

УДК 364.044.4
DOI: 10.24144/2524-0609.2021.48.216-220

Лапина Марина Дмитрівна
кандидат психологічних наук
кафедра соціології та соціальної роботи
ДВНЗ «Приазовський державний технічний університет»
м.Маріуполь, Україна
lapin-71@ukr.net
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-6031-199X>

Бойко Єлизавета Василівна
студентка спеціальності соціальна робота
ДВНЗ «Приазовський державний технічний університет»
м.Маріуполь, Україна

СОЦІАЛЬНА РОБОТА В СИСТЕМІ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З АДИКТИВНОЮ ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Анотація. Статтю присвячено актуальній проблемі психосоціальної роботи з особами з адиктивною харчовою поведінкою, яка є поширеною серед підлітків та молоді, призводить до трагічних наслідків, але досі не має достатнього наукового обґрунтування та комплексного розв'язання. Метою дослідження є визначення місця соціальної роботи та змісту діяльності соціального фахівця в системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою. Для досягнення мети роботи використано теоретичний аналіз наукових досліджень проблеми харчових девіацій, конкретизовано поняття «порушення харчової поведінки», «розлади харчової поведінки», здійснено змістовний і порівняльний аналіз професійних функцій соціальних працівників в контексті допомоги особам з харчовими адикціями. Визначено, що діяльність соціального працівника з особами, що мають харчові порушення та розлади, відбувається в лікувальних установах, соціальних службах та загальноосвітніх навчальних закладах. Найбільш загальним завданням соціальної роботи з особами з харчовими адикціями є профілактична діяльність, спеціальними функціями є діагностика та моніторинг, освітньо-просвітницька й адміністративна робота, соціально-психологічна підтримка, супровід та реабілітація цільових категорій клієнтів. Визначено провідну роль соціального працівника на всіх етапах втручання та необхідність мультидисциплінарного підходу під час профілактики, корекції та реабілітації осіб що мають адиктивну харчову поведінку.

Ключові слова: соціальна робота; порушення харчової поведінки; розлади харчової поведінки; професійні функції соціального працівника; мультидисциплінарна команда.

Вступ. Соціальна робота є сферою діяльності, яка одна з найперших приймає нові виклики та повинна своєчасно та конструктивно розв'язувати актуальні завдання, сприяючи покращенню якості життя суспільства та підтримуючі вразливі верстви населення, що мають найвищий ризик погіршення життєвого становища під час нестабільних умов. Одним з найактуальніших викликів сьогодення стала сфера охорони здоров'я. Проблема погіршення стану здоров'я населення вимагає комплексного розв'язання, яке можна відшукати тільки на стику двох галузей: медицини та соціальної роботи.

Розлади харчової поведінки є складними психічними станами, що характеризуються важким перебігом хвороби з розвитком супутніх соматичних захворювань, високим ризиком смертності, порушенням соціальних зв'язків та соціальною ізоляцією, створюють сприятливий клімат для виникнення інших психічних розладів та адикцій. Проте проблема розладів харчової поведінки стосується не тільки відносини з їжею, які є лише помітним наслідком, це перш за все проблема ідентичності, відчуття себе і світосприйняття молоді людини [7]. Найбільше піддаються ризику порушень харчової поведінки підлітки й молоді люди, які перебувають в активній стадії фізіологічного, психічного та особистісного розвитку, тому наслідки можуть бути непередбаченими й важкими. Соціальна робота ні в якому разі не може замінити лікувальне та психологічне втручання, проте має інструменти профілактичного та реабілітаційного характеру, що здатні допомогти у розв'язанні цієї проблеми соціально-педагогічними та психологічними методами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Практика медико-соціальної роботи має багатий досвід допомоги особам з адикціями та девіантною поведінкою. Широкого прикладного й наукового вивчення набули такі напрями, як соціальна робота з людьми, що мають ВІЧ/СНІД, туберкульоз, психічні та хронічні захворювання, інвалідність, а також різні види залежностей (алкоголічну, наркотичну). Робота з цими категоріями населення здійснюється у таких напрямках як: профілактика, супровід, адвокатування, соціальна реабілітація, консультування, надання послуг тощо.

Під адиктивною харчовою поведінкою зазвичай розуміють різноманітні відхилення процесу вживання їжі, що мають фізіологічну та психологічну складову. З цього погляду, адиктивна харчова поведінка може розглядатися з трьох позицій. По-перше, це стан психологічного та фізіологічного неблагополуччя, який неодмінно погіршує соціальне становище людини та у складних випадках потребує медико-соціальної підходу або лікування. По-друге, харчові адикції можна розглядати в контексті соціальної реабілітації осіб, що мають залежності, адже порушення вживання їжі належить до групи односпрямованої (акцентуованої) психічної залежності. Під час соціальної реабілітації застосовується ціла низька психологічних та соціальних методів втручання. Третій підхід до розуміння адикції харчування має комплексний характер, й тоді можна вважати що тільки загальна соціальна робота здатна системно і глибоко розглянути питання профілактики та застосувати системні методи і технології втручання. Отже, соціальна й медико-соціальна

робота надає теоретичне підґрунтя для вивчення харчових адикцій, а психосоціальна реабілітація розкриває практичну частину діяльності фахівця. Комплексний підхід до розгляду питання допомоги особам, що мають харчові порушення, може надати найкращий результат.

За В. Д. Менделевичем, харчова поведінка вбачається як ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування в звичайних умовах і в ситуації стресу, так і поведінка, що орієнтована на образ власного тіла, та діяльність з формування цього образу [3]. На харчову поведінку впливає низка біологічних (в тому числі генетичних), соціокультурних і особистісних чинників.

Дослідники умовно поділяють харчову поведінку на здорову (гармонійну, адекватну) і нездорову (патологічну, девіантну). Поділ між адекватним і девіантним типом харчової поведінки вельми умовний. Це пов'язано з тим, що харчова поведінка, яка є адекватною в одній культурі, може вважатися нездоровою в іншій. Проте існують певні критерії (за матеріалами основних статистичних класифікаторів хвороб), на які можна спиратися в цьому розподілі, а саме мотивація процесу прийому їжі, значущість процесу харчування, його співвідношення з іншими цінностями в житті людини, якісні та кількісні симптоми, пов'язані із споживанням їжі [4].

І. Самойленко зазначає, що розлади харчової поведінки (далі – РХП) є зовнішнім симптомом, за яким зазвичай ховаються глибокі психологічні проблеми. «Це механізм, за допомогою якого людина захищає себе від психологічних травм та небажаних переживань. Їжа – це лише об'єкт, на неї скеровуються деструктивні прояви: контроль або компульсії. Їжа – це символ, за яким людина ховає реальну проблему» [5]. Авторка наголошує, що РХП порівняно з нарко- та алкозалежністю є значно складнішими, адже їжа – це життєво-необхідний ресурс, засіб для існування, який неможливо уникнути. Разом з тим,

проблема РХП є більш стигматизованою, що значно ускладнює процес корекції харчової поведінки. Людина руйнує сама себе і це може роками залишатися непоміченим [5].

Виявлення, діагностика та лікування РХП є складним завданням, адже більшість осіб з цим діагнозом, приховують свій стан від оточення, не мають мотивації для лікування, уникають соціальних контактів. Зовні поведінка таких людей не сильно позначається як відхилення від норми, адже не має ярко виражених деструктивних проявів та негативного впливу на соціальне оточення порівняно з іншими адикціями. У деяких випадках така поведінка може підкріплюватися зовнішньою позитивною оцінкою, що сприяє посиленню та подальшому розвитку розладів. Особа відчуває внутрішню дисгармонію, що виявляється в постійній напрузі, погіршеному настрої з невпевненістю в собі, заниженою самооцінкою, переважанням мотивації уникнення невдач. Також зазначаються підвищена особистісна тривожність, схильність до підвищеного контролю емоцій і поведінки, трансформація психологічних імпульсів в соматичні симптоми [2].

Л. М. Абсаямова розмежовує поняття розлади харчової поведінки (РХП) та порушення харчової поведінки (далі – ПХП). Розлади харчової поведінки слід розуміти як відхилення у вживанні їжі, що призводять до фізичного та психологічного нездоров'я та являють собою комплексну медико-психологічну проблему. До РХП відносять: нервову булімію та нервову анорексію. Отже, РХП – це девіантна клінічна форма порушення прийому їжі. Порушення харчової поведінки – це відхилення у вживанні їжі, які не є хворобою, але такими, що перешкоджають повноцінному функціонуванню людини за екстернальним, емоціогенним та обмежувальним типами [1]. ПХП є девіантною субклінічною формою порушення прийому їжі. Аналіз співвідношення понять представлений у таблиці 1.

Таблиця 1.

Порівняльний аналіз понять

	порушення харчової поведінки (ПХП)	розлади харчової поведінки (РХП)
визначення	відхилення у вживанні їжі, які не є хворобою, але перешкоджає повноцінному функціонуванню людини	відхилення у вживанні їжі, що призводять до фізичного та психологічного нездоров'я та являють собою комплексну медико-психологічну проблему
особливість	відсутність медико-лікувального аспекту	наявність медико-лікувального аспекту
класифікація	екстернальний, емоціогенний та обмежувальний тип харчової поведінки	нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання
наслідки	погіршення здоров'я та психологічного благополуччя, зниження якості життя, проблеми в соціальній та міжособистісній взаємодії тощо.	великий ризик смертності через наслідки розладу та суїциду, стійкі порушення здоров'я, можливість появи інших психічних розладів та адикцій, руйнування соціальних зав'язків тощо.

З усім тим, РХП є захворюванням, що становить небезпеку для здоров'я і життя людини та потребують негайного лікування та реабілітації, а ПХП не є захворюванням, але вони суттєво погіршують якість життя людини та психологічне благополуччя, через те актуальним завданням соціальної роботи є рання діагностика порушень, недопущення їхнього переходу до загострених станів.

Отже, **метою роботи** є визначення місця соціальної роботи та змісту діяльності соціального фахівця в системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети, по-перше, на основі розгляду наукових досліджень проблеми харчових девіацій узагальнено та систематизовано терміни та сутнісні ознаки феноменів деструктивної поведінки, пов'язаної з харчуванням. Далі проведено змістовний аналіз професійних функцій соціальних працівників в контексті допомоги особам, що виявляють ознаки адиктивної харчової поведінки. Зокрема, проаналізовано професійні функції фахівця із соціальної роботи медико-соціальної служби (зокрема психіатричної та наркологічної), соціальних служб (центрів соціаль-

них служб для сім'ї, дітей і молоді, спеціалізованих соціальних закладів), соціальних працівників і соціальних педагогів загальноосвітніх закладів України. Під час порівняльного аналізу визначено специфічні характеристики діяльності, загальні та спеціальні професійні функції, що безпосередньо стосуються психосоціальної допомоги особам з розладами харчової поведінки.

Виклад основного матеріалу. Складність корекції та лікування адиктивної харчової поведінки визначається різноманітністю етіологічних чинників, що її формують, прямо чи опосередковано. Дослідженнями визначено низку чинників: генетичні, біологічні, фізіологічні, психологічні, сімейні, чинники індивідуального розвитку, соціокультурні чинники, вплив травмуючих обставин, особисті якості. Науковці визначають ключові чинники, які ставлять людей перед ризиком таких захворювань і чим більше таких діє в певний момент, тим вище ризик розвитку розладів. Складні життєві обставини також можуть стати окремим чинником або тригером розвитку адиктивної харчової поведінки. Насильство в сім'ї, низький рівень доходу, що може призвести до недоїдання, конфлікти в сім'ї, брак уваги, булінг – ці складні життєві обставини є сприятливими чинниками для розвитку РХП.

Наслідки РХП мають системний характер:

– фізіологічні: погіршення загального стану

здоров'я, виникнення супутніх захворювань, безпліддя, смерть від наслідків захворювання, суїцид;

– особистісні: розвиток супутніх психічних розладів, погіршення якості життя, пригнічений емоційний стан, втрата контролю над життям, безпорадність, залежність;

– соціокультурні: руйнування соціальних зв'язків, проблеми в налагодженні міжособистісних відносин, недостатня контактність, дискомфорт, почуття занепокоєння при взаємодії з іншим, самотність, втрата роботи, ізоляція тощо.

Діяльність соціального працівника з особами, що мають ПХП і РХП відбувається як у стаціонарній (лікувальній) установі або в соціальній службі. На сьогоднішньому етапі в Україні державними соціальними службами не здійснюється цільова профілактика та корекція РХП. Важливу роль відіграють недержавні організації, особливо феміністичного напрямку, інформаційні компанії, впроваджені організаціями, які сповідують позитивний образ тілесності та соціальні проекти, що формують бачення конституційної різноманітності людського тіла. Водночас критично недостатню увагу цим видам адикцій надається соціальними працівниками, соціальними педагогами та психологами навчальних закладів, тоді як саме сфера освіти має бути первинною ланкою у профілактиці, корекції та реабілітації проявів психологічного неблагополуччя дітей та підлітків (див табл. 2).

Таблиця 2.

Діяльність соціального працівника у системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою

	у стаціонарній (лікувальній) установі	у соціальній службі	у закладі освіти
особливості	робота з особами, що мають РХП.	психосоціальна робота з особами, що мають ПХП, відсутність медико-лікувального аспекту.	соціально-педагогічний супровід осіб, що схильні до ПХП та РХП, відсутність медико-лікувального аспекту.
загальні функції	<ul style="list-style-type: none"> профілактика РХП з цільовими категоріями населення, до яких належать: підлітки і молоді, дорослі, що мають дітей-підлітків або самі мають психічні розлади чи РХП; викладачі, медичні працівники та працівники соціальних установ (для обізнаності щодо проблеми); викладачі або наставники творчих гуртків, спортивних секцій тощо; збір аналітичної інформації щодо розповсюдженості РХП і ПХП та ефективних методів реабілітації; соціальна та соціокультурна реабілітація осіб з РХП і ПХП. 		<ul style="list-style-type: none"> моніторинг та оцінювання ризику РХП та ПХП підлітків та молоді
спеціальні функції	<ul style="list-style-type: none"> адміністративна робота медичного характеру (зустріч, реєстрація клієнтів, оформлення документів); налагодження взаємодії між медичними закладами та фахівцями (координація роботи мультидисциплінарної команди фахівців), налагодження взаємодії з закладами освіти; взаємодія з родичами клієнтів; організація зустрічей для хворих або зустрічей для родичів; соціальна та/або соціокультурна реабілітація осіб (як частина реабілітації або післяреабілітаційний етап під керівництвом психіатра або провідного фахівця). 	<ul style="list-style-type: none"> інформаційна: організація зустрічей для осіб, що мають ПХП або цікавляться даним напрямом; створення тематичних заходів; організація дискусій і круглих столів; реабілітаційна: організація і проведення груп взаємодопомоги для осіб з ПХП; проведення арт-терапевтичних занять; підтримуюча: проведення тренінгів для осіб, що мають ПХП або РХП; проведення сімейної терапії для осіб на постреабілітаційному етапі; освітня: проведення занять із саморегуляції, самоосвіти, правильного харчування, розвитку комунікації, рефлексії, тощо. 	<ul style="list-style-type: none"> просвітницька: організація інформаційних заходів та дискусій для дітей, молоді та батьків щодо профілактики розладів харчової поведінки (первинна профілактика); освітня: проведення занять і тренінгів щодо формування адекватної самооцінки, емоційної регуляції, формування культури споживання їжі; підтримуюча: супровід дітей та молоді, що мають РХП та ПХП (контроль фізичних навантажень, створення умов для конфіденційності під час прийому їжі, налагодження взаємодії між батьками, дитиною, фахівцями та закладом освіти)

Відтак, є очевидним, що соціальна робота не замінює професійну медичну та психіатричну допомогу. Якщо соціальний працівник виявив ознаки РХП, то неодмінно повинен спрямувати людину/дитину до лікаря. Допомога соціального працівника може надаватися людям з РХП лише за наявності додаткової освіти та під наглядом медичного працівника, що веде такі випадки, у межах лікувального та реабілітаційного процесу, але не є окремим і самостійним методом допомоги (виключенням є надання адміністративної допомоги в соціальних закладах).

З іншого боку, ПХП не є захворюванням, тому профілактика та корекція можуть бути важливим напрямом діяльності соціальних працівників як в соціальних службах так і в освітніх закладах. Але, якщо соціальний працівник помітив, що стан клієнта погіршився, або фахівець не має достатньої професійної компетентності для розв'язання проблеми, він спрямовує клієнта до спеціаліста, що добре знається в даному напрямі роботи.

Із викладеного виходить, що найкращим для комплексної допомоги особам з адитивними харчовими розладами є створення мультидисциплінарної команди, що добре утвердився у сфері розвитку громад, проблем ЛГБТ, задоволення потреб психічно хворих, протидії жорстокому поводженню з дітьми, злочинам серед підлітків та молоді, абілітації дітей, що мають інвалідність тощо. У мультидисциплінарній команді соціальний працівник може виступати фасилітатором та соціальним менеджером, сприяти налагодженню взаємодії між фахівцями різних профілів, а також між провідним фахівцем, що займається конкретним випадком (педіатр, психіатр, гастроентеролог, психолог тощо), закладами освіти, батьками та особою, що має харчові адикції. Соціальний працівник відіграє провідну організаційну роль,

адже в обов'язки навчального або лікувального закладу не входять функції щодо постійного спостереження за дитиною та контроль за прийомом їжі, але можуть встановлюватися розумні межі для фізичних тренувань і інших занять, а також створюватися умови для конфіденційності під час прийому їжі тощо [6]. Конфіденційність та контроль стосується також інформації про дитину, її стану здоров'я, на це необхідно зважати співробітникам навчальних закладів, що працюють безпосередньо з дітьми.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отже, соціальна робота виконує важливі функції у створенні системно-організованої діяльності, спрямованої на захист фізичного, психічного здоров'я та психологічного благополуччя осіб з адитивною харчовою поведінкою. Діяльність соціального працівника з профілактики РХП та ПХП може бути першою ланкою у виявленні харчових проблем дітей (підлітків)/дорослих в системі медико-соціальної допомоги або освітніх закладах. Водночас організаційні, освітньо-просвітницькі функції, та функції підтримки є неодмінними під час корекції та реабілітації харчових розладів, оскільки є підґрунтям забезпечення індивідуального підходу та наступності лікувально-оздоровчих заходів. Отже, соціальний працівник має бути обов'язковим учасником міждисциплінарної команди з надання медико-соціальних послуг в лікувальних, освітніх установах, соціальних та реабілітаційних центрах системи соціальної допомоги особам з харчовими порушеннями та розладами.

Перспективи подальшого вивчення заявленої проблеми вбачаємо в подальшій операціоналізації поняття «порушення харчової поведінки» та визначення напрямів ефективного запобігання адитивної харчової поведінки серед молоді та дорослих засобами соціальної роботи.

Список використаної літератури

1. Абсаямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 25. С.19–33.
2. Емельянова М., Бутцинова Д. Исследование особенностей личности пациентов с пищевыми расстройствами. *Скиф. Вопросы студенческой науки*. 2018. Вып. 11 (27). С.57–60.
3. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. СПб: Речь, 2005. 443 с.
4. Михайлова А. П., Иванова Д. А., Штрахова А. В. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях. *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология»*. 2019. Т.12. № 1. С.97–117.
5. Самойленко І. Війна з їжею. К.: ФОП Маслаков, 2020. 57 с.
6. Rey J.M, Martin A. Eating disorders. In J. M. Rey, & A. Martin (Eds.), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (H. 1). Geneva: IACAPAP, 2016. 22 p.
7. Wilson G.T., Grilo C.M., Vitousek K.M. Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*. 2007. № 62 (3). PP.199–216.

References

1. Absaiamova, L.M. (2014). Rozlady ta porushennia kharchovoi povedinky osobystosti [Disorders and disfunctions of an individual's eating]. *Problems of Modern Psychology*, 25, 19-33. [in Ukrainian].
2. Emel'janova, M., & Butcinova, D. (2018). Issledovanie osobennostej lichnosti pacientov s pishhevymi rasstrojstvami [Study of the personality characteristics of patients with eating disorders]. *Sciff. Questions of student science*, 11 (27), 57-60. [in Russian].
3. Mendeleevich, V. D. (2005). *Psihologija deviantnogo povedenija* [Psychology of deviant behavior]. Rech' [in Russian].
4. Mihajlova, A.P., Ivanova, D.A., & Shtrahova, A.V. (2019). Voprosy kvalifikacii i psihologicheskoi diagnostiki pishhevoogo povedenija v norme i pri ego narushenijah [Issues of qualification and psychological assessment of eating behavior under normal and disordered conditions]. *Psychology. Psychophysiology*, 12 (1), 97–117. [in Russian].
5. Samoilenko, I. (2020). *Viina z yizheiu* [War with food]. FOP Maslakov. [in Ukrainian].
6. Hay, P., & Morris, J. (2016). Eating disorders. In J. M. Rey, & A. Martin (Eds.), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (H. 1). IACAPAP.
7. Wilson, G.T., Grilo, C.M., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62 (3), 199–216.

Стаття надійшла до редакції 13.04.2021 р.
Стаття прийнята до друку 18.04.2021 р.

Lapina Maryna

Candidate of Psychological Sciences, Ph.D.
Department of Sociology and Social Work
Priazovskyi State Technical University
Mariupol, Ukraine

Boiko Yelyzaveta

Social Work Specialty Student
Priazovskyi State Technical University
Mariupol, Ukraine

SOCIAL WORK IN THE SYSTEM OF ASSISTANCE TO THE PERSONS WITH ADDICTIVE EATING BEHAVIOR

Abstract. The article is devoted to the topical problem of psychosocial assistance to people with addictive eating behavior, which is common among teenagers and young people, leads to tragic consequences, but still lacks a sufficient scientific basis and a comprehensive solution. The purpose of the study is to determine the place of social work and the content of the social workers' activity in the system of assistance to persons with addictive eating behavior. Theoretical analysis of research of the food deviations problem, the concrete definition of terms «dysfunctional eating», «eating disorders», content and comparative analysis of professional functions of social workers in the context of helping people with addictive eating behavior are used as methods to achieve the goal of the research. It is determined that the professional activity of a social worker with persons with dysfunctional and disordered eating takes place in medical institutions, social services and secondary schools. The most common task of social work with persons with food addictions is the prevention. Special functions of a social worker in an inpatient (medical) institution are administrative and organizational work with eating disorders patient. Educational, social support and rehabilitation function are predominant in the activities of a social worker in social institutions. Instead, the specialist carries out for the most part diagnostics and monitoring, formation of eating habits, socio-pedagogical support of young people with dysfunctional eating in educational institutions. The leading role of a social worker at all stages of intervention and the need for a multidisciplinary approach in the prevention, correction and rehabilitation of people with addictive eating behavior are identified.

Key words: social work; dysfunctional eating; eating disorders; professional functions of a social worker; multidisciplinary team.