

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

**ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ
ПІД ВПЛИВОМ ТРАВМАТИЧНОГО ТІЛЕСНОГО ДОСВІДУ**

Анотація. У статті розглянуто особливості контексту життєвого шляху та його сприйняття, що формується під впливом травматичного тілесного досвіду (на прикладі вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій 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. Приведен анализ влияния 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) є досить частою причиною звертання за психологічною й медичною допомогою. Так, за даними О.Швець, (спеціалісту МОЗ України з дієтології) 16 % українських чоловіків та 20% жінок страждають на ожиріння, а близько 50% усіх українців – на надмірну вагу. Експерти ВООЗ зазначають, що у порівнянні з 1980 роком, кількість людей із надмірною вагою у світі подвоїлася. Зважаючи на темп зростання кількості людей хворих на ожиріння Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила про початок всесвітньої епідемії ожиріння. Занепокоєність фахівців цим питанням обумовлена негативними наслідками цієї хвороби (ішемічна хвороба серця, гіпертонія, атеросклероз, цукровий діабет, дискінезія жовчного міхура, остеохондроз хребта, поліартрит, тромбофлебіт вен нижніх кінцівок, лімфостаз та ін.), що скорочує життя в середньому на 10-15 років (та відповідно може коштувати світовій економіці 30 трлн. доларів).

Дослідження Національної Програми Обстеження дітей (Англії, Шотландії, Північної Ірландії, Уельсу) зазначають, що 22% 5-річних дітей та 33% 11-річних страждають від надмірної ваги та ожиріння, а отже мають підвищений ризик захворіти на порушення серцево-судинної системи, включаючи підвищений тиск (у порівнянні з дітьми, що мають нормальну вагу). Також привертає до себе увагу проблема, що пов'язана з надмірною худорлявістю – нервовою анорексією. Відповідні результати досліджень за останні роки показують, що це захворювання зафіксовано у 5% людей (у той час як лише 30 років тому воно відмічалось/фіксувалося у 2-3 % населення Землі). Показники анорексії у fashion-сфері (моделі, балерини, танцюристи тощо) понад 70%. З'явився навіть науковий термін, який описує таку тенденцію, як «анорексичний вибух в популяції». Така тенденція до зростання викликає зрозумілу занепокоєність спеціалістів, тому що смертність від анорексії, при відсутності ефективного лікування

становить 10-20% (тобто кожний п'ятий хворий гине від втрати контролю над процесом схуднення). При цьому найпоширеніші причини смерті — виснаження організму, серцева недостатність, приєднання вторинних інфекцій наслідком яких є пневмонія, набряк легенів, туберкульоз тощо, а також суїциди. За даними численних опитувань, анорексія посідає третє місце серед найпоширеніших хронічних захворювань у підлітків. Середній вік початку розладів харчової поведінки – 11-13 років. Понад 50% дівчат у віці між 13 і 15 роками вважають, що у 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 після 40 років – 85% мають бажання знизити вагу, що при стійкій 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 у найближчій соціальній перспективі.

У статті представлено узагальнення результатів емпіричного дослідження вагітних жінок з метою вивчення особливостей їх сприйняття контексту 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 (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 з особистісною незрілістю, порушеннями статево-рольової ідентифікації, дезадаптивними формами переживання щодо стресових подій у власному житті [1; 2; 5; 15; 17].

Шеренг науковців (А. Easter, S. Koubaa, S. Lähteenmäki, M.S. Linna, N. Micali, A.M.Siega-Riz, J.T.Suokas 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) [4; 6; 7; 8-9; 10-12; 14; 16].

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.). 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 самосприйняття тілесності, процесах осмислення життя та уявленнях про нього тощо).

Мета 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. Респонденти для даного емпіричного дослідження добиралися відповідно до певних критеріїв та представлено трьома групами:

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 випливало, 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 визначення особливостей сприйняття життєвого шляху респондентів за допомогою методики «Психологічна автобіографія» (Л.Ф.Бурлачук, О.Ю.Коржова) [3]. Дана методика дозволяє визначити (з погляду самих досліджуваних) важливі події життя, що відбулися у минулому та можуть відбутися у 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 представлені на рис. 1.

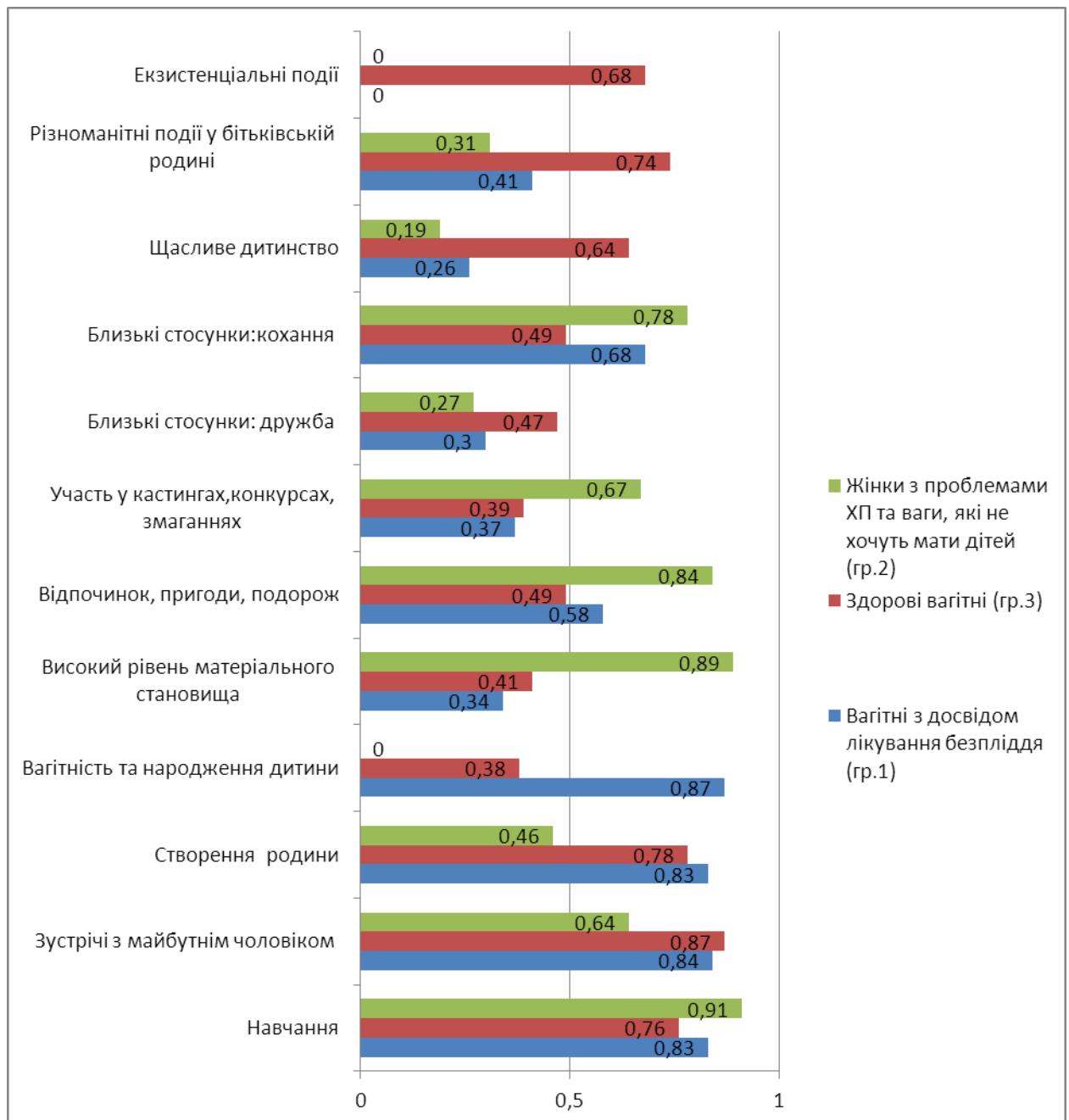


Рис. 1. – Частота прояву позитивних життєвих подій у досліджуваних групах:

а) гр.1 – вагітні жінки з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП й деформацій ваги; б) гр. 3 – здорові вагітні; в) гр. 2 – жінки з проблемами ХП й деформаціями ваги, що заявляють про своє небажання мати дітей.

Аналіз *позитивних життєвих подій*, що виступають контекстом теперішнього періоду життя вагітних першої групи (*жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП й деформацій ваги*) показує, що найбільшого значення для них мають наступні 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, що більшість респонденток даної групи описують такі події свого життя як «вагітність» та «появу майбутньої дитини» у екзальтованих (піднесених, пафосних) фразах: *«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 дужеприємно відчувати себе причетною до цього таїнства»*, *«нас, жінок, Бог нагородив особливим даром – здатністю дарувати життя і це Велич жінки»* та ін.

У групі здорових вагітних жінок серед позитивних життєвих подій найчастіше були відзначені наступні події: «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 та святкування різних подій у родинному колі, повернення батька в родину або відновлення родинних стосунків з батьком після його зради та ін.). У вагітних гр.3, на відміну від жінок гр1., ми не зустріли екзальтованих описів щодо факту їх вагітності. На наш погляд, це свідчить про більш врівноважену внутрішню позицію. Інакше кажучи, саме відсутність зацикленості на таких подіях життєвого шляху як «вагітність» та «поява дитини» дозволяє жінкам гр.3 сформуванню більш адекватну позицію щодо майбутньої дитини та до себе (як матері).

Поряд з тим, що вже розглянуто вище, ще однією якісно відмінною рисою групи здорових вагітних жінок (у порівнянні з гр. 1), є наявність категорії «екзистенціальні події» з частотою прояву 0,68. У дану категорію ми включали такі події життєвого шляху, які свідчать про високу значимість духовного розвитку (особистісного зростання) та 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 з метою зростання мого Духа», «заняття йогою», «планую створювати та розробляти нові освітні програми, написати книгу» та ін.

У групі 2 (жінок, які заявляють про своє небажання мати дітей внаслідок проблем ХП і ваги), серед позитивних подій життєвого шляху, що займають домінуючі позиції, поруч із категорією «навчання» (0,91) виокремлюються також інші категорії, зокрема: «участь у кастингах, конкурсах, змаганнях» (0,67), «близькі стосунки: кохання» (0,78), «гарний та 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 (у порівнянні з результатами гр. 1 та гр. 3, $p \leq 0,05$), але і за семантичним контекстом («якістю формулювання подій»). Зокрема, якщо респондентки гр. 1 та гр. 3 найчастіше висловлюють надію на покращення матеріального становища для себе та членів своєї родини (хочу покращити фінансове становище – купити квартиру, меблі, машину тощо), то респондентки гр. 2 виокремлюють фактор *матеріального становища як головний, від чого залежить якість їх життя взагалі*: «вважаю, що я прийшла у цей світ для щоб жити красиво, багато й щасливо, тому маю намір 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 проявляються у категорії «участь у кастингах, конкурсах, змаганнях». Зокрема, у гр. 2 (у порівнянні з гр. 1 та

гр. 3) частіше зустрічаються різноманітні конкурси краси, кастинги моделей, талантів та події, що з ними пов'язані (серед основних подій згадуються конкурси за титул «Міс міста», «Міс Таврії», «Принцеса міста», «Х-Фактор», «Танцюю для тебе», «Фабрика зірок», «приз глядацьких симпатій», «безкоштовна фотосесія у якості подарунка», «запрошення працювати на ТВ у якості ведучої дитячої рубрики» та ін.).

Навпаки, респондентки гр. 1 та гр. 3, 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, що з цим пов'язані (призова поїздка за перемогу у конкурсі МАН, відчуття гідності та визнання, здивування тим, що Я або мої роботи можуть когось зацікавити тощо).

Найменше значення (у порівнянні з іншими групами) у гр.2 одержали наступні категорії: «щасливе дитинство» (0,19), «близькі відносини: дружба» (0,27), «різноманітні події в батьківській родині» (0,31).

Відмінною рисою жінок гр. 2 є їхня орієнтація на життя без дітей. У ході психодіагностичної бесіди досліджувані повідомляли, що на їхню думку, життя без дітей є набагато цікавішим й продуктивнішим. Подібна позиція, на наш погляд, свідчить про неусвідомлювану й свідому відмову від материнства та у певному сенсі 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 дитину – 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 джерело головного болю, 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 попри все намагаються стати матір'ю – навіть через штучне запліднення або сурогатне материнство»; «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 вирощувати дитину..., бо це невдячна справа», «...мені зараз зовсім не до дитини – хоч б самій собі дати раду...» тощо.

Аналіз контексту *негативних життєвих подій* (див. рис. 2) у групі жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП й ваги дозволив виокремити наступні категорії: «тривале лікування безпліддя на тлі проблемної ХП й деформацій ваги» (0,89), «проблеми з власним здоров'ям» (0,81), «розчарування у коханні, розрив стосунків (0,76). Достатньо високу частку складала також категорія «ситуації приниження» (0,68) та категорія «негативні зміни внаслідок вагітності та материнства» (0,67). При цьому відзначимо, що у гр.1 та гр.2 частка осіб, які згадували ситуації приниження (0,68 і 0,65, відповідно) зустрічається значно частіше, ніж у групі «здорових вагітних» (0,26; $p \leq 0,01$).

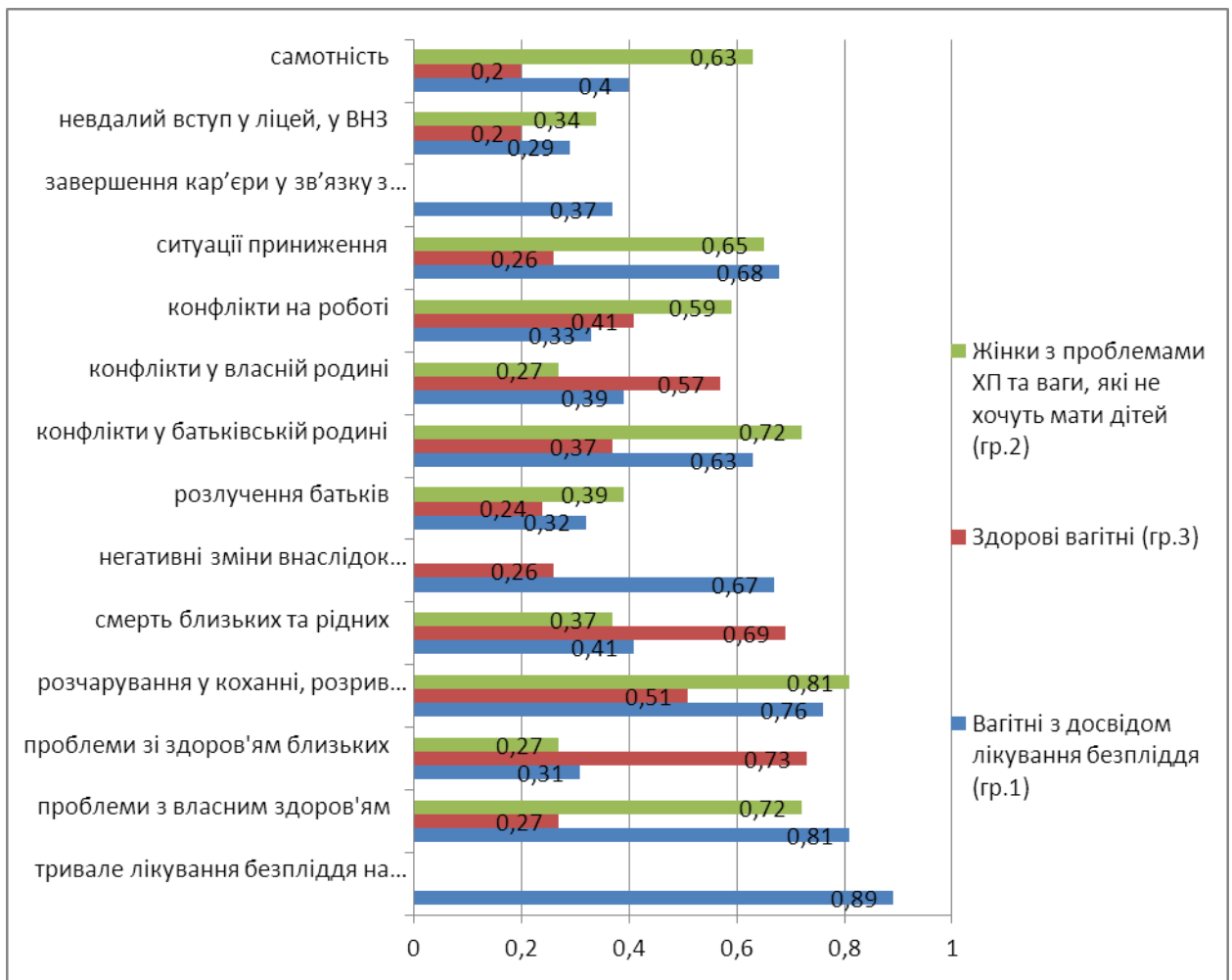


Рис. 2. – Частота прояву негативних життєвих подій у досліджуваних групах:

гр.1 – вагітні з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП й деформацій ваги; гр.3 – здорові вагітні; гр. 2 – жінки із проблемами ХП й деформаціями ваги, що заявляють про своє небажання мати дітей.

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 внаслідок чого він впав з дивана»; «...дід частенько шматував мене ременем, затискаючи мою голову між своїх ніг»; «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 у першій та другій вибірках). Наведемо окремі висловлювання: *«батько кличе мене вечеряти: жиртрест, іди-но жерти, бо без вечері залишишся»*; *«на мої слова: я дуже хочу їсти, мама відповідає: ти й так товста»*; *«згадую, як мати, навіть після блювоти примушує мене їсти ненависну гарбузову кашу»* тощо.

Змістовний аналіз негативних подій, які увійшли до категорії *«негативні зміни внаслідок вагітності й материнства»* показує, що різноманітні обмеження в життєдіяльності й зміни зовнішності, які передбачаються жінками внаслідок вагітності, викликають у них сильне емоційне напруження та зумовлюють різноманітні страхи (що розглянуто нами вище).

Окремої уваги та пояснення потребує той факт, що категорія *«конфлікти у батьківській родині»* у гр.1 і гр. 2 зустрічається частіше, ніж *«конфлікти у власній родині»*. Зокрема, у гр.1 (0,63 проти 0,39) та у гр. 2 (0,72 проти 0,27). Зворотна тенденція спостерігається у групі здорових вагітних (0,37 проти 0,57). Означена тенденція, що спостерігається у групах жінок з харчовими розладами й деформаціями ваги (гр.1 та гр.2) підтверджує фіксованість жінок на конфліктних ситуаціях у батьківській родині (проблемах минулого періоду життя). На наш погляд, це непрямо свідчить про недостатню готовність жінок брати відповідальність за вирішення власних проблем на себе.

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»*) [13].

Висновки. Отримані дані підтверджують вплив травматичного тілесного досвіду (деформацій ваги, порушень харчової поведінки та репродуктивної функції) на особливості сприйняття контексту життєвого шляху особистості. Встановлено, що у групах жінок з травматичним тілесним досвідом (деформаціями ваги, порушеннями харчової поведінки та коморбідними порушеннями репродуктивної функції) «ситуації приниження» виявляються значно частіше, 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 або «заикленість» на минулому травматичному досвіді безпліддя внаслідок проблем ХП та ваги продовжує свій негативний вплив, що зумовлює певні викривлення у сприйнятті контексту життєвого шляху. Перекручення сприйняття життєвого шляху виникають під впливом:

- довготривалого очікування та фіксованості на негативних змінах у власному житті (як у зовнішності, так і у способах буття в цілому);
- надмірної значущості «ситуації вагітності» («наявності дитини», «можливості реалізуватися у материнській ролі»), що виступає суб'єктивним підтвердженням «жіночої повноцінності» («нормальності»);
- негативних переживань, які пов'язані з різноманітними страхами й побоюваннями за перебіг вагітності й пологів.

У жінок з розладами харчової поведінки та деформаціями ваги (травматичним досвідом тілесності) у комбінації з установкою «на життя без дітей» виявлена фіксованість на негативних переживаннях минулого у сприйнятті контексту 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».

Бібліографічні посилання

1. Ball K. and C. Lee (2002), «Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women», *Int. J. Eat. Disord*, Vol. 31, No. 1, pp.71-81.
2. Beznosyuk E.V. and E. E Filin (1995), «Modern ideas about anorexia», *Medical Assistance*, No. 2, pp. 18-20.
3. Burlachuk L. F. and Korzhova E.Yu. (1998), *Psychology of life situations*, Russian Pedagogical Agency, Moscow.
4. Easter, A., Bye, A., Taborelli, E. et al, (2013), «Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy?», *Eur Eat Disord Rev*, Vol. 21, pp. 340–344.
5. Favaro A., Tenconi E. and Santonastaso P. (2006), Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa / // *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 63 Issue 1, pp. 82–88.
6. Koubaa, S., Hällström, T., Hagenäs, L., and 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, pp. 1413–1422.
7. Lähteenmäki, S., Saarni, S., Suokas, J. et al, (2014) «Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland», *Nord J Psychiatry*, Vol. 68, pp. 196–203.
8. Linna, M.S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J.M., Suokas, J.T. and Gissler, M. (2013) «Reproductive health outcomes in eating disorders», *Int J Eat Disord*, Vol. 46, pp. 826–833.
9. Linna M.S, Raevuori A, Haukka J, et al. (2014) «Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders», *Am J Obstet Gynecol*, Vol. 211, p. 392.

10. 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», *J Psychosom Res*, Vol. 63, pp. 297–303.
11. Micali, N., Treasure, J. (2009) «Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review», *Eur Eat Disord Rev*, Vol. 17, pp. 448–454.
12. Micali, N., De Stavola, B., dos-Santos-Silva, I. et al (2012) «Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population-based cohort study», *BJOG*, Vol. 119, pp. 1493–1502.
13. Shebanova V. I. (2014), Training normalization of eating behavior: The program of psychological support on the way to freedom from overeating "Sail dream." Practical Guide, PP Vishemirsky, Kherson.
14. Siega-Riz, A.M., Von Holle, A., Haugen, M. et al, (2011) «Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort», *Int J Eat Disord*, Vol. 44, pp. 428–434.
15. Solmi, F., Sallis, H., Stahl, D., Treasure, J., and Micali, N. (2014) «Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa», *Epidemiol Rev*, Vol. 36, pp. 49–56.
16. Suokas, J.T., Suvisaari, J.M., Gissler, M. et al. (2013) «Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010», *Psychiatry Res*, Vol. 210, pp. 1101–1106.
17. Watson, H.J., Von Holle, A., Hamer, R.M. et al, (2012) «Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort», *Psychol. Med.*, Vol. 20, pp. 1–12.

Vitalia Shebanova

Peculiarities of perception of the life way under the influence of traumatic corporal experience

Background. In determining whether influence of traumatic corporal experience on the context of the life way has been established a variety of aspects of its influence, the most significant of which is fixed on the negative experiences of the past.

Objective. The objective of this research was to investigate of perception peculiarities of the context of the life way under the influence of traumatic corporal experience (deformations of weight, eating disorders and reproductive function).

Method. Respondents for this empirical research were selected accordance with certain of criteria and is represented by three groups:

- Group 1 (N = 27) consisted of women with experience of first pregnancy (late 2nd trimester 3rd trimester), which in the past they could not get pregnant as a result of problems of eating behavior and the weight deformations (excessively high or low). The characteristic feature of this group of women was their high motivation to motherhood. The age of women in this group from 23 to 29 years (average age – 25, 9 years). Important criterion selection in this group was the criterion of dissatisfaction their own weight. The group was balanced by the number of people who have distorted by strategies of eating behavior «by type of overeating», «by type restriction in food».

- Group 2 (N = 27) consisted of women who are dissatisfied with their weight and were treated on «obesity» or «eating disorders» (by type anorexia, bulimia, psychogenic overeating). Another characteristic feature of women of this group was their reluctance to have children. The age of women in this group from 21 to 27 years (average age - 24, 4 years).

- Group 3 (control) included women with first pregnancy experience (end of 2nd trimester 3rd trimester), which are satisfied own weight and do not have any of complaints about the state of their health (N = 27). During the formation of

this group, focus our special attention were questions, that have allowed us make sure in the absence of maladaptive patterns of eating behavior and reproductive health. The age of women in this group from 21 to 29 years (average age – 25, 3 years).

Determination perception peculiarities of the context of the life way carried out by applying the method of «psychological autobiography» (L.F.Burlachuk, E.Yu.Korzhova).

Results. The differences between the groups of women with different corporeal experiences confirms influence of traumatic of corporal experience (deformations weight, of eating behavior disorders and reproductive function) on the characteristics of perception of the context of the life way personality. It was found that in the group of women with traumatic bodily experience (deformations weight, eating disorders and comorbid disorders of the reproductive function), «a situation of humiliation» occur significantly more frequently than in the «healthy pregnant women».

Conclusions. The research reveals a new approach to the study perception of the context of the life way personality with different corporeal experience.

Keywords: perception of the context of the life way, traumatic corporal experience, women, eating disorders.