тривожний тип готовності до материнства (29,6%). Інакше кажучи, активність здорових вагітних в основному спрямована на забезпечення адекватних умов розвитку плоду. Ігноруючий тип готовності материнства у даній виборці складає лише 14,8%.

У групі жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП та ваги переважним виявився тривожний тип переживання вагітності та

готовності до материнства (59,3%), що має статистичні відмінності у порівнянні з жінками гр.2 ($\varphi=3,56$; $p \leq 0,01$) та з жінками гр. 3 ($\varphi=2,23$; $p \leq 0,05$).

На нашу думку, це можна пояснити, з однієї сторони, надмірною значимістю стану вагітності «власно для себе» та підвищеною цінністю майбутньої дитини, з іншої сторони – наявністю різноманітних страхів (що розглядалося нами вище). У ході подальшого дослідження (під час опитування та бесіди), нами було з'ясовано, що зниження або підвищення активності дитини (ворушіння плоду) фіксує увагу жінок на дискомфортних відчуттях, підвищує зосередженість на тривожних думках та негативних почуттях щодо особливостей протікання вагітності й пологів, здоров'я майбутньої дитини або власного здоров'я тощо. На нашу думку, саме переживання подібного роду викликають труднощі в засвоєнні нової соціальної ролі та обумовлюють домінування амбівалентного типу прийняття ролі матері.

Адекватний тип переживання вагітності, який свідчить про повне прийняття соціальної ролі матері у даній групі складає всього третину вибірки (33,5%), що значущо нижче у порівнянні з групою здорових вагітних (55,5%; $\varphi=1,75$; $p \leq 0,05$). При цьому, незважаючи на бажану, і в деякому розумінні, вистраждану вагітність, у 7,4 % вагітних першої групи констатується ігноруючий тип відношення до дитини, що свідчить про психологічну неготовність до материнства.

Результати щодо низького рівня сформованості психологічної готовності до материнства, що отримані нами у групі жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП й ваги, ми пояснюємо, з одного боку, впливом деструктивних мотивів вагітності, з іншого – впливом негативної антиципації, що детермінує появу різноманітних страхів. Переважна більшість страхів пов'язана з негативними очікуваннями у майбутньому (зокрема, негативним змінами у зовнішності, відсутністю

вільного часу; погіршенням відносин з чоловіком, друзями і родичами; погіршенням матеріального становища тощо).

З метою уточнення існуючих *мотивів вагітності* у гр.1 і гр. 3, ми ініціювали бесіду певного змісту: *«Різні жінки називають різні причини, які спонукають їх народити дитину. Для нас цінною є кожна думка. Чи можете Ви поділитися своїми думками з цього приводу? Які зміни, на Вашу думку, очікують на Вас у зв'язку з появою дитини? Як конкретно зміниться Ваше життя?»*.

Результати якісного та кількісного аналізу виявили значущі відмінності між групами вагітних жінок. Так, аналіз даних у *групі здорових вагітних* (гр.3) показав що, незважаючи на наявність у певній частині респонденток різних деструктивних мотивів вагітності (37%), у більшості досліджуваних (89%) виявлено конструктивні мотиви (бажання стати матір'ю і віддавати свою любов, ніжність, турботу та досвід рідній людині, продовжити рід, подарувати нове життя та виховати хорошу людину та ін.).

Незважаючи на високу мотивованість народити дитину й стати матір'ю у групі *жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП й ваги* (гр.1) спостерігається зворотна тенденція. Зокрема, поряд із конструктивними мотивами, превалюючими виявилися деструктивні мотиви (згідно класифікації Н.І. Оліфірович, Т.А. Зінкевич-Куземкіної, Т.Ф.Валенти) [7]. Так, 64% вибірки відзначили своє бажання: *«уникнути самотності та отримати надійну підтримку в старості», «відчувати справжню любов до себе від когось Іншого, хоча б від дитини», «заповнити порожнечу у душі», «позбавитися від відчуття власної непотрібності», «нарешті отримати безумовну любов, нестачу якої завжди відчувала з самого дитинства»* тощо. 35% відзначили, що до вагітності дуже страждали від самовідчуття себе «пустоцвітом» та усвідомлення власної неповноцінності (ущербності, ненормальності, дефективності). Отже факт «вагітності» дозволив їм підвищити самооцінку, відродити відчуття впевненості у собі та на цій підставі відчувати себе «нормальною жінкою». 29% респонденток означеної

групи висловили думку про те, що «сім'я без дитини є неповноцінною»; 19% визнають, що народжують задля чоловіка або для того, щоб «прив'язати» чоловіка до себе; 15% виявили прагнення до відповідності соціальним очікуванням (*«усі подруги вже мають дітей»*, *«батьки замучили питанням: коли ви нам подаруєте онуків?»*, *«невдовзі спливе сприятливий час для народжування»*, *«вже нема куди затягувати з народжуванням дитини»* тощо).

Отримані результати щодо «мотивів вагітності», з одного боку, пояснюють наявність значної частки вагітних жінок для яких притаманний тривожний та ігноруючий тип материнства (що свідчить про викривлене відношення до дитини), з іншого – надають можливість означити фокус уваги психокорекції (психотерапії). Аналіз отриманих даних дозволяє стверджувати, що майбутня дитина у групі вагітних жінок з досвідом лікування безпліддя набуває надмірну значимість. Але, на нашу думку, саме надмірна значимість дитини на тлі деформацій ідентичності, що виникають під впливом негативного тілесного досвіду (проблем ХП й ваги в поєднанні з досвідом порушень репродуктивної функції) у більшості випадків зумовлюють формування амбівалентного та ігноруючого типів материнства, що перешкоджає повному і адекватному засвоєнню материнської ролі, і тому вимагають психологічного втручання.

Отримані результати дають нам підстави для виокремлення напрямів подальшої психокорекційної роботи (у відповідності до нашої графічної концепції тренінгу нормалізації харчової поведінки, зокрема, векторів: «Турбота про себе», «Прихильність до інших: оптимізація відносин з іншими», «Відновлення контакту з тілом», «Нормалізація відношень з їжею») [11].

Узагальнення результатів емпіричного дослідження вагітних жінок з метою вивчення особливостей трансформації внутрішньої картини життєдіяльності (суб'єктивної картини життєвого шляху) під впливом

травматичного тілесного досвіду дозволило нам дійти до наступних висновків:

1. Встановлено, що незважаючи на реальну вагітність у «теперішньому» (нову соціальну ситуацію розвитку жінки), фіксація («зацикленість») на минулому травматичному досвіді безпліддя внаслідок проблем ХП та ваги продовжує свій негативний вплив, що обумовлює певні деформації жіночої ідентичності й викривлення в суб'єктивній картині життєвого шляху.

2. З'ясовано, що характерними особливостями вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки й ваги (у порівнянні зі здоровими вагітними) виступають:

- викривлення часових та смислових аспектів у суб'єктивній картині життєвого шляху, які проявляються у незбалансованості часової перспективи, центрованості на минулому негативному досвіді тілесності, фіксованості на фаталістичному теперішньому, зниженому рівні задоволеності результативністю життя та цілеспрямованості, відсутністю особистої відповідальності за стан свого здоров'я;

- виражений дисбаланс емоційної сфери, що знаходить відображення у контексті негативних подій, в особливостях самовідчуття й самосприйняття тілесності та наявності різноманітних страхів;

- високий рівень рефлексивності, що сприяє перетрансформації ідентичності жінки, переосмисленню відношень із дійсністю та створенню більш гармонічної системи відношення до себе та інших («із собою», «іншими», «тілом» та «їжею»).

3. Описано, що особливості перетрансформації ідентичності жінки з травматичним тілесним досвідом (лікування безпліддя внаслідок проблем ХП й ваги) у період очікування дитини обумовлюються активізацією процесів усвідомлення й переосмислення ситуації вагітності. Результатом переосмислення є: прийняття ситуації вагітності, ролі матері й свого нового статусу; визнання перекручених стереотипів харчової поведінки й деформацій ваги як несумісних з формуванням і розвитком майбутньої

дитини; готовність заради здоров'я майбутньої дитини до суттєвих змін у власних способах буття (режиму, раціону та звичних стратегій харчування, способах приготування їжі тощо)

3. Визначено, що формування материнської ідентичності здійснюється під впливом контексту всього життєвого шляху. Адекватний тип готовності до материнства визначається позитивним досвідом дитячо-батьківських взаємовідносин, позитивним досвідом відношень у власній родині вагітної жінки (стосунків із чоловіком) та здатністю до переосмислення власних позицій щодо реалізації ролі матері.

4. Встановлено, що у групі жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП та ваги переважним є тривожний тип психологічної готовності до материнства, що супроводжується амбівалентним ставленням до майбутньої дитини та ролі матері. Вивчення контексту життєвого шляху жінок цієї групи дозволяє стверджувати, що на формування тривожного типу психологічної готовності до материнства впливають наступні чинники:

а) «непроробленість» травматичного досвіду тілесності та фіксованість на минулих переживаннях у зв'язку з безпліддям внаслідок дезадаптивних патернів харчової поведінки та деформацій ваги;

б) негативне сприйняття «теперішнього» і «майбутнього» у зв'язку з очікуванням негативних змін у власному житті (як у зовнішності, так і у способах буття в цілому);

в) надмірна значимість «ситуації вагітності» та «наявності дитини», що суб'єктивно підтверджує «жіночу повноцінність» («нормальність») та можливість «реалізуватися у материнській ролі»;

г) негативні переживання, що пов'язані з різноманітними страхами й побоюваннями за перебіг вагітності й пологів;

д) деструктивні мотиви вагітності;

е) внутрішній конфлікт між «необхідністю» відмовитися від перекручених патернів харчової поведінки та «нездатністю» стабільно додержуватися адекватної харчової поведінки навіть заради здоров'я дитини.

У випадку домінування патологічних механізмів психологічного захисту (дисоціація, відчуження, центрація та ін.) перекручені патерни харчової поведінки інтерпретуються жінкою як «зовнішнє явище», що знаходиться поза зоною її власної відповідальності та компетенції, і відповідно, вважаються такими, що не підлягають керованому контролю.

5. Серед жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП й ваги виявлена певна частка осіб, що мають ігноруючий тип психологічної готовності до материнства. З'ясовано, що на формування означеного типу психологічної готовності до материнства впливають невирішені проблеми у батьківській та власній родині на тлі негативного трактування різних подій життєвого шляху.

6. У жінок з розладами харчової поведінки та деформаціями ваги (травматичним досвідом тілесності) у комбінації з установкою «на життя без дітей» виявлені чинники порушення смислової переробки життєвого досвіду. Окрім фіксованості на негативних переживаннях минулого у суб'єктивній картині життєвого шляху виокремлюється спрямованість на задоволення рекреаційних і матеріальних потреб як головних чинників якості життя, що зумовлює знецінення таких життєвих ситуацій як «вагітність» і «народження дитини».

7. Представлено, що травматичний досвід тілесності можна розглядати еквівалентним стану «навченої безпорадності», що в подальшому потребує проведення психокорекції. Серед основних напрямів психокорекційної роботи, що спрямована на формування гармонійного ставлення до власної тілесності та нормалізації харчової поведінки ми виокремлюємо наступні вектори: «Турбота про себе», «Відновлення контакту з тілом», «Нормалізація відношень з їжею», «Прихильність до інших: оптимізація відношень з іншими».

Список використаних джерел

1. Безносок Е. В. Современные представления о нервной анорексии / Е.В.Безносок, Е. Е. Филин // Медицинская помощь. – 1995. – № 2. – С. 18–20.

2. Брутман В. И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери / В. И. Брутман, А. Я. Варга, И. Ю. Хамитова // Психол. журнал. – 2000. – Т. 21. – № 2. – С. 79-87.
3. Брутман В. И. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В. И. Брутман, Г. Г. Филиппова, И.Ю.Хамитова // Вопр. психологии. – 2002. – № 3. – С. 110-118.
4. Василенко Т.Д. Особенности системы ролей беременной женщины, ожидающей первого ребенка [Электронный ресурс] / Т.Д. Василенко, М.Е. Ившина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. – N 5. – Режим доступа: medpsy.ru
5. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству / С. Ю. Мещерякова // Вопр. психологии. – 2000. – № 5. – С. 18-27.
6. Низамова А. Ф. Влияние фактического питания беременных женщин на течение беременности и родов / А.Ф. Низамова // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С. 169–170.
7. Олифирова Н.И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифирова, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – СПб.: Речь, 2006. – 260 с.
8. Проскурняк О. П. Чинники та етапи становлення материнства / О. П. Проскурняк // Практична психологія та соціальна робота. – К., 2007. – № 3. – С. 13–16.
9. Тюття О. Материнство-батьківство як соціокультурні феномени / О. Тюття // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка : Серія Психологія. Педагогіка. Соціальна робота. – 2013. – № 1 (7). – С.80-83.
10. Филиппова Г. Г. Нарушение репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы / Г. Г. Филиппова // Журнал практич. психол. – 2003. – № 4-5. – С. 83-107.
11. Шебанова В.И. Тренинг нормализации пищевого поведения: Программа психологического сопровождения на пути к свободе от переизбытка «Парус мечты». Практическое руководство / В.И. Шебанова. – Херсон : ПП Вишемирский В. С., 2014. – 394с.

12. Шкраб'юк В. С. Відмова від материнства як психологічна проблема / В.С. Шкраб'юк // Теоретичні і прикладні проблеми психології. – 2013. – № 3 (32). – С. 317-321.
13. Ball K. Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women / K. Ball, C. Lee // Int. J. Eat. Disord. – 2002. – Vol. 31. – №1. – P.71-81.
14. Favaro A. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa / A. Favaro, E.Tenconi, P. Santonastaso // Arch. Gen. Psychiatry. – 2006. – № 63(1). – P. 82–88.

Транслітераційний переклад списку використаних джерел

1. Beznosjuk E. V. Sovremennye predstavlenija o nervnoj anoreksii / E.V.Beznosjuk, E. E. Filin // Medicinskaja pomoshh'. – 1995. – № 2. – S. 18–20.
2. Brutman V. I. Vlijanie semejnyh faktorov na formirovanie deviantnogo povedenija materi / V. I. Brutman, A. Ja. Varga, I. Ju. Hamitova // Psihol. zhurnal. – 2000. – Т. 21. – № 2. – S. 79-87.
3. Brutman V. I. Metodiki izuchenija psihologicheskogo sostojanija zhenshhin vo vremja beremennosti i posle rodov / V. I. Brutman, G. G. Filippova, I. Ju. Hamitova // Vopr. psihologii. – 2002. – № 3. – S. 110-118.
4. Vasilenko T.D. Osobennosti sistemy rolej beremenoj zhenshhiny, ozhidajushhej pervogo rebenka [Jelektronnyj resurs] / T.D. Vasilenko, M.E. Ivshina // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. 2011. – N 5. – Rezhim dostupa: medpsy.ru
5. Meshherjakova S. Ju. Psihologicheskaja gotovnost' k materinstvu / S. Ju. Meshherjakova // Vopr. psihologii. – 2000. – № 5. – S. 18-27.
6. Nizamova A. F. Vlijanie fakticheskogo pitanija beremennyh zhenshhin na techenie beremennosti i rodov / A.F. Nizamova // Materialy VII Rossijskogo foruma «Mat' i ditja». – M., 2005. – S. 169–170.
7. Olifirovich N.I. Psihologija semejnyh krizisov / N. I. Olifirovich, T. A. Zinkevich-Kuzemkina, T. F. Velenta. – SPb.: Rech', 2006. – 260 s.

8. Proskurnjak O. P. Chinniki ta etapi stanovlennja materinstva / O. P. Proskurnjak // Praktichna psihologija ta social'na robota. – K., 2007. – № 3. – S. 13–16.
9. Tjuptja O. Materinstvo-bat'kivstvo jak sociokul'turni fenomeni / O. Tjuptja // Visnik Kiïvs'kogo nacional'nogo universitetu imeni Tarasa Shevchenka : Serija Psihologija. Pedagogika. Social'na robota. – 2013. – № 1 (7). – S.80-83.
10. Filippova G. G. Narushenie reproduktivnoj funkcii i ih svjaz' s narushenijami v formirovanii materinskoj sfery / G. G. Filippova // Zhurnal praktich. psihol. – 2003. – № 4-5. – S. 83-107.
11. Shebanova V.I. Trening normalizacii pishhevogo povedenija: Programma psihologicheskogo soprovozhdenija na puti k svobode ot pereedanija «Parus mechty». Prakticheskoe rukovodstvo / V.I. Shebanova. – Herson : PP Vishemirskij V. S., 2014. – 394s.
12. Shkrab'juk V. S. Vidmova vid materinstva jak psihologichna problema / V.S. Shkrab'juk // Teoretichni i prikladni problemi psihologii. – 2013. – № 3 (32). – S. 317-321.
13. Ball K. Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women / K. Ball, S. Lee // Int. J. Eat. Disord. – 2002. – Vol. 31. – №1. – P.71-81.
14. Favaro A. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa / A. Favaro, E.Tenconi, P. Santonastaso // Arch. Gen. Psychiatry. – 2006. – № 63(1). – P. 82–88.

V. I. Shebanova Influence traumatic experience of corporeality on subjective picture of life's journey of the individual (for example, pregnant women with experience in treating infertility due to problems eating behavior and of deformations weight). The article presents a generalization results, of empirical research pregnant women, purpose of which was to investigate features of transformation of internal picture of life (subjective picture of life's journey) under the influence of traumatic experience of corporeality. Established that despite the real pregnancy in the «present» (new social situation of women) fixation («obsession») in the past traumatic experience infertility problems due to disorders

of eating behavior and weight continues its negative impact, which causes certain deformation of female identity and distortions in the subjective picture of life. It was found characteristic features of pregnant women with experience in treating infertility due to problems of eating behavior and weight. Determined, that the formation of the parent identity carried out under influence of context whole way of life.

Presented by, that traumatic experience of corporeality can be regarded an equivalent of state of «trained helplessness», which demands carrying out in the further of psychocorrection. The main directions of psychocorrection that is directed to the formation of a harmonious relationship to its own of corporeality and normalization of eating behavior we distinguish the following vectors: «Concern for yourself», «Restoration of contact with the body», «Normalization of relations with food», «Commitment to others: optimization relationships with others».

Keywords: subjective picture of life's journey, traumatic experience of corporeality, pregnant women, eating disorders.

Відомості про автора (українською і англійською мовами):

Шебанова Віталія Ігорівна, кандидат психологічних наук, доцент, докторант факультету психології, кафедри психодіагностики та клінічної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м.Київ, Україна.

Shebanova Vitaliya Ihorivna, Candidate of Psychological Science, Assistant Professor, doctoral student of the Department of Clinical Psychology and Psychodiagnostic, Kyiv Taras Shevchenko National University, Kyiv, Ukraine.

Шебанова В.І. Вплив травматичного тілесного досвіду на суб'єктивну картину життєвого шляху особистості (на прикладі вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій ваги) / В.І.Шебанова бібліограф.: 25 назв. – укр.

У статті представлено узагальнення результатів емпіричного дослідження вагітних жінок з метою вивчення особливостей трансформації внутрішньої картини життєдіяльності (суб'єктивної картини життєвого шляху) під впливом травматичного тілесного досвіду. Встановлено, що незважаючи на реальну вагітність у «теперішньому» (нову соціальну ситуацію розвитку жінки), фіксація («зацикленість») на минулому травматичному досвіді безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки та ваги продовжує свій негативний вплив, що обумовлює певні деформації жіночої ідентичності й викривлення в суб'єктивній картині життєвого шляху. З'ясовано характерні особливості вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки й ваги. Визначено, що формування материнської ідентичності здійснюється під впливом контексту всього життєвого шляху.

Представлено, що травматичний досвід тілесності можна розглядати еквівалентним стану «навченої безпорадності», що в подальшому потребує проведення психокорекції. Серед основних напрямів психокорекційної роботи, що спрямована на формування гармонійного ставлення до власної тілесності та нормалізації харчової поведінки ми виокремлюємо наступні вектори: «Турбота про себе», «Відновлення контакту з тілом», «Нормалізація відношень з їжею», «Прихильність до інших: оптимізація відношень з іншими».