

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Психологічні особливості жінок з відхиленнями харчової поведінки

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 201
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна психологія

Дехтярь Світлана Володимирівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

к.психол.н.
(наукова ступінь, вчене звання)

Пономарьова Вікторія Костянтинівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2022р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З ВІДХИЛЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ..	5
1.1. Феномен відхилення харчової поведінки у жінок в науковій літературі	5
1.2. Особистість жінки.....	10
1.3. Особливості відхилень харчової поведінки у жінок	13
Висновки до першого розділу	17
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З ВІДХИЛЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	18
2.1. Підходи до дослідження особистості.....	18
2.2. Організація та хід дослідження психологічних особливостей жінок з відхиленнями харчової поведінки.....	22
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	27
Висновки до другого розділу.....	35
РОЗДІЛ 3. ФОРМИ ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ЖІНКАМИ З ВІДХИЛЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	37
3.1. Підходи до психологічної корекції харчової поведінки	37
3.2. Програма роботи з жінками з відхиленнями харчової поведінки.....	54
Висновки до третього розділу	62
ВИСНОВКИ	63
СПИСОК ДЖЕРЕЛ.....	66
ДОДАТКИ	73
Додаток А	73
Додаток Б.....	75

ВСТУП

Актуальність дослідження. На сьогоднішній день соціально-економічні умови, стрімкий темп життя, спотворення та зміна цінностей, вимог, що пред'являються суспільством, та інші труднощі викликають дезадаптацію людини. Людина постійно перебуває в ситуації напруги та стресу, з якими не завжди може впоратися самостійно. Ці причини змушують людину штучно уникати проблем, ховаючись від дискомфорту, в якому вона знаходиться замість того, щоб активно працювати над перетворенням себе та своєї реальності. Людина фіксується тільки на тому, що викликає у неї неприємні та негативні почуття і не вимагає активного докладання розумових зусиль. Людина - це біо-психосоціо-духовна модель (організм, психічні та психологічні процеси, суспільство, віра, цінності), яка не може повноцінно існувати без якогось складового елемента або, якщо порушується один із її складових елементів. Особливості харчової поведінки безпосередньо пов'язані з цією моделлю. При наявності порушень – в організмі, емоційному стані, світогляді, цінностях, суспільстві може виникнути дисбаланс у харчових звичках. Для представниць жіночої статі стиль харчування визначається традиціями сім'ї та навколишнього суспільства, модою, особистими особливостями та набутими титулами, потребами. Цей стиль формує образ власного тіла та вибудовує діяльність з формування та досягнення цих образів.

Теоретична розробленість теми. Увага багатьох науковців зосереджувалася на різних аспектах харчової поведінки (Т.І. Алексеева, Л.Ф. Артюх, О.Ю. Барташук, О.В. Бацилева, П. Бурд'є, Л.Ф. Бурлачук, М.О. Бутінов, Ж.П. Вірна, С.О. Кириленко, В.А. Косяк, Н.І. Кошель, Т. Манн, Д. Перлмуттер, Л.В. Сохань, С. Тірадо, Н. Шнаккенберг, А.І. Яблонський та ін.), зокрема психологічних особливостей розладів даної сфери (О.І. Богучарова, Д.Т. Вербіц, Р. Міланезе, Л.А. Найдьонова, Ж. Нардоне, В.І. Шебанова та ін.)

Об'єкт дослідження: феномен харчової поведінки.

Предмет дослідження: Психологічні особливості жінок із відхиленнями харчової поведінки.

Мета дослідження – дослідити психологічні особливості жінок із відхиленнями харчової поведінки.

Завдання дослідження:

1. Дати визначення поняттю про відхилення харчової поведінки у жінок в науковій літературі.
2. Дослідити особливості особистості жінок із відхиленнями харчової поведінки.
3. Провести аналіз особливостей жінок із відхиленнями харчової поведінки.
4. Розробити програму корекційної роботи з жінками з відхиленнями харчової поведінки.

Методи дослідження:

1. Теоретичні: аналіз психологічної літератури з обраної теми.
2. Психодіагностичні: психологічне інтерв'ю, методика визначення тривожності Спілбергера-Ханіна, індекс життя LSI.
3. Статистичні: метод математичної статистики (Jamovi).
4. Метод психологічної інтервенції.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З ВІДХИЛЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Феномен відхилення харчової поведінки у жінок в науковій літературі

Харчова поведінка - це ціннісне відношення до їжі і її прийому, стереотип харчування у буденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу. Сюди входять такі підготовчі моделі поведінки, як пошук їжі, фактичне вживання їжі та велика кількість фізіологічних процесів [38, з. 741].

Як стверджує Л.М. Абсалямова, харчова поведінка – це сукупність форм поведінки людини, що включає режим (частота, розподіл у часі), темп (швидкість) прийому їжі, перевага споживання окремих видів продуктів, спонукальні причини (не тільки поява почуття голоду та апетиту) та приводи до прийому їжі, суб'єктивне ставлення до процесу харчування [25, с. 373].

З погляду психіатрії харчова поведінка – це вроджений потяг [12, с. 152], інстинктивна діяльність [41, с. 475]. Тим не менш, фактори порушення харчової поведінки мають найрізноманітніший характер. Так, В.Д. Менделевич, який розглядає порушення харчової поведінки як тип девіантної поведінки, вказує на те, що харчова поведінка – це ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування у звичайних умовах та у стресовій ситуації, орієнтація на образ власного тіла та діяльність стосовно його формування [38, с. 106]. Іншими словами, харчова поведінка включає установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі, які індивідуальні для кожної людини.

Залежно від того, яке місце в ієрархії цінностей людини займає процес прийняття їжі, харчова поведінка може бути як адекватною (гармонійною), так і порушеною. Цінність харчування визначається його зв'язком із життєвими цілями, адже харчова потреба людини носить не суто біологічний характер.

Так, харчова поведінка пов'язана із задоволенням психологічної потреби у комфорті та захищеності, що виражаються у насиченні. У той час як соціальне значення їжі для людини визначається взаємозв'язком процесу прийняття їжі з процесом взаємодії людей (наприклад, під час святкування будь-яких подій чи встановлення ділових та дружніх взаємозв'язків), у психосоціальному аспекті харчова поведінка набуває значення при підтримці певних ритуалів або ж звичок, а також при самоствердженні, задоволенні естетичної потреби та заохоченні себе за рахунок смакових якостей їжі [38, с. 7].

Серед існуючих на сьогоднішній день теорій та моделей порушень харчової поведінки особливе значення мають психосоматичні теорії та моделі, в особливості модель харчової адикції [29, с. 20]. Психоаналітичні концепції є науковою основою, на яку надалі спиралися психосоматичні дослідження. До теорій цього напрямку належать: конверсійна модель З. Фрейда, теорія депрессивної ресоматизації М. Шура, модель відмови від віри в майбутнє Енгеля та Шмале, концепція втрати об'єкта Фрайбергера, концепція А. Мітчерліха. Основна ідея психоаналітичних концепцій психосоматичних захворювань взагалі та порушень харчової поведінки зокрема полягає в тому, що за неможливості людини впоратись з внутрішнім конфліктом за допомогою зрілих механізмів психологічного захисту (витіснення, сублімація) включаються невротичні захисні механізми (депресії, фобії тощо) та соматизація як захист на психосоматичному рівні.

Існує й інша самостійна лінія розвитку психосоматичної теорії, що базується на вивченні великої кількості пацієнтів з так званими функціональними порушеннями без патологічної органічної основи. Це інтегративні моделі, до яких належать: інтегративна модель здоров'я, хвороби та хворобливого стану Вайнера, біопсихосоціальна модель Ікскюля та Везіака, медична антропологія В. Вайцзеккера [28, с. 31]. Згідно з інтегративними моделями психосоматичної теорії, витіснена зі свідомості людини кризова ситуація продовжує діяти у її тілі, бо те, що людина впроваджує у свідомість, втрачає свою тілесну силу.

До даних теорій близький когнітивний підхід, з погляду до специфіки психосоматичних розладів, а саме «схема тіла» за П. Шильдером. Суть даного підходу у тому, що система уявлень людини про фізичну сторону власного Я є «схемою тіла», яка є біологічною, психологічною і соціальною конструкцією, що відрізняється динамічністю та гнучкістю. Схема тіла тісно пов'язана з інстинктивними потребами, до яких належать і харчові потреби, а також міжособистісним досвідом у соціальній сфері. Наприклад, якщо мова йде про органи тіла, то тут так званим «ключем» до розуміння причин порушення харчової поведінки є уявлення про недоброякісну їжу. Таким чином, помилки та «білі плями» на психологічній «карті» тіла лежать в основі психосоматичних порушень [36].

Досить близька до цього підходу теорія порушення структури «Я» Г. Аммона, суть якої у тому, що психосоматичне захворювання – це вираз структурного порушення «Я» (відсутності меж своєї ідентичності), що виникає внаслідок порушеної взаємодії з оточуючими, під дією соціальних стресорів.

При цьому порушення харчової поведінки Г. Аммон відносить до групи первинних психосоматичних порушень, що означає генералізованість симптоматики та цілісність соматичного процесу. Таким чином, з точки зору автора теорії порушення структури «Я», основна функція психосоматичного захворювання полягає в тому, щоб через хворобу пристосуватись до несвідомого конфлікту амбівалентності матері хворого і цим дати йому свободу для розвитку свого «Я» в інших зонах [44].

Також на психологічні конструкції у рамках соматичних проблем звертали увагу автори теорії характерології та типології особистості (Е. Кречмер, У. Шелдон, Ф. Данбар). Але підходили вони до цього питання з позиції вивчення особистісних особливостей людей, які страждають на психосоматичні захворювання. Так, наприклад, у рамках даної теорії встановлено, що особам, які страждають на психосоматичні захворювання, властиві наступні критерії: схильність до усунення від реальності та

недостатня залученість до поточної ситуації, а також недостатня здатність до словесного опису своїх емоційних переживань [28, с. 24].

Засновник сучасної психосоматики Ф. Александер запропонував теорію, згідно з якою симптоми вегетативного неврозу є не спробою висловити пригнічене почуття, а фізіологічним супроводом певних емоційних станів, що згодом веде до незворотних змін в органах. Певні емоції викликають певні тілесні порушення під впливом ситуації-прискорювача.

Соматичний симптом може розвиватися за одним із трьох векторів: бажання отримати, бажання видалити та бажання зберегти. На думку автора, специфічний психічний конфлікт між трьома векторами спричиняє порушення у певних органах [49].

Не можемо залишити поза увагою теорію «функціональної асиметрії мозку», в рамках якої вимагають розгляду концепції олекситимії, вивченої безпорадності та пошукової поведінки. Представлені в ній концепції є теоретичними конструктами, що обґрунтовують функціональну асиметрію мозку як єдиний неспецифічний фактор ризику виникнення та розвитку психосоматичних захворювань, зокрема і порушення харчової поведінки. Дані порушення виникають у разі соціальної дезадаптації людини, коли функціональна асиметрія мозку переходить у «критичну зону» за рахунок порушення функціонування правої півкулі, тягне у себе зміни у роботі функціонально асиметричних фізіологічних систем організму. Викликана таким чином психосоматична патологія, сприяє виходу функціональної асиметрії мозку із критичної зони [20].

Ще один напрямок у психосоматичних дослідженнях представляють психофізіологічно-орієнтовані моделі психосоматичних розладів. Дані теорії доповнюють розглянуту вище теорію характерології, оскільки особливості емоційного реагування на стрес тісно пов'язані з характерологічними особливостями його особистості.

Отже, порушення харчової поведінки є одним із соціально прийнятних і не осудних видів адиктивної поведінки, що багато в чому визначає актуальність цієї проблеми.

1.2. Особистість жінки

Працюючи разом із жінками, необхідно звертати увагу на той факт, що будь-яка криза – це певні уроки еволюції, і важливо те, яким чином жінка приймає проблеми, присутні у її житті. З точки зору, що висловлюється у дослідженні Л.М. Абсалямової [21], в рамках синергетичної парадигми, криза є точкою максимальної невизначеності системи, де вона зазнає найбільшу напругу. При цьому, криза завжди означає нові можливості, оскільки дезорганізація провокує процеси переходу системи на новий рівень, самоорганізацію. Дослідниця порівнює думки К. А. Абульханової-Славської, Л. І. Анциферової, Ф. Є. Василюк, С. Л. Рубінштейна, К. и С. Гроф, Дж. Каплана. Дж. Якобсона та інших авторів, які єдині у думці про те, що криза є передумовою важливіших особистісних змін, характер яких може бути як позитивним (конструктивним), так і негативним (деструктивним).

Так, важливий напрям психокорекції варто розглядати, як роботу над особистими якостями, що дозволить покращити психоемоційний стан, який безпосередньо впливає на вирішення сімейної кризи, так і на розвиток творчого і духовного потенціалу: розуміння жінкою важливості життя сьогодні, що нерозривно пов'язується з досвідом минулого та перспективами майбутнього; незалежність, асертивність, прагнення керуватись у житті власними цілями, переконаннями, принципами; виокремлення для себе цінностей та здатності їх реалізації у власній поведінці; розуміння своїх потреб, почуттів та вміння виражати свої почуття; приймати себе такою, яка є; вміння цілісно сприймати світ та людей; здатність встановлювати глибокі емоційно насичені контакти, а також приймати і рефлексувати свої емоційні прояви, гнів, агресію, роздратування [28].

Для глибинного дослідження варто зануритись у жіночу психологію. Основу поведінки переважної більшості жінок складає емоційність. Саме жінкам властиві перепади настрою, у чоловіків, зазвичай, перепади активності і пасивності з перевагою в сторону пасивності. Для жінок переважно

характерні два види темпераменту – сангвінік та меланхолік. Ознаками сангвінічного темпераменту є оптимізм, радість, продуктивність, життєрадісність, а ознаками меланхолійного темпераменту є сум, пасивність, млявість. Хоча загалом для жінок властиві рухливість, бурхливий прояв почуттів і різка зміна настрою. Прерогативою слабкої статі є гостра реакція на все: заохочення і покарання, конфлікти і неприємності, чужа біда і сварки з коханим, проблеми з дітьми та з партнерами [8].

Сердечність також, майже завжди переважає саме у жінок, адже саме вони все приймають близько до серця, співпереживають і співчують. Варто зауважити, що це не проста цікавість до проблем іншої людини, це бажання чимось зарадити, допомогти. У чоловіків така особливість поведінки зазвичай не спостерігається.

Неможливо оминати такі категорії, як «фантазія» та «уява». Жіноча частина населення нашої планети має вищий рівень фантазії та уяви, ніж чоловіча частина. Так, жінкам набагато простіше реалізовувати себе у творчих професіях. До того ж, обличчя жінки є більш виразним, тому на ньому можуть позначатись десятки відтінків найрізноманітніших емоцій, що також не характерно чоловікам, якщо вони, звичайно, не актори [31].

У питанні стійкості нервової системи, жінки, на жаль, не займають лідируючі позиції. При цьому, коли жінки плачуть, кричать, сваряться, вони захищають свою психіку від перевантажень і надмірних переживань. Нестійкість нервової системи виявляється у швидкому переході від одного емоційного стану до іншого. Тобто, жінки набагато краще за чоловіків пристосовуються до різних ситуацій, зокрема, і до життя загалом.

Однією з ключових сфер у своїй життєдіяльності, жінки вбачають сферу міжособистісних відносин. На першому місці у жінки – взаємини з людьми, зокрема, з чоловіками. Для жінок характерно помічати нюанси і відтінки переживань, вміння читати по обличчю, вловлювати настрій. Майже неможливо сховати від жінок емоції смутку, пригнічення, невизначеності тощо.

Жінки більш м'які, більш обережні і пред'являють підвищені естетичні вимоги. Недарма все прекрасне у мистецтві пов'язане безпосередньо з жінкою. Інтуїція у жінок розвинена набагато краще. Вона заснована як на передчутті, так й на здатності бути спостережною в дрібницях, а вже скласти майбутню картину з маленьких деталей для жінок не є проблемою [49].

За даними психологічного тестування, відсоток правильних відповідей у жінок нітрохи не менше, ніж у чоловіків. Правда, часу для цього жінкам потрібно трішки більше.

У звичайному житті жінки набагато спостережливіші за чоловіків, але в критичній ситуації жінка цю якість втрачає і у неї може виявитися «реакція жука» (жук, коли його поворушити, падає і прикидається мертвим) – жінка ж впадає в короткочасний ступор.

Швидкість сприйняття і рухливість психічних процесів у жінок вища, ніж у чоловіків. Вони краще вважають, швидше читають і запам'ятовують. Враження жінок здебільшого пов'язані зі сприйняттям мови – вони воліють слухати (а чоловіки – бачити). Мова жінок більш складна і граматично правильна, ніж у чоловіків; у слабкої статі більше здібностей до іноземних мов [36].

Отже, жінка гнучка у взаєминах, чутлива і емоційна, чуйна, добра, жаліслива і комунікабельна. У цілому в жінок краще розвинені такі якості, як інтуїція, здатність до аналізу, спостережливість, практичність. У них гуманітарна спрямованість інтересів, вони легше знаходять компроміси та здатні підкорятися.

1.3. Особливості відхилень харчової поведінки у жінок

Психологічні параметри харчової поведінки та її порушень більшою мірою визначають особистісне ставлення до способів прийняття їжі. До них відносяться різні фактори, серед яких:

- порушення взаємовідносин у системі «мати-дитя» у молодшому дитячому віці;
- неприйнятні для дитини на ранньому дитинстві способи прийняття їжі;
- стреси, ситуації фрустрації;
- особистісні проблеми;
- конфліктні сім'ї;
- проблеми у міжособистісних відносинах у сім'ї, дитячих установах, з однолітками та іншими оточуючими людьми [6].

Усі ці фактори, що визначають харчову поведінку, формують харчові звички – певні дії, що доведені до автоматизму і не потребують активації процесу мислення, вони стійкі та мимоволі виникають у певних ситуаціях.

Потреба їжі відноситься до розряду вітальних. Вона спадково обумовлена, має конкретну фізіологічну основу, що пов'язана з психологічними особливостями людини та соціальними факторами. Харчова поведінка людини виходить за рамки задоволення енергетичних витрат. Прийом їжі не тільки служить для вгамування голоду, але має й естетичний, символічний, міфологічний, релігійний, соціальний, морально-етичний та психологічний сенс [5].

Модель, що описує мотивації харчової поведінки, заснована на аналогічній моделі мотивації вживання алкоголю і включає такі компоненти мотивації, як:

- 1) подолання негативних емоцій;
- 2) соціалізація;
- 3) відповідність очікуванням інших людей;
- 4) отримання задоволення.

Тісний взаємозв'язок харчової біологічної мотивації з вищими мотиваціями, залежність від емоційно-особистісних особливостей людини та одночасно від специфіки гомеостатичних процесів породжують різноманітні форми її порушення [58]. Порушення харчової поведінки є одним із видів патологічної адаптації.

Самосприйняття особистості є процесом орієнтування людини у своєму внутрішньому світі в результаті самопізнання та порівняння себе з іншими людьми.

Відповідно до К. Фукса, процес самосприйняття протікає у наступних аспектах [51]:

- сприйняття себе через співвіднесення своєї особистості з іншою людиною;
- через сприйняття себе іншими людьми;
- через результати своєї діяльності;
- через спостереження своїх внутрішніх станів;
- через сприйняття свого зовнішнього вигляду.

Автор зазначає, що коли особистість сприймає себе через співвідношення з іншою людиною, інший використовується як модель, що зручна для спостереження та аналізу власних особистісних особливостей. У цьому особистість може поглянути з боку, співвіднести свої звички і вчинки з поведінкою іншої людини. Людина при такому самосприйнятті постійно ставить собі питання: «а я так можу?», «а в мене вийде?» і сам собі відповідає: «у мене не вийде» або «я роблю краще, правильніше». Залежно від відповіді особа переміщається в пригнічений або піднесений стан [2, с. 103].

При сприйнятті себе за результатами своєї діяльності, спираючись на совість, можна оцінити якість власних вчинків. Можливість усвідомлення своїх вчинків здатна як допомагати, так і заважати розвитку особистості. Людина може спиратися на оцінки оточуючих: роблячи вчинок, вона має право оцінювати зроблене.

Сприймаючи себе на основі спостереження власних внутрішніх станів, особистість осмислює та обговорює з оточуючими свої переживання, емоції, почуття, думки. Так відбувається розуміння свого внутрішнього світу. При сприйнятті себе через свою зовнішність особистість вчиться прийняттю свого тіла, як фізичного об'єкта. Те, що має людина з народження, навіть при швидкоплинному погляді в дзеркало, може або тішити її або ж засмучувати. Таке сприйняття себе допомагає відчувати свої родинні зв'язки, емоційний зв'язок із близькими та власну відмінність, свою унікальність.

Т. Ільницька пише, що фізичне Я є переживання свого тіла як втілення Я, переживання фізичних дефектів, свідомість здоров'я або хвороби [31, с. 59]. Суспільні стандарти могли змінюватись відповідно до моди, але оскільки краса функціональна, кожна конкретна людина може сприймати людське тіло відповідно чи не відповідно до поглядів суспільства. Так виражається система уявлень людини про власне «Я» та своє тіло.

Отже, без перебільшення можна сказати, що роль тілесного Я настільки велика, що часом спостерігається ефект компенсації та надкомпенсації, наполеонівський комплекс тощо [14].

Це з тим, що з допомогою тіла людина виявляє себе у світі, але одночасно ця свобода самореалізації та можливість показати себе оточуючим обмежується самим індивідом рамками власного образу Я.

Це може виявляється, наприклад, у прагненні відповідати чийось установкам чи хибним ідеалам. При цьому, увага особи концентрується на різних деталях і характеристиках, часом несумісних та розрізнених. Таким чином, стає очевидним, що у жінок оцінка своєї зовнішньої привабливості тісно пов'язана з рівнем самооцінки, рівнем самоприйняття та адаптацією до соціуму. При цьому оцінка своєї фізичної привабливості займає центральне місце в Я-концепції і характеризує не тільки самооцінку, а й відносини з іншими людьми. Крім того, встановлено, що незадоволеність формою власного тіла у жінок найчастіше є пусковим механізмом для виникнення та розвитку у них порушень харчової поведінки. У свою чергу, порушення

харчової поведінки є значущим механізмом, що лежить в основі дебюту ожиріння, наростання та підтримки надлишку маси тіла.

Висновки до першого розділу

У наші дні, їжа є одним із найдоступніших об'єктів зловживання. Постійні переїдання, або ж навпаки, нав'язливе бажання схуднути, надмірна вибірковість в їжі, утомлива боротьба із «зайвими кілограмами», одержимість різними дієтами та багато інших форм харчової поведінки досить поширені серед жінок. Все це вже вважається нормою, аніж відхиленням від неї. Але як би там не було, стиль нашого харчування відображає душевний стан і наші афективні потреби.

Психічне здоров'я певним чином відбивається на фізичному здоров'ї. Зв'язок між цими поняттями відбивається і у феномені «харчового поїдання», а також має причини та наслідки. Порушення харчової поведінки – це відхилення порівняно з нормальною харчовою поведінкою. Під нормальністю розуміють регулярне здорове харчування, що не викликає жодного фізичного та психологічного дискомфорту у людини. Але у випадку з харчовими розладами акцент зміщується або на урізання свого раціону або ж на його гіпертрофоване збільшення.

У жінок оцінка власної зовнішньої привабливості тісно пов'язана з рівнем самооцінки, рівнем прийняття себе та адаптацією у соціумі. При цьому оцінка своєї фізичної привабливості займає центральне місце в Я-концепції і характеризує не тільки їх самооцінку, а й відносини з іншими людьми. Крім того, встановлено, що незадоволеність формою власного тіла у жінок найчастіше є пусковим механізмом для виникнення та розвитку у них порушень харчової поведінки. У свою чергу, порушення харчової поведінки є значущим механізмом, що лежить в основі дебюту ожиріння, наростання та підтримки надлишку маси тіла.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З ВІДХИЛЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Підходи до дослідження особистості

У даний час існує безліч методик, які дозволяють розглянути особистість на підставі різних показників.

Найбільш популярними методиками дослідження особистості на сьогоднішній день є наступні:

1) Дослідження самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейна [48]. Дане дослідження названо за іменами двох її авторів – Тамари Дембо, яка розробила дану методику з метою вивчення уявлень про щастя, і Суссани Яківни Рубінштейн, якій належить модифікація методики Дембо задля вивчення самооцінки. Якщо порівняти модифікацію з початковим варіантом, то можна побачити більш розширену методику і за кількістю шкал (їх стало 4 замість однієї – «здоров'я», «розум», «характер», «щастя»), і за варіантами інтерпретації. П.В. Яньшин запропонував додати ще дві обов'язкові шкали: «задоволеність собою» та «оптимізм». Пізніше доктор психологічних наук А.М. Прихожан її також модифікувала, поповнивши список ще трьома шкалами: «авторитет у однолітків», «вміння багато робити своїми руками», «зовнішність». Замість шкали «щастя» була введена шкала «впевненість в собі». В даний час існує безліч варіантів і модифікацій цієї психодіагностичної методики, але основні принципи залишаються незмінними. За результатами проведеної методики можна зробити висновок по трьох основних параметрах самооцінки: висоті, стійкості та реалістичності. При проведенні даного дослідження необхідно враховувати всі коментарі випробуваного, сказані щодо полюсів, шкал і його положення на цих шкалах. Вчені відзначають, що уважний аналіз бесіди дозволяє зробити набагато більше висновків про самооцінку особистості, ніж простий аналіз розташування позначок на шкалах.

2) Тест Кеттелла (16-факторний особистісний опитувальник) – один з найбільш поширених анкетних методів оцінки індивідуально-психологічних особливостей особистості, що був розроблений під керівництвом Р.Б. Кеттелла. Метою такого опитувальника є виявлення 16 незалежних факторів особистості. Присутність одного фактору зумовлює існування кількох поверхневих рис, об'єднаних навколо однієї центральної риси. Фактор MD є додатковим до основних 16-ти і виділений в особистісній методиці Кеттелла для форм С і D. Середні значення даного чинника характеризують адекватність самооцінки особистості, її певну зрілість. Дані за цим фактором мають велике значення, оскільки допомагають оцінити зрілість особистості, а також можуть використовуватись при індивідуальній роботі з випробуваним [48].

3) Тест міжособистісних відносин Т. Лірі. Методика створена Т. Лірі, Г. Лефоржем, Р. Сазеком у 1954 році і призначена для оцінки спостережуваної поведінки людей, для самооцінки, оцінки близьких людей, для опису ідеального «Я». За допомогою даної методики можна виявити переважний тип відносин до людей в самооцінці. Даний опитувальник включає 128 оціночних суджень, представлений 8 типами відносин, які утворюються в 16 пунктах, упорядкованих по висхідній інтенсивності. Методика побудована так, що судження, спрямовані на з'ясування будь-якого типу відносин, розташовані не підряд, а особливим чином: вони групуються по 4 і повторюються через рівну кількість визначень [48].

4) Методика діагностики самооцінки психічних станів Г.Ю. Айзенка. Дана методика застосовується для діагностики самооцінки таких психічних станів як тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність. Матеріал представлений у вигляді переліку психічних станів, властивих/непритаманних випробуваному. У результаті інтерпретації результатів можна визначити характерну для випробуваного ступінь вираженості досліджуваних станів [48].

5) Методика вимірювання самоствавлення і відповідна модель М. Rosenberg – Self-Esteem Scale. Дана методика неодноразово піддавалася психометричному аналізу і отримала численні емпіричні підтвердження [48].

Незважаючи на те, що М. Розенберг дотримується уявлення про ієрархічну будову Я-концепції, він визначає самоствавлення як позитивну або негативну установку, спрямовану на Я, ступінь розвитку почуття самоповаги, відчуття власної цінності. Методика включає в себе 10 питань (5 позитивних і 5 негативних), на які потрібно дати відповідь за 4-бальною шкалою – від «повністю згоден» до «повністю не згоден».

У цілому ж методики діагностики самооцінки особистості спрямовані на виявлення рівня самооцінки, визначення її адекватності, на дослідження загальної та приватної самооцінки, а також на визначення співвідношення «Я реального» і «Я ідеального».

6) Self-esteem Inventory S. Coopersmith – методика складається з 50 питань, на які потрібно дати відповідь «відповідає мені» або «не відповідає мені». Дана методика вимірює, згідно з уявленнями автора, «те, наскільки людина вважає себе компетентною, успішною, значущою або цінною». Згодом були спроби виділення в даній методиці різних більш приватних чинників, проте результати факторного аналізу, зробленого різними авторами, часто розходяться і в цілому не дозволяють сформулювати будь-яких певних шкал всередині Self-esteem Inventory [48].

7) Опитувальник Self-Image Profile, призначений для розгляду самоствавлення як емоційного компонента Я-концепції. За аналогією з цим психологічним утворенням, ставлення людини до себе також розглядається як ієрархічна структура, частини якої складають різні сфери життя. Залежно від теоретичної позиції автора вибір цих сфер може бути різним. У методиці респондентам пропонується кожному пункту поставити два бали – як вони оцінюють себе по даному параметру і якими вони хотіли б бути [48].

8) Тест-опитувальник самоствавлення В.В. Століна та С.Р. Пантелеєва. Тест опитувальник побудований у відповідності з розробленою В. В. Століним

ієрархічною моделлю структури самоствавлення. Зазначений опитувальник дозволяє виявити наступні рівні самоствавлення:

- 1) глобальне самоствавлення;
- 2) самоствавлення, диференційоване з самоповагою, аутосимпатією, самоінтересом і очікуваннями ставлення до себе;
- 3) рівень конкретних дій (готовностей до них) у відношенні до свого «Я».

У якості вихідного приймається відмінність змісту «Я-образу» (знання або уявлення про себе, в тому числі і у формі оцінки вираженості тих чи інших рис) та самоствавлення. В ході життя людина пізнає себе та накопичує про себе знання, ці знання становлять змістовну частину його уявлень про себе.

9) Методика М. Куна і Т. МакПартланда «Двадцять тверджень» (методика «Хто Я? »). В оригінальній методиці випробуваному пропонується відповісти на 20 питань «Хто я?». Основою служить теорія М. Куна, згідно з якою рольова поведінка людини і виконувані ним соціальні ролі служать основою його самосприйняття. Багато дослідників відзначають, що тест, незважаючи на зовнішню простоту, складний в обробці та інтерпретації. Автори пропонують поділяти відповіді на дві основні категорії: об'єктивні і суб'єктивні. При цьому в число перших включають відповіді, які відносять випробуваного до будь-якої соціальної групи або ролі: студент, дівчина, батько і т.д. суб'єктивні відповіді відображають стан людини або його самовідчуття: щасливий, втомлений, задоволений і т.д. При цьому, як правило, випробувані прагнуть вказувати, в першу чергу, свої об'єктивні характеристики, або не вказуючи, або називаючи невелике число суб'єктивних [31].

Різноманітність існуючих підходів впливає і на різноманітність методик. Складний і багатогранний феномен особистості складно охопити будь-яким одним методичним засобом. Ми вважаємо, що кожна з розглянутих нами методик охоплює частину реального змісту особистості, при цьому решта іноді залишається за межами конкретного дослідження.

2.2. Організація та хід дослідження психологічних особливостей жінок з відхиленнями харчової поведінки

Метою даного дослідження було вивчення дослідження психологічних особливостей жінок із відхиленнями харчової поведінки. Для представниць жіночої статі стиль харчування визначається традиціями сім'ї та навколишнього суспільства, модою, особистими особливостями та набутими титулами, потребами. Цей стиль формує образ власного тіла та вибудовує діяльність з формування та досягнення цих образів.

Відповідно до поставленої мети були сформульовані наступні завдання емпіричної частини дослідження:

- 1) Проаналізувати анамнестичну анкету вибірки дослідження для створення її демографічної характеристики, яка буде враховуватися під час інтерпретації результатів.
- 2) Використовуючи діагностичні методики, виявити рівні тривожності у вибірки жінок, суб'єктивного благополуччя та стилі сімейного виховання, які вони використовують.
- 3) Опрацювати результати дослідження, використовуючи математичні методи аналізу за ключами обраних методик, а також вбудовані ресурси Microsoft Office (графіки, діаграми, схеми, таблиці).
- 4) Здійснити кореляційний аналіз результатів, використовуючи параметричні критерії Studenta в програмі Jamovi .
- 5) Інтерпретувати результати дослідження.

У ході дослідження застосовувалися наступні методики:

1. Інтерв'ювання для визначення соціально-демографічних показників вибірки. На них ми будемо спиратися, проводячи кореляційний аналіз між особливостями, які можуть впливати на рівень тривожності [42].

Проводячи інтерв'ю, дослідник може фокусуватись на змісті промови респондентів, у такому разі респонденти виступають як джерела інформації. Однак фокус дослідника може бути й іншим: його можуть цікавити

особливості особистості респондентів, і зміст того, про що вони говорять, буде сприйматись інтерв'юером як матеріал, що відображає особистісні особливості; у разі дослідник проводитиме глибинне інтерв'ю, фокусоване особистості респондентів. Наприклад, дослідника може цікавити психологія виникнення харчових порушень. Задаючи питання, що стосуються причин виникнення харчових відхилень, і фокусуєчись на змісті цих оповідань, психолог зможе описати, в яких життєвих ситуаціях у людей найчастіше виникають відхилення харчової поведінки, що це їм, як, на їх думку, змінилося життя чи ставлення до тих чи інших життєвих подій унаслідок відхилень харчової поведінки тощо. Інтерв'ю, фокусоване на особі з відхиленнями харчової поведінки, передбачає переорієнтування погляду дослідника: у фокусі його уваги можуть виявитися, наприклад, глибинні мотиваційні джерела, та психологічні функції емоційної прихильності людей до відхилень в харчовій поведінці. У разі інтерв'ю, фокусованого на особистості, дослідник спрямовує свій погляд на те, що безпосередньо не повідомляється респондентами, та намагається реконструювати психологічні реалії, що зумовлюють певний тип оповідання чи досвіду.

2. Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна. У процесі використання зазначеної методики було отримано можливість визначення ситуативної та реактивної тривожності у жінок. Для реактивної тривожності характерними є наступні ознаки: напруга, занепокоєння, нервозність в даний момент часу, у конкретній ситуації. Такий стан може виникати як емоційна реакція, різної інтенсивності чи динаміки, у екстремальних ситуаціях або тих, які провокують виникнення стресу в жінки. Якщо реактивна тривожність має високий рівень, то відбувається порушення уваги, координації. Ознакою особистісної тривожності є схильність сприйняття великого кола ситуацій як загрозливих, на що відбувається реакція – тривога. Високий рівень особистісної тривожності провокує наявність невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями [42].

Сам тест Спілбергера-Ханіна являє собою методика, результатом якої є диференційований вимір тривожності, як особистісної властивості та як стану, в окремій ситуації. Якщо говорити про тривожність, як про особистісну рису, вважаємо її набутою поведінковою позицією, яка формує у людини уявлення про широке коло об'єктивно безпечних обставин, як таких, що містять загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких відповідає величині реальної небезпеки.

Коли мова йде про тривожність людини, яка виникає в даний момент часу, та характеризується емоціями (напругою, занепокоєнням, стурбованістю, нервозністю) у цій конкретній обстановці, маємо на увазі реактивну тривожність. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну чи стресову ситуацію, може бути різним за інтенсивністю та динамічним у часі. Процес тестування проходить шляхом використання двох бланків, де на першому вимірюють ситуативні показники тривожності, а на другому – рівень особистісної тривожності.

Аналіз результатів, в описаному тесті, здійснюється за шкалою, окремою для кожного бланку, де результат, зазвичай знаходиться у діапазоні 20-80 балів. Варто вказати, що чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності. Інтерпретація показників здійснюється шляхом використання наступних показників оцінки тривожності:

- до 30 балів – низька,
- 31-44 бали – помірні;
- 45 і більше – висока.

Високий рівень тривожності, зазвичай, є наслідком невротичного конфлікту, емоційних зривів чи психосоматичних захворювань.

Низький рівень тривожності наявний у осіб з депресією, відсутністю мотивації.

Помірний рівень тривожності – це особливість, яка притаманна абсолютно усім особам, при цьому для кожного притаманний свій оптимальний рівень тривожності, природна та обов'язкова особливість

активної діяльної особи. Оцінка людиною свого стану у цьому відношенні є для нього суттєвим компонентом самоконтролю та самовиховання.

3. Використання опитувальника життєвого стилю Плутчика, стало запорукою у діагностиці системи механізмів психологічного захисту, оцінці ступенів напруженості кожної випробуваної нами жінки. Відштовхуючись від концепції існування восьми базисних механізмів захисту, яким відповідають вісім базових емоцій. Існування психологічних захистів дозволяє опосередковано виміряти рівні внутрішньоособистісних конфліктів, тобто дезадаптовані люди, як правило, використовують захист в більшій мірі, ніж адаптовані особистості. Ціллю захисних механізмів є мінімізація присутності негативних переживань. Переживання в основному пов'язані з внутрішніми або зовнішніми конфліктами, станами тривоги чи дискомфорту. Механізми захисту допомагають нам зберегти стабільність своєї самооцінки, уявлень про себе і про світ. До того ж, захисні механізми можна позиціонувати як буфери, що запобігають потраплянню до нашої свідомості надто сильних розчарувань і загроз. У випадках, коли особи не мають можливості для боротьби з тривогою або страхом, захисні механізми спотворюють реальну дійсність з метою збереження нашого психологічного здоров'я і нас самих як особистостей [42].

Методи математичної статистики використовувалися нами для обробки цифрового матеріалу, отриманого в результаті дослідження. При проведенні дослідження обчислювали t-р Стюдента за допомогою програми Jamovi .

t-критерій Стюдента – загальна назва для класу методів статистичної перевірки гіпотез (статистичних критеріїв), заснованих на порівнянні з розподілом Стюдента. Найбільш часті випадки застосування t-критерію пов'язані з перевіркою рівності середніх значень у двох вибірках.

Формула розрахунку t-критерію Стюдента виглядає так:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

Отже, на наш погляд, обрані методики дозволять нам виявити психологічні особливості жінок з відхиленнями харчової поведінки.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

На початку нашого дослідження нами було проведено інтерв'ювання випробуваних. Початок анкети – це питання про ПІБ випробуваних та їх точний вік.

Далі в анкеті було питання вік. Вікова категорія опитуваних жінок була 30-40 років.

На питання про працевлаштування випробувані жінки дали такі відповіді: 2,3% працюють повний робочий день, 7% є студентами, 14% випробуваних працюють, але неповний робочий день, 18,6% працюють дистанційно, 41,9% не працюють, тому що знаходяться в декреті, 16,3% опитуваних взагалі ніде не працюють.

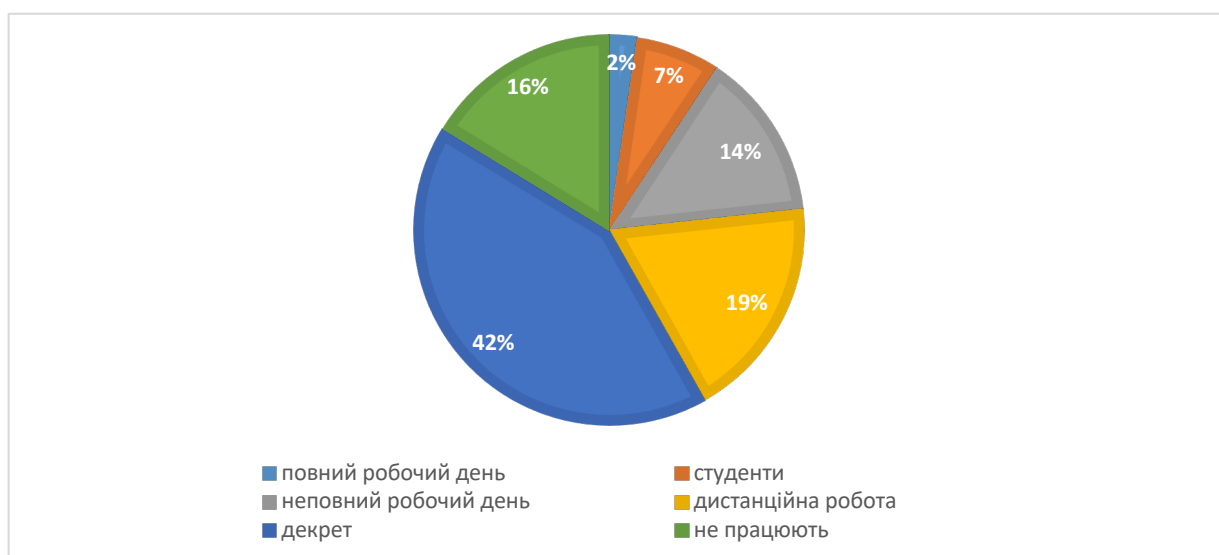


Рис.2.1. Графічне відображення результатів відповідей на питання, чи працюють випробувані (у відсотках).

На питання про наявність постійного партнера наші випробувані дали такі результати: у 86% є законний чоловік, у 7% є чоловік, з яким вони разом проживають (співмешканець), у 2,3% це жінки, які живуть не з батьком дитини, а з іншим чоловіком, 2,3% не мають постійного партнера; 2,3% - вдови.

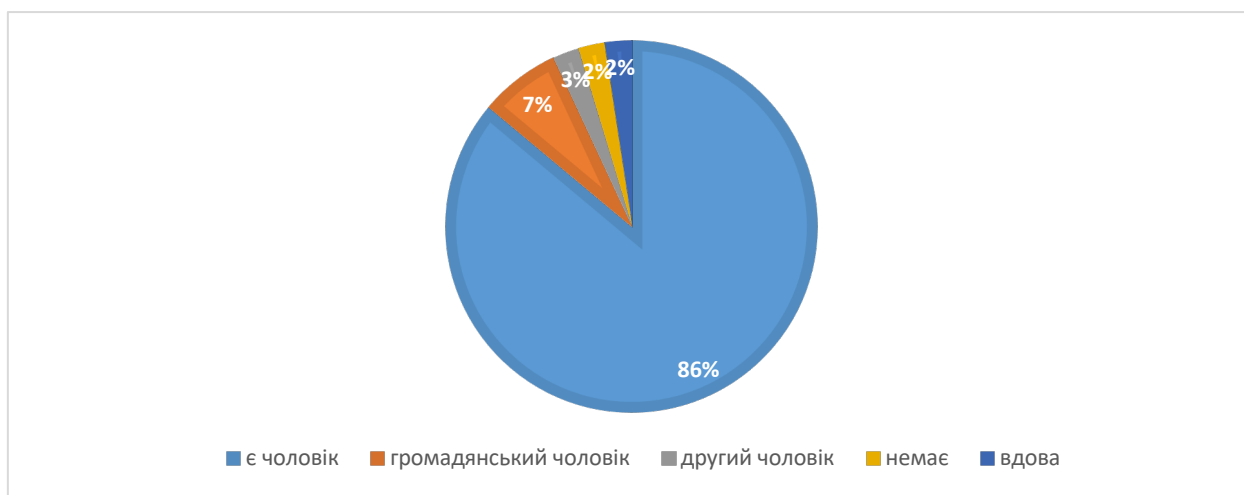


Рис.2.2. Графічне відображення результатів за відповідями чи є постійний партнер (у відсотках).

На питання «Як Ви оцінюєте своє фінансове благополуччя за шкалою від 0 до 5, де 0 – рівень нижче середнього, не вистачає фінансів, 5 – рівень вище середнього, на все вистачає і вдається відкласти)» ми отримали відповіді, які відображені на діаграмі нижче:

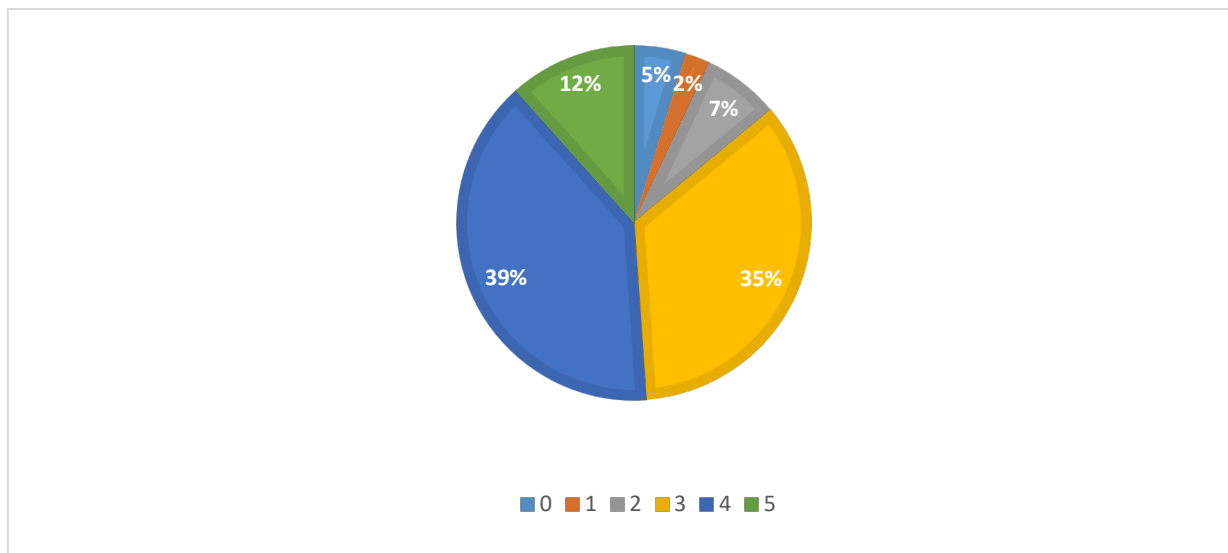


Рис.2.3. Графічне відображення оцінки жінками свого фінансового стану (у відсотках).

Бачимо, що 39,5% жінок в цілому добре оцінюють свій фінансовий стан, на 3 бали його оцінили 34,9%, на 5 балів – 11,6%. Дуже низькі бали також є у нашій вибірці: 7% випробуваних оцінили фінансове благополуччя на 2 бали, 2,3% – на 1 бал та 4,7% опитуваних відповіли на 0 балів.

На питання «Як Ви оцінюєте свою зовнішність (включаючи стан фігури після пологів, вагу, волосся, нігті) за шкалою від 0 до 10, де 0 – дуже незадоволена, 10 – задоволена дуже, виглядаю краще за інших)?» жінки відповіли так:

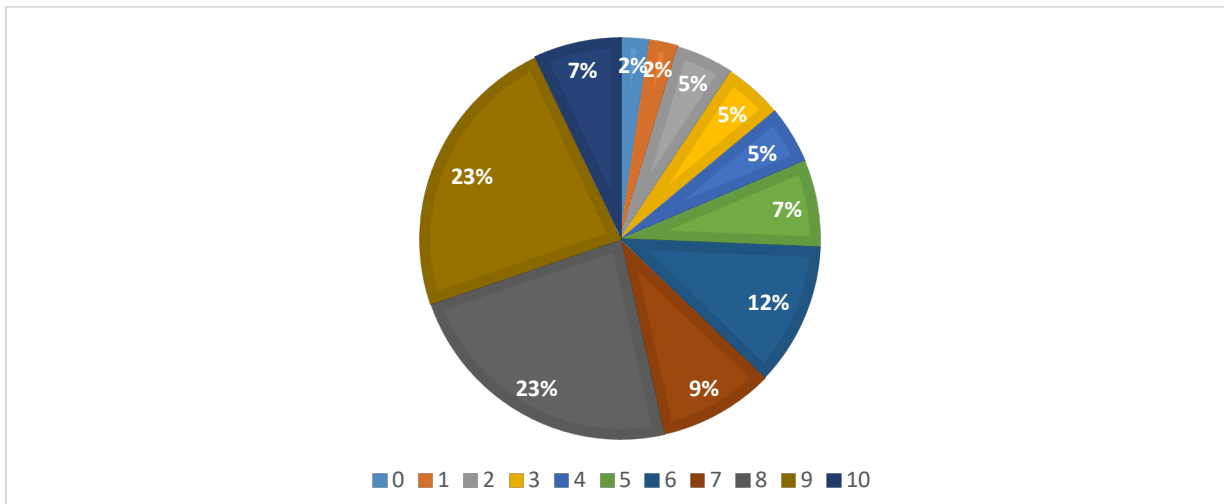


Рис. 2.4. Графічне відображення результатів на питання про зовнішній вигляд (у відсотках).

Високі оцінки 8-10 собі поставили 53,6% серед усіх наших випробуваних. Проте майже половина жінок оцінюють свій зовнішній вигляд, як непривабливий.

На питання «Як ви вважаєте, чи є у вас харчове порушення» отримали такі відповіді:

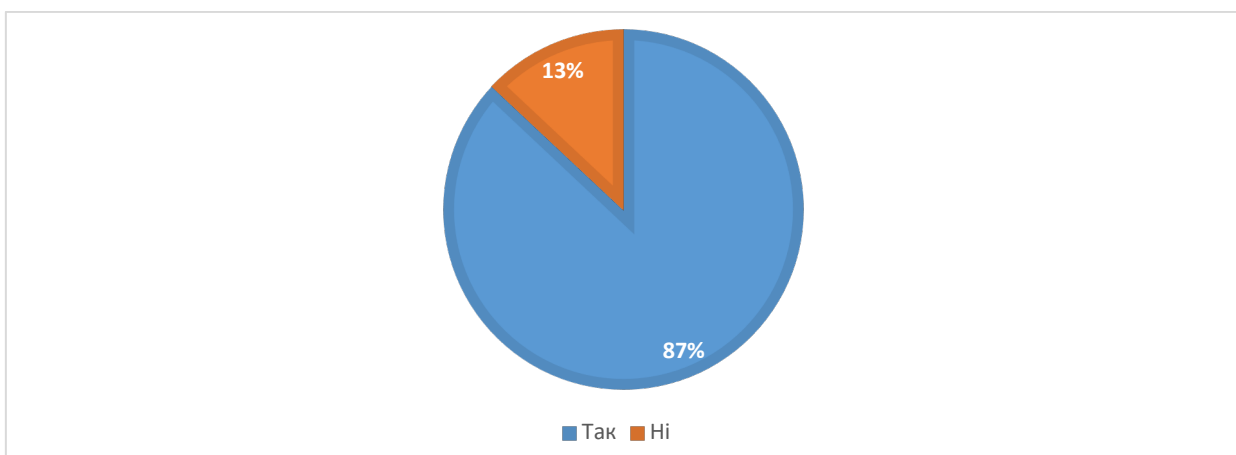


Рис. 2.5. Графічне відображення результатів на питання про наявність харчового порушення.

Більша частина з наших випробуваних вважає, що порушення харчової поведінки у них є. Тому логічним було поставити запитання, яке саме порушення, на їх погляд, вони у себе знайшли. Отримали наступні результати:



Рис. 2.6. Графічне відображення результатів на питання про вид порушення харчової поведінки.

Отже, у більшості наших опитуваних є проблеми з зайвою вагою, тому що вони переїдають. Також у вибірці є жінки, які навпаки мають проблеми з апетитом.

Щоб з'ясувати психологічні особливості жінок з порушеннями харчової поведінки, ми провели діагностику з використанням двох психологічних тестів.

В результаті дослідження за допомогою методики діагностики тривожності Спілбергера - Ханіна були отримані наступні результати.

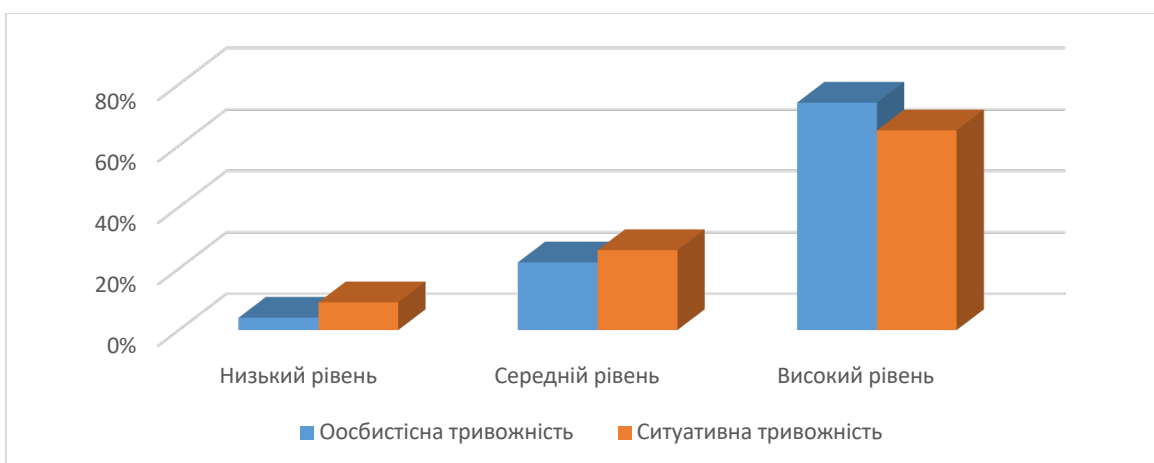


Рис. 2.7. Графічне відображення ситуативної та реактивної тривожності у випробуваних

Таблиця 2.1.

**Результати дослідження за методикою Спілбергера-Ханіна у
випробуваних**

Рівні тривожності	тривожність
Низький рівень	4%
Середній рівень	22%
Високий рівень	74%

Діагностика тривожності Спілбергера- Ханіна, показала, що нашій групі випробуваних притаманний високий рівень тривожності.

Для того, щоб визначити, які показники з анкетних даних впливають на виникнення та розвиток тривожності у жінок з нашої вибірки, ми провели кореляційний аналіз за критерієм Стьюдента:

Таблиця 2.2.

**Кореляційні зв'язки між рівнем особистісної та ситуативної
тривожності і результатами анкетування**

	Наявність партнера	Вік	Фінанси	Працевлаштованість	Зовнішність
тривожність	,023	,189	,208	,338**	,267
	,987	,230	,187	,841	,068

**Кореляція значима на рівні 0,05

*Кореляція значима на рівні 0,01

Отже, виявлений значимий сильний зв'язок між тривожністю та наявністю партнера, працевлаштованістю. Це говорить про те, що дані показники впливають на прояви тривоги у жінок нашої вибірки, а відповідно можуть провокувати проблеми з харчуванням.

За методикою «опитувальник життєвого стилю Плутчика» нами були отримані такі результати:

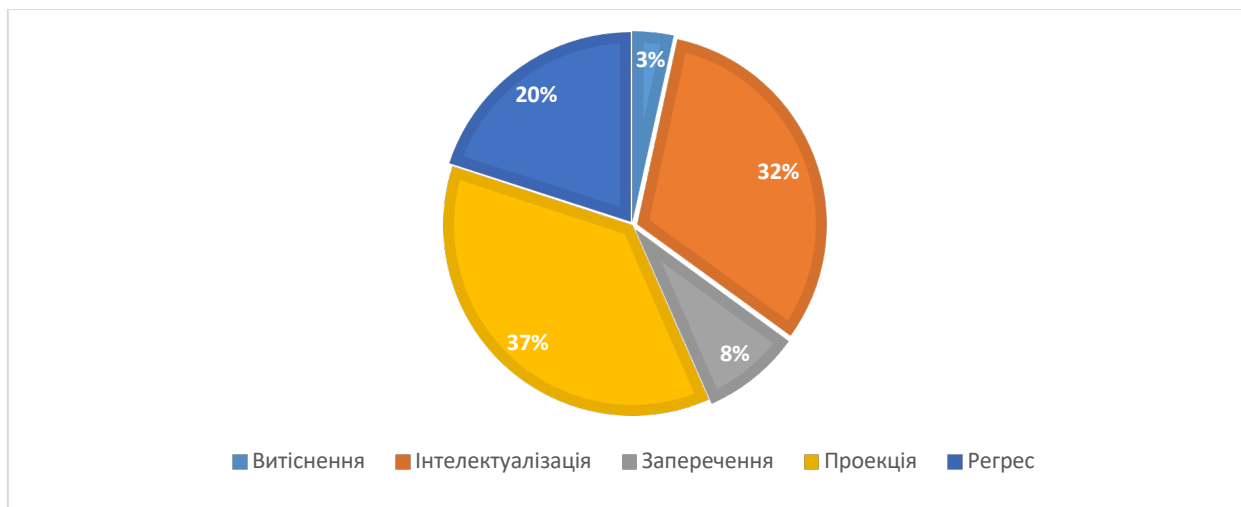


Рис.2.8. Графічне відображення результатів за опитувальником життєвого стилю Плутчика

- Життєвий стиль «Витіснення» 3,4%.

Основною метою роботи такого механізму захисту як витіснення варто вважати демобілізацію думок, почуттів чи бажань, які викликають тривогу. Значна кількість науковців вважає механізм витіснення основою будь-якого захисного механізму.

Прикладом дії механізму витіснення може бути ситуація, коли особою не усвідомлюється факт будь-якого поганого вчинку, при цьому внутрішньо вона відчуває присутність конфлікту, що зумовлює відчуття невмотивованої тривоги. Саме тому витіснення можуть проявлятися в невротичних і психофізіологічних симптомах.

- Життєвий стиль «Інтелектуалізація» 31,6%.

Інтелектуалізацію можна розглядати, як спосіб подолання конфліктних ситуацій ігноруючи емоції чи переживання. Тобто, коли особа намагається «пережити» конфліктну ситуацію лише шляхом логічного мислення: виокремлення обґрунтувань своєї чи чужої поведінки, причин виникнення такої ситуації, дій які сторони разом, чи окремо мали вчинити для уникнення такої ситуації, можемо говорити про інтелектуалізацію.

– Життєвий стиль «Заперечення» 8,4%;

Навіть сама категорія «заперечення» вказує на те що відбувається відмежування від реальних обставин ситуації. Так, під час застосування заперечення особа, з метою уникнення тривожного стану, у своїй свідомості блокує розуміння очевидного, а інформація, яка турбує і може привести до конфлікту, не сприймається. Мається на увазі конфлікт, що виникає при прояві мотивів, які суперечать основним настановам особистості, чи інформація, яка загрожує її самозбереженню, самоповазі або соціальному престижу.

– Життєвий стиль «Проекція» 36,6%.

Процес проекції можна прослідкувати у осіб, які не усвідомлюючи свої дії та почуття, приписують іншим людям певні ознаки. Тобто, коли особа вбачає у собі певний конфлікт, однак не бажає на рівні свідомості прийняти існування цього конфлікту, вона шляхом використання механізму проекції переносить цей конфлікт на своє оточення, задля власного виправдання, у першу чергу, перед собою, а далі – перед іншими. При цьому існують випадки позитивної проекції, коли оточення отримує позитивні ярлики, у концепції механізму проекції це є своєрідним феноменом.

– Життєвий стиль «Регресія» 20%.

Регресія розглядається як механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість в своїх поведінкових реакціях прагне уникнути тривоги шляхом переходу на більш ранні стадії розвитку лібідо. При цій формі захисної реакції особистість, піддається дії факторів фрустрації, замінює рішення суб'єктивно більш складних завдань на відносно більш прості і доступні в сформованих ситуаціях. Імпульсивність і слабкість емоційно-вольового контролю, властива психопатичним особистостям, визначаються актуалізацією саме цього механізму захисту на загальному тлі зміни мотиваційно-потребової сфери в бік їх більшої спрощеності і доступності.

Для того, щоб визначити, чи впливає життєвий стиль випробуваних нами жінок на розвиток особистісної та ситуативної тривожності, ми провели

кореляційний аналіз за критерієм Стюдента за допомогою комп'ютерного пакету Jamovi:

Таблиця 2.3.

Кореляційні зв'язки між рівнем особистісної та ситуативної тривожності та життєвим стилем за опитувальником Плутчика

	Життєвий стиль
тривожність	,256** ,141

**Кореляція значима на рівні 0,05

Отже, виявлений сильний значимий позитивний зв'язок між рівнем тривожності та життєвим стилем. Аналізуючи результати нашої вибірки, більшість жінок обирають деструктивні способи – витіснення, заперечення, проекцію та регресію, які, як правило, призводять до підвищення нервового напруження, рівня тривожності та змін в апетиті.

Отже, жінки з порушеннями харчової поведінки в нашій вибірці мають такі психологічні особливості:

- Високий рівень тривожності.
- Життєвий стиль інтелектуалізація, проекція та регресія.

Висновки до другого розділу

Метою даного дослідження було вивчення дослідження психологічних особливостей жінок із відхиленнями харчової поведінки. Для представниць жіночої статі стиль харчування визначається традиціями сім'ї та навколишнього суспільства, модою, особистими особливостями та набутими титулами, потребами. Цей стиль формує образ власного тіла та вибудовує діяльність з формування та досягнення цих образів.

У дослідженні використовувалися наступні методики:

1. Інтерв'ювання.
2. Шкалою тривожності Спілбергера-Ханіна.
3. Опитувальник життєвого стилю Плутчика .

Методи математичної статистики використовувалися нами для обробки цифрового матеріалу, отриманого в результаті дослідження. При проведенні дослідження обчислювали t-р Стьюдента за допомогою програми Jamovi .

В результаті дослідження виявлений значимий сильний зв'язок між тривожністю та наявністю партнера, працевлаштованістю. Це говорить про те, що дані показники впливають на прояви тривоги у жінок нашої вибірки, а відповідно можуть провокувати проблеми з харчуванням, що виявляється у сильному значимому позитивному зв'язку між рівнем тривожності та життєвим стилем. Аналізуючи результати нашої вибірки, більшість жінок обирають деструктивні способи – витіснення, заперечення, проекцію та регресію, які, як правило, призводять до підвищення нервового напруження, рівня тривожності та змін в апетиті. Проте також є значний відсоток випробуваних, які застосовують інтелектуалізацію в якості захисного механізму та життєвого стилю.

Отже, жінки з порушеннями харчової поведінки в нашій вибірці мають такі психологічні особливості:

- Високий рівень тривожності.
- Життєвий стиль – інтелектуалізація, проекція та регресія.

Випробуваним були надані рекомендації для роботи над рівнем тривожності, адже цей показник корелює з життєвим стилем, який в свою чергу може негативно впливати на харчову поведінку.

РОЗДІЛ 3. ФОРМИ ПСИХОЛОГО-КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ЖІНКАМИ З ВІДХИЛЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Підходи до психологічної корекції харчової поведінки

Огляд основних шкіл присвячений концептуалізації та можливостям лікування порушень харчової поведінки в жінок з точки зору психоаналітичного підходу. Він пропонує можливості більш широкого дискурсу стосовно питань інтеграції психоаналітичного підходу і симптом-фокусованих підходів під час лікуванні таких складних відхилень та розладів, як порушення харчової поведінки.

1. Школа потягів.

Модель конфлікту потягів передбачає психосексуальний підтекст симптомів порушень харчової поведінки і переговорів між трьома інстанціями: Воно, Я і Над-Я, які мають різні цілі. Ранні теоретики пов'язують анорексію з оральною фазою психо-сексуального розвитку, відзначаючи надмірне карання Над-Я пацієнта і його схильність до само-приниження або само-відкидання, що супроводжуються оральними імпульсами. Крім цього, голодування розглядалось як захист від фантазії про оральне поглинання. Інші ж аналітики бачили в голодуванні захист від оральних садистичних фантазій. Починаючи з Анни Фройд, напруга в годуванні немовляти ми розглядаємо як вираз дитиною амбівалентності по відношенню до матері, при цьому багато спостерігачів пов'язують із годуванням і прийняттям їжі декілька більш загальних понять, серед яких: поглинання і відторгнення, фрустрація і подяка, любов і ненависть. [1].

Шварц (1988) заперечив точку зору, що булімія виникає в результаті материнської нездатності в період симбіозу, яка бере початок в амбівалентності матері до дитини і до розглядання дитини як свого нарцисичного продовження. У цих сценаріях батько зазвичай над-стимулюючий і спокушає, а дитина пропонує матеріал первинної сцени.

Поглинання їжі та її подальше викидання він пов'язував з фалічним ототожненням і з захистом дитини від обох батьків в едипову фазу.

2. Школа об'єктних відносин.

Хільде Брух (1962-1978) зробила перші спроби описати булімію з точки зору школи об'єктних відносин. На її думку голодування – це боротьба за автономію, вміння і самоповага. Порушення в фазі ранніх дитячо-материнських відносин виливається в спробу вирішити їх в отрочстві, коли відбувається зростання автономії та незалежності. У її описах розглянуті фігури були домінуючими, інтрузивними, що заважають здійснити процес сепарації та індивідуації. І це створює внутрішнє протиріччя, що виражається дітьми тілесно (пацієнти з анорексією перебільшують значення розмірів тіла), висловлюють інтероцептивну сплутаність (нездатність відрізнити голод, насичення і афективний стан), а також всезаповнююче почуття своєї безпорадності та втрати контролю [1].

Інші автори, такі як Сельвіне Палаццолі (1978) і Мастерсон (1978), також розвивали об'єктний підхід до анорексії. Останній, наприклад, оскаржував факт, що такі пацієнти мають внутрішній материнський об'єкт як ворожий, тому що у відповідь на залежне ставлення він стає підтримуючим і винагороджує його. Кожна внутрішня репрезентація матері має свої аналоги у селф-репрезентації: перша як порожня, погана і винна, і друга це та, що вміє відчувати, підтримувати і є хорошою. Працюючи разом, ці внутрішні об'єкти підривають шлях пацієнта до дорослості, який несумісний із його симптоматикою. Інші ж дослідники говорять про недостатність перехідного простору та недостатність символічної функції як центральної динаміки таких пацієнтів.

Біркстед Брін та Борис Спрінс (1984) говорять про те, що, безсумнівно, пацієнтки з анорексією відрізняються своєю конкретністю і олекситимічністю а також слабкою здатністю мати справу з відкриттям себе. Зокрема Лоуренс писав про провал символізації пацієнтів із анорексією, зазначаючи, що материнські функції як надзвичайно інтрузивні, безпосередньо змішуються з

їжею (не будучи символізованими) і в підсумку є відкинутими. У тому вигляді, як ці пацієнтки формують перенесення, виражається страх інтрузивності, що заважає їм налагодити терапевтичний альянс. [2].

Мастерсон описує булімію з точки зору нарцисичного розладу. У його дослідженні патологічна грандіозність з'єднується з травматичним розчаруванням, і утворюється у результаті психічного болю, що ховається за ідеалізуванням іншого, що, у свою чергу, супроводжується приниженням себе. Інші ж автори припускають недостатність константності об'єкта. Будучи відокремлюваними від симбіотичної матері, вони не здатні виконати роботу самозаспокоєння всередині себе. І тоді пожирання є сенсорно-моторною об'єктною репрезентацією матері, що відправляє пацієнта на переживання стадії раннього годування. Шугарман особливо підкреслює нездатність пацієнтів із булімією комунікувати у символічній формі. Їх тіло є фізичним виразом внутрішнього і несвідомого конфлікту.

3. Психологія Селф.

Відначає недостатність на фазі розвитку в процесі віддзеркалювання та ідеалізації в результаті створює недостатність в самооцінці і самоцілісності. І тоді симптоматику порушення харчової поведінки можна віднести до процесів саморегуляції. Гудсіт описує клієнток як маніфестуючих, це стосується фасадної псевдо-самодостатності у протиріччі з батьками, які самопоглинені і тривожні, або ж, навпаки, відсутні. І тоді дозрівання об'єкта селф і саморегуляторних функцій не відбулося, що залишає таких клієнток досить залежних від інших та від зовнішнього благополуччя.

У свою чергу пацієнти з булімією набагато більш імпульсивні, напружені, вони вирішують конфлікти, чи жити їм своїм життям або залишатися доступними для батьків, які в свою чергу використовують своїх дітей як засіб психічної рівноваги. І в цьому сенсі симптоми: або самоголодування, або пожирання, або самоочищення стають останнім кордоном самозаспокоєння чи саморегуляції. Із часом розлад стає звичним способом і хронічною умовою щодо компенсації ідентичності та відчуття себе [3].

Сандс, який розглянув різницю між булімією і анорексією, а також між жіночими пацієнтами і чоловічими, писав про те, що молоді дівчата часто зустрічаються із культуральними заборонами та із посланнями, в намаганнях віддзеркалити себе, ідеалізуючи свій образ. У той же час, хлопчики в спробі віддзеркалити себе хочуть виділитись, виглядати більш агресивніше або розумніше, дівчатка в той же час хочуть виглядати «як леді». Як результат, саме жінки частіше демонструють психопатологію шляхом порушення харчової поведінки.

Серед останніх досліджень особлива увага приділяється травмі та дисоціації, як до витоків виникнення порушення харчової поведінки. Зокрема, в симптоматиці вбачається розщеплення між селф і травматичною історією дитинства. Симптоматика допомагає продовжувати безперервність селф в умовах дисоціації, а драматичність того, що відбувається з тілом використовується, як засіб комунікації. Центральність і звернення до тіла, як центру того, що відбувається розширює фокус з того, що відбувається з селф на те, що відбувається із тілом задля того, щоб терапевти зрозуміли буквально, що відчувають їх клієнти.

Порушення харчової поведінки в жінок являють собою групу поведінкових психогенних синдромів, які характеризуються відхиленнями під час прийому їжі та під час її переробки. До даної групи належать нервова анорексія, переїдання, нервова булімія, ожиріння та інші розлади. У порушень харчової поведінки є різноманітні симптоми, що включають в себе обжерливість, відмова від їжі, спровоковану і мимовільну блювоту, застосування проносних засобів, заперечення суб'єктивної значущості проблеми ваги [2]. У міжнародній класифікації хвороб, порушення харчової поведінки виділені в окрему рубрику «розлади прийому їжі» [4].

Загальна характеристика даної групи розладів полягає в протиріччі між фізіологічними потребами в їжі та бажаннями пацієнта. Пік захворюваності порушеннями харчової поведінки припадає на підлітковий і молодий вік. У виникненні розладів даного типу значиму роль відіграють психологічні та

фізіологічні особливості, соціальні відносини пацієнта. Конкретні причини визначаються фахівцем під час процесу діагностики. Як правило, виявляється кілька факторів, що привертають до захворювання, і один або два, що послужили так званими пусковими механізмами.

Серед можливих умов розвитку психогенного харчового порушення виділяють наступні: психологічні особливості; мікросоціальні умови життя; стрес; суспільні цінності; спадкова схильність.; психічні захворювання. Розглянемо види і методи психологічної допомоги, що застосовуються при різних розладах харчової поведінки. При ожирінні застосовуються курси схуднення, однак, вони виявляються неефективними при неможливості спонукати клієнта до зміни інстинктивно-емоційної поведінки, в рамках якого надмірна вага і гіперфагія втрачають для нього необхідність. При дієтичному лікуванні більше половини клієнтів демонструють дратівливість, нервозність, підвищену стомлюваність, різні депресивні прояви, які також можуть проявитись як дифузний страх [5]. При ожирінні високу ефективність демонструє поведінкова психотерапія, що спрямована на зміну неадекватних стереотипів поведінки у клієнта. При поведінковій психотерапії схуднення здійснюється в результаті обмеження споживання калорій відповідно сучасним дієтологічним уявленням.

У програму поведінкової психотерапії входять наступні елементи: письмовий опис поведінки під час їжі. Клієнту необхідно детально записувати час прийомів їжі, кількість з'їденого, де і в чиєму суспільстві відбувалися прийоми їжі, відчуття клієнта при прийомі їжі. Контроль стимулів, що передують прийому їжі. Слід виявляти та усувати те, що провокує (стимулює) постійно їсти: легкодоступні запаси солодошів, висококалорійної їжі [8].

Також слід обмежувати кількість продуктів, що знаходяться у вільному для клієнта доступі. Важливим є і уповільнення процесу прийому їжі. У програмі обіцяють навчити клієнта навичку самостійного контролю процесу прийому їжі. Для цього потрібно підраховувати кожен шматок і ковток під час прийому їжі. Після кожного з'їденого третього шматка слід відкласти столові

прилади до повного переживування і проковтування цього шматка. Згодом паузи в процесі прийому їжі подовжуються. Необхідно також посилювати супутню активність. Тобто, пропонується формувати систему заохочень клієнта змінювати харчову поведінку задля схуднення. Кожне досягнення в сфері зміни і контролю харчової поведінки (підрахунок шматків і ковтків, ведення щоденника, паузи при прийомі їжі) нагороджується певною кількістю очок [7].

Під час когнітивної терапії клієнту пропонується сперечатись із самим собою. При цьому терапевт допомагає відшукати відповідні контраргументи, які переконують клієнта в можливості та доцільності схуднення. Сугестивна психотерапія закріплює у клієнта установку щодо дотримання правильної харчової поведінки. Даний вид терапії найбільш ефективний у клієнтів, що мають психологічний захист за типом регресії, та у тих, що володіють істероїдними особливостями особистості. Успішно використовуються при ожирінні такі методи як гештальт-терапія, транзактний аналіз, арт-терапія, психодрама, тілесно-орієнтована терапія, танцювальна терапія і сімейна психотерапія. При анорексії зазвичай рекомендується здійснювати лікування в спеціалізованих центрах, де використовується комбінація різноманітних терапевтичних заходів, з добре взаємодіючим із клієнтами персоналом. Найбільш вираженим ефектом при анорексії відрізняється сімейна терапія [1]. Фахівцями з поведінкової терапії при лікуванні анорексії використовується метод інтегрованого впливу. На першому етапі метод включає застосування поведінкових і навчальних технік, а на другому етапі – лікування, що спрямоване на психосоціальні проблеми клієнта. У стаціонарі важливо звертати увагу та зусилля не тільки на самого клієнта, але і на виникаючі у нього труднощі у відносинах з персоналом та іншими клієнтами. Разом із поведінковими концепціями при лікуванні анорексії застосовуються тілесно-орієнтовані методики лікування, що дозволяють провести корекцію існуючих у клієнта спотворених уявлень про власну зовнішність, режим харчування, оптимальну фазу та фізичну активність.

Також при лікуванні анорексії успішно використовуються такі методи як гештальт-терапія, транзактний аналіз, арт-терапія, психодрама, танцювальна терапія [2]. При лікуванні булімії цілком адекватно амбулаторне лікування, в рамках якого клієнт проживає в звичайних умовах. Стаціонарне лікування для клієнтів, які страждають булімією, використовується в тих випадках, коли на перший план в картині хвороби виступають виражені у клієнта аномальні особистісні риси, зловживання алкоголем, суїцидальні тенденції і т.д.

При лікуванні булімії використовуються системоцентровані, структуровані і конфронтуючі втручання, і активне проведення лікування, яке спрямоване на подолання симптомів булімії, головним чином у формах, що обмежені у часі. [6]. Сімейна терапія при лікуванні булімії дає, як правило, позитивні результати. Терапія випробуванням при лікуванні булімії передбачає, що клієнта поміщають в умови шоку або ж спокуси: відправляють в дорогий ресторан або кондитерський магазин, змушують приміряти в магазинах купальники і активно виконувати інші дії, що викликають у нього зазвичай напади обжерливості, не піддаючись при цьому споусі. Психотерапія міжособистісних відносин спрямована на лікування причин булімії, що лежать в області міжлюдських зв'язків.

Терапевт досліджує, яким чином харчові звички клієнта допомагають йому справлятися зі стресом, заміщаючи інші почуття і вчинки.

Під час когнітивно-поведінкова терапії спочатку пояснюється зв'язок емоцій, автоматичних думок і поведінки, розповідається про порочне коло, коли ірраціональні автоматичні думки запускають негативні емоційні переживання, що призводять до переїдання. Ця терапія повинна навчити проводити опис поведінки під час їжі, контролювати стимули, що передують акту їжі, уповільнювати процесу їжі, посилити супутню активність. Безпосередньою метою даної психотерапії постає завдання навчити пацієнтів «правильній харчовій поведінці» за допомогою позитивного підкріплення, та негативного підкріплення патологічного харчової поведінки [4].

У якості цілей і стандартів, що керують поведінкою, пацієнт і терапевт можуть спільно встановлювати рівень щоденного споживання калорій. Успішне досягнення конкретних цілей веде до самопідкріплення, що, у свою чергу, підсилює ймовірність збереження саморегуляції в подальшому. Пацієнту в цій моделі пропонується навчитися краще усвідомлювати своє тіло: розпізнавати свої внутрішні відчуття, такі як голод, спрага, психологічний дискомфорт, тривога і т. д.; відчувати, як реагує тіло на ті чи інші зміни психологічного і фізичного середовища і не змішувати ці відчуття.

Що стосується специфіка роботи в гештальт-підході, то вона полягає в увазі до тих емоцій, які лежали в основі нападів переїдання, і в спробі зрозуміти переживання, які реалізовувалися в даному поведінці. Гештальт-підхід також полягає в фасилітації своїх почуттів. Під час цього підходу терапевти навчають виразно розповідати про свої переживання і пов'язувати їх з подіями. Крім того, тут можна використовувати метод арт-терапії – малюнок, у якому символічно зображуються почуття і події.

Тілесно-орієнтована терапія відмінно працює із порушенням образу тіла. У людей із порушенням харчової поведінки буде спотворене сприйняття свого тіла. Тому існує безліч методик на сприйняття свого тіла, які вчать відчувати, розуміти і сприймати правильно образ свого тіла.

Обов'язкові умови психотерапевтичного впливу на порушення харчової поведінки включають в себе наступні критерії: вироблення мотивацій клієнта до здорового харчування, постановка і чітке формування програми зниження ваги, візуалізація мети і її конкретизація, складання плану харчування, ведення щоденника харчування, зміна нездорових харчових звичок, формування у клієнта віри в успіх і вироблення у нього впевненості в собі, формування психологічного захисту при виникненні ситуацій можливих порушень дієти.

Існує безліч напрямків психологічної допомоги людям із порушенням харчової поведінки, але також існує і велика різноманітність причин, які призвели до порушення харчової поведінки. Саме тому потрібно здійснювати підбір методів і видів допомоги індивідуально. Підібравши індивідуально

напрямок, можна отримати ефективний результат і нормалізувати харчову поведінку [16].

Проблема клініко-психологічних особливостей осіб з пвідхиленнями харчової поведінки була актуальною в усі часи. А все через те, що з плином часу стандарти краси стрімко змінюються, що впливає на індивідуальні особливості естетичного сприйняття особистості. У свідомості багатьох людей закріплено, що бути худим це означає бути красивим, успішним, здоровим, дисциплінованим, а маючи зайву вагу, людина здається ледачою, некомпетентною і непривабливою. До теперішнього часу в розвинених країнах і в країнах, що розвиваються, з кожним роком зростає число чоловіків і жінок, які страждають розладами харчової поведінки. На це впливають психологічні особливості та соціальні фактори, такі як рівень життя та його темп, сімейні відносини, релігійні уявлення, життєвий досвід, рід діяльності та багато іншого. У зв'язку з цим наростає стан переживання стресу, з яким люди не в змозі впоратися самостійно. Все вищевикладене призводить до того, що людина намагається піти від дискомфорту і стресорів, які переслідують її в повсякденному житті. Вона фіксується на тому, що приносить їй виключно задоволення. Подібним чином формуються адиктивна (залежна) поведінка, до якої і відноситься відхилення харчової поведінки. Таким чином формується замкнуте коло. Тобто, чим сильніше стресові фактори, тим більше залежність. Відхилення харчової поведінки (ВХП), як окремий вид адиктивної поведінки, є глобальною соціальною проблемою, яка ставить перед психологами серйозне завдання з вивчення передумов формування ВХП, клініко-психологічних особливостей осіб, які страждають ВХП, і розробку особливих методик для терапії таких хворих [6].

Як правило, люди, які страждають відхиленнями харчової поведінки, намагаються приховувати те, що ставляться до їжі як до загрози або надцінності. Тому актуальність проведеного дослідження обумовлена складністю формування і перебігу цього виду адикцій, а також зниженням працездатності, інвалідизацією і великою смертністю.

Неоднозначність психологічної картини особистостей із розладами харчової поведінки зберігається і на сьогоднішній день. Харчові розлади і порушення можуть бути виражені континуумом – від серйозних клінічних проявів до найменш серйозних порушень харчової поведінки. Також її можна розглядати як психічний стан, що є формою життєдіяльності організму і підтримки його на особливому рівні функціонування. Харчова залежність, як психічний стан особистості, визначає фізіологічні та психологічні характеристики хворого. Вивчення емоційної регуляції та когнітивних спотворень дозволяє отримати дані, що мають велике значення для оптимізації психотерапевтичних і реабілітаційних заходів у даній категорії хворих із порушенням харчової поведінки. Когнітивні спотворення заважають адаптуватись, занурюючи людину в ілюзію, в якій вона знаходиться і нездатна впоратись зі своїм стресом. Використовуючи навички емоційної регуляції можна конструктивно впоратися зі стресом, але відсутність даної навички призводить до невдач у житті, асоціальної поведінки і аддикціям. Підпорядкування їжі або залежність від неї є невід’ємною характеристикою ВХП [17].

Сама по собі харчова поведінка включає в себе емоції, установки, певні форми поведінки і звички, що стосуються прийому їжі. Якщо розглядати харчову поведінку дихотомічно, то вона може бути гармонійною, що не несе ніякої шкоди фізичному і психологічному здоров’ю людини, а може бути і девіантною. На це впливає те, яке ж місце займає харчування в ієрархії цінностей людини. Задля того, щоб віднести людину до залежного типу, повинні бути присутніми деякі ознаки, що будуть розглянуті в цьому розділі. Виявлення та облік цих клінічних особливостей дозволяє фахівцям найбільш ефективним чином організувати роботу з даним класом хворих [17].

Розлади харчової поведінки, в тому числі компульсивне переїдання, є одним із видів адиктивної поведінки. У DSM-IV одним із розладів харчування є примусове переїдання (binge eating). Компульсивне переїдання визначається як порушення харчової поведінки, що полягає в реакціях на тривалий стрес,

при яких відбувається мобілізація і витрата всіх адаптаційних резервів. Внаслідок цього людина приходить до прийому надмірної кількості їжі з головною метою зменшити емоційну напругу. З усіх осіб з ожирінням, близько 60% страждають компульсивним переїданням. Такі пацієнти схильні переїдати в тих випадках, коли стимулом до прийому їжі стає не відчуття голоду, а емоційний дискомфорт. Значить, людина може переїдати, коли вона стривожена, коли вона знаходиться в гніві, відчуває сором, а іноді навіть у випадках позитивних афектів. Наприклад, із нагоди успішної здачі іспитів, дівчина, відчуваючи радість і похвалювання, може зірватись і дозволити собі значну кількість їжі. Це яскравий приклад емоціогенної харчової поведінки [8].

Крім переїдання на тлі емоційних переживань, нерідко за допомогою звертаються пацієнти, які справно дотримувались суворої дієти, але при цьому відчували важкі почуття і докори сумління за часті зриви та переїдання. У таких випадках доречно говорити про обмежувальну харчову поведінку, яка характеризується навмисним самообмеженням в харчуванні з метою підтримки бажаної ваги і зовнішнього вигляду в цілому. Важливо враховувати, що уявлення про свою вагу, образ тіла у таких пацієнтів не завжди є здоровим. Найчастіше дієта розцінюється як випробування, що неминуче призводить до зривів, а якщо зрив відбувається на тлі емоційного перевантаження, то, як наслідок, і до переїдання. Можна сказати, що між насиченням і голодом знаходиться якийсь простір, на який більшою мірою впливають когнітивні, аніж біологічні фактори.

У людей з ВХП нижня межа голоду знаходиться нижче, ніж у здорових людей, коли вони голодні, а межа насичення вище, ніж коли здорова людина відчуває насичення. У цих випадках людина як би накладає на себе ще одні межі, які не мають нічого спільного з фізіологією, а мають чисто когнітивне походження. Коли людина більше не в силах стримуватись і відмовляти собі в їжі, вона стикається зі своїми реальними завищеними межами голоду і насичення, які вище, ніж у здорових людей [2].

Цей феномен J. Polivy і С.Р. Herman назвали «контррегуляція». Суть феномена в тому, що хворі свідомо регулюють межі голоду і насичення, а в разі ослаблення самоконтролю люди схильні переїдати. Дослідники підтвердили свою модель емпіричним дослідженням, в якому респонденти повідомили, що епізодам переїдання завжди передувало суворе дотримання дієти. Основними клінічними проявами є наступні: дуже швидкі прийоми їжі, в кількості очевидно більші, ніж людина з'їдає зазвичай; під час нападу обжерливості людина втрачає контроль над кількістю з'їденого; хворий може переїдати при фактичному відсутньому почутті голоду; прийом їжі триває до того моменту, поки хворий не починає відчувати механічне переповнення шлунку. Важливо сказати, що людина відчуває почуття сорому і провини, тому прийом їжі відбувається на самоті. Крім почуття сорому і провини хворий також може відчувати огиду до себе, а також спостерігаються депресивні тенденції. Відповідно до DSM-IV, для постановки діагнозу стан людини не повинен відповідати клінічним показникам, а частота нападів переїдання повинна бути не рідше 2 разів на тиждень протягом 6 місяців [12].

На думку дослідників і психотерапевтів, існують принципові відмінності між фізичним і емоційним почуттям голоду. Емоційний голод з'являється раптово, наприклад, коли людина відчуває певну емоцію. У той час як фізичний голод наростає поступово. Під час емоційного голоду людина захоче певний «втішний продукт» і організм не погодиться на заміну, коли під час фізичного голоду він не буде настільки вибагливий до їжі. Якщо під час фізичного голоду людина розсудливо підходить до неможливості задовольнити потребу в їжі та може її відстрочити, то під час емоційного голоду вона буде відчувати тривогу, оскільки її потреба вимагає негайного задоволення. Якщо людина «заїдає» своє емоційне переживання, то вона не зупиняється навіть після того як відчує фізичне насичення і ситість [17].

Що стосується фізіологічного аспекту переїдання, то варто відзначити, що голод, це стан, обумовлений роботою певних ділянок мозку. При нестачі поживних речовин і енергії для функціонування організму, гіпоталамус вказує

на те, що потреба в їжі зростає, тим самим знизивши рівень серотоніну та інших нейротрансмітерів. Якщо ця частина мозку починає порушуватись, відчуття голоду може суперечити загальному стану організму. Найчастіше компульсивне переїдання відбувається на тлі різних психологічних станів. У багатьох випадках при сильному емоційному шоці потреба в їжі зростає, і якщо стрес впливає на організм протягом тривалого часу, це може призвести до переїдання. Є люди, навіть стійкі до приказки «стрес-харчування».

Якщо переїдання як форма психологічного захисту більш-менш ясна, то не всі розуміють, що витоки компульсивного харчування глибоко вкоренилися в дитинстві. Справа в тому, що батьки можуть часто заохочувати своїх дітей за допомогою їжі, а також намагатися відвернути їх від чого-небудь або заспокоїти, лікуючи чимось смачним під час хвороби або поганого самопочуття. Потрібна дуже стабільна перевернута установка, що в момент поганого здоров'я потрібно харчуватись, щоб відчувати себе краще [11].

Важливо згадати синдром нічної їжі, який Альберт Стокард вперше описав у 1955 році. Даний синдром поширений у пацієнтів з надмірною вагою на 9%. В основному цей синдром виникає у жінок із зайвою вагою, що схильні до тривоги. Цей синдром виражається тріадою симптомів, серед яких: відсутність апетиту в ранкові години, підвищений апетит в нічні години і відсутність сну вночі. Все це супроводжується підвищеною тривогою і напругою. Пацієнти з цим розладом харчової поведінки, відмовляються від прийому їжі до вечора або ночі. Вранці їх апетит явно менше і може прирівнюватись до нуля, вид їжі у них викликає огиду, а вживання їжі через силу викликає блювотний рефлекс. Але разом із тим відзначаються випадки, коли у пацієнтів виникають амбівалентні почуття: бажання вгамувати потребу і бажання їжі [21].

Після обіду апетит значно зростає, а до вечора пацієнти відчують сильний голод, який призводить до надмірного переїдання. Більш того, чим більше хворі стресували протягом дня, тим більше виражено нічне переїдання. Також у даних пацієнтів можна відзначити проблеми зі сном, якщо вони не

вживають надмірної кількості їжі. Від цього страждає функціональний стан організму, але психологічна рівновага настає, що в даному випадку набагато важливіше, так як у них відсутній навик «чути своє тіло». Сон дуже чуйний, спостерігаються постійні пробудження, неспокійний, а кожне пробудження супроводжується або питтям води, або прийомом їжі. Виходить, що голод і насичення у хворих з даними порушенням харчової поведінки, є принциповою особливістю від рівня неспання організму. Після прийому їжі настає апатія і зниження загальної працездатності і функціонування організму, що стає однією з головних причин, чому даний вид хворих відмовляється від прийому їжі протягом робочого дня. Не дивлячись на поганий сон від переїдання, в даному випадку це єдине снодійне для цього типу хворих [16].

Стан меж психологічного простору особистості виступає одним із факторів розвитку компульсивного переїдання. Це було виявлено в дослідженні Л.Г. Жедунова та А.С. Волдаєва, які дослідили, що компульсивне переїдання є відображенням певного методу контакту зі світом. Відповідно межі психологічного простору особистості можна розглядати в якості маркера як цього, так й інших порушень харчової поведінки. Дослідники дійшли висновку, що зрозуміти ядро харчової залежності або глибинну природу особистості, яка страждає КП неможливо без аналізу когнітивних установок або переконань, які визначають її психологічні межі і контакт зі світом.

Останнім часом дослідники все частіше стверджують, що переїдання є одним із можливих симптомів депресії. Існує гіпотеза про посередницьку роль негативного образу тіла між депресією та переїданням. Відповідно до цієї гіпотези, люди стигматизуються на підставі їх пристрасі до їжі. Стигма ненормального харчування впливає на соціальну взаємодію між людьми. Отже, люди з КП піддаються цькуванню, нападкам, а також вони менш улюблені. Це може провокувати хронічне почуття пригніченості, провини і знижену самооцінку. Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування в звичайних ситуаціях і

в умовах стресу, орієнтація на образ власного тіла і діяльність стосовно його формуванню [2].

Також виявлено три види харчової поведінки: екстернальна харчова поведінка, емоціогенна харчова поведінка та обмежувальна харчова поведінка. До факторів, що впливають на харчову поведінку, відносять: традиції сім'ї і суспільства, в якому знаходиться людина, особистісні особливості, власні міркування, життєвий досвід, особливості когнітивної сфери індивіда, порядок моди.

Виділяють також гіперфагічну реакцію на стрес і компульсивну гіперфагію. Гіперфагічна реакція на стрес, як порушення харчової поведінки, проявляється в тому, що при психологічному напруженні, емоційному хвилюванні або відразу після закінчення впливу стресора у людини різко посилюється апетит, виникає сильний голод. При цьому в більшості випадків ставлення до їжі позбавлене вибірковості, іншими словами, людина їсть все підряд, хоча є дослідження, наприклад, М.М. Гінзбурга, Н.Н. Крюкова, що показують, що в цьому стані багато людей віддають перевагу жирним і солодким продуктам [12]. Так як дія стресора може бути тривалою, надмірне споживання їжі може привести до надмірної ваги.

При компульсивній гіперфагії людина без явних причин або, принаймні, не усвідомлюючи своїх мотивів, споживає значну кількість їжі (найчастіше солодкої і жирної) в якості закусок, «на додаток» до основних прийомів їжі. Дослідження Н.М. Міллера показали, що в основі компульсивної гіперфагії лежать механізми, що схожі з такими при гіперфагічній реакції на стрес, тільки в останньому випадку причина усвідомлюється, а в першому – ні. Як варіація компульсивної гіперфагії розглядається так звана «нічна гіперфагія» – підвищення апетиту у вечірній і нічний час [7].

Порівняльне дослідження сімейного оточення пацієнтів із порушеннями харчової поведінки, описане В.І. Шебановою, показало, що в сім'ях людей, які страждають переїданням, істотно слабкіше виражені згуртованість і організованість, менше заохочується демонстрація добрих почуттів, менше

послідовності і передбачуваності в порівнянні з сім'ями, що хворі на інші форми порушень харчової поведінки [7]. У таких сім'ях, крім того, виявлені низькі показники орієнтації на досягнення і прихильності інтелектуальним, культурним, і моральним цінностям. За даними одного з досліджень, 40% дівчаток 15-16 років, що мають високу заклопотаність їжею, відчують незадоволеність відносинами в своїх сім'ях; як правило, проблема полягає в частих конфліктах, суперечках, відсутності можливості щирого, довірчого спілкування. Для порівняння, підлітки з низькою стурбованістю їжею, в основному, сприймали сімейні відносини як більш довірливі, спокійні, позитивні.

Харчування людини з дитинства пов'язане з міжособистісною взаємодією. Їжа виступає обов'язковою ланкою процесу інтерації і соціалізації: від годування дитини грудьми до святкувань різних подій, встановлення і формування ділових і дружніх взаємин.

Відповідно до теорії М. Маллер, визначальним у розвитку дитини є період до трьох років [8]. Це період інтенсивного росту і розвитку, формування уявлень про самого себе. У цей час здійснюється усвідомлення свого «Я» і диференціація «Я» від «Не-Я». З цього можна зробити висновок, що усвідомлена диференціація «я» і «не-я» завершує симбіотичну стадію онтогенезу (в разі нормативного розвитку). У тому випадку, якщо мати була емоційно доступною і сприймала поведінку дитини як природні ступені розвитку, то до трьох років у дитини складається позитивний образ матері, який вона може зберігати всередині своєї свідомості, навіть коли її немає поруч. Цей внутрішній образ називають емоційною постійністю об'єкта, його наявність відіграє важливу роль у формуванні базової довіри до світу [8].

Тоді, коли базова довіра до світу формується успішно, вихід із симбіотичної стадії проходить сприятливо, з найменшими травмами і втратами. Чим точніше мати визначає різні потреби дитини, тим краще вона (дитина) надалі сама буде розбиратись в своїх тілесних переживаннях, в тому числі, що пов'язані з харчовою поведінкою.

При невдалому виході з симбіозу «я» дитини залишається недиференційованим, в такому випадку межі образу тіла погано усвідомлюються, виникають труднощі в сприйнятті образу власного тіла і його вітальних потреб. Ставши дорослим, індивід буде перебувати в значній неусвідомлюваній залежності від думки інших, прагнучи побудувати симбіотичні відносини з іншими людьми.

На думку А. Гавриленко, чим слабкіше диференційоване сприйняття свого тіла і чим сильніше негативне ставлення до нього, тим частіше взаємини з іншими людьми будуються за індивідуально сконструйованими стереотипами – в даному випадку, за симбіотичними [8]. Таким чином, порушення в розвитку ідентичності людини на етапі сепарації-індивідуації призводять до спотвореного сприйняття своїх тілесних кордонів і образу свого «Я», що, в свою чергу, викликає потребу в залежних, симбіотичних відносинах з іншими людьми.

Підводячи підсумок, можна сказати, що переїдання є одним із найбільш пізно виділених розладів харчової поведінки. Воно характеризується споживанням їжі до появи почуття дискомфорту, відчуттям втрати контролю над собою під час епізоду переїдання, виникненням сорому або ж відрази після їжі. Питання про психологічні особливості особистості, міжособистісних відносин і їх взаємозв'язку з харчовим поведінкою у жінок з проблемами переїдання досі залишається маловивченим.

3.2. Програма роботи з жінками з відхиленнями харчової поведінки

На підставі проведеного дослідження, складено програму консультативної та психоосвітньої роботи з жінками, які мають відхилення харчової поведінки. Розробка програми була заснована на принципах когнітивно-біхевіоральної терапії, авторами якої є А. Бек та Дж. Бек. Так як були виявлені кореляційні зв'язки з рівнем тривожності та життєвим стилем, то програму корекції побудовано на вправах, які б сприяли зниженню відчуття тривоги, адже вона впливає на життєвий стиль жінок і викликає розлади харчової поведінки.

Програма корекції передбачає проведення 5-ти консультативних зустрічей. Структура кожної зустрічі будується по класичній схемі:

- оцінка емоційного стану;
- зв'язок між зустрічами;
- визначення порядку денного;
- аналіз домашнього завдання;
- робота згідно з порядком денним;
- визначення нового домашнього завдання;
- підбиття проміжних підсумків;
- отримання зворотного зв'язку.

Перша консультація має спрямовуватися на встановлення контакту з клієнтом, формулювання цілей психотерапії. На початку зустрічі рекомендовано провести ознайомлення з принципами когнітивно-біхевіорального підходу та когнітивною моделлю АВС (А - подія, В - думка, С - почуття), а так само докладно розказати про позитивний і негативний вплив думок на емоції. Важливо виконати вправи на розрізнення подій, думок та почуттів. Це потрібно для закріплення та засвоєння механізму роботи моделі АВС. При цьому клієнт повинен наводити власні приклади з життя, що найбільш відображають його проблеми, та викликають тривогу. Потрібно так само поговорити про те, чого клієнт чекає від терапії [3]:

Приклад вправи: «Відповідь на 3 питання». Клієнту треба дати відповідь на такі запитання:

1. Яку емоцію я зараз відчуваю?
2. Саме зараз ця емоція корисна для мене?
3. Як часто протягом дня я відчуваю цю емоцію?

Описувати треба тільки ті емоції, які клієнт зазначив у себе при читанні цих питань. Вправа допоможе запуснути процес самоаналізу. Треба порекоменжувати клієнту виконувати цю вправу регулярно в різних ситуаціях, щоб з часом сформувалася звичка звертати увагу на свої почуття.

Наступний етап першої зустрічі-ознайомлення із бланком самоспостереження. Він включає таблицю з трьох складових: ситуація, думка, емоція. Саме цей бланк допомагає виявляти та диференціювати дисфункціональні думки, а потім їх осмислювати і переформулювати. В обов'язковому порядку після кожної сесії клієнту надається домашнє завдання для закріплення матеріалу. На першій зустрічі рекомендоване домашнє завдання – заповнити самостійно бланк самоспостереження, в якому потрібно описувати критичні ситуації. Першу зустріч можна позначити, як вступну, ознайомлювальну. У ході сесії у клієнта має виникнути зацікавленість у роботі, у результатах. Також має бути встановлений довірчий контакт з клієнтом.

Друга зустріч має ціль - зміцнити розуміння когнітивної моделі, закріпити поняття автоматичних думок, розпочати їхнє виявлення. Сформулювати цілі терапії. Розібрати поняття соціальної тривоги та ознайомитися з технікою її подолання. Перевірка домашнього завдання.

На початку обов'язково треба дати висловитися клієнтці, щоб вона розповіла про те, що її турбує зараз, що вона відчуває, як почувається, який у неї настрій на роботу. Далі клієнтка розповідає, що вона зробила за минулий час. Дуже важливо на цьому етапі дати клієнтці зворотний зв'язок. Після цього йде розбір домашнього завдання. У бланку самоспостереження виявляємо дисфункційні переконання, які сприяють сильним негативним емоційним

проявам («Які думки приходили вам на думку на той момент?»; «Які емоції ви переживали у тій ситуації»; «Наскільки сильно у цій ситуації ви відчували тривогу? Оцініть за шкалою від 1 до 10»). Детально розбираємо їх. Також у бланку разом із клієнткою знаходимо автоматичні думки, опрацьовуємо, у яких ситуаціях у клієнтки виникають негативні емоції, які думки прим це виникають. Тим самим ми показуємо, як можна виявити автоматичну думку, оцінити та перебудувати її. Це сприяє зниженню негативних емоцій та впливає на адекватну поведінку [3].

Далі пояснюємо клієнтці природу тривожного розладу. На цьому етапі терапії слід застосувати техніку «Хід конем». Більшість людей думають, що відчувати тривогу, а тим більше показувати це оточуючим прирівнюється до «ганьби», осміяння, засудження тощо. З такими переконаннями важко впоратися, застосовуючи силу волі чи намагаючись контролювати свої фізичні прояви. Важливо подивитися на ситуацію з іншого боку, в іншому ключі, тривога – це природний, нормальний стан, який відчуває кожна людина у ситуаціях оцінки, наприклад. «Хід конем» полягає в тому, щоб не приховувати свою тривогу, а відкрито її пред'являти, як адекватну реакцію на ситуацію.

Це дозволить:

- Осмислити тривогу, як нормальний природний стан, властивий всім людям у певній ситуації;
- Опанувати тривогу, вивчивши її, тим самим керувати ситуацією, своїми діями, не загострювати увагу на тому, що бачать і думають про людину оточуючі.
- Регулювати тривогу, контролюючи свої дії [57].

На завершення зустрічі слід обговорити її. Отримання зворотного зв'язку від клієнтки є найважливішим етапом терапії. Тим самим, підводяться результати зустрічі, а терапевт зрозуміє, що було засвоєно, але й на що ще слід звернути увагу. Домашнє завдання: закріплення моделі «АВС», клієнтка має сама спробувати у ситуаціях, де з'являються негативні емоції, виділити автоматичні думки. Все це конспектується у бланку самоспостереження.

Також може вестись щоденник, де клієнтка може записувати хвилюючі та значущі моменти, щоб не забути та розібрати на терапії. Ще одне домашнє завдання – застосування техніки «Хід конем» в ситуаціях оцінювання. Всі спостереження так само мають фіксуватися в щоденник самоспостереження.

Третя зустріч ставить за мету закріплення моделі «АВС», розбір ситуацій із бланку самоспостереження, оцінювання та перебудова автоматичних думок, представлення техніки подолання із соціальною тривогою. Якщо у щоденнику самоспостереження клієнтки з'явилися питання, які її турбують, обговорюємо їх. Простежуємо зв'язок попередньої та поточної зустрічі. Це робиться для того, щоб перевірити сприйняття та розуміння попередньої сесії («Що важливого ми обговорювали на попередній сесії? Чого ви навчилися? і т.д.) [3]. Далі аналізуємо домашні завдання. Розбираємо бланк самоспостереження, обговорюємо ситуації, автоматичні думки, які клієнтка сама виділила. Треба активно допомагати виявляти та оцінювати автоматичні думки. Всі автоматичні думки докладно спільно розбираються [72]. Важлива особливість терапії, підводити невеликі проміжні підсумки. Наприклад, чому змогла за цей час навчитися клієнтка, які у її поліпшення, які зміни тощо.

Оцінювання автоматичних думок:

- Сконцентруватися на цій автоматичній думці. («Чи давно у вас з'явилася ця ідея?», «Які емоції ви відчуваєте, коли так думаєте?», «Що ви робите після того, як вас відвідала ця думка?».)
- З'ясувати більше подробиць щодо ситуації, в якій з'являється автоматична думка. («Що сказала мама перед тим, як ви так подумали?», «Коли це сталося?», «Де ви знаходилися в той момент?», «Розкажіть докладніше про цей випадок».)
- З'ясувати, наскільки типова для пацієнта ця автоматична думка. («Чи часто вас відвідують подібні думки?», «У яких випадках?», «Чи сильно такі роздуми вас турбують?»)

- Виявити інші автоматичні думки та образні уявлення, що у цій ситуації. («Про що ще ви подумали?», «Які образи ви собі малювали або які уявні картини у вас виникали?»)
 - Почати вирішення проблем, пов'язаних із ситуацією, в якій виникає автоматична думка. («Що ви можете зробити у цій ситуації?», «Як ви виходили з подібного становища раніше?», «Що б ви хотіли зробити?»)
 - Визначити переконання, яке є основою цієї автоматичної думки. («Якби ця думка відповідала правді, що це означало б для вас?»)
- [3].

Слід вибрати одну значущу автоматичну думку та почати працювати з нею. Потрібно виявити, які негативні переживання викликає ця думка у клієнтки, а також визначити супутні їй реакції (емоційні, поведінкові та фізіологічні). Мета - раціонально пояснити автоматичну думку, дати на неї, так звану, адаптивну відповідь. Терапевт допомагає знайти докази, які спростовують проблемну думку. На даній зустрічі вивчаємо техніку подолання тривоги «Приміряй іншу роль...». Дана техніка дозволяє вийти з ролі, що нав'язується установкою ситуації та власними переконаннями про себе, про думку інших про себе, вибір та реалізацію іншої установки та відповідної їй ролі. Потрібно уявити, що клієнт виконує чийсь роль. Ця роль має бути впевненої у собі людини, знайомого чи якоїсь знаменитості. І в ситуаціях тривоги клієнтка повинна поводитися так само, як би це зробила ця людина. Цей механізм подолання з тривогою дозволяє клієнтці опосередкувати власні переживання за допомогою «усунення» як зміщення фокусу уваги з себе та з образу себе в очах інших людей на стратегію поведінки зіграного персонажа, використовуючи внутрішній суб'єктивний образ того, яким може бути подібна поведінка у іншій, впевненої у собі, досвідченої людини. Домашнє завдання: закріплення когнітивної моделі, моделі «АВС», оцінювання автоматичних думок, їх перебудова на раціональні думки. Тренування техніки «Приміряй іншу роль...». Підбиваємо підсумки

сесії, отримуємо зворотний зв'язок від клієнтки, що вона взяла собі, чого навчилася, що зрозуміла.

Четверта зустріч має на меті закріплення оцінювання та перебудови автоматичних думок, виявлення когнітивних спотворень, ознайомлення з технікою подолання соціальної тривоги – формування зваженого мислення.

Починаючи з четвертої сесії, відповідальність поступово зміщується на клієнта, він уже сам виявляє свої автоматичні думки, вирізняє їх від емоцій, раціонально перебудовує їх чи знаходить адаптивні відповіді. Тому, під час аналізу домашнього завдання, слід простежити самостійні вміння клієнта у пройдених темах. За кожний успіх йде обов'язково заохочення клієнта. Виявлення когнітивних спотворень. При виявленні дисфункціональної автоматичної думки терапевт відзначає тип допущеної клієнтом помилки. І якщо у клієнта зустрічається безліч тих чи інших помилок, терапевт робить висновок про наявність тих чи інших когнітивних спотворень:

- Дихотомічне мислення – «чорно-біле», полярне або стилі «усі чи нічого» мислення, тобто є тільки 2 способи оцінити події, вчинки, людей.
- Катастрофізація – негативне передбачення майбутніх подій
- Знецінення позитивного – все розглядається у негативному світлі, а успіхи та досягнення не беруться до уваги.
- Емоційне обґрунтування, переконання, що те, що думає, виявиться правдою, бо так підказує інтуїція, незважаючи на те, що факти на це не вказують.
- Навішування ярликів – негативна характеристика себе або оточуючих не враховуючи те, що докази цього не вказують.
- Магніфікація/мінімізація: оцінка себе, оточуючих або ситуацію з негативного боку, применшуючи позитивну.
- Думковий фільтр – людина бере до уваги лише невдачі, не розглядаючи і позитивних моментів.

– Читання думок – людина впевнена, що вона знає те, що думають про неї оточуючі.

– Надгенералізація – людина формулює загальні негативні висновки, навіть які не належать до поточної ситуації.

– Персоналізація – впевненість, що всі помилки людини обговорюють оточуючі; людина вважає, що вона винна у тому, що інші роблять щось негаразд.

– Zobov'язаність – впевненість людини, що вона чи інші люди завжди повинні поводитися певним чином. Якщо такого не відбувається, людина прирівнює це до невдачі.

– Тунельне мислення – акцент на негативних аспектах ситуації [3].

Формування виваженого мислення. Тактика передбачає собою покрокову роботу з виявленням, осмисленням та переробкою ірраціональних правил, схем небезпеки, установок, а також розширенням діапазону стратегій реагування, формування гнучкої системи можливих варіантів оцінки та поведінки у ситуації. Покрокове навчання зваженому, реалістичному, більш адаптивному мисленню дозволить впоратися з тривогою, поступово подолати тенденцію до уникнення, краще справлятися з соціальними ситуаціями та отримувати задоволення від спілкування з людьми. Необхідно формувати виважене раціональне мислення, адаптивні реакції на різні ситуації, події життя, які більш гнучкі, функціональні, сприяють адекватним емоційно-поведінковим відповідям. Домашнє завдання: формування гнучкого мислення. Раціональна перебудова автоматичних думок.

П'ята зустріч заключна. Її метою є формування зваженого мислення, узагальнення результатів психологічного консультування. Терапевт знайомить клієнта з самотерапією, за допомогою якої можна запобігти рецидиву та застосувати все, чому він навчився у процесі когнітивної психотерапії. Надалі сесії можуть продовжуватимуться, тільки проміжки між ними збільшуватимуться. Домашнє завдання: скласти конспект ключових тез терапії та засвоєних навичок.

Після проведення цієї програми передбачається повторна діагностика з визначення рівня тривожності та життєвого стилю. Якщо результати покажуть, що рівень тривожності став нижчим, то це засвідчить ефективність запропонованої програми.

Висновки до третього розділу

В цьому розділі здійснений огляд основних шкіл присвячений концептуалізації та можливостям лікування порушень харчової поведінки в жінок з точки зору психоаналітичного підходу. Розглянута «Школа потягів» - модель конфлікту потягів передбачає психосексуальний підтекст симптомів порушень харчової поведінки і переговорів між трьома інстанціями: Воно, Я і Над-Я, які мають різні цілі. Також представлений опис «Школи об'єктних відносин», в межах якої Хільде Брух (1962-1978) зробила перші спроби описати булімію з точки зору школи об'єктних відносин. На її думку голодування – це боротьба за автономію, вміння і самоповага. Порушення в фазі ранніх дитячо-материнських відносин виливається в спробу вирішити їх в отроцтві, коли відбувається зростання автономії та незалежності.

За підсумками результатів дослідження було складено програму психокорекційного втручання у руслі когнітивно-біхевіорального підходу, з використанням метакогнітивних технік та прийомів оволодіння тривою. Ця програма спрямована на те, щоб жінки при симптомах розладу харчової поведінки розвивали навички когнітивного регулювання та впоралися із тривою, тим самим адекватно могли б оцінювати та організовувати свою поведінку.

ВИСНОВКИ

Метою даного дослідження було вивчення дослідження психологічних особливостей жінок з відхиленнями харчової поведінки. У теоретичній частині дослідження виявлено, що харчова поведінка – це загальний термін, що позначає всі компоненти поведінки, які присутні в нормальному процесі приймання їжі.

Сюди входять такі підготовчі моделі поведінки, як пошук їжі, фактичне вживання їжі та велика кількість фізіологічних процесів, що утилізують те, що було з'їдено. Харчова поведінка – це сукупність форм поведінки людини, що включають режим (частота, розподіл у часі), темп (швидкість) прийому їжі, перевага споживання окремих видів продуктів, спонукальні причини (не тільки поява почуття голоду та апетит) та приводи до прийому їжі, суб'єктивне ставлення до процесу харчування. З погляду психіатрії харчова поведінка – це вроджений потяг, інстинктивна діяльність. Тим не менш, фактори порушення харчової поведінки мають найрізноманітніший характер.

Психічне здоров'я певним чином відбивається на фізичному здоров'ї. Зв'язок між цими поняттями відбивається і у феномені «харчового поїдання», а також має причини та наслідки. Порушення харчової поведінки – це відхилення порівняно з нормальною харчовою поведінкою. Під нормальністю розуміють регулярне здорове харчування, що не викликає жодного фізичного та психологічного дискомфорту у людини. Але у випадку з харчовими розладами акцент зміщується або на урізання свого раціону або ж на його гіпертрофоване збільшення.

У жінок оцінка власної зовнішньої привабливості тісно пов'язана з рівнем самооцінки, рівнем прийняття себе та адаптацією у соціумі. При цьому оцінка своєї фізичної привабливості займає центральне місце в Я-концепції і характеризує не тільки їх самооцінку, а й відносини з іншими людьми. Крім того, встановлено, що незадоволеність формою власного тіла у жінок найчастіше є пусковим механізмом для виникнення та розвитку у них

порушень харчової поведінки. У свою чергу, порушення харчової поведінки є значущим механізмом, що лежить в основі дебюту ожиріння, наростання та підтримки надлишку маси тіла

У емпіричній частині дослідження представлені результати діагностики.

У дослідженні використовувалися наступні методики:

1. Інтерв'ювання.
2. Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна.
3. Опитувальник життєвого стилю Плутчика .

Методи математичної статистики використовувалися нами для обробки цифрового матеріалу, отриманого в результаті дослідження. При проведенні дослідження обчислювали t-р Стюдента за допомогою програми Jamovi.

У результаті проведення дослідження було виявлено значимий та сильний зв'язок між тривожністю та наявністю партнера, працевлаштованістю. Це говорить про те, що дані показники впливають на прояви тривоги у жінок нашої вибірки, а відповідно можуть провокувати проблеми з харчуванням. Було виявлено сильний значимий позитивний зв'язок між рівнем тривожності та життєвим стилем. Аналізуючи результати нашої вибірки, більшість жінок обирають деструктивні способи – витіснення, заперечення, проекцію та регресію, які, як правило, призводять до підвищення нервового напруження, рівня тривожності та змін в апетиті.

Отже, жінки з порушеннями харчової поведінки в нашій вибірці мають такі психологічні особливості:

- Високий рівень тривожності.
- Життєвий стиль, інтелектуалізація, проекція та регресія.

Здійснений огляд основних шкіл присвячений концептуалізації та можливостям лікування порушень харчової поведінки в жінок з точки зору психоаналітичного підходу. Розглянута «Школа потягів» - модель конфлікту потягів передбачає психосексуальний підтекст симптомів порушень харчової поведінки і переговорів між трьома інстанціями: Воно, Я і Над-Я, які мають різні цілі. Також представлений опис «Школи об'єктних відносин», в межах

якої Хільде Брух (1962-1978) зробила перші спроби описати булімію з точки зору школи об'єктних відносин. На її думку голодування – це боротьба за автономію, вміння і самоповага. Порушення в фазі ранніх дитячо-материнських відносин виливається в спробу вирішити їх в отрочстві, коли відбувається зростання автономії та незалежності.

За підсумками результатів дослідження було складено програму психокорекційного втручання у руслі когнітивно-біхевіорального підходу, з використанням когнітивних технік та прийомів оволодіння тривогою. Ця програма спрямована на те, щоб жінки при симптомах розладу харчової поведінки розвивали навички когнітивного регулювання та впоралися із тривогою, тим самим адекватно могли б оцінювати та організовувати свою поведінку.

Отже, всі завдання виконані, тому вважаємо, що мету свого дослідження ми досягли.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Практическая психология: Учебник для студентов вузов. Москва: Академический проект, 2001. 480 с.
2. Абсалямова Л. М. Вплив оптимістичних упереджень на харчову поведінку людини. Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць класичного приватного університету. № 3. Запоріжжя, 2018. С. 6–11.
3. Абсалямова Л. М. Дослідження харчових виборів жінок репродуктивного віку. Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 39. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2018. С. 19–31.
4. Абсалямова Л. М. Образ тіла як психологічний чинник порушень харчової поведінки. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. Вип.55. Харків: ХНПУ, 2017. С. 9–19.
5. Абсалямова Л. М. Образ тіла як психологічний чинник порушень харчової поведінки //Вісник ХНПУ імені ГС Сковороди" Психологія". – 2017. – №. 56. – С. 9-18
6. Абсалямова Л. М. Проблема порушення харчової поведінки жінки в контексті сучасних ідеалів краси. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції “Діяльнісно–поведінкові фактори життєздатності людини” (28-29 листопада 2014 року). Харків: ХНПУ, 2014. С. 12–14.
7. Абсалямова Л. М. Психологічна допомога при розладах харчової поведінки. Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць. № 3 (44). Сєверодонецьк, 2017. С. 35–43.
8. Абсалямова Л. М. Психологічна структура і зміст «Я - тілесного». Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. VII. Екологічна психологія. Вип. 38. Київ, 2015. С. 24–39.

9. Абсалямова Л. М. Психологічне дослідження проблем харчової поведінки у жінок. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 5. Т. 1. Херсон, 2016. С. 7–12.

10. Абсалямова Л. М. Психологічне дослідження проблеми харчового вибору. Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць класичного приватного університету. № 2. Запоріжжя, 2018. С. 6– 12.

11. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 3. Т. 1. Херсон, 2017. С. 8–13. 359

12. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз причин виникнення порушень харчової поведінки //Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. – 2017. – №. 3 (1). – С. 8-12.

13. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. Вип. 55. Харків, 2017. С. 5–12.

14. Абсалямова Л. М. Психологічні механізми адиктивних порушень харчової поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 1. Т. 1. Херсон, 2017. С. 8–13.

15. Абсалямова Л. М. Психологічні механізми адиктивних порушень харчової поведінки //Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. – 2017. – №. 1 (1). – С. 8-12.

16. Абсалямова Л. М. Психологічні особливості саморегуляції харчової поведінки жінок. Науковий вісник Херсонського державного університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 4. Т. 2. Херсон, 2018. С. 204–210.

17. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки людини. Навчально-методичний посібник. Харків: Видавництво «Смугаста типографія», 2017. 181 с.

18. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 25. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2014. С. 19–33.

19. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості // Проблеми сучасної психології. – 2014. – Т. 25.

20. Абсалямова Л. М. Роль «тілесного я» в формуванні патернів харчової поведінки. Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип.38. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2017. С. 18–27.

21. Абсалямова Л. М. Статистичний та кореляційний аналіз даних дослідження харчової поведінки жінок. Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць класичного приватного університету. № 4. Запоріжжя, 2018. С. 6–12.

22. Абсалямова Л. М. Створи своє нове «Я». Харківський осінній марафон психотехнологій: матеріали науково-практичної конференції, (Харків, 28 жовтня 2017 року). Харків: Вид-во «Діса плюс», 2017. С. 14– 15.

23. Абсалямова Л. М. Соціально-психологічні детермінанти підтримки патернів харчової поведінки. Харківський осінній марафон психотехнологій: матеріали наук.-практ. конф. Харків, 27 жовтня 2018 р. Харків: Діса плюс, 2018. С. 98–99.

24. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок у площині емпірикопсихологічного аналізу. Науковий вісник Херсонського державного

університету: Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». Вип. 3. Т. 2. Херсон, 2018. С. 204–210. 360

25. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Монографія. Харків: Видавництво «Стильна типографія», 2019. 393 с.

26. Вахмистров А.В. Нарушения пищевого поведения при церебральном ожирении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2006. 24 с.

27. Вознесенская Т. Г. Клинико-психологический анализ нарушенный пищевого поведения при ожирении. Журнал неврологии и психиатрии. 2001. №12. С.19-24. 77

28. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция. Фармак, 2009. № 12. С 91-94.

29. Вознесенская Т. Г. Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при ожирении и их коррекция. Ожирение. М.: МИА, 2004. С.34-71.

30. Дудар Л. В., Овдій М. О. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. Сучасна гастроентерологія. – 2013. – №. 4. – С. 31-35.

31. Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти ТОВ «Медичний журнал «Нейроньюс». 2018. №4. С. 6–7.

32. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. - 2019. – Вип. 2. – С. 91-99.

33. Корильчук Н. І. Вивчення типологічних порушень харчової поведінки у пацієнтів з ознаками надмірної маси та ожиріння. Вісник наукових досліджень. Тернопіль: Укрмедкнига– 2009. – №. 4. – С. 42-44.

34. Кульчицька А. В., Федотова Т. В. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці //Психологічні перспективи. – 2019. – №. 33. – С. 178-191.

35. Левченко Д. О. Проблема розладів харчової поведінки в сучасному світі //Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я. – 2020. – С. 81-84.
36. Малкина-Пых И. Г. Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда Москва: Эксмо, 2012.
37. Мелега К. П., Дуб М. М. Особливості порушень харчової поведінки жінок молодого віку з надлишковою масою тіла та можливості її корекції. – 2018.
38. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учеб. пособ М.: МЕДпресс, 2001.
39. Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел) //Збірник наукових праць" Проблеми сучасної психології". – 2009. – Т. 2. – №. 6.
40. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження //Наукові записки [Національного університету Острозька академія]. Психологія і педагогіка. – 2013. – №. 22. – С. 136-140.
41. Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику //Сучасна гастроентерологія. – 2015. – №. 3. – С. 113-121.
42. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика М.: Бахрах-М, 2011, с.415
43. Савченко Л. В., Кайдашев І. П. Аліментарне ожиріння внаслідок порушення харчової поведінки погіршує клінічний перебіг хронічного обструктивного захворювання легень //Український пульмонологічний журнал. – 2017. – №. 2. – С. 33-36.
44. Сергієнко Л. Ю. и др. Екзогенний стрес—індуктор порушення харчової поведінки та ожиріння в нащадків гестаційно стресованих матерів // Міжнародний ендокринологічний журнал. - Донецьк, 2013, № 6.-С.178-179
45. Скрипченко О. В. Вікова та педагогічна психологія К.: Просвіта, 2001. 416 с.

46. Смашна О. Є. Порухення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд //Архів психіатрії. – 2012. – №. 18, № 1. – С. 29-32.
47. Сорокман Т. В. Розлади харчової поведінки як предиктори розвитку ожиріння в дітей //Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2015. – №. 5. – С. 174-177.
48. Туриніна О. Л. Практикум з психології : Навч. посіб. К. : МАУП, 2007. 328 с. : іл.
49. Физиология человека: [учебная литература для студентов медицинских вузов М.: Медицина, 2003. 656 с.
50. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. СПб.: Питер, 2003.
51. Фукс К. Нервова анорексія: ти те, що ти (не) їси Тиждень.юа. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://m.tyzhden.ua/publication/238354>.
52. Шебанова В. І. Діагностичні критерії та систематика основних форм порушень харчової поведінки //Вісник Чернігівського національного педагогічного університету/гол. ред. МО Носко. Чернігів: ЧДПУ. – 2011. – Т. 2. – С. 251-255.
53. Шебанова В. І. Корекція порушень харчової поведінки по екстернальному типу //Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2012. – №. 17, Вип. 8. – С. 729-734.
54. *Absaliyeva L. M.* The empirical research of women's dietary behavior. American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research. № 3 (10). 2018. С. 13–21.
55. *Alsaker, F. & Flammer, A.* Pubertal maturation. In Jackson, S. & Goosens, L. (2006). (Eds) Handbook of adolescent development. Hove: Psychology Press Ltd
56. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 p. — ISBN 978-0-89042-554-1. — ISBN 978-

0-89042- 555-8. — ISBN 0-89042-554-X. —
doi:10.1176/appi.books.9780890425596.

57. Arnett, J.J. Emerging Adulthood. *American Psychologist*, 55 (5), 2000. 496-480. 26. Arnett, J.J., Kloep, M., Hendry, L.B., & Tanner, J. L. Debating emerging adulthood: Stage or process? 2001. Oxford: Oxford University Press.

58. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. 2020. *The Lancet*. doi:10.1016/s0140-6736(20)30460- 8

59. Coleman, J. & Hagel, A. (Eds). *Adolescence, Risk and Resilience: Against the Odds*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 2007.

60. Developmental Tasks and Attributes of Late Adolescence/Young Adulthood (Ages 18 – 24 years) [Электронный ресурс] // State Adolescent Health Resource Center. – 2019. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.amchp.org/programsandtopics/AdolescentHealth/projects/Documents/SAHRC%20AYADevelopment%20LateAdolescentYoungAdulthood.pdf>.

61. Elkind, D., & Bowen, R. Imaginary audience behaviour in children and adolescents. *Developmental Psychology*, 1979. 15, 38-44.

62. Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. The clinical features of bulimia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 144(3), 1984. 238–246. doi:10.1192/bjp.144.3.238 79

63. Fergusson, D., & Horwood, L. Resilience to childhood adversity: results of a 21 year study. In Luthar, S. 2003. (Ed.) *Resilience and vulnerability*. Cambridge: Cambridge University Press.

ДОДАТКИ**Додаток А****Зведена таблиця результатів**

№	Рівень тривожності	Стиль життя
1.	41	49
2.	42	54
3.	60	62
4.	33	64
5.	49	62
6.	41	21
7.	30	30
8.	46	46
9.	48	46
10.	50	58
11.	52	49
12.	55	54
13.	41	55
14.	42	36
15.	60	38
16.	33	49
17.	49	54
18.	54	62
19.	62	64
20.	64	62
21.	62	21
22.	21	30

23.	30	46
24.	46	46
25.	46	58
26.	58	49
27.	49	48
28.	54	50
29.	55	52
30.	36	55
31.	38	41
32.	41	42
33.	42	60
34.	60	33
35.	33	49
36.	49	54
37.	55	62
38.	48	48

Додаток Б

Анкета

1. ПІБ
2. Ваш вік
3. Чи ви працевлаштовані?
4. Чи є у вас постійний партнер?
5. Як Ви оцінюєте своє фінансове благополуччя за шкалою від 0 до 5, де 0 – рівень нижче середнього
6. Як Ви оцінюєте свою зовнішність (включаючи стан фігури після пологів, вагу, волосся, нігті) за шкалою від 0 до 10, де 0 – дуже незадоволена, 10 – задоволена дуже, виглядаю краще за інших
7. Як ви вважаєте, чи є у вас харчове порушення
8. Яке саме харчове порушення у вас є?