

activities with social and psychological training, it is solved the structure of the training program "Build harmonious relationships", it is presented the results of the above programs at the university and analyzed the overall results of the main questionnaire through surveys and statistical data processing psychodiagnostic, conclusions are made regarding the validity and effectiveness of this training.

Keywords: premarital sex, students, existential responsibility, reflection, spiritual and moral values.

Отримано: 11.02.2012 р.

УДК 159.9:61

В.І.Шебанова

Психотерапевтичні підходи до корекції порушень харчової поведінки

У статті розглядаються психотерапевтичні підходи та методи, які одержали найбільше поширення при корекції порушень харчової поведінки.

Ключові слова: психотерапевтичні підходи, корекція, порушення харчової поведінки.

В статье рассматриваются психотерапевтические подходы и методы, которые получили наибольшее распространение при коррекции нарушений пищевого поведения.

Ключевые слова: психотерапевтические подходы, коррекция, нарушения пищевого поведения.

Актуальність дослідження. Стрімке зростання впродовж останніх років, як у світі, так і в Україні, ожиріння, зайвої ваги, переїдання, булімії та анорексії дозволяє говорити про актуальність даної проблеми. Переважною причиною 95% усіх випадків є порушена харчова поведінка, корекція якої сприятливо позначається на стані здоров'я хворих перерахованих категорій.

В останні роки медична психологія (А.О.Александров, Л.Ф.Бурлачук, М.С.Корольчук, С.Д.Максименко, Н.Ю.Максимова та ін.) розглядає гарний стан здоров'я індивідуума і його життєве благополуччя з погляду відображення задоволення його потреб і адаптації у фізичній, психологічній і соціальної сферах. З

погляду цілісного біопсихосоціального підходу дуже важлива взаємодія фізіологічних особливостей і загального стану організму, внутрішніх органів і систем, а також психоемоційного стану й особливостей соціальної взаємодії.

Мета статті розглянути психотерапевтичні підходи, які застосовуються для корекції порушень харчової поведінки.

Основний виклад матеріалу. Клініко-психологічний підхід до дослідження особливостей порушень харчової поведінки показує, що корекційно-реабілітаційні програми, пов'язані з усуненням причин, які їх спричиняють, повинні бути спрямовані на нормалізацію внутріособистісного благополуччя й уміння адекватно реагувати на екзогенну психоемоційну напругу (А.О.Александров, О.М.Бачеріков, Б.Д.Карвасарський, Л.Ф.Шестопалова, О.С.Чабан та ін.).

Психосоціальні фактори, які є “пусковим механізмом” розвитку порушень харчової поведінки, досить суб'єктивні (Є.С.Креславський, В.І.Крилов). Зниження виразності психосоціального конфлікту й дезадаптації, усунення особистісної дисгармонії зменшують питому вагу емоціогенної харчової поведінки (наслідком якої є переїдання й ожиріння) в досягненні емоційної стабільності. Є.С.Креславским, В. І. Лойко була запропонована схема реабілітаційної програми осіб з порушеннями харчової поведінки, зокрема для хворих ожирінням, значна частина якої супроводжується психотерапевтичними методами (гіпно-сугестія, раціональна психотерапія). О.О.Марков у своїй роботі зазначає, що психотерапевтичний вплив при порушеннях харчової поведінки повинен бути спрямований на підвищення життєвих можливостей, здатності брати на себе відповідальність за своє життя. Основною метою є корекція емоційних розладів і неадекватних форм поведінки шляхом досягнення перебудови значимих для хворих відносин [6]. На думку О.О.Маркова, психотерапія особливо доцільна декільком категоріям хворих з порушеною харчовою поведінкою: 1) хворим, у яких цей механізм патогенезу є одним з ведучих; 2) хворим із супутніми нервово-психічними розладами й неадекватними реакціями особистості (у тому числі на хворобу), що утрудняють їхню повну реабілітацію; 3) хворим без вираженого нервово-психічного компонента, що перебувають у стані психологічної кризи, коли ймовірність формування цього механізму патогенезу зростає (особистісні й мікросоціальні фактори ризику, неадекватні стилі виховання й реакції на захворювання членів родини, наявність у родичів психосоматичних моделей адаптації до стресів) [6].

Коротко зупинимося на тих методах, які одержали найбільше поширення при терапії порушень харчової поведінки.

Сугестивна терапія. Традиційно застосовуване навіювання довгий час займало домінуючі позиції в психотерапії як основний (якщо не єдиний) метод. У наш час, вона як і раніше зберігає своє традиційне значення при терапії психосоматичних розладів (Л.Ф.Бурлачук, О.С.Кочарян, М.Є.Жидко, В.М.Мясищев, Б.Д.Карвасарський та ін.) [2; 3]. Існують різні методики, спрямовані на формування негативних емоцій до переїдання, засновані на сугестії, тому що за допомогою гіпнозу можна досягнути перебудови психіки людини з порушеною харчовою поведінкою й усунення шкідливих звичок харчування, з якими, по суті, пов'язана основна причина хвороби (M.Varabasz) [9]. Сугестивна психотерапія представлена всіма методами, в основі яких як провідний фактор виступає лікувальне навіювання: у стані пильнування, гіпнотичного й наркотичного сну; окремо описуються методи самонавіювання (Б.Д.Карвасарський) [3].

Аутогенне тренування. Аутотренінг (АТ), порівняно з гетеросугестивною терапією вимагає більш активної установки клієнта, виключає його залежність від терапевта. Лікувальний механізм аутотренінгу пов'язаний з м'язовою релаксацією, яка розвивається в результаті нейтралізації стресового стану й зменшенням загальної тривожності. Виділяють два рівні АТ: нижчий (вегетативна саморегуляція) і вищий (аутогенна медитація, психічна саморегуляція у стані трансу). Методи *аутогенної релаксації* (самостійно викликуваної клієнтами) можуть використовуватися як додаткові до основного психотерапевтичного методу (наприклад, гештальт-терапії, тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової терапії і т.п.), як складові ряду експозиційних технік (типу систематичної десенсебілізації Wolpe). Використання поведінкових аутогенних методів релаксації широко практикувалося у східних культурах (М.С.Корольчук). До цього ж розділу, очевидно, можна віднести й *нейролінгвістичне програмування*, яке є міждисциплінарною інтегративною концепцією необіхевіоральної орієнтації (Р.Ділтс). У рамках нейролінгвістичного програмування використовують різні техніки, серед яких провідною є “рефреймінг” – переформування особистості, надання їй нової заданої форми. В основу рефреймінга покладені такі базові положення нейролінгвістичного програмування: будь-який симптом, будь-яка реакція, або поведінка людини спочатку носять характер захисту і тому вважаються корисними; шкідливими вони вважаються у разі використання їх у контексті, який не відповідає певній ситуації; у кожної людини є своя

суб'єктивна модель світу, яку можна змінити; кожна людина має приховані ресурси, що дозволяє змінити їх суб'єктивне сприйняття, суб'єктивний досвід, суб'єктивну модель світу.

Символдрама. Близька до АТ-2 символдрама або кататимно-імагінативна терапія Х.Лейнера – виявився клінічно високо-ефективним при лікуванні неврозів і психосоматичних захворювань (Н.Ф.Шевченко, А.І.Шевченко) і наш цей час займає одне із провідних місць серед психотерапевтичних технік, що працюють із візуалізацією. Психотерапевтична суть методу заснована на вільному фантазуванні пацієнтом образів на задану тему, які співвідносяться із проблематикою особистості, її афективними порушеннями. Професійна психологічна допомога хворій особистості полягає, у першу чергу, в забезпеченні засобами немедичної психотерапії емоційної, значеннєвої й екзистенціальної підтримки в нелегкому життєвому випробуванні.

В процесі комплексного лікування хронічних соматичних захворювань психотерапія носить підтримуючий характер, який сприяє формуванню в пацієнтів оптимістичної установки, зниженню психогенних стресових впливів і використанню адаптаційних механізмів психіки.

Ряд авторів (S.J.Crow, J.E.Mitchell, R.D.Crosby, S.A.Swanson, S.Wonderlich, K.Lancaster) зазначають, що *когнітивно-біхевіоральний підхід* є найбільш економічним способом терапії осіб із порушеннями харчової поведінки [10].

Більшість сучасних лікувально-реабілітаційних програм для людей з порушеннями харчової поведінки містять у собі прийоми та методи поведінкової й когнітивної психотерапії (W.S.Agras et al., G.G.Faiburn et al., G.Wilson et al.), гіпнотерапії (M.Varabasz). У роботах Н.Ю.Красноперової, І.І.Федорової, О.О.Маркова, М.Е.Connors et al., К.Tchanturia et al, G.T.Wilson et al. підкреслюється значення “дидактичних інструкцій” (інформування, роз’яснення) для корекції когнітивних перекручених уявлень про зовнішність та харчування при порушенні харчової поведінки [5; 6; 7]. Клієнти ведуть поточний щоденник спостережень харчової поведінки, фіксуючи кількість, об’єм та час прийняття їжі, моменти відчуття голоду й ситості та інше (J.E.Mitchell, G.T.Wilson et al.). Автори підкреслюють значення інструктивно-інформативних матеріалів для подолання перекручених уявлень клієнтів про вагу та способи її регуляції, принципи раціонального харчування.

Поведінкова психотерапія базується на вченні про умовні рефлекси й включає, насамперед, використання принципів, які розвинені в експериментальній і соціальній психології з метою

блокування психопатологічної симптоматики або навичок адекватної поведінки на заміну неадекватних, невротичних (А.П.Федоров). Поведінкова психотерапія не ставить завдань стосовно роботи з особистістю, зі свідомістю, оскільки ці категорії представниками біхевіоризму не розглядаються. Д.Доллард, Н.І.Міллер, Дж.Вольпе підкреслюють, що якщо відбувається наuczіння невротичній поведінці, то від неї можна й “відучити” за допомогою комбінації тих же принципів, які використовувалися при навчанні. При формуванні нового стереотипу поведінки застосовуються наступні специфічні прийоми: – *шейпінг* – поетапне моделювання, при якому чітко диференціюється кожний наступний крок дій у вибраному напрямку й точно визначаються критерії його ефективності; – *зчеплення* використовує уявлення про поведінковий стереотип як ланцюги окремих актів, де остання ланка, найближче до мети, розглядається насамперед. Погано сформована частина ланцюга створюється за допомогою шейпінга; – *федінг* – поступове зменшення величини підкріплювальних стимулів для переходу від тренувань із терапевтом до тренувань із оточуючими людьми; – *спонукання* – підвищує рівень уваги й фокусування на бажаному стереотипі поведінки. Виражається в демонстрації цієї поведінки й прямих інструкціях, центрованих на значимих об’єктах або потрібних діях з ними.

У поведінковій терапії також використовують метод демонстрації й попередження відповідної реакції для того, щоб допомогти розірвати порочний цикл “обжерливість – очищення шлунку” (G.Wilson et al.). Цей метод полягає в наступному: людям демонструють ситуації, які звичайно викликають тривогу, і потім утримують їх від звичного виконання примусових дій, переконуючи, що ситуації дійсно безпечні й у примусових діях немає необхідності. Людям, що страждають від булімії, пропонують з’їсти певну кількість їжі, а потім попереджають виклик блювоти, допомагаючи їм зрозуміти, що їжа може бути нешкідливою й навіть потрібною, та що від неї не потрібно позбуватися (Р.Комер). Дослідження (G.T.Wilson et al., R.Freeman, U.Schmidt) підтвердили, що такий метод значно знижує рівень тривоги, пов’язаний із прийомом їжі, скорочує випадки обжерливості й блювоти.

Когнітивну терапію поєднують із поведінковою такі загальні риси: емпіричність, центрованість на сьогоденні, орієнтування на проблему, необхідність точної ідентифікації проблеми й ситуації, у якій вона виникає.

Однак у когнітивній терапії враховується опосередкована ланка в поведінковому ланцюгу: стимул – опосередкована ланка – реакція.

А.Бек виявив у генезі неадаптивної поведінки патогенну роль наступних когнітивних порушень: довільність висновків, виборче абстрагування, зверхгенералізація, перебільшення й мінімізація, персоналізація, дихотомічне мислення.

Метою когнітивної терапії є корекція неадекватних когніцій. Головними завданнями при цьому стає усвідомлення правил невірної обробки інформації й заміна їх на правильні. Терапія починається із прийняття пацієнтом безумовного положення: “щоб змінити почуття, треба змінити ідеї, які їх викликали”.

Когнітивні терапевти намагаються допомогти людям з порушеннями харчової поведінки розпізнати й змінити їх погано пристосовані до життя установки щодо харчування, ваги й фігури (R.Freeman, U.Schmidt). Вони вчать клієнтів визначати, які думки звичайно підштовхують їх до обжерливості: “Я не контролюю себе”, “Я виглядаю товстим” і т.п. (G.G.Fairburn, J. E.Mitchell), допомагаючи страждаючим на анорексію та булімію позбутися почуття безпорадності, підвищити свою самооцінку й перестати прагнути будь-що бути у всьому досконалыми (S.Mizesj, D.W.Abbot, J.E.Mitchell, R.Freeman).

Дослідження (B.T.Walsh et al., B.E.Compas et al.) показали, що когнітивна терапія досить ефективна при порушеннях харчової поведінки, так в 65,0 % страждаючих булімією був зупинений процес обжерливості й наступного очищення шлунку.

В *раціональній психотерапії* використовується здатність клієнта проводити зіставлення, робити висновки, доводити їх обґрунтованість. Основна терапевтична мішень раціональної психотерапії – перекручена “внутрішня картина хвороби”, основне терапевтичне завдання – зняття невизначеності, корекція суперечливості в уявленнях пацієнта про його хворобу.

Основними прийомами раціональної психотерапії є: пояснення й роз’яснення, що включає пояснення сутності захворювання, причин його виникнення з урахуванням його психосоматичних механізмів, до цього ігнорованих хворим, які й не включаються в “внутрішню картину хвороби”, а також логічно аргументована корекція помилкових умовиводів клієнта й навчання правильному мисленню. При цьому робиться акцент на когнітивно-навчально-доказовому методі демонстрації клієнту його базової ірраціональності, а потім і того, як ці ірраціональні, або необґрунтовані, або характерні передумови приводять до неконструктивної поведінки, якою керують емоції, і як з ними потрібно злагоджено боротися, як їх міняти з метою вдосконалення поведінки (А.Елліс). При необхідності клієнта навчають законам формальної логіки.

Терапевтична бесіда будується по методу сократівського діалогу (майєвтика).

Психодинамічні теорії припускають схильність особливого типу особистості до порушень харчової поведінки. Зв'язок "оральності" і депресії (К.Абрахам, З.Фрейд) активізує численні дискусії щодо психології, психопатології й психотерапії порушень харчової поведінки з погляду паралелей між актами їжі й почуттям комфорту від матері (R.Savitt, H.Bruch). Психотерапевтична робота із проблемою порушень харчової поведінки часто зустрічається з відображенням складної комбінації доедипальних та едипальних конфліктів, а також низької самооцінки, що виникає внаслідок порушень самості (self) (Н.Кохут), та /або як нарцисичні проблеми (L.Wurmser).

Психодинамічний підхід використовує вільні асоціації й ненав'язливі інтерпретації, припускаючи присутність в індивідуумові конфліктуючих сил (думки, емоції, поведінка), як адаптивних, так і психопатологічних. Проблема надлишкової ваги як наслідок розладу харчової поведінки являє собою тілесну репрезентацію внутрішніх конфліктів (зокрема ступінь виразності клінічних симптомів), що робить необхідним клініко-психодинамічне розуміння механізмів формування порушеної харчової поведінки (Є.Себшин), психології й психопатології суб'єктивного тілесного досвіду (Є.М.Райзман, А.Л.Серіков, А.В.Ротов).

Психодинамічна терапія намагається допомогти пацієнтам виявити й подолати розчарування, недовіру до себе, потребу в контролі й почуття власного безсилля (Л.Ф.Бурлачук, О.С.Кочарян, М.Є.Жидко) [2]. Дослідження, проведені для перевірки ефективності психодинамічної терапії, показали обнадійливі результати (D.M.Garner et al, J.Yager et al.).

Схема особистості, запропонована трансактними аналітиками (Е.Берн), представляється досить простою, логічною й зручною для практичного застосування. Сильною стороною трансактного аналізу є спільна мова з пацієнтом, що полегшує формування терапевтичного контакту, легкість самоінтерпретації із сторони пацієнта (Б.Д.Карвасарський). Основна мета трансактного аналізу полягає в тому, щоб допомогти індивіду зрозуміти особливості його взаємодії з оточуючими, використовуючи відповідну термінологію й навчити нормативній та оптимальній поведінці.

Психотерапія міжособистісних відносин. У зв'язку з тим, що конфліктні взаємодії між людьми можуть бути причиною невротичних проблем, які полягають в основі порушень харчової поведінки, виникла необхідність у терапії, спрямованій на

нормалізацію цих відносин. Найефективніше це можна зробити в групі.

Взаємодія між особистістю й соціальним оточенням основана на системі відносин, які реконструюються в процесі психотерапії (Є.Берн, М.Е.Литвак, І.Ялом). Психотерапія, за В.М.М'ясищевим, є прикордонною зоною, у якій сполучаються лікування, відновлення й виховання людини, і полягає в переробці особистості в процесі спілкування й спільної праці й побуту (А.О.Александров) [1].

Питання групового психотерапевтичного лікування хворих з порушеннями харчової поведінки розглядаються в роботах Н.Ю.Красноперової, І.І.Федорової, J.E.Mitchell et al [5; 7; 11]. В більшості публікацій мова йде про використання прийомів когнітивної, поведінкової й тілесно-орієнтованої психотерапії при лікуванні малих і середніх груп хворих з порушеннями харчової поведінки.

Більшість програм групової терапії спрямована на можливість пацієнта поділитися з іншими своїми думками, тривогами й переживаннями (Л.Ф.Шестопалова, В.А.Кожевнікова) [8]. Хворі починають розуміти, що їх розлад не унікальний і не огидний. Вони знаходять підтримку, можуть позбутися своїх страхів (бути неприємними для оточуючих, розкритикованими ними (працюють зворотний зв'язок і інтуїція).

Сімейній психотерапії присвячені публікації багатьох авторів (П.Пепп, В.Сатир, G. Paulson-Karlsso et al.). Даний метод психотерапії застосовується поряд з іншими методами терапії порушень харчової поведінки. У зв'язку з високою ефективністю застосування сімейної психотерапії при лікуванні психосоматичних захворювань, на думку L.Rutherford, J.Couturier, P.K.Keel, A.Naedt, G.Paulson-Karlsso et al, може застосовуватися при лікуванні різних форм порушеної харчової поведінки.

Тілесно-орієнтована психотерапія – один із методів цілісного підходу до розуміння природи та функціонування людини, яка виникла на основі практичного досвіду і багаторічних спостережень взаємозв'язку духовного та тілесного у функціонуванні організму [4]. Тілесні техніки розширюють активну або направлену увагу, яка охоплює не тільки образи, але й усвідомлення людиною тілесних відчуттів, вивчення і переробку різних тілесних станів потреб, бажань і почуттів, що проявляються. Тілесні техніки ефективно відкривають шлях до соматичного несвідомого й усунення в ньому виявлених блоків.

Серед найвідоміших напрямів тілесно-орієнтованої психотерапії відзначають теорію “м'язового панцира” В.Райха, біоенергетичний аналіз А. Лоуена, концепцію тілесного усвідомлення

М.Фельденкрайза, метод інтеграції рухів Ф.М. Александера, метод чуттєвого усвідомлення Ш.Селвер, структурну інтеграцію І.Рольф, танатотерапію В.Ю. Баскакова, палсінг Т.Браунінг.

Ці методи тілесної терапії відповідають усім вимогам цілісного підходу: для них людина – єдине функціонуюче ціле, сплав тіла і психіки, у якому зміни однієї сфери супроводжуються змінами в іншій. Щоб людина змогла почувати себе цілісною, необхідно навчити її не тільки інтелектуальному розумінню, інтерпретації або усвідомленню витісненої інформації, але й переживанню тут і зараз єднання тіла і психіки, цілісності всього організму. Усі методи тілесної терапії направлені на забезпечення умов, у яких людина зможе пережити свій досвід як взаємозв'язок психічного і тілесного, прийняти себе в цій якості і тим самим отримати можливість для поліпшення свого функціонування.

Підхід *групової тілесно-орієнтованої психотерапії* з диференційованими програмами для основних груп пацієнтів з порушеннями харчової поведінки розроблений у рамках короткострокової й довгострокової психотерапії. Кожна програма має чітку структуру й припускає усвідомлення й переживання. Програми орієнтовані на лікувальний вплив, і в їхній основі лежать конкретні психічні особливості хворих з порушеннями харчової поведінки (І.І.Федорова).

Трансперсональна психотерапія виходить із гуманістичного напрямку психології (В.В.Майков) і базується на твердженні, що трансперсональні переживання являють собою особливі явища, засновані на глибинних структурах несвідомого з областей, не охоплених класичним фрейдівським психоаналізом (С.Гроф, В.Майков, В. В.Козлов). Серед сучасних психотехнік, які допомагають людині позитивно трансформувати свідомість як цілісну модель людини та надають можливість роботи на всіх рівнях її структурної організації, використовуючи змінені стани свідомості, виділяють: холодинаміку (В.Вульф, США), тілесноорієнтовану психотерапію (Т.Браунінг (США), В.Ю. Баскаков (РФ) тощо), дихальні техніки: ребефінг (Л.Орр, США), холотропне дихання (С. Гроф, США).

При психотерапії харчової залежності слід ураховувати складність і багатомірність невротичних механізмів, що лежать в основі даних розладів (А.В.Пріленська). Авторка виходить із того, що глибина невротичного конфлікту може не усвідомлюватися не тільки пацієнтом, але й лікарем, в значній мірі визначаючись його поглядами й поділюваними психотерапевтичними концепціями.

Екзистенціально-феноменологічний напрямок зосереджений не на вивченні проявів психіки людину, а на самому її житті в

нерозривному зв'язку з світом та іншими людьми. На думку F.Strasser, A. Strasser, ціль терапії полягає в тому, щоб спрямовувати клієнта до прийняття своєї поведінки як шкідливої або дисфункціональної, а також допомогти в здійсненні бажання його змінити [13]. E.Spinelli стверджує, що будь-яка однобічна спроба терапевта змінити поведінку клієнта є антитерапевтичною [12].

Конфлікт між бажанням змінити свої звички, з одного боку, і страхом можливих наслідків змін, з другого, існує на рівні неререфлексованої свідомості, і тому змушує їх залишатися на тому ж рівні (Р.Кочунас) [4]. Особи з порушеннями харчової поведінки найчастіше заперечують свою підпорядкованість несвідомому, але енергійність, з якою вони це стверджують, виявляє схований конфлікт, що фактично підтверджує їх потребу в самообмані.

Гештальт-терапія, розроблена групою авторів у середині минулого століття, одержала широке поширення в клінічній практиці як у вигляді самостійного методу, так і в якості елемента інтегративної індивідуально-орієнтованої реконструктивної психотерапії. Гештальт-підхід спрямований на навчання усвідомленню поточних психічних процесів, присвоєнню й асиміляції досвіду, встановлюванню границь особистої відповідальності, заохоченню автономії й особистісного вибору, заохоченню ступеня контролю міжособистісного вибору. Отже, застосування гештальт-підходу може бути рекомендоване для пацієнтів з невротичними розладами – як з високим, так і з недостатнім особистісним контролем, і може успішно застосовуватися для нормалізації харчової поведінки, зниження або набору ваги (залежно від бажання клієнта).

Висновок: використання тих чи інших засобів, методів, технік надання психотерапевтичної допомоги при корекції порушень харчової поведінки повинно базуватися на механізмах походження тих чи інших форм порушеної харчової поведінки та відповідних методах відновлення нормативної поведінки або становлення гармонійної поведінки. Це вимагає розробки системного комплексного підходу до терапії й корекції з урахуванням складності психологічного конфлікту й особистісних особливостей пацієнта із порушеннями харчової поведінки.

Список використаних джерел

1. Александров А. А. Современная психотерапия / А. А. Александров. – СПб. : Питер, 2004. – 400 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Психотерапия / Л.Ф.Бурлачук, А.С.Кочарян, М.Е.Жидко. – СПб.: Питер, 2009. – 496 с.

3. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д.Карвасарский. – СПб. : Питер, 1999. – 743 с.
4. Кочунас Р. Истина и психотерапия / Р.Кочунас // Журн. Восточно-Европ. ассоциации экзистенциальной терапии. *Existentia: психология и психотерапия*. – 2008. – № 1. – С. 126-135.
5. Красноперова Н. Ю. Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции : автореф. дис. ... к.м.н. / Н. Ю. Красноперова. -Томск, 2001. – 23 с.
6. Марков А. А. Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А.Марков. — Томск, 2006. — 26 с.
7. Федорова И. И. Дифференцированный подход к лечению нарушений пищевой зависимости / И.И.Федорова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 3. – С. 67-68.
8. Шестопалова Л.Ф. Терапевтичне середовище медичного закладу психоневрологічного профілю: оцінки та уявлення лікарів і хворих [Текст] / Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевнікова // *Медицинская психология*. – 2008. – Т.3, № 3(11). – С. 12-16.
9. Barabasz M. Efficacy of hypnotherapy in the treatment of eating disorders / M. Barabasz // *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* – 2007. – Jul. – Vol. 55, № 3. – P. 318—335.
10. Crow S. J. The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face / S. J. Crow, J.E.Mitchell, R. D. Crosby, S. A. Swanson, S. Wonderlich, K. Lancanster // *Behav. Res. Ther.* – 2009. – Jun. – Vol. 47, № 6. – P. 451—453.
11. Mitchell J. E. The prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among freshman medical college students in China / J.E. Mitchell, Z. F. Chun, K. Li // *Int. J. Eat. Dis.* – 1993. – Vol. 12. – P. 209—215.
12. Spinelli E. *Tales of Un-Knowing, Therapeutic Encounters from an Existential Perspective* / E. Spinelli. – London : Duckworth, 1997.
13. Strasser F. *Time-limited Existential Therapy: the Wheel of Existence* / F.Strasser, A. Strasser. -London : Wiley, 1997.

Psychotherapy approaches and methods which got most distribution at the correction of violations of food conduct are examined in the article.

Keywords: psychotherapy approaches, correction, violation of food conduct.

Отримано: 11.02.2012 р.