

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Вікові особливості харчової поведінки у жінок

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 204
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Бартош Олена Олександрівна
(прізвище, ім'я, по батькові)



Науковий керівник:

д.мед.н., проф.
(наукова ступінь, вчене звання)

Ситник Сергій Іванович
(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: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК	7
1.1 Феномен особистості жінки	7
1.2 Феномен харчової поведінки	12
1.3 Особливості харчової поведінки у жінок	20
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК	28
2.1 Підходи до дослідження вікових особливостей харчової поведінки жінок	28
2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження	32
2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	41
Висновки до розділу 2	54
РОЗДІЛ 3: ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК	58
3.1 Підходи до корекції клієнтів з порушеннями харчової поведінки	58
3.2 Програма корекції харчової поведінки жінок	66
Висновки до розділу 3	77
ВИСНОВКИ	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	83
ДОДАТОК А	91

ВСТУП

Харчова поведінка в широкому сенсі – одна із форм поведінки, яка пов'язана з пошуком, запасанням і споживанням їжі, й обміном речовин. Відомо, що здорове харчування забезпечує повноцінне функціонування людини, а нездорове – призводить до надлишкової, або вкрай недостатньої ваги, викликає погіршення стану здоров'я, розвиток різних захворювань. За даними ВООЗ, розлади харчової поведінки спричиняють найвищий рівень смертності серед людей з психічними захворюваннями, поступаючись тільки передозуванню опіоїдами. Крім того, сучасні дослідження [61] свідчать про те, що харчова поведінка значною мірою впливає на якість життя. Особливості харчової поведінки впливають і на формування фізичної складової Я-концепції (Я-фізичне), а також на когнітивний та емоційний розвиток особистості. Оскільки фізичний образ “Я” впливає на формування системи уявлень про себе, то можна говорити про те, що система харчування опосередковано впливає на особливості особистості та на всі психічні процеси, в тому числі й на самосвідомість. *Актуальність* дослідження полягає у висвітленні питання психології харчової поведінки жінок різного віку в континуумі “норма-патологія”, що може сприяти розробці науково обґрунтованих технологій виявлення харчових порушень, а також розвитку технологій збереження здоров'я, зокрема у жінок.

На поточний момент в Україні, на жаль, бракує детальних офіційних статистичних відомостей стосовно поширеності розладів харчової поведінки та асоційованих із ними проблем. Дані, приведені в ANAD (провідна Національна асоціація нервової анорексії та асоційованих розладів США) [62] свідчать, що порушення харчової поведінки вражають щонайменше 9% населення всього світу. При цьому, поширеність харчових розладів протягом життя становить 8,4% (3,3-18,6%) серед жінок та 2,2% (0,8-6,5%) серед чоловіків. Це підтверджується іншими дослідженнями [28], згідно з якими жінки більше схильні до варіацій харчової поведінки, ніж чоловіки. Серед

особливостей харчової поведінки в них можуть виявлятися обмежувальні, емоціогенні та екстернальні патерни. Наприклад, було виявлено [65], що обмежувальний тип харчової поведінки серед жінок середнього віку з надлишковою вагою трапляється в 1,7 раза частіше, ніж у чоловіків, а у жінок з ожирінням 1 ступеня – в 1,3 раза частіше.

Серед найпоширеніших розладів виділяють нервову анорексію, нервову булімію, компульсивне переїдання та інші. Але якщо анорексія та булімія часто починаються з підліткового віку до періоду ранньої зрілості, то інші розлади харчової поведінки стосуються також і дорослих жінок. Так, жертвами орторексії найчастіше стають жінки від 30 до 50 років.

Увага сучасних дослідників зосереджувалася на різних аспектах харчової поведінки жінок. Л.М. Абсалямова [3] пропонує виокремити феномен харчової поведінки жінок як клас природничо-культурних систем (природничих за походженням, і культурних за способом розвитку). Вчена виділяє типи харчової поведінки за ступенем адекватності: адекватна та неадекватна (залежна, активна, гнучка, ригідна). Л. Ф. Бурлачук, В. Шибанова [6] також підкреслюють культурно-історичну сторону харчової поведінки, розглядаючи, як стратегії харчової поведінки залежать від етнічної, гендерної і соціальної (класової) приналежності людини. А. О. Коржик [26], на прикладі українського фольклору, показує, як дискурс трапези формує опозиції прийнятної/неприйнятної харчової поведінки, які надалі можуть формувати патерни поведінки окремої людини. В той самий час, М. С. Фатєєва [48] стверджує, що харчовий стандарт, включений в ідеальний Я-образ, тісно пов'язаний із самоусвідомленням та самооцінкою. У людей з патологічними патернами харчової поведінки самооцінка нестабільна та неадекватна. Х. Р. Борьяк, Л. Е. Весніна [7] вивчаючи зв'язок особливостей харчової поведінки у жінок із різною масою тіла, дійшли до висновку, що у жінок з нормальною масою тіла переважає обмежувальний тип харчової поведінки, а у жінок з підвищеною масою тіла – емоційний та екстернальний

типи. В. І. Шебанова, Т. М. Яблонська [54] звертають увагу на психологічний смисл прийняття/неприйняття свого тіла, їжі (“відносини з їжею”) та механізми харчової поведінки жінок. Вчені припускають, що хронічна незадоволеність вагою (тілом) з наполегливим прагненням до відтворення стереотипно-ритуальних стратегій у спектрі “переїдання – відмова від їжі” зумовлює виникнення траєкторії розвитку тілесності до “стану не-буття”, що супроводжується відчуттям втрати смислу буття і є диспозицією й предиктором поведінки на самознищення. Таким чином, обмежувальні стратегії харчової поведінки можуть бути внутрішньою потребою й спрямовані не просто на зниження ваги, а на знищення власного “Я”.

Щоб виявити небезпечні прояви, які можуть призвести до тяжких наслідків для організму та психіки, важливо мати порівняльну модель харчової поведінки жінок різного віку. Вивчення взаємозв’язків особливостей харчової поведінки жінок з їх психологічними характеристиками дозволить віднайти істотні психологічні закономірності та механізми цього аспекту життя жінки.

Об’єкт дослідження: феномен харчової поведінки.

Предмет дослідження: вікові особливості харчової поведінки жінок.

Мета дослідження – дослідити вікові особливості харчової поведінки жінок.

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати наукову літературу з проблеми виявлення вікових особливостей харчової поведінки жінок;
- 2) розробити, організувати та провести емпіричне дослідження;
- 3) проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати;
- 4) розробити програму інтервенції щодо порушень харчової поведінки жінок.

З метою реалізації поставлених завдань було застосовано такі **методи**:

- 1) аналіз літератури з обраної тематики;

2) психодіагностичний метод (“Голландський опитувальник харчової поведінки” (DEBQ), “П'ятифакторний опитувальник особистості”, “ММРІ Multimult”, “Опитувальник образу власного тіла”, “ЕАТ-26”)

3) методи математично-статистичної обробки даних (описова статистика, критерій Шапіро-Вілка, тест Левене, t-критерій Стьюдента, коефіцієнт кореляції Пірсона).

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

1.1 Феномен особистості жінки

Як зазначає І.С. Клецина у статті “Гендерні дослідження” [24], гендерні дослідження в психологічній науці в порівнянні з такими дисциплінами як соціологія, історія, філологія розвиваються не так інтенсивно. Інституціоналізація досліджень жінок в західних суспільствах почала здійснюватися приблизно з 1970-х років. До цього жінки практично не були присутні в психології ні як суб’єкти, ні як об’єкти дослідження. Увага психологів-чоловіків була зосереджена на вивченні психологічних якостей чоловічого соціального досвіду с наступною екстраполяцією висновків на всіх людей. Імена жінок-психологів, за рідкісним винятком (А. Фрейд, К. Хорні), залишались невідомими науковій спільноті. При цьому виявлені відмінності між психологічними характеристиками чоловіків та жінок розглядалися як природна протилежність чоловічої та жіночої природи.

Лише в 60-70-ті роки в соціальних науках широке розповсюдження отримав статево-рольовий підхід, згідно з яким статеві ролі набуваються в процесі соціалізації, а це передбачає не тільки наявність певного типу поведінки, а й специфічних особливостей особистості. Важливим тут виявляється вплив інститутів соціалізації, які формують особистість відповідно до культурних норм, цінностей, зразків маскулінної та фемінної поведінки. Сучасний психоаналітик Л. Ліндхоф описує цей процес таким чином: “Якщо розвиток чоловіка направлено на захист свого Я, то жіноче Я визначає себе всередині інтерсуб’єктивних відносин, розвиває такі необхідні для спілкування якості, як здатність будувати відносини, чуттєвість і дбайливість.” [29] Статево-рольова концепція була орієнтована на підтвердження й обґрунтованість природних відмінностей в соціальній

поведінці чоловіків і жінок. При цьому виявили, що у чоловіків більш розвинені просторові та математичні здібності, а у жінок — вербальні. Якщо чоловіки характеризуються такими якостями як агресивність та домінантність, то жінки проявляють високий рівень доброзичливості та контактності. Що стосується соціальних ролей, то для жінок більш значущими є сімейні ролі, а для чоловіків — професійні. Велика увага завжди приділялася також материнській функції жінки.

Варто зауважити, що згідно з більш пізніми дослідженнями [63] навіть до загальновизнаних відмінностей між чоловіками та жінками щодо рівня агресивності, математичних і вербальних здібностей потрібно підходити з великою обережністю. К. Деаух (американський соціальний психолог, відомий своїми новаторськими дослідженнями імміграції та феміністичної ідентичності; народилася в 1941 р.) підкреслює, що навіть дійсно наявні відмінності виявляються незначними й не перевищують 5% від максимально можливої величини.

Г. Крайг [27] проводить порівняння результатів хлопчиків та дівчат за період 1960-1983 рр. тесту, що вимірює спеціальні здібності — PSAT. (PSAT — Попередній кваліфікаційний тест на отримання стипендії SAT — стандартизований тест, що спонсорований Національною корпорацією стипендій за заслуги в США, вимірює навички читання, письма та математики.) Отже, за наведений період різко зменшилися відмінності між психологічними характеристиками хлопчиків та дівчат. Розрив між ними зберігається тільки в максимальних досягненнях з математики в старших класах [15].

Жіноча психологія почала інтенсивно розвиватися з 80-х років. Новий ракурс проблеми статевої диференціації в рамках жіночої психології пов'язаний з особливою природою жінки, адже жіночий життєвий досвід в певних областях якісно відрізняється від чоловічого, накладає особливий відбиток на психіку та особистість жінки. Тут йдеться про унікальні

біологічно зумовлені процеси: менструація, вагітність, пологи, грудне вигодовування. Поряд з цими процесами, існує і культурна унікальність жіночого досвіду як наслідок виконання гендерних ролей.

Однак психологічні відмінності чоловіків і жінок з такої сторони згадувалися і раніше. З. Фрейд (1856-1939) виділяв такі особливості жінки, як пасивність, дефіцит над-Я, жіночий нарцисизм та інші. Як резюмує Г. Крайг [27, С. 47-52], “у жіночому варіанті розвитку, згідно з Фрейдом, у дівчинки з'являється статевий потяг до її батька, а також заздрість до пеніса, яка викликає бажання володіти пенісом її батька. Поступово вона приходять до символічного вирішення цього конфлікту, або ідентифікуючись з матір'ю, або через надії народити дитину чоловічої статі. Однак, на думку Фрейда, заздрість до пеніса не володіє навіть приблизно такою мотиваційною силою, як кастраційна тривога, тому дівчатка набувають через неї набагато менше моральних і особистих етичних принципів [ніж чоловіки]. В результаті жінки мають слабке Супер-Его, що поступається чоловічому.” Всупереч З. Фрейду, К. Хорні стверджувала, що вирішальним фактором у розвитку особистості є соціальні відносини між дитиною і батьками [49]. Вона категорично не погоджувалася із твердженням про те, що жіноча біологічна природа зумовлює заздрість до пеніса. К. Хорні висловила протест проти подібного погляду своїми міркуваннями про чоловічу заздрість до матки, а отже і заздрість до жіночої здібності народжувати і годувати дітей. Відзначимо, що опозиція К. Хорні поглядам З. Фрейда на жінок в ті часи викликала велику полеміку. Її дискваліфікували як інструктора з психоаналізу і зрештою відсторонили від цього наукового напрямку.

Підсумовуючи, Л. Хьєлл, Д. Зіглер пишуть, що “К. Хорні висунула свою теорію психології жінки, яка містить новий погляд на відмінності між чоловіками та жінками в контексті соціокультурних впливів” [51, С. 170-171]. Вчена наполегливо стверджувала, що жінки часто відчують себе неповноцінними у порівнянні з чоловіками, тому що їхнє життя ґрунтується

на економічній, політичній і психосоціальной залежності від чоловіків, адже історично склалося так, що до жінок ставилися як до істот другого сорту, не визнавали рівності їх прав з правами чоловіків. К. Хорні доводила, що багато жінок прагнуть стати більш маскулініними, але не через заздрощі до пеніса, а радше як вияв прагнення до влади та привілеїв. Вона також звертала увагу на рольові контрасти, від яких страждають багато жінок у відносинах з чоловіками, особливо виділяючи контраст між традиційною жіночою роллю дружини і матері, і такою більш ліберальною роллю, як вибір кар'єри або досягнення інших цілей. Вчена вважала, що невротичні потреби жінок в любовних відносинах пояснюються саме цим рольовим контрастом.

Розглянемо, як розвивалися дослідження жіночої особистості у вітчизняній психології 80-х – 90-х років [47]. Проблема вивчення особистості як такої розробляється у працях С.Л. Рубінштейна, О.М. Леонтьєва, Б.Г. Ананьєва тощо. Так, вивчення психічного вигляду особистості, за С.Л. Рубінштейном (1889-1960), містить у собі три основних питання: про спрямованість, здібності й характер. О.М. Леонтьєв (1903-1979) розглядав структуру особистості з погляду закономірностей психічної діяльності, мотиваційних ліній, спрямованості, а саму особистість вважав цілісним утворенням. Відповідно до теорії О.М. Леонтьєва, ядром особистості є система відносно стійких ієрархізованих мотивів як основних збудників діяльності з формуванням смислоутворюючих мотивів та мотивів-стимулів. Особистісний ріст жінки здійснюється в процесі спілкування, яке багато в чому визначає становлення перцептивних, мнестичних, розумових та інших характеристик, її емоційно-вольової сфери. Тобто можна сказати, що особистість жінки “виробляється” — створюється суспільними відносинами, у які вона вступає у своїй діяльності. Б.Г. Ананьєв (1907-1972) відзначає, що важливим для структури особистості є також інтелект. Крім інтелектуального фактора він розглядає і фактор екстраверсії-інтроверсії та нейротизму (за Г. Айзенком). Дійсно, жінка стає суб'єктом відносин, розвивається в безлічі

життєвих ситуацій як об'єкт відносин з боку інших людей. За Б.Г. Ананьєвим [47, С. 28], “перехід взаємин, перетворення інтеріндивідуальних зв'язків в інтраіндивідуальні є обов'язковою умовою утворення структури особистості жінки. Раніше всього, із взаємодії з іншими, виникають відносини особистості до інших людей, вони перетворюються в найбільш загальні й первинні риси характеру — комунікативні, а потім стають внутрішньою підставою для утворення інших властивостей — інтелектуальних, вольових, емоційно-мотиваційних ...” Отже, вітчизняні автори, як і їх зарубіжні колеги, вважають, що, за винятком параметрів, обумовлених генетичною програмою дозрівання організму, більшість спостережуваних психологічних відмінностей між статями детерміновано впливом соціального контексту.

У такий спосіб, сучасні дослідження базуються на понятті гендеру, як сукупності соціокультурних і поведінкових характеристик й ролей, що характеризують статуси чоловіка і жінки у суспільстві. Відомий тезис Сімони Де Бовуар (французька письменниця), що наголошує на соціокультурній природі жінки: “Жінкою не народжуються, жінкою стають” (1949).

1.2 Феномен харчової поведінки

Спираючись на положення Л.С. Виготського про суто людський характер будь-яких потреб і дій людини, а також на висновки С.Д. Максименка, який зазначив, що поведінка визначається єдиним носієм – нуждою, яка конкретизується в окремих потребах і одразу набуває соціального характеру, приведемо визначення харчової поведінки за Л.М. Абсаямовою, з яким ми погоджуємося: “Харчова поведінка – система специфічних взаємодій істоти з оточенням, спрямованої на задоволення потреби в їжі”. [61]

Ширше розуміння харчової поведінки знаходимо у В.Д.Менделевича, який розуміє під нею “ціннісне ставлення до їжі, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу”. А також “... харчова поведінка розуміється як така, що, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу”. [32, С. 241] Іншими словами, харчова поведінка включає установки, форми поведінки, звички й емоції, що стосуються їжі, які є індивідуальними для кожної людини.

Безумовно на харчову поведінку людини впливає відразу ціле різноманіття факторів: біологічні, психологічні, соціокультурні. Разом ці фактори утворюють таку систему, де суттєвим є не лише задоволення певної біологічної потреби, а й сам процес приймання їжі. Наприклад, в період стресу на стереотип харчової поведінки чинять вплив саме етнокультурні чинники [4, С.112-115].

У статті “Їжа як базова харчова практика існування та канал трансляції додаткових символічних значень у тілесну структуру” [6] Л. Ф. Бурлачук, В. Шибанова проводять теоретичний екскурс щодо зміни ставлення людини до їжі та зміни загальних стратегій харчової поведінки у ході культурно-історичного розвитку. Показано, що з одного боку їжа виступає як базова харчова практика існування, як задоволення первинної потреби, а з іншого боку, їжа слугує каналом трансляції додаткових символічних значень

у тілесну структуру людини. Це виражається у різноманітних ритуалах, харчових традиціях, обрядах, що мають на меті встановлення зв'язків між їжею, людиною і духом. “К. Леві-Стросс відзначає, що ще на початку розвитку людства організовувалися два порядки культури. Перший порядок являє собою "кулінарне" (тобто спрямований на вирощування й приготування їжі, включає природне перероблення продуктів вже оброблених культурою). Другий порядок пов'язаний з організацією культурного простору, у якому людина здійснює свою взаємодію з кулінарним, по суті, є трапезою – як процесу приймання їжі.” [6, С. 1] Автори простежують, як в культурі (починаючи з Давньої Греції) формується установка про те, що звички, пов'язані з прийманням їжі, визначають фундаментальний спосіб ставлення людини до дійсності. Зауважується також різниця у сприйнятті рясної їжі. Так, в архаїчний період це асоціюється з достатком; через ритуал полювання і трапези архаїчна людина забезпечувала для себе можливість якісного життя. У концепції християнської релігії, навпроти, “обжерливість” — це один зі смертних гріхів. Антична література також пронизана темою харчової надмірності, обжерливості. Аристотель взагалі розглядає помірність під час вживання їжі у якості моральної (етичної) чесноти. А інший мислитель — Порфирій (III ст. н. е.) — вважав, що для тіла найкращим станом є голод, “який забезпечує мінімалізм плоті”.

Стратегії харчування історично також залежали від гендерної, соціальної (класової) приналежності людини. Наприклад, у селян та простих робітників здебільшого зустрічалася висококалорійна жирна їжа (свинина, каша зі шкварками, сало тощо), що здатна надовго забезпечити відчуття ситості. Вони засуджували чревоугодництво і прагнули до того, щоб отримати від їжі максимум енергії, мінімізувавши при цьому витрати. Середній клас та аристократія склали опозицію такому погляду, адже їх харчова стратегія характеризувалася прагненням до вишуканих кулінарних рецептів та нових екзотичних смаків. Вживання ситної й рясної їжі завжди було привілеєм

чоловіка. Коли хлопчик вступає у доросле життя, йому надавалося право на додаткову порцію.

Прослідковуються у розрізненні “чоловічої” та “жіночої” їжі загальні стереотипи щодо статевих відмінностей. Уявлення про мужнє чоловіче тіло зумовлює вибір твердих висококалорійних страв, “міцних напоїв”, консистенція їжі має бути такою, щоб швидко її пережувати. Скажімо, риба чи фрукти вважалися їжею для жінок. На це впливає повільна манера вживання, викликана наявністю кісток, низька поживність цих продуктів.

Повернемося до індивідуальних біологічних та психологічних чинників харчової поведінки. Як було розкрито вище, потреба в їжі — це одна з первинних біологічних потреб. Вона спрямована на підтримку гомеостазу. Люди споживають їжу, щоб їх тіло створювало складні хімічні сполуки, необхідні для життя, живило мозок, як основний енергетичний блок, та інші органи, будувало нові клітини. Як підкреслював А. Маслоу, потреби людини, що стосуються біологічного виживання, повинні отримати задоволення на визначеному, достатньому рівні, перш ніж стануть актуальними будь-які потреби більш високого рівня [31]. Таким чином, феномен харчової поведінки — це частина своєрідного фундаменту, на якому базується буття людини. Разом з тим, раціон кожної окремої людини, якому вона щоденно віддає перевагу, часто не обмежується лише продуктами з точною кількістю потрібних поживних речовин та добової норми калорій. Кількість з’їденого, час приймання їжі, вибір певних продуктів і їх поєднань — це також відрізняється своєрідністю у кожного індивіда. Те, якою буде харчова поведінка, залежить не лише від біологічних (фізіологічних) потреб, але й від отриманих у минулому знань і стратегій мислення. Л.М. Абсалямова пропонує представити потреби “... як диспозиції, які запускають певні форми поведінки або надають їм напрям, але самі по собі не можуть служити чинниками, на підставі яких можна пояснити ту або іншу форму поведінки. Хоча потреба в енергії й створює такий біологічний потяг, як відчуття голоду,

на конкретну поведінку (що людина буде їсти) впливають звички, що сформувалися, і стратегії мислення” [2, С. 33].

З точки зору психоаналітичних теорій [67], харчування грає першу найважливішу роль в емоційному стані людини (разом з відношенням до неї материнської фігури). Дитина сприймає ситуацію насичення як ситуацію, де її люблять. Почуття захищеності, пов’язане з насиченням, яке можна відчутти у дорослому віці, засноване на цій тотожності. Крім того, протистояння голоду (стан “мені погано, в мене чогось немає, я поганий”) і тілесного насичення за допомогою їжі (стан “мені добре, в мене щось є, я хороший”), пробуджують в дитині перші відчуття власності. Бажання володіти, поглинати, зробити “хороший об’єкт” своїм еквівалентні у цьому віці тілесній інкорпорації. Зважаючи на теорію стадій психосексуального розвитку, збої в нормальному функціонуванні процесу споживання їжі можна розглядати як регресію до оральної стадії, на якій, можливо, мали місце певні проблеми грудного вигодовування. Отже, немає сумніву, що стиль харчування залежить не в останню чергу і від емоційних потреб, і від загального психічного стану особистості.

Важливу роль у становленні харчової поведінки грає також образ власного тіла [17]. Вважається, що ставлення до тіла розвивається внаслідок інтерналізації соціальних оцінок, які суб’єкт отримує від однолітків, членів сім’ї та інших значущих персон свого життя. Ці оцінки можуть бути прямими (коли дитину дразнять) або опосередкованими (наприклад, дитина виховується в сім’ї, члени якої постійно висловлюють стурбованість з приводу власної зовнішності). Такого роду соціальний зворотний зв’язок має двосторонній характер. Оцінки навколишніх впливають на суб’єктивний характер сприйняття своєї зовнішності, а переконання людини та особливості її поведінки можуть впливати на характер зворотного зв’язку, що отримується з боку оточення. Феномен атрибутивної проекції, коли індивід робить припущення про те, що оточення сприймає його так само як він сприймає

себе, може надавати драматичний вплив на когнітивні та поведінкові складові ставлення до свого тіла. Так, людина середньої ваги, впевнена в тому, що страждає на ожиріння, може вважати, що оточення сприймає її схожим чином. Це може призвести до змін поведінки – зменшення частоти зорових контактів, вибору непривабливого одягу, похмурості. Наслідком може бути відгук із боку активного кола спілкування – друзі та знайомі можуть почати уникати контактів, утримуватися від компліментів, що людина, своєю чергою, інтерпретує як доказ своєї непривабливості. Таким чином, зворотна реакція з боку оточення опосередкована її власними переконаннями та поведінкою.

Узагальнюючи сказане, підсумуємо впливаючі на харчову поведінку фактори: культурні цінності (категорії та правила своїх власних культур, субкультур, етнічних та професійних груп; продукти, позначувані як найкращі чи заборонені), переконання, установки та цінності людини, соціальні впливи (наприклад, ефект соціальної фасилітації призводить до вищого рівня споживання у групі), ЗМІ та реклама, доступність продуктів, їх різноманіття, харчові уподобання (які визначаються смаком на протигагу будь-яким міркуванням щодо поживності чи корисності), соціальне наочіння, знання (щодо здорового способу життя та харчових ризиків) [1]. А також дитячий досвід, емоційні потреби, психічний стан особистості.

Харчова поведінка може бути адекватною (гармонійною) або неадекватною (девіантною, такою, що відхиляється). На те, чи вважати поведінку адекватною, впливають такі основні параметри як місце, що процес харчування займає в ієрархії цінностей індивіда, а також кількісні і якісні показники харчування. Неадекватна харчова поведінка може проявлятися у вигляді розладів та порушень. Сучасною науковою спільнотою пропонується чітко розмежовувати ці поняття [61, С.28-29].

Порушення харчової поведінки – це система поведінкових актів, що мають місце у процесі харчування, які перешкоджають повноцінному

функціонуванню людини внаслідок надмірного або недостатнього споживання їжі, але не є хворобою. У літературі можна зустріти такі слова, що вживаються як синоніми до цього терміну: викривлені стратегії [54], патерни, відхилення, деструктивні особливості харчової поведінки.

До порушень харчової поведінки відносять, екстернальний, емоціогенний та обмежувальний тип харчової поведінки. На думку Т.Г. Вознесенської, екстернальний тип пов'язаний з підвищеною чутливістю людини до зовнішніх стимулів споживання їжі. Якщо така поведінка переважає, людина їсть не у відповідь на внутрішні стимули (рівень глюкози й вільних жирних кислот у крові, порожній шлунок і т.д.), а на зовнішні: реклама харчових продуктів, привабливий вид когось, хто їсть поруч, вітрина продуктового магазину, накритий стіл, і т.п. При емоціогенній харчовій поведінці стимулом до приймання їжі є також не голод, а емоційний дискомфорт. Людина починає застосовувати продукти для емоційної розрядки, їжа приносить їй задоволення, відчуття відпочинку, заспокоєння, підвищує настрій. Така харчова поведінка іноді проявляється як компульсивне переїдання або як синдром нічної їжі. При компульсивному (психогенному) переїданні людина неконтрольовано поглинає дуже великі об'єми їжі. Синдром нічної їжі, своєю чергою, характеризується зразу трьома симптомами: відсутністю апетиту вранці, підвищенням апетиту та переїданням ввечері та вночі, а також порушенням сну. Нарешті, обмежувальна харчова поведінка полягає у харчовому самообмеженні, дотриманні дієти, якщо на це немає строгих медичних показань [8].

Перейдемо від порушень до розладів. *Розлади харчової поведінки* – це система поведінкових актів, що мають місце у процесі харчування, які перешкоджають повноцінному функціонуванню людини через надмірне або недостатнє споживання їжі, що призводять до фізичного та психологічного нездоров'я, і являють собою комплексну медико-психологічну проблему. До

розладів харчової поведінки слід відносити нервову булімію, нервову анорексію, геофагію, сітофобію, бігорексію та ін.

Щодо значення образу тіла у розладах харчової поведінки, зазначимо, що його порушення є найбільш загальною клінічною характеристикою, властивою нервовій анорексії. Теоретичні дослідження та емпіричні дані [54; 61-62] свідчать про те, що виражена занепокоєність своєю зовнішністю передуює початку розладу. Усвідомлення значущості образу тіла як засобу адекватної діагностики нервової анорексії спонукало західних клініцистів включити його у перелік діагностичних критеріїв [62]. Було показано, що спотворений характер оцінок тіла в цілому при нервовій анорексії може мати більшу клінічну значущість, ніж спотворений характер сприйняття окремих його частин (лице, живіт, стегна тощо). Водночас відсутня єдність поглядів на характерність спотвореного сприйняття образу тіла для нервової анорексії. Мабуть, це спотворення є поширеним, але не є універсальною ознакою розладу. При нервовій анорексії спотворення сприйняття розмірів свого тіла є нестабільним і може бути опосередкованим поганим настроєм, відчуттям переїдання, нав'язаним каноном жіночої краси.

Таким чином, як можливі механізми спотворення образу власного тіла можуть розглядатися такі: переоцінка розмірів тіла в результаті зорового спотворення; реконструкція зорового уявлення під впливом своєрідних думок (наприклад, через нездатність правої півкулі коригувати образ тіла, що зберігається у лівій півкулі); артефакт об'єктивно малого розміру; до того ж жінки з мініатюрним тілом схильні до переоцінки ваги незалежно від виразності порушень харчової поведінки. Можливо, когнітивні порушення при нервовій анорексії реалізуються за допомогою певних особистісних рис і характеристик темпераменту, таких як схильність до obsесивності [65], перфекціонізм, ригідність, специфічний когнітивний стиль. Незадоволеність образом власного тіла трансформується у дисфункціональні переконання щодо ваги та форми тіла. Ці переконання підтримуються раціоналізацією та

помилками суджень. В результаті вони виявляються міцно пов'язаними з позитивними та негативними підкріпленнями поведінки по контролю ваги.

Підбиваючи підсумки, підкреслимо такі психологічні фактори, які вважаються значущими у питанні виникнення порушень та розладів харчової поведінки: низька самооцінка, почуття відсутності або недостатності контролю над власним життям, депресії, страхи, гнів, самотність, конфліктні відносини в родині, насмішки з приводу форм або ваги, труднощі у вираженні емоцій та почуттів, незадоволеність життям.

З огляду на викладене вище, можна підсумувати, що харчова поведінка визначається не лише біологічними (фізіологічними) потребами, а й традиціями сім'ї та суспільства, релігійними уявленнями, життєвим досвідом, наявним рівнем професійних знань у сфері здоров'я стосовно їжі, модою, економічними й особистісними причинами тощо. Звідси відкриваються загальні та індивідуальні особливості харчової поведінки, в тому числі статеві. Можна з упевненістю сказати, що харчова поведінка має виражений гендерний характер, адже потреби жінок, враховуючи харчові, в різних культурних середовищах набувають різних психосексуальних і соціопсихологічних ознак.

1.3 Особливості харчової поведінки у жінок

Більшість досліджень, що проводяться щодо теми харчової поведінки у жінок, наголошують на патернах харчової поведінки жінок з різною масою тіла. Значна частина досліджень стосується жінок з надлишковою вагою або ожирінням. При цьому, описуючи загальні результати по вибірці, зазвичай вказують, що порушення харчової поведінки у легких формах виявилися у 70-80% респонденток, навіть якщо їх вага вважається нормальною.

Приведемо декілька прикладів таких досліджень. Л. Кіро, М. Зак, О. Чернишов, М. Свердловя провели опитування 210 пацієнтів (105 жінок і 105 чоловіків). Вік жінок коливався від 19 до 60 років (середній вік становив $41,5 \pm 11,2$ року), вік чоловіків — від 22 до 60 років (середній вік — $42,3 \pm 12,3$ року). У людей з надлишковою вагою та ожирінням здоровий тип харчової поведінки зафіксовано рідше, ніж у контрольній групі людей з нормальною вагою: у 5,38 раза та в 10,45 раза відповідно. При цьому обмежувальний тип харчової поведінки серед жінок з надлишковою вагою трапляється в 1,7 раза частіше, ніж у чоловіків, а у жінок з ожирінням 1 ступеня – в 1,3 раза частіше [65].

О.В. Філатова, С.С. Половинкін, І.В. Червова, Є.І. Бакланова, І.О.Плясова прагнули вивчити психологічні особливості, склад тіла і параметри фактичного харчування у жінок з порушенням харчової поведінки. Критеріями включення в дослідження були жіноча стать, вік від 36 до 55 років (середній вік становив $44,6 \pm 0,75$ років). Було обстежено 59 жінок. У групах жінок з порушеннями харчової поведінки виявили більш високі значення за шкалами прагнення до худоби, булімії, незадоволеності тілом. Як мінімум на рівні тенденції у обстежених з неадекватною харчовою поведінкою простежується відмінність по всім шкалам методики (SCL-90-R) на виявлення патопсихологічної симптоматики. Йдеться про підвищення таких показників: соматизація, obsесивність-компульсивність,

міжособистісна сенситивність, депресивність, тривожність. Найбільш чітко виступала різниця по депресивній шкалі. Також виявлена кореляція між посиленнями порушень і споживанням цукру, моно- та дисахаридів, що супроводжується збільшенням жирової маси тіла як в абсолютних, так і у відносних одиницях. Таким чином, у жінок з порушеннями харчової поведінки встановлені порушення особистісних і психологічних характеристик, структури харчування, що супроводжується збільшенням жирової маси тіла. [34]

І.Г. Мохова, Б.Б. Пінхасов, В.Г. Селятицька з'ясували особливості порушень харчової поведінки і їх взаємозв'язку з нутрієнтним складом їжі у чоловіків і жінок з надмірною масою тіла та ожирінням. Було обстежено 246 осіб, з них 90 чоловіків і 156 жінок. Середній вік склав $40,2 \pm 12,4$ роки і $42,6 \pm 13,2$ роки відповідно. Виявилось, що виразність всіх типів порушень харчової поведінки й частота їх клінічно значущих випадків, а також частота комбінованих форм у жінок більше, ніж у чоловіків. Показано, що порушення харчової поведінки визначають нутрієнтний склад їжі. При цьому якщо емоціогенний і компульсивний тип більшою мірою пов'язані зі споживанням вуглеводів, то екстернальний — зі споживанням жирної їжі. [33]

Х.Р. Боряк, Л.Е. Весніна також зосередилися на вивченні зв'язку особливостей харчової поведінки жінок та їх масою тіла. Їми було досліджено 42 особи жіночої статі віком 18-25 років. Отримані дані свідчать про те, що у жінок з нормальною масою тіла переважає обмежувальний тип харчової поведінки, а у жінок з підвищеною масою тіла – емоційний та екстернальний типи [7]. Потрібно зауважити, що обмежувальний тип харчової поведінки характеризується періодами надмірних обмежень в прийманні їжі та безсистемній суворій дієті, а згодом може змінюватися періодами переїдання.

Таким чином, можна дійти наступних висновків:

- харчова поведінка чоловіків та жінок відрізняється переважно тим, що у жінок частіше зустрічаються викривлені стратегії відносно споживання їжі;
- харчова поведінка жінки нерозривно пов'язана з її образом тіла та переживанням його привабливості;
- емоціогенний і компульсивний тип харчової поведінки супроводжується підвищеним споживанням вуглеводів, а екстернальний — жирів;
- у жінок з нормальною масою тіла переважає обмежувальний тип харчової поведінки, а у жінок з підвищеною масою тіла – емоційний та екстернальний типи.

Варто також звернути увагу на дослідження про вплив особистісних особливостей і самоствавлення жінок на панівний стиль харчової поведінки, яке було запропоновано А.О. Толчковою та Н.Е. Вишневою. Як зазначають авторки, невдоволення своєю вагою є однією з поширених репрезентацій невдоволення своїм тілесним Я і є значущим переживанням, що спонукає більшість жінок застосовувати активність, спрямовану на його подолання. Всього в дослідженні брали участь 60 осіб різного віку, більша частина (50%) — це жінки у віковому діапазоні від 30 до 50 років. Аналіз даних показав, що індекс маси пов'язаний з такими показниками, як:

- самовпевненість ($r=-0,34$; $p=0,01$) – зі зростанням індексу маси нарастає незадоволеність собою, своїми можливостями;
- самоцінність ($r=-0,43$; $p=0,01$) – у людей з високим індексом маси нарастають сумніви в цінності власної особистості, відстороненість, що межує з байдужістю до свого Я, втрата інтересу до свого внутрішнього світу;
- самоприхильність ($r=-0,28$; $p=0,03$) – з підвищенням індексу маси нарастає бажання щось в собі змінити, відповідати ідеальному уявленню про себе, незадоволеність собою;

- самоконтроль-імпульсивність ($r=0,32$; $p=0,01$) – чим вище індекс маси, тим більше самоконтроль в поведінці, більш висока відповідальність, акуратність, обов'язковість.

В той самий час за п'ятифакторним опитувальником особистісні особливості жінок з різним типом харчової поведінки мають перевірено значущі відмінності такого роду: у групи з емоціогенним типом харчової поведінки за показниками “екстраверсії”, “емоційної нестійкості” і “практичності”; у групи з екстернальним типом — за показниками “відособленості”, “імпульсивності”, “емоційної нестійкості”; у групи з обмежувальним типом — за показниками “емоційної стійкості”, “експресивності” [45].

Отже, особливості харчової поведінки впливають на формування фізичної складової Я-концепції (Я-фізичне), а також на когнітивний та емоційний розвиток особистості. Концепції Я-фізичне або Я-тілесне будуються на понятті образу тіла. Зазвичай образ тіла включає 4 компоненти: загальне задоволення тілом, емоційна реакція на тіло, знання і переконання відносно свого тіла, поведінка, пов'язана з тілом (те, як людина одягається, як поводить, чи уникає якихось ситуацій, де треба демонструвати тіло, або навпаки шукає). Якщо тіло людину повністю задовольняє, тобто його образ є позитивним, людина почуває себе комфортно з тим, як вона виглядає. Тоді, наприклад, жінка не боїться одягатися або роздягатися по ситуації, не виставляє своє тіло на показ і не ховає його. Вона приймає їжу по потребі, не зловживаючи нею і не обмежує себе.

В ході експериментальних досліджень було з'ясовано, що при порушенні харчової поведінки рідше фіксується гіпертимність, частіше спостерігається нейротизм, тривожність, лабільність, сенситивність, демонстративність поведінки, а невпевненість в собі переноситься на фізичний “Образ-Я”, із-за чого виникає необхідність компенсувати свою “уявну потворність” [2, С. 117]. Таким жінкам часто здається, що усі звертають увагу на дефекти їх фігури, вони не приймають себе такими, як є, і тому роблять спроби

що-небудь змінити. У разі концентрації на фізичному “Образі-Я”, ареною “випробувань” стають харчування і фігура. Щодо зовнішніх впливів на ці процеси, з плином часу ми маємо значний обсяг кореляційних та експериментальних доказів того, що мас-медіа/родинне та дружнє коло значно впливають на конструювання та інтерналізацію ідеалізованого образу стрункого тіла, хоча спочатку це може й не мати значних видимих проявів у поведінці.

Вище ми зазначили, що харчова поведінка жінки може бути адекватною або неадекватною, такою, що веде до порушень та розладів. З’являються спроби створити й нові класифікації. Так, виділяють харчову поведінку і за ознаками: залежну, активну, гнучку, ригідну [2, 54]. При активній харчовій поведінці особистість займає активну позицію у своїх виборах, регулює спожите відносно його кількості та якості, а також слідкує за своїм відношенням до цього. Гнучкість проявляється в різноманітності варіантів, в яких може бути вчинено ту чи іншу дію. З іншого боку, ригідна харчова поведінка характеризується інертністю, складністю у реагуванні на нові обставини, що вимагають іншого способу дій. Коли згадують залежну харчову поведінку, в першу чергу йдеться про її пасивність, екстернальність. Але це також може бути адиктивна поведінка, що проявляється в переїданні, голодуванні, відмові від їжі або наданні категоричної переваги лише одному виду продуктів.

Виділяють такі психологічні складові харчової поведінки жінок [2, С.89]:

- 1) Мотивація (споживання певної їжі під впливом мотивів, пов’язаних з бажаними змінами в самосприйманні, необхідними обмеженнями з врахуванням процесів цілепокладання особистості тощо);
- 2) Досвід (знання про користь харчових продуктів, обізнаність про основи здорового, фізіологічного, гармонійного, різноманітного харчування);

- 3) Когнітивні особливості (відчуття від їжі, сприймання страв, пам'ять про смак тощо);
- 4) Емоції (споживання їжі під впливом емоцій, щоб зменшити тривогу, подолати невпевненість, для уникнення страхів);
- 5) Саморегуляція (наприклад, споживання їжі як засіб зменшення психологічного напруження);
- 6) Операціональні характеристики (власне поведінковий компонент споживання їжі: особливості темпу, обставин, повторюваних патернів харчової поведінки).

Отже, ця область жіночого життя має свої специфічні особливості, що проявляються в індивідуальній своєрідності функціонування системи харчової поведінки жінок.

Висновки до розділу 1

Розглядаючи питання особистості жінки, ми згадали праці таких авторів: З. Фрейд, К. Хорні, Г. Крайг, К. Деаух, Л. Ліндхоф, С.Л. Рубінштейн, О.М. Леонт'єв, Б.Г. Анан'єв, Г. Айзенк, та деяких сучасних дослідників – І.С. Клєцина, Л. Х'єлл, Д. Зіглер. Аналіз згаданої літератури дозволяє дійти висновку, що, за винятком параметрів, обумовлених генетичною програмою дозрівання організму, більшість спостережуваних психологічних відмінностей між чоловіками та жінками детерміновано впливом соціального контексту. Культурні норми, цінності, зразки маскулінної й фемінної поведінки формують особистість жінки в значно більшій мірі, ніж біологічно задані фактори.

Далі, вивчаючи поняття харчової поведінки, ми звернулися до Л.С. Виготського, С.Д. Максименка, В.Д. Менделевича, А. Маслоу, а також спиралися на психоаналітичні теорії та Л.М. Абсалямову, Л.Ф. Бурлачука, В. Шибанову, Т.Г. Вознесенську. Було обґрунтовано визначення харчової поведінки, згідно з яким харчова поведінка – це ціннісне ставлення до їжі і її приймання, стереотип харчування у буденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу.

Ми простежили, що ставлення людини до їжі змінювалось з часом, показали, що загальні стратегії харчової поведінки не стоять на місці у ході культурно-історичного розвитку. Феномен харчової поведінки було розглянуто з історичної, соціальної, біологічної та психологічної перспектив. Окреслена група факторів, що впливають на харчову поведінку: від спричинених культурою, до індивідуальних.

Проведено розмежування адекватної та неадекватної харчової поведінки. Розкрито основний зміст понять “порушення харчової поведінки”, “розлад харчової поведінки”. Під порушенням ми маємо на увазі викривлені стратегії

харчової поведінки, які ще не є хворобою, у той час, як розлад – це система поведінкових актів, пов'язаних із процесом харчування, які призводять до фізичного та психологічного нездоров'я, і являють собою комплексну медико-психологічну проблему.

Наступним кроком ми ознайомилися з дослідженнями, пов'язаними з харчовою поведінкою жінок. Зауважили, що більшість з них акцентують увагу на патернах харчової поведінки жінок з різною масою тіла. У жінок з нормальною масою тіла переважає обмежувальний тип харчової поведінки, а у жінок з підвищеною масою тіла – емоційний та екстернальний типи. Звернули увагу, що індекс маси пов'язаний з такими психологічними показниками, як самовпевненість, самоцінність, самоприхильність, самоконтроль-імпульсивність.

Розглянули класифікацію харчової поведінки жінок за ознаками: залежну, активну, гнучку, ригідну. Виділили психологічні складові харчової поведінки жінок, такі як мотивація, досвід, когнітивні особливості, емоції, саморегуляція та операціональні характеристики.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

2.1 Підходи до дослідження вікових особливостей харчової поведінки жінок

Аналіз наявних підходів та методик дослідження харчової поведінки жінок та їх образу власного тіла у сучасних дослідженнях [3; 6-7; 26; 28; 48; 54-58; 65 та ін.] дозволяє дійти висновків, що найбільш популярними методиками є:

- 1) “Голландський опитувальник харчової поведінки”, який використовується у даному дослідженні, і буде детально описаний нижче. Загалом, зазначений опитувальник має три шкали, які показують, наскільки властиві людині екстернальні, емоціогенні, обмежувальні патерни харчової поведінки.
- 2) “Тест ставлення до їжі” (Eating Attitudes Test; EAT) широко застосовується при скринінгу як нервової анорексії, і нервової булімії. Нині шкала EAT-26 є найпоширенішим інструментом досліджень розладів харчової поведінки. Вона також буде використана у даному дослідженні, тому більш детальний опис методики представлений нижче.
- 3) “Опитувальник образу власного тіла”, або інші методики спрямовані на діагностику невдоволення власним тілом в осіб, які страждають на розлади харчової поведінки. Зазвичай для оцінки перцептивного компонента ставлення до тіла піддослідному пропонується оцінити наявність і ступінь спотворення розмірів тіла на статичному відеозображенні [37; 44]. Залежно від цілей дослідження в оцінці темпераменту і рівня незадоволеності своєї зовнішністю аналізується ступінь суб’єктивної глобальної незадоволеності тілом чи вираженість афективного, когнітивного і поведінкового компонентів ставлення до

тіла. Тут можуть застосовуватись різні підходи. Одні ґрунтуються на встановленні ступеня розбіжності між реальними та суб'єктивно “ідеальними” оцінками, наприклад, маси власного тіла. Інші використовують оцінку ступеня задоволеності вагою, розмірами, формою окремих частин тіла за п'яти чи семибальною шкалою. Треті виходять із відмінностей в оцінках форм силуетів тіла. Випробуваному пропонують вибрати з набору тілесних силуетів, що розрізняються за комплекцією, ті, що відповідають реальному та ідеальному його розміру. Відмінності між виборами визначають рівень незадоволеності. Додаткові можливості оцінки загальної незадоволеності тілом надають опитувальники. Вони можуть включати пункти про можливості самоподання, (не)задоволеності тілом крізь призму сексуальної привабливості.

- 4) “Шкала оцінки харчової поведінки” (Eating Disorder Inventory, EDI) - клінічний діагностичний інструмент, виконаний у формі опитувальника, призначений для виявлення розладів приймання їжі, насамперед нервової анорексії та нервової булімії. Перша версія опитувальника була розроблена у 1983 році D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy. Основна мета створення опитувальника була в тому, щоб не тільки показати відмінність фізіологічних, поведінкових та особистісних характеристик між підгрупами пацієнтів із клінічно значущими девіаціями у харчовій поведінці, а й розділити осіб із субклінічними формами розладів та практично здорових [19]. Респондентам пропонується оцінити за 6-бальною шкалою частоту певних дій, думок чи почуттів. Сім шкал методики допомагають дослідникам у простий спосіб виявити такі якості та схильності респонденток: прагнення до худорлявості (надмірне занепокоєння вагою і систематичні спроби схуднути); схильність до булімії (наявність епізодів переїдання та очищення); незадоволеність тілом (коли певні

частини тіла (стегна, груди, сідниці тощо) сприймаються як надмірно товсті); неефективність (відчуття загальної неадекватності, самотності, відсутність відчуття безпеки та нездатність контролювати власне життя); перфекціонізм (неадекватно завищені очікування щодо високих досягнень; нездатність прощати собі недоліки); недовіра у міжособистісних відносинах; інтероцептивна некомпетентність (дефіцит впевненості щодо розпізнавання почуття голоду та насичення).

- 5) “Римський опитувальник нервової орторексії”, що використовується у дослідженнях, пов’язаних з харчовою поведінкою, коли жінка воліє лише “правильну” їжу. Автори методики виходили з уявлення, що нервова орторексія є тривало існуючим психічним розладом, спорідненим з obsесивно-компульсивним розладом, зі значним вкладом особистісних та середовищних факторів, таких як система відносин особистості та віяння моди. Автори визнають, що орторексія може не завдавати істотної шкоди організму людини, її психіці чи соціальному оточенню, але у будь-якому разі знижує якість життя.

В залежності від напрямку дослідження, застосовуються також такі методики, які направлені на пошук особливостей особистості жінки в різних сферах життя:

- 1) “Тест диспозиційного оптимізму”, або “Тест життєвої орієнтації” (Life Orientation Test, LOT) – опитувальник, призначений для вимірювання такої особистісної риси, як оптимізм. Опитувальник запропонований у 1985 році Ч. Карвером та М. Шейєром, валідізований у 2012 році Т.О. Гордєєвою, О.А. Сичевим та Є.М. Осінім [9].
- 2) Методика “Незакінчені речення”. Це проєктивна психологічна методика, яка належить до методик доповнення, а саме – адитивних методик. Методика включає 60 незакінчених речень, які поділяються на

- 15 груп та дозволяють дослідити ставлення людини до різних сфер життя, а також виявити зони підвищеного напруження [20; 43].
- 3) “Опитувальник часової перспективи Зімбардо” (англ. *Zimbardo Time Perspective Inventory, ZTPI*) – це методика, спрямована на діагностику системи ставлень особистості до часового континууму [38]. Розроблена Ф. Зімбардо у 1997 році. Використовується, щоб дослідити направленість особистості в часовій перспективі, так, наприклад жінки із зайвою вагою часто направлені у минуле. Їм властиві фрази: “Коли я була молодою та стрункою...” і так далі.
- 4) “Багатовимірна шкала перфекціонізму” (англ. *Multidimensional perfectionism scale, MPS*) – особистісна діагностична шкала, розроблена канадськими вченими П.Л. Хьюїттом (P.L. Hewitt) та Г.Л. Флеттом (G.L. Flett) для вимірювання рівня перфекціонізму і визначення характеру співвідношення його складових у випробуваного. Застосовується у дослідженні харчової поведінки та її кореляції з особистісними особливостями через те, що порушення обмежувального типу часто пов’язані з підвищеними показниками перфекціонізму [35]. При високому рівні перфекціонізму, орієнтованого на себе, людині властиво пред’являти надзвичайно високі вимоги до себе; при високому рівні перфекціонізму, орієнтованого на інших – надзвичайно високі вимоги до оточуючих. При високому рівні соціально обумовленого перфекціонізму людина розцінює вимоги, що пред’являються до неї оточуючими як завищені та нереалістичні. Співвідношення складових перфекціонізму може бути різним - таким чином навіть за однакового рівня виразності цієї риси можуть складатися різні профілі.
- 5) Широкий спектр методик, пов’язаний с побудовою профілю особистості або пошуком ведучих якостей: “Велика п'ятірка”, ММРІ, Опитувальник Айзенка і т.п.

2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження

Для реалізації мети дослідження – виявлення вікових особливостей харчової поведінки жінок – було обрано п'ять стандартизованих методик: “Голландський опитувальник харчової поведінки” (DEBQ) [36], “П'ятифакторний опитувальник особистості” [50], “ММРІ Multimult” [39], “Опитувальник образу власного тіла” [37], “EAT-26” [40]).

“Голландський опитувальник харчової поведінки” (DEBQ) був створений у 1986 році голландськими психологами на базі факультету харчування людини та факультету соціальної психології Сільськогосподарського університету (Нідерланди) для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки. Метою створення даного опитувальника було отримання простого та валідизованого інструменту для якісної та кількісної оцінки порушень харчової поведінки, частіше пов'язаних з переїданням та супутнім до нього ожирінням. Опитувальник був валідизований на 1170 респондентах, розділених за статтю та наявністю/відсутністю ожиріння.

DEBQ складається з 33 тверджень, кожне з яких респондент має оцінити у відношенні себе як “Ніколи” (1 б.), “Рідко” (2 б.), “Іноді” (3 б.), “Часто” (4 б.) та “Дуже часто” (5 б.). 31 питання аналізується в протилежних значеннях. Кількісне значення за шкалою дорівнює середньому арифметичному значенню балів за цією шкалою. Питання 1-10 становлять шкалу емоціогенної харчової поведінки, питання 11-23 – шкалу екстернальної харчової поведінки, питання 24-33 – шкалу обмежувальної харчової поведінки. Автори пропонують диференційований підхід до допомоги пацієнтам, залежно від діагностованого типу харчової поведінки. У разі емоціогенного переїдання слід сконцентруватися на чуттєвій сфері з метою вирішення внутрішнього конфлікту. У разі екстернальної харчової поведінки йдеться про неправильну звичку, для якої буде потрібна

когнітивно-біхевіоральна терапія. При обмежувальному харчовому патерні необхідне дієтологічне втручання.

Автори також зазначають, що опитувальник створений для дорослих людей. Так, підлітки та молоді люди з нормальною вагою можуть показувати підвищені значення з емоційної та/або обмежувальної харчової поведінки внаслідок юнацького максималізму та схильності до віянь моди та мас-медіа. З іншої сторони, хворі на булімію/анорексію/орторексію можуть давати результати, що не відповідають скаргам/клінічній картині, особливо при дисимуляції свого стану, яка може бути досить ретельною.

“П'ятифакторний опитувальник особистості”, також відомий як “Велика п'ятірка” (“Чудова п'ятірка”) був розроблений у 1983-1985 роках американськими психологами Р. МакКрає (McCrae) та П. Коста. Надалі опитувальник удосконалювався й в остаточному вигляді 1992 р. представлений тестом NEO PI (від англ. “нейротизм, екстраверсія, відкритість – особистісний опитувальник”). Автори “Великої п'ятірки” вважають, що п'яти незалежних змінних (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співробітництво, сумлінність) цілком достатньо для адекватного опису психологічного портрета особистості. Ці змінні були виділені з урахуванням експлораторного факторного аналізу. Модель продовжує лінію лексичних досліджень, започатковану Г. Олпортом, Г. Айзенком та Р. Кеттелом, які передбачали, що мова може показати аспекти особистості, які характеризують адаптацію людини до соціального середовища з урахуванням біологічних властивостей індивіда. У 2000 році А.Б. Хромовим у Курганському Державному Університеті була проведена адаптація “Великої п'ятірки” у вигляді тесту 5PFQ, який і використано у нашому дослідженні.

Опитувальник є набором з 75 парних, протилежних за своїм значенням, стимульних висловлювань, що характеризують поведінку людини. Стимульний матеріал має п'ятиступеневу оцінну шкалу Лайкерта (-2; -1; 0; 1;

2), за допомогою якої можна вимірювати ступінь виразності кожного з п'яти факторів. Загалом, досліджені первинні й вторинні (основні) чинники, можуть вказувати на такі характерологічні ознаки:

1. Екстраверсія – інтроверсія
 - 1.1. Активність – пасивність
 - 1.2. Домінування – підпорядкованість
 - 1.3. Товариство – замкнутість
 - 1.4. Пошук вражень – уникнення вражень
 - 1.5. Привернення уваги – уникнення уваги
2. Прихильність – відокремленість
 - 2.1. Тепло – байдужість
 - 2.2. Співробітництво – суперництво
 - 2.3. Довірливість – підозрілість
 - 2.4. Розуміння – нерозуміння
 - 2.5. Повага інших – самоповага
3. Самоконтроль – імпульсивність
 - 3.1. Акуратність – неаккуратність
 - 3.2. Наполегливість – відсутність наполегливості
 - 3.3. Відповідальність – безвідповідальність
 - 3.4. Самоконтроль поведінки – імпульсивність
 - 3.5. Передбачливість – безтурботність
4. Емоційна стійкість – емоційна нестійкість
 - 4.1. Тривожність – безтурботність
 - 4.2. Напруженість – розслабленість
 - 4.3. Депресивність – емоційна комфортність
 - 4.4. Самокритика – самодостатність
 - 4.5. Емоційна лабільність – емоційна стабільність
5. Експресивність – практичність
 - 5.1. Цікавість – консерватизм

- 5.2. Допитливість – реалістичність
- 5.3. Артистичність – відсутність артистичності
- 5.4. Сенситивність – нечутливість
- 5.5. Пластичність – ригідність

Наразі робляться спроби встановити функціональну достатність 5-факторної моделі. Так, В. Егерен (Egeren) зазначає, що кожна з п'яти рис виконує певну функцію щодо адаптації індивіда до соціального середовища. Зокрема, екстраверсія відповідає за наближення позитивних подій, нейротизм – за уникнення негативних подій, сумлінність – за ефективне управління реакціями наближення та уникнення, відкритість досвіду – за інтерес до різноманітних нагород, а доброзичливість – до формування соціальних альянсів та зв'язків.

“MMPI Multimult” – скорочений багатфакторний опитувальник для дослідження особистості – являє собою скорочений варіант MMPI, містить 71 питання, 11 шкал, серед яких 3 – оцінні. Перші 3 оцінювальні шкали вимірюють щирість випробуваного, ступінь достовірності результатів тестування та величину корекції, що вноситься з міркувань обережності. Інші 8 шкал є базовими та оцінюють якості особистості. Автор методики – Джеймс Кинканнон (James C. Kincannon, 1968), адаптацію розроблено В.П. Зайцевим, В.Н. Козюлей (1981). Методика дозволяє оцінити рівень нервово-емоційної стійкості, ступінь інтеграції особистісних властивостей, рівень адаптації особи до соціального оточення. Базові шкали описують:

1. Іпохондрія (Hs). Близькість випробуваного до астено-невротичного типу. Випробувані з високими оцінками повільні, пасивні, приймають усе віру, покірні влади, повільно пристосовуються, погано переносять зміну обставин, легко втрачають рівновагу соціальних конфліктах.
2. Депресія (D). Високі оцінки мають чутливі, сенситивні особи, схильні до тривоги, боязкі, сором'язливі. У справах вони старанні, сумлінні, високоморальні й обов'язкові, але нездатні прийняти рішення

самостійно, немає впевненості у собі, за найменших невдач вони впадають у відчай.

3. Істерія (Hy). Виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності. Всі проблеми вирішуються відходом у хворобу. Головними особливостями таких людей є прагнення здаватися більшими, значнішими, ніж є насправді, прагнення привертати до себе увагу, жадоба захоплення. Почуття таких людей поверхові та інтереси неглибокі.
4. Психопатія (Pd). Високі оцінки за цією шкалою свідчать про соціальну дезадаптацію. Такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами та цінностями. Настрій у них нестійкий, вони уразливі, збудливі та чутливі. Можливе тимчасове піднесення за цією шкалою, викликане якоюсь причиною.
5. Параноїдність (Pa). Основна риса людей із високими показниками за цією шкалою – схильність до формування надцінних ідей. Це люди односторонні, агресивні та злопам'ятні. Хто не згоден з ними, хто думає інакше, той чи дурна людина, чи ворог. Свої погляди вони активно насаджують, тому мають часті конфлікти з оточенням. Власні найменші удачі вони завжди переоцінюють.
6. Психастенія (Pt). Діагностує осіб із тривожним типом характеру, яким властиві тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.
7. Шизоїдність (Se). Особам із високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні тонко відчувати й сприймати абстрактні образи, але повсякденні радощі та прикраси не викликають у них емоційного відгуку. Таким чином, загальною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю та відчуженістю у міжособистісних відносинах.

8. Гіпоманія (Ma). Для осіб з високими оцінками за цією шкалою характерний піднятий настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими змінами, охоче контактують з людьми, проте інтереси їх поверхневі та нестійкі, їм не вистачає витримки та наполегливості.

Наступна обрана методика, “Опитувальник образу власного тіла”, є опитувальником, спрямованим на діагностику невдоволення власним тілом в осіб, які страждають на розлади харчової поведінки. Розроблено О.А. Скугаревським та С.В. Сивухою у Білоруському Державному Університеті. Психометричні властивості методики дозволяють використовувати її як скринінговий інструмент у популяційних дослідженнях, так і в якості допоміжного тесту у процесі клінічної діагностики.

Як зазначалося в теоретичній частині, у рамках когнітивної теорії психіки незадоволеність власним тілом має два компоненти: оцінний (заснований на мисленні) та перцептивний (заснований на сприйнятті). За результатами клінічних досліджень, перший компонент має значно більше значення розвитку розладів харчової поведінки, тобто незадоволеність власним тілом має слабкий зв'язок із реальною зміною ваги та відчуттями, що породжуються цим процесом. З погляду авторів методики, оцінний компонент ставлення до тіла включає:

- глобальну оцінку тіла (задоволеність чи незадоволеність вагою, формою тіла, специфічними його частинами);
- емоції та почуття з приводу зовнішності;
- когнітивний аспект (переконання щодо зовнішності, схема тіла);
- певну поведінку (наприклад, уникнення дзеркала, зваження, уникнення тренажерних залів тощо).

Індивід бачить себе інакше, ніж оточення. Незалежно від дійсних фізичних даних, особливості сприйняття і почуттів щодо зовнішності можуть визначати уявлення індивідів у тому, як сприймають їх навколишні.

Позитивне ставлення визначає впевненість у спілкуванні та почуття внутрішнього комфорту, негативне здатне призвести до соціальної відгородженості та тривожності. “Опитувальник образу власного тіла” ґрунтується на досвіді клінічної роботи з пацієнтами, що страждають порушеннями харчової поведінки, дисморфофобічними переживаннями в структурі різних психопатологічних феноменів (від дисоціативних розладів до розладів шизофренічного спектра) і використовує соціокультурні моделі ставлення до тіла, когнітивно-біхевіоральну парадигму, нейропсихологічні механізми. Методика складається з 16 пунктів-тверджень. Випробуваному пропонується оцінити кожне твердження за чотирибальною шкалою (0 – “ніколи”, 1 – “іноді”, 2 – “часто”, 3 – “завжди”). За шкалою обчислюється загальний бал.

Опитувальник призначений насамперед на вирішення практичних завдань клінічної та психотерапевтичної діагностики. Враховуючи високу ціну діагностичних помилок, особлива увага була приділена його валідації. Зокрема, було перевірено конструктну (факторну), конвергентну, дискримінантну та критеріальну валідність. Крім того, вивчені передбачувальні можливості методики та ціна помилок типу “хибної тривоги” або “пропуску цілі”.

Також у нашому дослідженні використовується “Тест ставлення до їжі” (Eating Attitudes Test; EAT). Методика являє собою скринінгову тестову систему, розроблену Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто у 1979 році. Спочатку шкала призначалася для скринінгу нервової анорексії та складалася з 40 питань. У 1982 році розробники модифікували її та створили шкалу EAT-26, що складається з 26 питань. Шкала EAT-26 показала високий рівень кореляції з початковим варіантом. Згодом шкала EAT-26 стала широко застосовуватися при скринінгу як нервової анорексії, і нервової булімії. Нині шкала EAT-26 є найпоширенішим інструментом досліджень розладів харчової поведінки.

Шкала ЕАТ-26, як і більшість подібних, включає симптоми, що розцінюються як абнормальні щодо харчової поведінки. Симптоми відносяться до когнітивної, поведінкової та емоційної сфер, але підшкали у тесті не виділяються. Загалом, тест складається із 26 питань. Кожне питання має такі варіанти відповіді: “ніколи” (0 б.), “рідко” (0 б.), “іноді” (0 б.), “досить часто” (1 б.), “як правило” (2 б.) або “завжди” (3 б.). Усі питання тесту, крім 26-го, оцінюються у прямих значеннях, 26-е питання інтерпретується у зворотних значеннях.

Вважаємо, що обрані методики є необхідними та достатніми для дослідження, оскільки

- “Голландський опитувальник харчової поведінки” дає змогу виявити найбільш поширені харчові патерни (обмежувальні, емоціогенні, екстернальні) та оцінити рівень їх прояву;
- “Опитувальник образу власного тіла” дозволить виявити компонент невдоволення власним тілом у контексті неадекватних шаблонів харчової поведінки;
- “Тест ставлення до їжі” дозволить виявити досліджуваних, які знаходяться у групі ризику щодо харчових розладів (або вже перебувають у стані психічної хвороби), та прослідкувати закономірності, що можуть проявлятися у жінок по цій шкалі з віком;
- за допомогою “П’ятифакторного опитувальника особистості” та “Скороченого багатфакторного опитувальника” можливо встановити, які саме якості особистості жінки та її вікових проявів, впливають на вибір тих чи інших харчових звичок.

Досліджувану вибірку склали 85 жінок (таблиця 2.1), які проживають в Україні. Діапазон віку коливається від 18 до 76 років, середній вік досліджуваних жінок – 38,2 р. Усі респондентки мають вищу освіту (або є в процесі її отримання) та є працевлаштованими за фахом (див. Додаток А). Рівень фінансового забезпечення у 91.8% – середній, що в анамнестичній

анкеті відповідає пункту “Середній (на все вистачає, але для покупки чогось великого або перед далекою поїздкою потрібно економити)”. Медіанний показник ІМТ (індексу маси тіла) – 22,2, що є нормою. Частина вибірки (35.3%) утворили жінки із зайвою та надмірною вагою (n=30). Іншу частину вибірки (1.2%) утворили жінки із недостатньою вагою (n=1). Утворену групу вважаємо підходящою для досягнення мети та завдань роботи.

Табл. 2.1

Описова статистика вибірки (n=85)

	Вік	ІМТ	Фінансовий статус
Середнє	38.2	23.6	2
Медіана	36	22.2	2
Стандартне відхилення	11.4	5.14	0.4
Мінімум	18	15.6	1
Максимум	76	38.9	3

Процедура проведення дослідження полягала в заповненні респондентами Google-форми, що містила питання зазначених методик у повному обсязі, а також анамнестичну анкету та форму для зворотного зв'язку. Респондентам пропонувалося заповнювати форму в денний час. У цілях конфіденційності, а також якомога чесніших відповідей на особисті питання (зріст, вага, харчові звички) опитування було анонімне.

2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Першим етапом роботи по аналізу отриманих результатів став підрахунок інтегральних показників із зазначених шкал методик (основних) та аналіз середніх значень, середньоквадратичних відхилень, моди, медіани, найбільшого та найменшого значень за різними методиками по вибірці. Результати представлені в таблиці 2.2.

Табл. 2.2

Дослідження вікових особливостей ХП жінок, основні шкали (n=85)

Шкала методики	Середнє	Стандартне відхилення	Мода	Медіана	Максимум	Мінімум
Обмежувальна харчова поведінка	3.33	0.681	3.33	3.4	4.7	1.2
Емоціогенна харчова поведінка	2.72	1.02	3.10	2.8	5	1
Екстернальна харчова поведінка	2.52	0.985	1	2.4	5	1
Екстраверсія – інтроверсія	41.4	7.59	47	42	61	26
Прихильність – відокремленість	30.7	7.58	25	30	50	15
Самоконтроль – імпульсивність	34.4	7.25	23	35	50	20
Емоційна стійкість – емоційна нестійкість	39.6	10.9	36	39	69	18
Експресивність – практичність	34.3	7.03	36	34	53	19
Образ власного тіла	15	10.1	5	12	44	0
ставлення до їжі	10.5	9.43	3	8	52	0
Іпохондрія (Hs)	7.79	2.25	7	8	13	2
Депресія (D)	7.56	2.95	6	7	14	1
Істерія (Hu)	10.2	2.91	11	10	18	4
Психопатія (Pd)	9.28	2.26	8	9	15	4
Параноїдність (Pa)	4.35	2.1	3	4	10	0
Психастенія (Pt)	14	2.84	14	14	20	9
Шизоїдність (Se)	13.6	2.41	14	14	18	9
Гіпоманія (Ma)	7.12	2.22	6	7	11	2

Нагадаємо, що нормальними значеннями обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки для людей з нормальною вагою становлять 2.4, 1.8 та 2.7 бали відповідно. Мінімальна кількість набраних балів для будь-якого основного фактора із “П'ятифакторного опитувальника особистості” дорівнює 15, максимальна кількість – 75. Умовно бальні оцінки можна розділити на високі (51-75 балів), середні (41-50 балів) та низькі (15-40 балів). В опитувальнику на образ власного тіла вважається, що образ є незадовільним, коли кількість набраних балів є більшою за 13. Методика ЕАТ-26 (ставлення до їжі) зазначає, що при сумарному балі шкали вище за 20, є висока ймовірність розладу харчової поведінки. Для “ММРІ Multimult” якість отриманих тестових результатів, можливість їх використання винесення висновку, визначається в залежності від величини оцінок додатковим шкалам. При значеннях оцінки за шкалою L вище 4 або за шкалою F вище 6 – дані вважаються недостовірними. Серед наших досліджуваних ніхто не набрав зазначені величини, тому ці шкали були вилучені із загальної таблиці інтегральних показників. Граничні значення показників “ММРІ Multimult” можуть бути різними, в залежності від віку, статі досліджуваних, їх професійної діяльності, а також в залежності від напряму дослідження. Розглянемо як граничні найбільш високі із допустимих значень за шкалами (таблиця 2.3). Якщо кількість балів вище, будемо казати про акцентуацію за шкалою, якщо нижче – про середній або низький показник відповідно.

Граничні значення показників “ММРІ Multimult”

Шкала методики	Значення
Іпохондрія (Hs)	14
Депресія (D)	13
Істерія (Hy)	16
Психопатія (Pd)	14
Параноїдність (Pa)	8
Психастенія (Pt)	18
Шизоїдність (Se)	21
Гіпоманія (Ma)	9

Аналізуючи отримані дані, можна зазначити, що обмежувальна харчова поведінка за опитувальником “DEBQ” для української вибірки жінок різного віку є у середньому вищою, ніж у нормах тесту (3.33 для досліджуваної нами вибірки, 2.4 за нормами). Екстернальна харчова поведінка є у середньому близькою до норм тесту (2.52 для досліджуваної нами вибірки, 2.7 за нормами). А ось емоціогенна харчова поведінка виявилася значно вище за норми тесту – 2.72 для досліджуваної нами вибірки, 1.8 за нормами. Інакше кажучи, для досліджуваної вибірки швидше характерним є емоціогенний та обмежувальний тип харчової поведінки.

На Рис. 2.1 представлено, як розподілені результати в залежності від показнику ІМТ. Ми припускаємо, що схильність до емоціогенної харчової поведінки призводить до потенційного збільшення ваги. Або ж емоціогенний стиль більш характерний жінкам із зайвою вагою.

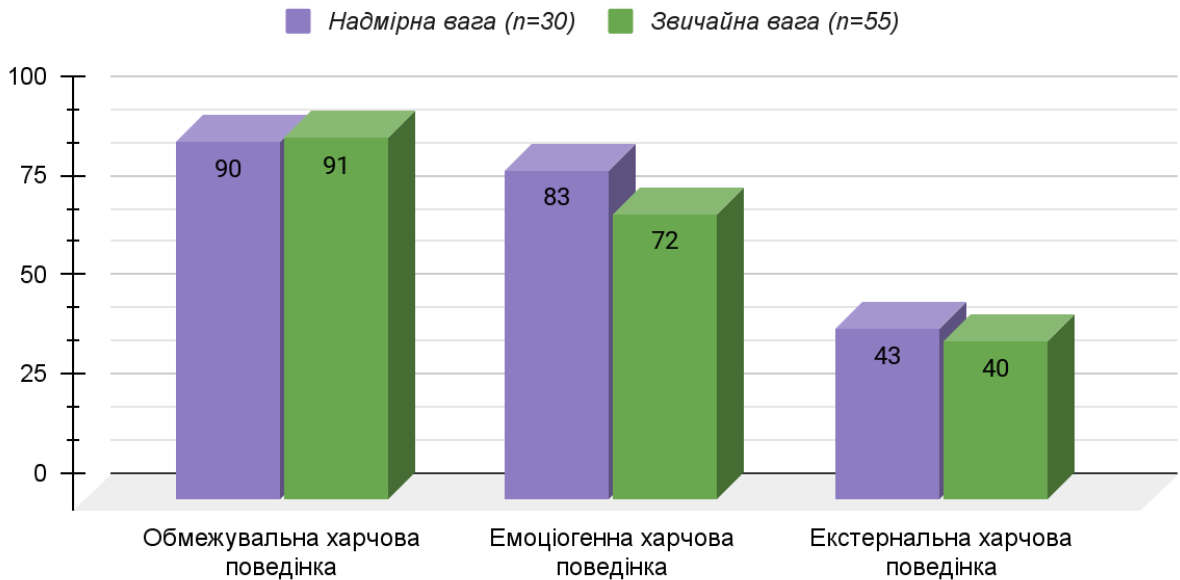


Рис. 2.1. Схильність до патернів харчової поведінки за результатами DEBQ, у % відношенні

Емоціогенний тип харчової поведінки ще називають гіперфагічною реакцією на стрес (переїдання). Особливістю цієї поведінки є те, що при стресі, напруженні, хвилюванні у людини різко посилюється апетит і виникає бажання поїсти. При цьому типу порушень харчової поведінки приймання їжі стимулюється не голодом, а емоційним дискомфортом. Обмежувальна харчова поведінка – це надлишкові харчові самообмеження і безсистемні занадто строгі дієти, до яких час від часу вдаються всі хворі ожирінням. Періоди обмежувального харчової поведінки змінюються періодами переїдання з новим інтенсивним набором ваги. Зазначені періоди при обмеженому харчовому поведінці призводять до емоційної нестабільності. Емоційна нестабільність, що виникає під час застосування суворих дієт, отримала назву дієтичної депресії, яка своєю чергою визначається як комплекс негативних емоційних відчуттів, що виникають на тлі дієтотерапії: підвищені дратівливість і стомлюваність, відчуття внутрішньої напруги й постійної втоми, агресивність і ворожість, тривожність, понижений настрій, пригніченість і т.д. Дієтична депресія призводить до відмови від подальшого дотримання дієти та до рецидиву захворювання. Особливо погано переносять

дієтотерапію жінки з переїданням у відповідь на стрес, які звикли нормалізувати свій емоційний дискомфорт прийманням їжі й для яких їжа стала своєрідним засобом релаксації.

Найбільше середньоквадратичне відхилення, яке характеризує розкид даних, наявне в шкалі “Емоційна стійкість – емоційна нестійкість” методики “Велика п'ятірка”. Це свідчить про те, що різним досліджуваним в різній мірі притаманна емоційна стійкість. За всіма шкалами опитувальника для досліджуваної вибірки характерними є середні бали (результати близькі до нижньої границі). Мода шкали “Прихильність – відокремленість” дещо відрізняється від середнього значення, наближаючись до низьких показників, та говорить про те, що більшість жінок у вибірці схильні до відокремленості. Низькі оцінки за фактором “Відокремленість” свідчать про прагнення людини бути незалежною і самостійною. Такі люди вважають за краще тримати дистанцію, мати відокремлену позицію при взаємодії з іншими. Можливо, це пояснює середні значення екстернальної харчової поведінки, адже екстернальні патерни мають більшу владу, коли людина сильніше відчуває залежність від навколишніх, часто робить щось “за компанію”. Люди, які мають низькі значення за шкалою “Прихильність – відокремленість”, свої інтереси ставлять вище за інтереси інших людей і завжди готові їх відстоювати в конкурентній боротьбі. Вони зазвичай прагнуть досконалості, що для нашої вибірки може бути чинником обмежувального типу харчової поведінки.

Образ власного тіла, з погляду на медіану, є середнім, тобто більшість жінок не відчуває відразу до власного тіла. З іншого боку, середній показник (15) дещо перевищує граничне значення методики (13). Це означає, що між респондентками є ті, хто набрав досить різну кількість балів. І розподіл між задовільним та незадовільним образом тіла досить нерівномірний. Загалом, 44,7% досліджуваних жінок (n=38) не задоволені тілом на меншому чи більшому рівні, тоді як інші 55,3% жінок (n=47) приймають та люблять своє

тіло. На Рис. 2.1 представлено, як розподілені результати в залежності від показнику ІМТ. Можна зробити висновок, що вага впливає на сприйняття власного тіла як хорошого чи поганого, і жінки з вагою у межах норми частіше мають позитивний образ тіла. З іншого боку, не лише фізичний стан тіла впливає на ставлення до нього, і лише 64% жінок з нормальною вагою приймають власне тіло.

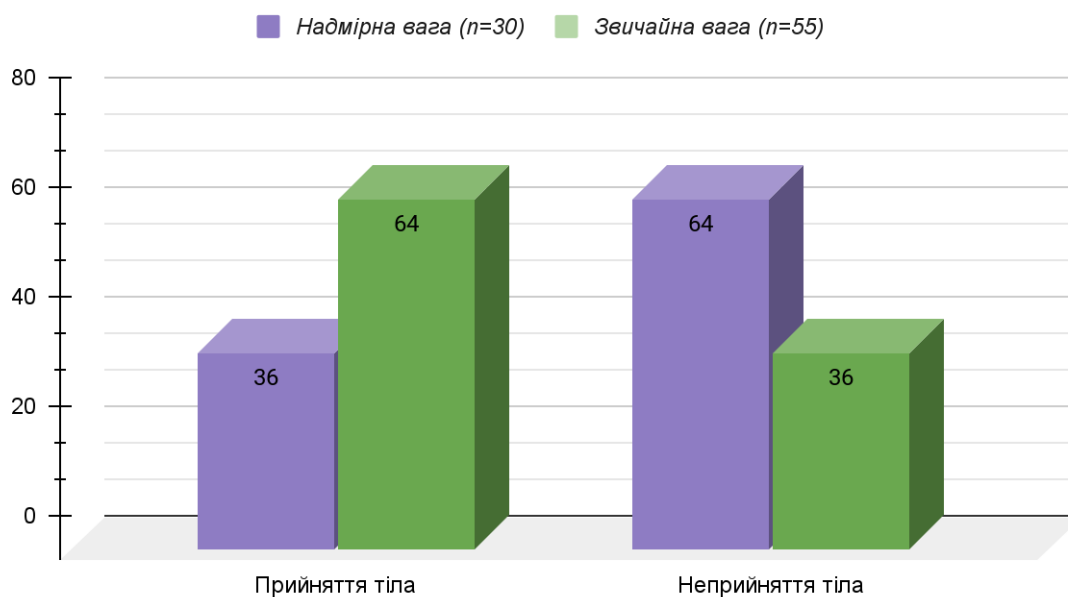


Рис. 2.2. Результати опитувальника образу власного тіла, у % відношенні

Методика “ставлення до їжі” не виявила схильності до розладів харчової поведінки у вибірці в середньому. Проте 12,9% жінок (n=11) все ж мають (гіпотетично) виражений розлад. Щоб зробити висновки на базі цих спостережень відносно кореляції з ІМТ або віком, потрібно дослідити статистичну значущість результатів, так як кількість зазначених респонденток досить невелика.

Щодо інтегральних показників “ММРІ Multimult”, бачимо, що жоден середній показник по шкалам не перевищує відповідні граничні значення. Але серед окремих жінок у вибірці є такі, що набрали високу кількість балів за однією або кількома шкалами. Лише шкала “Шизоїдність” залишилася такою, що абсолютно всі респонденти знаходяться у межах середніх

показників. Прослідковується тенденція до посилення таких якостей як “Гіпоманія”, “Параноїдність”, “Психастенія”.

Другий етап роботи включає виокремлення вікових груп жінок та дослідження жіночих вікових особливостей харчової поведінки, якщо такі будуть виявлені. Спираючись на класифікацію віку, прийнятої Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), та нашу кількість досліджуваних різного віку, ми виділили чотири вікові групи (таблиця 2.4) і надалі робили висновки відносно цих груп.

Табл. 2.4

Характеристики вибірки, розділеної на групи (n=85)

Група	Вік	Кількість
Жінки молодого віку	18-30	17 (20%)
Жінки раннього середнього віку	30-40	33 (38.8%)
Жінки пізнього середнього віку	40-55	27 (31.8%)
Жінки літнього віку	55-74	8 (9.4%)

На Рис. 2.3 представлено, як розподілені результати методики “DEBQ” в залежності від вікової групи. Обмежувальний тип харчової поведінки найбільше властивий жінкам раннього середнього віку. Також простежено зростання схильності до емоціогенного стилю споживання їжі з віком, і паралельно спадання екстернальних патернів. Екстернальна поведінка найбільше проявляється у жінок молодого віку, можливо це пов'язано з широким оточенням молодої людини, її бажанням бути в колективі, спробувати якомога більше всього. Екстернальну направленість жінок літнього віку спробуємо пояснити тим, що відчуття апетиту, голоду з віком падає, але людина може насолоджуватися зовнішнім виглядом їжі, готувати для родини і також брати участь у процесі споживання.

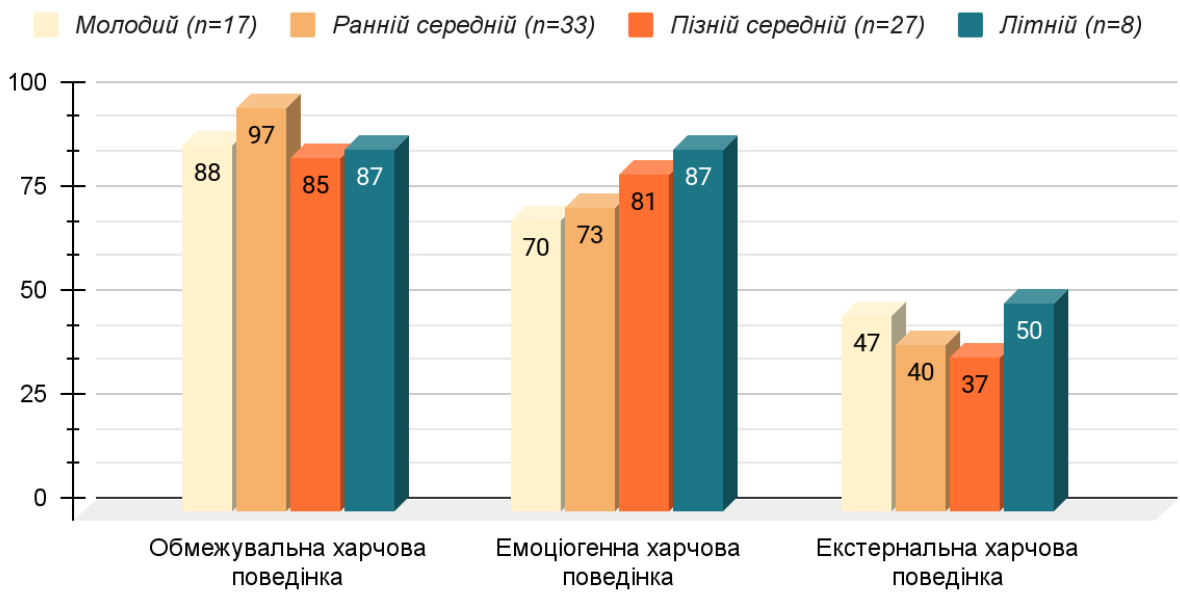


Рис. 2.3. Схильність до патернів харчової поведінки за результатами DEBQ, у % відношенні

Більш детальні дані з середніми показниками та довірчими інтервалами (95%) за шкалами для груп представлені у таблиці 2.5.

Табл. 2.5

Рівень вираженості різних типів харчової поведінки у жінок (n=85)

	Жінки молодого віку (18-30)	Жінки раннього середнього віку (30-40)	Жінки пізнього середнього віку (40-55)	Жінки літнього віку (55-74)
Обмежувальна харчова поведінка	3.38 ± 0.34	3.31 ± 0.18	3.3 ± 0.32	3.39 ± 0.49
Емоціогенна харчова поведінка	2.57 ± 0.54	2.5 ± 0.3	3.01 ± 0.41	2.98 ± 0.62
Екстернальна харчова поведінка	2.94 ± 0.54	2.38 ± 0.3	2.51 ± 0.37	2.24 ± 0.64

Образ власного тіла вважається задовільним, коли кількість балів за методикою не перевищує 13. Для різних вікових груп отримали наступні результати (див. Рис. 2.4).

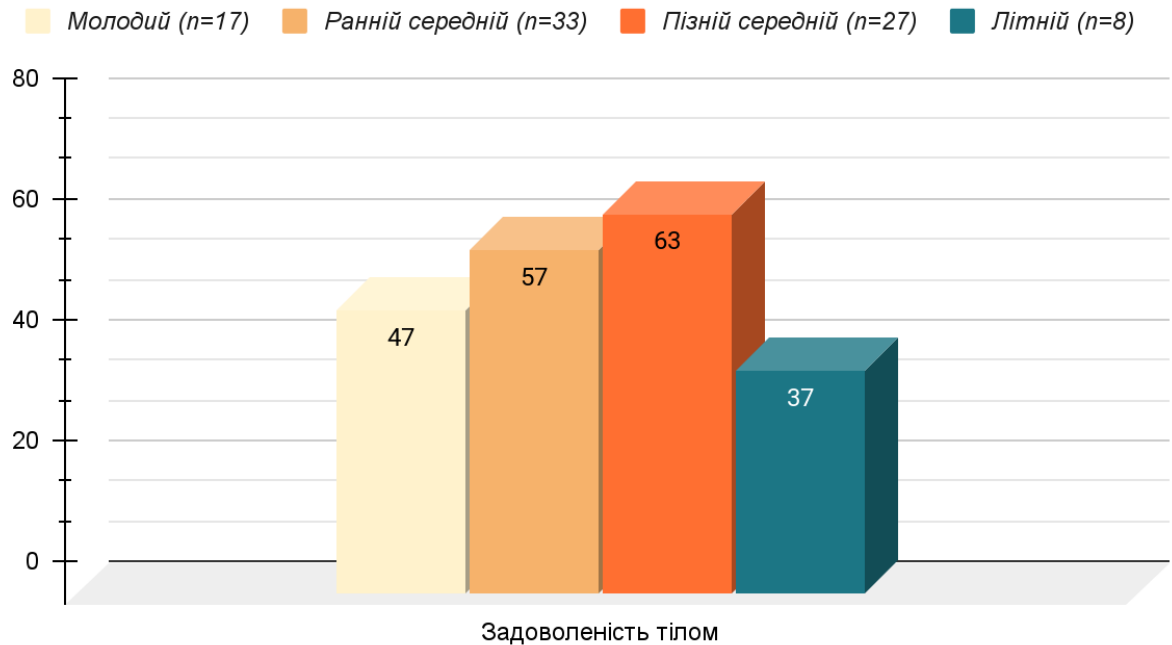


Рис. 2.4. Задоволеність власним тілом жінками різного віку, у % відношенні

Бачимо, що прийняття тіла росте з віком, але у середньому, жінка, що досягла літнього віку, знову повертається до негативного образу тіла. Таким чином, категорії жінок молодого і літнього віку можуть стати цільовою аудиторією для проведення психологічної допомоги, консультування, тренінгів, спрямованих на стабілізацію Я-образу та покращення патернів харчової поведінки.

Більш детальні дані з середніми показниками та довірчими інтервалами (95%) для груп представлені у таблиці 2.6.

Табл. 2.6

Рівень задоволеності власним тілом у жінок (n=85)

	Жінки молодого віку (18-30)	Жінки раннього середнього віку (30-40)	Жінки пізнього середнього віку (40-55)	Жінки літнього віку (55-74)
Задоволеність	18 ± 6.7	14.6 ± 2.9	12.4 ± 2.9	18.9 ± 8.7

Виявилося також, що негативний образ власного тіла у будь-якій віковій групі пов'язаний з його фізичними характеристиками, такими як вага (ІМТ). Для порівняння наведено Рис. 2.5.

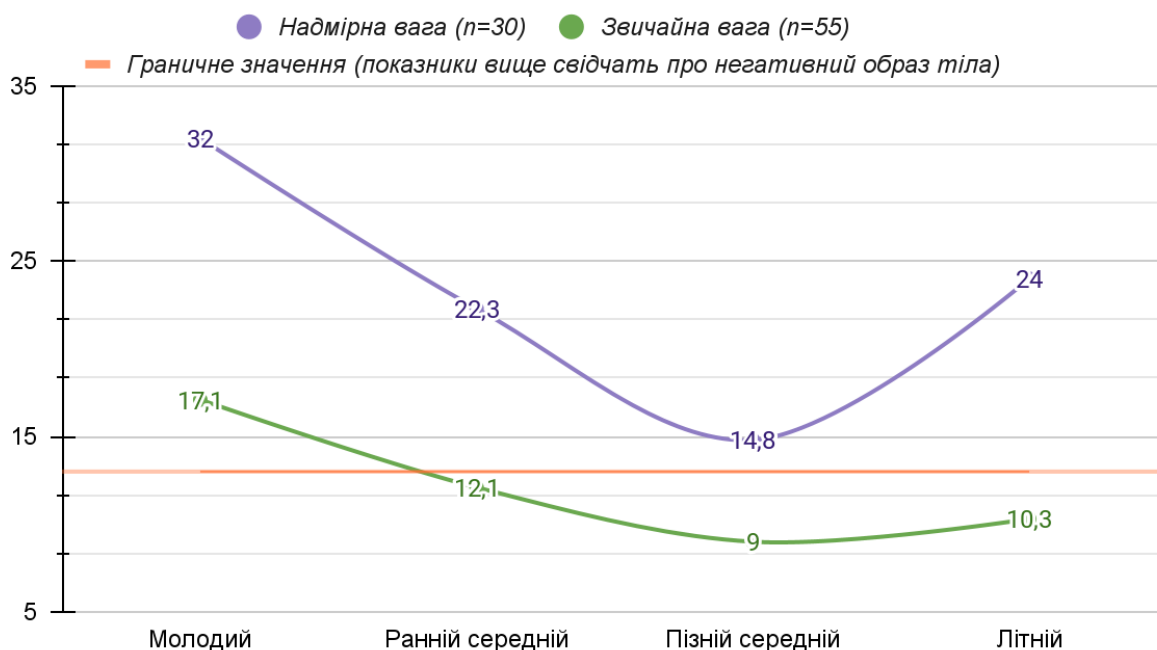


Рис. 2.5. Рівень неприйняття тіла жінками різного віку в залежності від показників ІМТ

Третій етап роботи полягав в проведенні якісного аналізу результатів дослідження з використанням t-критерію Стьюдента. Критерій Шапіро-Вілка свідчить про нормальний розподіл даних ($p > 0.05$) для груп по основним шкалам дослідження: шкали обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки, шкала ставлення до образу власного тіла. Тест Левене для оцінювання рівності дисперсій підтверджує ($p > 0.05$), що дисперсії для зазначених шкал гомогенні. Отже, в нашому випадку допустимо застосовувати t-критерій Стьюдента. Це і допоможе з'ясувати, чи можемо ми екстраполювати отримані результати на генеральну сукупність жінок різного віку з України, чи висновки вірні лише для нашої вибірки. Було використано одновибірковий критерій Стьюдента. При перевірці нульової гіпотези

(невідоме середнє значення в популяції дорівнює середньому значенню вибірки) виявилось, що $p \geq 0.05$ для кожної шкали “DEBQ” та “Опитувальника образу власного тіла”, нормальні значення для яких відомі. У групі жінок літнього віку встановлено недостатню кількість респонденток, щоб зробити однозначні висновки, тому положення відносно цієї групи у порівняння з іншими мають звучати як “досить вірогідне припущення”. У такий спосіб та з такими зауваженнями, проведені дослідження щодо типу харчової поведінки жінок різного віку дійсно можна екстраполювати на популяцію.

Четвертим етапом роботи став кореляційний аналіз отриманих даних за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона. Для пошуку кореляції були застосовані такі змінні: вік, ІМТ, три шкали “Голландського опитувальника харчової поведінки”, п'ять загальних шкал “П'ятифакторного опитувальника особистості”, усі основні шкали “MMPI Multimult” (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), інтегральний показник методики “EAT-26”, а також показник із “Опитувальника образу власного тіла”. Результати наведені у таблиці 2.7.

Табл. 2.7

Значуща кореляція Пірсона між шкалами методик (n=85)

Шкали, що корелюють	Значення коефіцієнту кореляції r та p -value	Інтерпретація кореляційного зв'язку	Висновок
Вік + ІМТ	$r=0.461$, $p<0.001$	Середній позитивний	При збільшенні віку, збільшується вага.
Вік + Самоконтроль - імпульсивність	$r=-0.32$, $p<0.01$	Низький негативний	При збільшенні віку, знижується самоконтроль.

Продовження таблиці,
Значуща кореляція Пірсона між шкалами методик (n=85)

Шкали, що корелюють	Значення коефіцієнту кореляції r та p-value	Інтерпретація кореляційного зв'язку	Висновок
Обмежувальна ХП + Образ власного тіла	r=0.28, p<0.01	Низький позитивний	Чим вище схильність до викривлених патернів харчової поведінки, тим більш негативний образ тіла. Харчові обмеження, емоціогенне переїдання, прийом їжі, орієнтований на зовнішніх факторах можуть вести (або бути наслідком) неприйняття власного тіла.
Емоціогенна ХП + Образ власного тіла	r=0.28, p<0.01	Низький позитивний	
Екстернальна ХП + Образ власного тіла	r=0.34, p<0.01	Низький позитивний	
Емоціогенна ХП + ставлення до їжі	r=0.58, p<0.001	Середній позитивний	Емоціогенні (в більшій мірі) та екстернальні (в меншій) харчові патерни пов'язані зі збільшенням ризику отримати розлад харчової поведінки.
Екстернальна ХП + ставлення до їжі	r=0.34, p<0.01	Низький позитивний	
Емоціогенна ХП + Самоконтроль - імпульсивність	r=-0.23, p<0.05	Низький негативний	При схильності до емоціогенної харчової поведінки, можна очікувати від жінки більшої імпульсивності. Тоді як екстернальні патерни можуть сказати про наявність самоконтролю.
Екстернальна ХП + Самоконтроль - імпульсивність	r=0.27, p<0.05	Низький позитивний	
Обмежувальна ХП + Емоційна стійкість -емоційна нестійкість	r=-0.25, p<0.05	Низький негативний	При схильності до обмежувальної харчової поведінки, можна очікувати від жінки більшої емоційної лабільності.
Образ власного тіла + ставлення до їжі	r=0.6, p<0.001	Середній позитивний	Негативний образ тіла підвищує вірогідність отримати розлад харчової поведінки.

Окремо віднайдено позитивну кореляцію між сприйняттям власного тіла та такими шкалами методики “ММРІ Multimult”: Іпохондрія ($r=0.34$, $p<0.01$), Депресія ($r=0.42$, $p<0.001$), Істерія ($r=0.4$, $p<0.001$), Параноїдність ($r=0.3$, $p<0.01$), Психастенія ($r=0.3$, $p<0.01$), Шизоїдність ($r=0.28$, $p<0.01$). Це означає, що депресивні та істеричні риси у багатьох випадках ведуть до негативного образу тіла, тоді як вплив іпохондрії, параноїдності, психастенії або шизоїдності також є, але дещо менший.

Також був виявлений середній негативний кореляційний зв'язок за Пірсоном між сприйняттям власного тіла та шкалою “Емоційна стійкість – емоційна нестійкість” ($r=-0.55$, $p<0.001$) з “П'ятифакторного опитувальника особистості”. Тобто негативний образ тіла прямо пов'язаний з емоційною лабільністю жінки.

Нарешті, помітили слабку позитивну кореляцію між ІМТ та шкалами “Експресивність – практичність” ($r=0.22$, $p<0.05$), Іпохондрія ($r=0.22$, $p<0.05$), Депресія ($r=0.21$, $p<0.05$). Тобто на збільшення відносної ваги жінки можуть впливати такі риси її особистості, як практичність, відсутність артистичності, схильність до утилітарного підходу, близькість до астено-невротичного типу, пасивність, чутливість. Це не є предметом власне наших психологічних досліджень, однак, матимемо цей кореляційний зв'язок на увазі в подальших наукових розвідках.

Отже, харчова поведінка українських жінок дійсно залежить від вікових особливостей. І ми розкрили деякі закономірності її закріплення, прояву, та розвитку у часі, а також показали, які харчові патерни властиві жінкам різних вікових груп (як і жінкам із нормальною або зайвою вагою), і намагалися знайти обґрунтоване пояснення цьому феномену.

Висновки до розділу 2

У розділі 2 були проаналізовані наявні підходи та методики дослідження харчової поведінки жінок та їх образу власного тіла у сучасних дослідженнях. Серед найбільш популярних методик були виділені такі, як “Голландський опитувальник харчової поведінки”, “Тест ставлення до їжі”, “Опитувальник образу власного тіла”, “Шкала оцінки харчової поведінки”, “Римський опитувальник нервової орторексії”. Також було зазначено список допоміжних опитувальників, тестів, проєктивних методик, що застосовуються ситуативно, та направлені на пошук особливостей особистості жінки в різних сферах життя. Це такі методики як “Тест диспозиційного оптимізму”, “Незакінчені речення”, “Опитувальник часової перспективи Зімбардо”, “Багатовимірна шкала перфекціонізму”, та широкий спектр методик, пов'язаний з побудовою профілю особистості або пошуком ведучих якостей: “Велика п'ятірка”, ММРІ, Опитувальник Айзенка і т.п.

Ми довели, що обрані для дослідження методики (“Голландський опитувальник харчової поведінки” (DEBQ), “П'ятифакторний опитувальник особистості”, “ММРІ Multimult”, “Опитувальник образу власного тіла”, “ЕАТ-26”) є необхідними та достатніми для поставлених цілей.

Досліджувану вибірку склали 85 жінок, які проживають в Україні. Діапазон віку коливається від 18 до 76 років, середній вік досліджуваних жінок – 38,2 р. Усі респондентки мають вищу освіту (або є в процесі її отримання) та є працевлаштованими за фахом. Рівень фінансового забезпечення у 91.8% – середній. Медіанний показник ІМТ (індексу маси тіла) – 22,2, що є нормою. Частину вибірки (35.3%) утворили жінки із зайвою та надмірною вагою. Іншу частину вибірки (1.2%) утворили жінки із недостатньою вагою. Утворену групу ми визнали підходящою для досягнення мети та завдань роботи.

Аналізуючи отримані дані, зазначили, що обмежувальна харчова поведінка для вибірки жінок різного віку є у середньому вищою, ніж у нормах тесту. Екстернальна харчова поведінка є у середньому близькою до норм тесту, а ось емоціогенна харчова поведінка значно їх перевищує. Отже, для всієї досліджуваної вибірки українських жінок швидше характерним є емоціогенний та обмежувальний тип харчової поведінки.

Серед залучених у дослідження особистостей прослідковується тенденція до посилення таких якостей як “Гіпоманія”, “Параноїдність”, “Психастенія”, виділених із “ММРІ Multimult”. Згідно з “П'ятифакторним опитувальником особистості” більшість жінок у вибірці схильні до відокремленості, мають прагнення тримати дистанцію з оточенням. Можливо, це пояснює середні значення екстернальної харчової поведінки, адже екстернальні патерни мають більшу владу, коли людина сильніше відчуває залежність від навколишніх.

Досліджено, що емоціогенний стиль більш характерний жінкам із зайвою вагою, або ж є причиною появи зайвої ваги. Фактор ваги та фізичного стану тіла, взагалі, виявився надто важливим. Близько 45% усіх досліджуваних жінок не задоволені власним тілом на меншому чи більшому рівні. Виходячи з даних, ми робимо висновок, що вага (ІМТ) прямо впливає на сприйняття власного тіла як хорошого чи поганого, і жінки з вагою у межах норми частіше мають позитивний образ тіла. З іншого боку, не лише фізичний стан тіла впливає на ставлення до нього, і лише 64% жінок з вагою у межах норми приймають власне тіло.

Методика “ставлення до їжі” не виявила схильності до розладів харчової поведінки у вибірки в середньому. Проте 12,9% жінок все ж варто звернутися за додатковою консультацією чи тестуванням, адже ми припускаємо в них наявність (гіпотетичну) вираженого розладу.

Для подальшого дослідження нами було виділено 4 групи, розділені за критерієм віку: жінки молодого віку (18-30 років), раннього середнього віку

(30-40 років), пізнього середнього віку (40-55 років), та жінки літнього віку (55-74 років).

З'ясувалося, що обмежувальний тип харчової поведінки найбільше властивий жінкам раннього середнього віку. Також простежено зростання схильності до емоціогенного стилю споживання їжі з віком, і паралельно спадання екстернальних патернів. Екстернальна поведінка найбільше проявляється у жінок молодого та літнього віку.

Прийняття власного тіла росте з віком, але у середньому, жінка, що досягла літнього віку, знову повертається до негативного образу тіла. Таким чином, категорії жінок молодого і літнього віку можуть стати цільовою аудиторією для проведення психологічної допомоги, консультування, тренінгів, спрямованих на стабілізацію Я-образу та покращення патернів харчової поведінки. У групі відносної безпеки знаходяться жінки, що увійшли до раннього середнього віку і при цьому мають індекс маси тіла у межах норми.

Якісний аналіз результатів дослідження з використанням t-критерію Стьюдента показав, що більшість висновків щодо типу харчової поведінки жінок різного віку дійсно можна екстрапольовати на популяцію.

У розділі також наведені результати емпіричного дослідження з використанням кореляційного аналізу. Доведено наявність статистично значущих кореляційних зв'язків між віковою групою / показником ІМТ / харчовою поведінкою жінки та деякими особливостями її особистості. Так, наприклад, виявилось, що при збільшенні віку, знижується самоконтроль жінки. При цьому імпульсивність, відсутність самоконтроля корелюють з вибором емоціогенної харчової поведінки. Показано, що емоціогенні харчові патерни прямо пов'язані зі збільшенням ризику отримати розлад харчової поведінки. Крім того, негативний образ тіла, або вираженість таких рис як пасивність, чутливість, покірність також підвищують цю вірогідність.

Чим вище у жінки будь-якого віку схильність до викривлених патернів харчової поведінки, тим більш негативний образ тіла вона має. Тому важливо зосереджувати психологічну роботу в тому числі навколо сприйняття клієнткою власного тіла.

Таким чином, нами були виділені основні фактори, які показують психологічні особливості харчової поведінки жінок різних вікових груп (враховуючи харчові патерни, схильність до психічних розладів, пов'язаних зі сприйняттям їжі, образ тіла), та проаналізовані деякі закономірності та взаємозв'язки, які стосуються якостей жінки та її вибору стилю харчування. Вікові особливості харчової поведінки жінок, що були досліджені у теоретичній частині роботи, не суперечать отриманим емпіричним даним та їх інтерпретації.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

3.1 Підходи до корекції клієнтів з порушеннями харчової поведінки

На нашу думку, корекція харчової поведінки та ваги тіла вимагає системного підходу з обов'язковою корекцією наступних сфер особистості: когнітивної, емоційно-вольової, поведінкової та духовної.

Аналізуючи наявну літературу [3; 13-14; 53-55], ми виділили обов'язкові пункти які повинна забезпечувати будь-яка програма психологічної допомоги жінкам з порушеннями або розладами харчової поведінки:

1. Систематична початкова діагностика;
2. Психоедукаційні елементи;
3. Психотерапевтична допомога;
4. Дієтологічне консультування;
5. Психокорекційна допомога спрямована на формування навичок контролю харчування, підвищення самооцінки, перебудову стосунків особистості з навколишнім світом, зняття нервово-психічної напруги, відновлення психічної рівноваги;
6. Інтенсивна денна програма стаціонарного лікування та спеціалізовані інтервенції для окремих підгруп пацієток (лише за необхідності).

Якісна корекційна програма повинна допомогти жінці сформувати адекватні навички харчової поведінки, тим самим, зокрема – гармонізувати психологічний стан. Позитивним впливом будемо вважати той, коли жінки у наслідок проходження програми, мають вищу задоволеність своїм тілом, тобто в них відбулися зміни в образі “Я-тілесне”, а також коли був вироблений бажаний контроль за харчовою поведінкою, зокрема за кількістю та якістю вживаної їжі, але цей контроль не надмірний.

Доктор психологічних наук Шебанова В. І. докладно розглядає сучасні психотерапевтичні підходи щодо корекції проблемної харчової поведінки [55]. Наведемо ті, які більшістю авторів визнані найефективнішими.

Сугестивна терапія. Охоплює велике різноманіття методів, в основі яких, головним фактором впливу є лікувальне навіювання (сугестія): у стані пильнування, гіпнотичного та наркотичного сну; окремо описуються методи самонавіювання (А. О. Александров, Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Є. Жидко, В. М. М'ясищев, Б. Д. Карвасарський та ін.)

Аутогенне тренування. Релаксація, як дії, що клієнт робить самостійно, використовується як додатковий метод до основного психотерапевтичного методу (наприклад, психоаналізу, гештальт-терапії, тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової терапії тощо).

Символдрама. Символдрама або кататимно-імагінативна терапія Х. Лейнера – виявилася клінічно високоефективною при лікуванні неврозів та психосоматичних захворювань (М. В. Маркова, Н. Ф. Шевченко, А. І. Шевченко та ін.). Професійна психологічна допомога хворій особистості полягає насамперед у застосуванні різних технік немедичної психотерапії та емоційній, смисловій і екзистенціальній підтримці особистості у складному життєвому випробуванні.

Більшість сучасних лікувально-реабілітаційних програм для людей з проблемною харчовою поведінкою містять у собі прийоми й методи поведінкової, когнітивної та раціональної психотерапії (W. S.Agras, G. G. Faiburn, G. Wilson et al.). У працях сучасних дослідників (Н. Ю. Красноп'ярової, І. І. Федорової, О. О. Маркова, М. Е. Connors, К. Tchanturia et al, G.T. Wilson et al. підкреслюється значення “дидактичних інструкцій” (інформування, роз’яснення, психоедукація) задля корекції когнітивних перекручених уявлень про зовнішність (образ власного тіла) та харчування (патерни харчової поведінки), що характерно при порушеннях та розладах харчової поведінки.

Клієнтам часто пропонують ведення щоденника спостережень за проявами власної харчової поведінки, фіксуючи кількість, об'єм та час прийняття їжі, моменти відчуття голоду, насичення та інше. Автори підкреслюють значення інструктивно-інформативних матеріалів для подолання перекручених уявлень клієнтів про вагу та способи її регуляції, принципи раціонального харчування.

Психоаналіз або психодинамічна психотерапевтична робота з особами з проблемною харчовою поведінкою є ефективним через необхідність вирішення конфліктної ситуації, яка зумовлена неусвідомлюваними потягами. Виникає складна комбінація доедипальних та едипальних конфліктів, а також (скоріш за все) низька самооцінка, що може бути зумовлена порушенням самості (self) (Н. Kohut), нарцисичними проблемами (L. Wurmser) тощо. Дослідження, проведені задля перевірки ефективності застосування психодинамічної терапії в розрізі проблемної харчової поведінки, показали достатньо значущі результати (D. M. Garner et al, J. Yager, R. Savitt, H. Bruch et al.).

Психотерапія міжособистісних відносин. Питання групового психотерапевтичного лікування хворих з порушеннями харчової поведінки розглядаються у працях Н. Ю. Красноп'ярової, І. І. Федорової, Р. Ю. Шипачова, J. E. Mitchell et al. Більшість програм групової терапії спрямовані на створення можливості клієнтам поділитися з іншими своїми думками, тривогами, переживаннями, а також на покращення міжособистісних стосунків.

Тілесно-орієнтована психотерапія – один із методів цілісного підходу до розуміння природи та функціонування людини. Тілесні техніки розширюють активну або спрямовану уяву, яка охоплює не тільки образи, але й усвідомлення людиною тілесних відчуттів, вивчення і переробку різних тілесних станів потреб, бажань і почуттів, що з'являються. Усі методи тілесної терапії спрямовані на забезпечення умов, у яких людина зможе

пережити свій досвід як взаємозв'язок психічного і тілесного, прийняти себе в цій якості й тим самим отримати можливість для поліпшення свого функціонування. Підхід групової тілесно-орієнтованої психотерапії з диференційованими програмами для основних груп клієнтів з порушеннями харчової поведінки розроблений у межах короткострокової та довгострокової психотерапії. Кожна програма має чітку структуру та припускає усвідомлення і переживання.

Гештальт-підхід спрямований на навчання усвідомлення поточних психічних процесів та границь особистісної відповідальності, присвоєння й асиміляцію досвіду, заохочення до автономії й особистісного вибору, у тому числі й у міжособистісних стосунках. Застосування гештальт-підходу може бути рекомендоване для клієнтів з невротичними розладами – як з високим, так і з недостатнім особистісним контролем, і, отже, може успішно застосовуватися для нормалізації харчової поведінки, зниження або набору ваги (залежно від бажання клієнта).

Отже, використання тих чи інших засобів, методів, технік надання психотерапевтичної допомоги при корекції проблемної харчової поведінки має базуватися на механізмах розвитку проблемної харчової поведінки та відповідних методах нормалізації харчової поведінки або відновлення гармонізації тілесності. Це вимагає розробки системного комплексного підходу до психотерапевтичної корекції.

Ми приходимо до висновків, що провідними векторами психотерапевтичної корекції харчової поведінки з метою її нормалізації є порушення:

- 1) контакту з тілом, яке проявляється у відчуженні тіла, хибному образі тіла;
- 2) “відносин з їжею”, які приховують різноманітні нерозв'язані психологічні причини, що виникають під впливом перекручених психологічних смислів, якими суб'єкт наділяє їжу;

- 3) образу “Я”, що виявляється через неприйняття свого тіла та знецінення себе як особистості;
- 4) гармонійності стосунків зі значущими іншими, що виявляється надмірною прихильністю до інших та готовності постійно жертвувати власними інтересами заради допомоги іншим з близького (та навіть віддаленого) оточення.

У такий спосіб, доповнимо початковий список вимог до психокорекційної програми тим, що її результатом має бути також гармонізація контакту із власним тілом, нормалізація ставлення до їжі та власного образу “Я”, баланс між турботою про себе та турботою про інших, що дозволяє особистості досягнути автентичні екзистенції та свідомо обрати шлях оптимального функціонування з метою творчого життєздійснення. Наші спостереження підтверджує праця Б. Тушен-Каффье та І. Флорін [46], згідно з якою, психотерапія порушень харчової поведінки повинна спиратися на три принципи: перебудову харчування, зміну відносин, що викликають негативні почуття щодо своєї фігури, та зміну функціонального зв'язку між повсякденними навантаженнями та харчовою поведінкою.

Залежно від специфіки харчової поведінки та якостей викривлених патернів, релевантні методи роботи можуть варіюватися. Наприклад, на думку А. В. Ротова (1999) [42], психокорекційна робота зі зниження надмірної ваги повинна базуватися на виявленні та корекції особистісних характеристик, що сприяють переїданню, з'ясування ролі психосоціальних факторів у становленні гіпераліментації, формуванні більш адекватних механізмів психічної адаптації та навченні більш конструктивній поведінці у мікро- та макросоціальному середовищі. Така програма також повинна орієнтуватися на мотиваційну сферу харчової поведінки, при якій пацієнт сприймає нормокалорійну дієту не як обмеження, а як можливий, природний раціон харчування. Як влучно зазначив Гурвіч, 1999 [10]: “Найефективніші

підходи до зниження ваги лежать поза медициною і пов'язані зі зміною способу життя”.

Найважливішим завданням психокорекції саме при надмірній вазі є підвищення в клієнта (в нашому випадку – в жінки) рівня усвідомлення власної спроможності контролювати події та ситуації свого життя, стосунки з іншими людьми та стан свого здоров'я, зокрема – масу тіла. При проявах алекситимії у жінки, перед психотерапевтом стоїть завдання розвитку здатності розрізняти почуття голоду та стану емоційного дискомфорту, здатності концентруватися більшою мірою на своїх внутрішніх відчуттях, ніж на зовнішніх подіях, адекватно визначати свої емоційні стани. Взагалі, у жінок із надмірною вагою необхідно розвивати гнучкість установок не лише у сфері харчової поведінки, а й у сфері міжособистісного спілкування. За зауваженнями І. Г. Малкіної-Пих, особливо заслуговує на увагу підвищений рівень підозрливості та уразливості у повних людей і тенденція приписувати власні недовіру та ворожість оточуючим [30].

За даними Л.М. Абсалямової [2], ідеальна програма комплексної терапії розладів харчової поведінки повинна мати такі характеристики:

1. Програма має бути мультидисциплінарною. Через комплексну природу порушень/розладів харчової поведінки для надання фахової психологічної та медичної допомоги слід використовувати багатовимірний та мультидисциплінарний терапевтичний підхід. Психологи, психотерапевти та психіатри повинні мати таку підготовку (як групову, так і індивідуальну), яка у фаховій психотерапевтичній спільноті продемонструвала та довела свою довгочасну ефективність у терапії розладів харчової поведінки. До команди також слід включити нутриціолога та/або дієтолога з відповідним практичним досвідом; соціального робітника, досвідченого у взаємодії з родинами пацієнток із розладами харчової поведінки; трудотерапевта, орієнтованого на психосоціальну реабілітацію пацієнток із нервовою анорексією та

нервовою булімією; інший персонал, звичний до специфіки медичних та психіатричних потреб таких пацієнток.

2. Програма повинна відповідати сучасним опублікованим терапевтичним протоколам. Має бути описаний загальноприйнятий підхід до лікування вказаних розладів.
3. Наявність короткої психоосвітньої програми. Цей елемент необхідний для забезпечення пацієнток детальною інформацією, пов'язаною із їхнім розумінням психобіології та психопатології розладів харчової поведінки.
4. Психотерапевтичні сесії. Сюди слід включати психотерапію із будь-якого напрямку, зазначеного вище, а також розглянути когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) на груповій чи індивідуальній основі. Наприклад, КПТ вважається оптимальною терапією для роботи з нервовою булімією, і може бути так само дієвою для нервової анорексії, особливо для профілактики рецидивів після набору нормальної ваги. Додаткова психотерапія має включати терапію підвищення мотивації для кращого прийняття змін, необхідних для видування, а також сімейну чи подружню терапію.
5. Дієтологічне консультування, яке було згадано раніше, тобто індивідуальні плани харчування, спрямовані на прийом оптимальної кількості калорій та збільшення продуктової різноманітності. Цілі такої дієтологічної реабілітації мають включати зменшення симптоматики голоду; досягнення адекватної, медично безпечної маси тіла; корекцію дефіциту певних нутрієнтів та заохочення до здорової, помірної фізичної активності.
6. Програма післятерапевтичного та періодичного догляду. Програма післятерапевтичного догляду має зосереджуватися на запобіганні рецидивам, а також на фаховій перепідготовці та забезпеченні психологічної підтримки. Така підтримка також важлива для тих

терапевтично невіддатливих пацієнток, у яких все одно проявляються сильні симптоми розладів всупереч проходженню програми інтенсивної терапії.

7. Спеціалізовані інтервенції для окремих підгруп пацієнток. Окремі пацієнтки мають особливі клінічні потреби. У такі підгрупи включаються пацієнтки із розладом харчової поведінки та коморбідним фізичним розладом (наприклад, цукровий діабет); хворі із розладом компульсивного переїдання; хронічно хворі, стійкі до терапії пацієнтки.

При цьому, психоосвітні компоненти повинні охоплювати наступне: публічну відкритість, професійну освіту, адвокацію. Під публічною відкритістю мається на увазі те, що всеохопна програма терапії розладів харчової поведінки має відповідати потребам місцевої громади, зокрема забезпечувати просвітницькі матеріали та регулярно проводити громадські слухання чи інші форми взаємодії. Однією з форм доступності та відкритості є організація довідкової служби (наприклад, веб-сайт чи сторінка у соціальних мережах, канал в Телеграмі тощо), де зокрема містилася б інформація про поширені розлади харчової поведінки та наявні можливості їх лікування. Під адвокацією йдеться про лобювання перед урядовими чи іншими офіційними особами, органами місцевого врядування, бізнесом щодо кращого фінансового, матеріального та іншого ресурсного забезпечення для адекватного лікування пацієнток із розладами харчової поведінки, які досягли своїх максимальних проявів.

3.2 Програма корекції харчової поведінки жінок

У ході нашого дослідження було розроблено низку інформаційно-роз'яснювальних заходів з учасниками, які виявлять бажання отримати індивідуальний результат обробки відповідей на тест. Учаснику може видаватися індивідуальний звіт про результати його проходження тесту, потрібно звернути увагу на виявлені результати харчової поведінки, особливості особистості учасника, що впливають на такий вибір, наявність ризиків розладів харчової поведінки, дати розгорнуту картку його особистого образу тіла, роз'яснити ефективність даних вправ та їх можливий вплив на харчову поведінку, дати короткі рекомендації щодо можливих змін ставлення до себе та до процесу приймання їжі.

Розроблена та рекомендована нами програма корекції, відповідно до опрацьованих теоретичних матеріалів, та зроблених висновків і рекомендацій, складається з

- сеансів психоедукації, наданих в онлайн-форматі шляхом створення спільного телеграм-каналу (два тижні канал повинен поповнюватися корисними статтями та посиланнями на відео-вправи з прийняття себе та свого способу буття, а також роликами з гімнастичними вправами та поясненням їх користі, щоб виробити звичку до фізичної активності);
- перегляду низки обраних фільмів про здорові патерни приймання їжі, проблеми з образом тіла та методами їх вирішення, а також про розлади харчової поведінки: “Чоний лебідь”, “До кісток”, “Голодні серця”, “Голод”, “Не забудь мене”, “Абсурда”, “Вилки замість ножів”;
- двох очних зустрічей з учасниками, що мають бути проведені у тренінговому форматі (по 2 години кожна).

При створенні системи вправ для тренінгу, спрямованих на превенцію викривлених стратегій харчової поведінки, ми також опиралися на принципи, сформульовані в результаті теоретичних пошуків та проведеного емпіричного дослідження. Отже, основними корекційними кроками на нашу думку є:

1. Отримання перевіреної та правдивої інформації щодо поживності та корисності їжі, рекомендацій щодо її приймання та догляду за своїм тілом, що базуються на сучасних дослідженнях; розвіювання “міфів” щодо значної дорожнечі “правильного” харчування.
2. Формування реального образу власного тіла. Воно досягається шляхом застосування тілесноорієнтованих методик (наприклад, М. Фельденкрайза). Усвідомлення різниці між уявним та реальним образом власного тіла є кроком до гармонізації психічного стану в системі “я-реальне” — “я-ідеальне”.
3. Спостереження за своїми харчовими звичками за допомогою щоденника харчування. В щоденнику фіксується не лише опис кількості та якості продуктів харчування, але й стан голоду до і насичення після їжі, емоційний стан особистості до і після приймання їжі. Фіксація з подальшим аналізом веде до усвідомлення взаємозв’язків між емоційним станом та кількістю і частотою вживаної їжі.
4. Підтримка зі сторони значущих людей у намаганні простежити та організувати свою харчову поведінку, а також виробити нові патерни самосприйняття.
5. Відновлення психологічного добробуту за допомогою консультацій психолога.

Тож одним із домашніх завдань, які учасниці отримують після тренінгу, буде ведення щоденника харчових звичок.

Сам тренінг будується за чітко визначеною структурою (див. Таблицю 3.1). Так, типова структура, мета та завдання тренінгу разом слугують

основою для складання плану його проведення. Такий план може мати різні форми (таблиця, перелік послідовних дій, схема, мапа тощо). Наявність плану не означає, що тренінг пройде повністю так, як було заплановано, проте план може допомогти тренеру дотримуватися основних питань, які мають бути опрацьовані в ході роботи групи, інакше неможливо досягти поставленої мети тренінгу. Під час тренінгу неодмінно виникає багато побічних тем для обговорення, і кожна з них виявляється більш чи менш привабливою для учасників. Проте їх опрацювання слугуватиме іншим цілям. Тим часом термін заняття спливатиме, і обов'язкові питання можуть залишитися нерозглянутими. Тож саме завчасно складений план допоможе дотримуватися обраної теми та дістатися бажаної мети.

Табл. 3.1

Структура запропонованого тренінгу

Етап	Завдання	Вправи	Тривалість
Вступний	Створення сприятливого психологічного простору. Вироблення, прийняття, засвоєння правил роботи групи. Налагодження прямого та зворотного зв'язків "учасник-група" та "група-учасник". Створення ситуації рефлексії. З'ясування особистісної мотивації кожного учасника, мотиваційна психогімнастика (інструктаж, проведення гри, підбивання підсумків, 5-7 хв)	Знайомство. Правила. Мотивація учасників. Руханка.	15-20 хв
Основний	Оцінка рівня поінформованості щодо проблематики. Актуалізація проблеми та конкретних завдань для її розв'язання. Надання інформації, засвоєння знань. Формування умінь, навичок, розвиток здатностей. Підведення підсумків щодо змісту роботи.	Інтерактивні техніки. Тілесноорієнтовані техніки. Парні та групові процеси розвитку групи. Вправи на рефлексію та відновлення сил.	80 хв

Проміжний	Рефлексія щодо отриманої інформації, навичків, що намагалися розвинути, почуттів, які виникли, підбивання підсумків	Відповіді на питання ведучого.	10 хв
Завершальний	Оцінка отриманого досвіду. Налаштування учасників на атмосферу повсякденного життя. Роз'яснення домашнього завдання, якщо воно є.	Підсумовування засвоєного матеріалу. Зворотний зв'язок. Прощання.	10 хв

При підборі конкретних вправ ми орієнтувалися на вправи, запропоновані та апробовані провідними фахівцями в даній сфері, а також сучасними дослідниками [14; 53-55]. Таким чином, опишемо деякі з них.

Вступна частина передбачає знайомство учасників, розкриття очікувань та бажань, створення атмосфери довіри. Вправи на знайомство залежать від рівня активності групи, схильності її учасників до взаємодії з незнайомими людьми. Пропонуються такі орієнтовні вправи: “Повтори”, “Цікаве ім'я”, “Незакінчені речення”, “Я можу більше”. Варто звернути увагу, що створення ситуації довіри передбачає глибше розкриття усіх учасників, де кожен зможе відверто вказати на свої переваги або недоліки. Дуже важливо на початку тренінгу провести вправи на з'ясування очікувань учасників: знання про очікування та бажання учасників відносно результатів тренінгу дасть можливість оцінити цілі та прагнення учасників, скорегувати за необхідності план тренінгу, здійснити оцінку ефективності проведення тренінгу.

Вправа “Повтори”

Мета: знайомство учасників.

Матеріали: не потрібні.

Інструкція: один з учасників називає своє ім'я та вказує твердження, що його характеризує, сусід учасника повинен повторити все почуте та вказати відповідну інформацію про себе. Наступний учасник повторює все сказане до

нього і повідомляє своє ім'я та характеристику. Таким чином, усі учасники в колі повинні повторити попередньо почуту інформацію та вказати щось про себе. Останнім повторює ведучий, що дає можливість краще запам'ятати учасників тренінгу.

Вправа “Цікаве ім'я”

Мета: сприяти знайомству учасників.

Матеріали: не потрібні.

Інструкція: учасники розміщуються на стільцях по колу. Тренер пропонує кожному розповісти щось цікаве, кумедне, незвичайне про своє ім'я, щоб допомогти іншим запам'ятати ім'я промовця та асоціювати це ім'я з конкретною особою члена тренінгу.

Вправа “Незакінчені речення”

Мета: дати можливість учасникам визначити свої очікування.

Матеріали: аркуші паперу, відповідно до числа учасників, з чотирма незакінченими реченнями, ручки.

Інструкція: тренер роздає кожному учаснику аркуш паперу, на якому написані такі незакінчені речення: а) від тренера я очікую...; б) від інших учасників я очікую...; в) від себе я очікую...; г) мета, яку я маю намір досягти: Тренер пропонує кожному відповісти на запитання одразу, або після короткого обговорення в парах, малих групах, всією групою, потім збирає заповнені аркуші. Коли тренінг завершиться, ці аркуші будуть роздані учасникам знову, щоб вони могли вирішити, якою мірою тренінг задовольнив їхні очікування. Це допоможе учасникам у виробленні підсумкової оцінки тренінгу.

Вправа “Я можу більше”

Мета: показати рівень можливостей власного тіла та ступень недооціненості цих можливостей.

Матеріали: не потрібні.

Інструкція: тренер пропонує кожному учасникові озвучити цифру — скільки стрибків на одній нозі він зможе прострибати за 1 хвилину. Після того, як всі учасники озвучили свої очікування, тренер дає команду починати стрибати, рахуючи стрибки подумки. Через 30 секунд тренер зупиняє час і просить учасників озвучити кількість стрибків. Як правило, кількість значно перевищує очікування учасників, а новина про те, що такий результат досягнуто лише за половину відведеного часу стає мотивувальним фактором.

Основна частина тренінгу передбачає подачу нових знань, їх закріплення та практичне застосування, усвідомлення свого тіла, визначення рівня засвоєння отриманих знань та умінь. Як було досліджено, порушення харчової поведінки, в тому числі викликані такими психологічними особливостями: невмінням встановлювати границі при соціальній взаємодії, невмінням усвідомлювати й виражати свої почуття (домінування когнітивного компонента над чуттєвим), “життя в голові” або відірваність від реального тіла, взаємодія тільки з його образом. В ході тренінгу корисно працювати над усвідомленістю в цих трьох площинах: площині особистісних кордонів, чуттєвій площині та площині тілесних відчуттів. Нижче приведено деякі орієнтовні вправи на засвоєння та практичне закріплення знань, отриманих у ході попередньої психоедукації.

Вправа “Методика образу власного тіла М. Фельденкрайза
(дослідження підсвідомого образу власного тіла)”

Мета: усвідомлення несвідомого образу тіла.

Матеріали: аркуші паперу, ручки/олівці, лінійки.

Інструкція: тренер називає по черзі параметри і пропонує учасникам оцінити параметри свого тіла без замірів: ширина голови, рота, шиї, плечей, грудної клітини, талії, тазу, стегна; довжина голови, ноги, шиї, руки, стопи, торса, стопи; і записати їх на аркуші. Отримані дані переносяться на папір в масштабі 10:1, в результаті виникає схематичне зображення фігури людини, що є відображенням несвідомого образу тіла. За наявності часу можна

розділити групу на пари та виміряти реальні показники, зобразивши поряд з несвідомим образом реальний.

Вправа “Чого хоче тіло”

Мета: усвідомлення потреб тіла, зняття м'язових затисків.

Матеріали: не потрібні.

Інструкція: тренер зачитує слова поки учасники сидять на стільцях: “Закрийте очі. Дихайте нормально, нічого не посилюючи, поки не відчуєте, що розум заспокоївся, а дихання сповільнилося. Потім мовчки, внутрішньо запитайте усе тіло або його конкретну частину, в якій відчувається біль, дискомфорт або скутість, чого воно або вона хоче. Ви можете поставити загальне питання типу: “Що краще всього тобі допоможе”? Якщо відповідь – слово, образ або почуття – не приходить, можна ставити конкретніші питання, на які можна відповісти “так або ні”. Наприклад: “Заспокоїть тебе краще за все загальна релаксація”?, чи “Ти хочеш збалансувати енергію”?, чи “Ти готово навчитися рухатися по-іншому”? і тому подібне. Якщо ви відчуваєте себе непогано і хотіли б поліпшити і розширити коло своїх дій, можна поставити собі інші питання. Наприклад: “Яке заняття дасть мені можливість реалізувати потенціал бігуна”?, “Що допоможе почувати себе в танці більш легко і граціозно”?, “Що допоможе залишатися з віком гнучким і активним”?”

Вправа “Метафора їжі”

Мета: вивільнити творчу енергію групи, оцінити ефективність засвоєння матеріалу силами самих учасників.

Матеріали: не потрібні.

Інструкція: тренер пропонує учасникам привести власну метафору, що для нього (неї) їжа. Так можна обговорити та узагальнити найбільш актуальні відповіді, дізнатися про думки більшості учасників, виявити нез'ясовані питання.

Вправа “Як я їм”

Мета: розвиток навичок самоконтролю в їжі.

Матеріали: не потрібні.

Інструкція: учасникам тренінгу пропонується з’їсти бутерброд і дається інструкція: “Зосередьтеся на процесі їжі, без читання або роздумів. Просто зверніться до вашої їжі. Моменти їжі стали для нас в основному приводом для різних соціальних дій. Відмічайте свій опір при концентрації уваги на їжі. Можливо, ви відчуваєте смак тільки перших шматків, а потім впадаєте в транс роздуму і марень – і при цьому втрачаєте відчуття смаку? Чи відкушуєте ви шматки їжі певним і ефективним рухом передніх зубів? Іншими словами, чи відкушуєте ви шматок бутерброда, який тримаєте в руці, або тільки стискуєте щелепи, а потім рухом руки відриваєте шматок? Чи жуєте ви до повного розрідження їжі? Поки просто помічайте, що ви робите, без довільних змін. Багато змін відбуватимуться самі собою, спонтанно, якщо ви підтримуватимете контакт з їжею. Коли ви усвідомлюєте процес їжі, чи відчуваєте ви жадібність? Нетерпіння? Відразу? Чи ви звинувачуєте поспіх і метушню сучасного життя в тому, що вам доводиться проковтувати їжу? Чи міняється ситуація, коли у вас є вільний час? Чи уникаєте ви прісної, позбавленої смаку їжі або ковтаєте її без заперечень? Чи відчуваєте ви “симфонію” запахів і структури, фактури їжі або ви настільки анестезували свої смакові відчуття, що для вас усе більш або менш однаково? Як йде справа не з фізичною, а з розумовою їжею? Поставте собі подібні питання, наприклад, відносно читаної сторінки. Чи пробігаєте ви повз важкі абзаци або опрацьовуєте їх? Чи ви любите тільки легке читання, те, що можна проковтнути без активної реакції? Чи ви змушуєте себе читати тільки “важку” літературу, хоча ваші зусилля доставляють вам мало радості? А як з кінофільмами? Чи не впадаєте ви у свого роду транс, при якому ніби “тонете” в сценах? Розгляньте це як випадок злиття”.

Вправа “Танець окремих частин тіла”

Мета: усвідомлення і зняття м'язових затисків, розширення експресивного репертуару.

Матеріали: не потрібні.

Інструкція: учасники стають в круг. Звучить музика. Терапевт називає по черзі частини тіла, танець яких буде виконаний (наприклад, “танець голови”, “танець плечей”, “танець колінок” і т. д.). Учасники прагнуть максимально використовувати в танці названу частину тіла.

Вправа “Мої кордони”

Мета: усвідомлення поведінкового шаблону встановлення особистісних кордонів.

Матеріали: крейда / мотузки для імітування кордонів.

Інструкція: тренер пропонує кожному учасникові обрати комфортне місце у приміщення та за допомогою запропонованих засобів окреслити простір своєї території. Після того, як всі учасники впоралися, тренер пропонує відчувати свої бажання (залишатися на місці, походити, зайти в гості), прослідкувати за тим, як відбуваються ці процеси й що учасники відчувають при цьому. Вправа закінчується груповим обговоренням та зворотним зв'язком.

Завершальна частина тренінгу спрямована на підбивання підсумків, оцінку реалізації очікувань та бажань учасників, закріплення отриманих умінь, формування позитивного емоційного стану на весь день, налаштування членів групи на повсякденне життя. Запропоновані вправи: “Очікування”, “Минуле — сьогодні — майбутнє”.

Вправа “Очікування”

Мета: визначити, наскільки справдилися очікування кожного учасника семінару.

Матеріали: стікери, ручки.

Інструкція: тренер малює гору на дошці, а учасникам семінару пропонується на стікерах записати, наскільки виправдались їхні очікування,

проаналізувати власні очікування і по черзі висловитися, чи справдилися вони (повною мірою, частково), чи не справдилися, чи взагалі виявилися недоречними. Далі стікери переносять на вершину гори.

Вправа “Минуле — сьогодні — майбутнє”

Мета: дати можливість учасникам відпочити, планування позитивного майбутнього.

Матеріали: приладдя для письма та малювання.

Інструкція: тренер пропонує кожному учаснику намалювати відрізок прямої лінії та розділити його на три частини, що відповідатимуть минулому, сьогоднішню й майбутньому; позначити, де учасник перебуває в цей час (яка частина життя вже пройдена, яка – попереду); поділитися своїми думками з групою, написавши коротко (умовно) або намалювавши символічно під відрізками відповідних частин, де корені людини, що відбувалося в дитинстві, юності, що відбувається в сьогоднішні, що займає, захоплює. Можна пофантазувати про радісне майбутнє, що очікує на кожного учасника.

Окрім психотерапевтичних вправ, на тренінгу пропонується розглянути наступні питання, які в повному обсязі освітлювалися в теоретичній частині роботи:

- харчування як різновид діяльності людини;
- соціальна функція їжі;
- теорії порушення харчової поведінки людини.

Також учасникам пропонуються психологічні інструменти та техніки розвитку базових навичок усвідомленого та інтуїтивного харчування, щоб планувати індивідуальний раціон харчування за фізіологічними сигналами тіла. Потрібно надати їм інформацію щодо досліджень результатів принципу інтуїтивного харчування [66], яке будується на таких правилах:

- Повна відмова від жорстких дієт. Це необхідно для того, щоб розірвати колообіг “набір ваги - дієта - стрункість - набір ваги”, який порушує природний метаболізм.

- Вміння своєчасно розпізнати голод. Теорія інтуїтивного харчування для схуднення вчить визначати сигнали організму, давати оцінку голоду та ситості (від 1 до 10), щоб уникати гострого бажання поїсти та відчуття надмірної ситості.
- Відсутність почуття провини. Знімаючи харчові заборони, жінці вже не так хочеться з'їсти що-небудь калорійне та шкідливе. При цьому слід розібратися в реакції організму на їжу, що приймається, звертати увагу на подальше самопочуття.
- Відмова від звички доїдати.
- Вміння отримувати задоволення від їжі.
- Вміння не “заїдати” проблеми.
- Звичка до проведення фізичних тренувань.
- Повноцінний сон.

Послідовники руху інтуїтивного харчування прагнуть встановити тонкий зв'язок зі своїми почуттями, знову вивчити різноманітність їжі, визначити реакцію організму на неї, а потім виділити для себе найбільш прийнятне. Вважаємо, що це не суперечить виділеним нами цілям психокорекційної роботи.

Висновки до розділу 3

У розділі 3 були проаналізовані підходи до складання психокорекційних програм, на базі наявних методик, а також розроблено психокорекційну програму, націлену на прийняття свого тіла та зміни способу харчування на більш здоровий, конструктивний.

Було зазначено, що корекція харчової поведінки та ваги тіла вимагає системного підходу, з урахуванням когнітивної, емоційно-вольової, поведінкової та духовної сфер. Ми також виділили обов'язкові пункти, які повинна забезпечувати будь-яка програма психологічної допомоги жінкам з порушеннями або розладами харчової поведінки. Серед них початкова діагностика, психоедукаційні елементи, психотерапевтична, дієтологічна і психокорекційна допомога, а також інтенсивна денна програма стаціонарного лікування для окремих підгруп жінок, що знаходяться в критичних психічних станах, та мають небезпечні для здоров'я розлади харчової поведінки.

Розглянуто основні сучасні психотерапевтичні підходи щодо корекції проблемної харчової поведінки. А саме, аутогенне тренування, символдрама, поведінкова, когнітивна та раціональна психотерапія, психоаналіз або психодинамічна психотерапевтична робота, психотерапія міжособистісних відносин, тілесно-орієнтована психотерапія тощо.

У рамках розділу нами складено рекомендовану програму, що спирається на перелічені вище принципи, та містить психоедукаційні елементи, консультування, націлене на гармонізацію психологічного стану, а також роботу в форматі тренінгу. Розроблений тренінг описаний поетапно, з обґрунтуванням кожного кроку та групи вправ, та розрахований на дві очні зустрічі з учасницями (по 2 години кожна).

ВИСНОВКИ

1) Аналіз наукової літератури з проблеми виявлення особливостей особистості жінки дозволяє дійти висновку, що, за винятком параметрів, обумовлених генетичною програмою дозрівання організму, більшість спостережуваних психологічних відмінностей між чоловіками та жінками детерміновано впливом соціального контексту. Культурні норми, цінності, зразки маскулінної й фемінної поведінки (у тому числі харчової) формують особистість жінки в значно більшій мірі, ніж біологічно задані фактори. У ході виявлення вікових особливостей харчової поведінки жінок, ми обґрунтували визначення харчової поведінки, згідно з яким харчова поведінка – це ціннісне ставлення до їжі і її приймання, стереотип харчування у буденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу. Ми розглянули феномен харчової поведінки з історичної, соціальної, біологічної та психологічної перспектив. Провели розмежування адекватної та неадекватної харчової поведінки. Розкрили основний зміст понять “порушення харчової поведінки” (викривлені стратегії харчової поведінки) та “розлад харчової поведінки” (комплексна медико-психологічна проблема). Виділили психологічні складові харчової поведінки жінок, такі як мотивація, досвід, когнітивні особливості, емоції, саморегуляція та операціональні характеристики.

2) Нами було розроблене, організоване та проведене емпіричне дослідження. Для реалізації мети дослідження – виявлення вікових особливостей харчової поведінки жінок – було обрано п’ять стандартизованих методик: “Голландський опитувальник харчової поведінки” (DEBQ), “П’ятифакторний опитувальник особистості”, “ММРІ Multimult”, “Опитувальник образу власного тіла”, “EAT-26”. Метою створення опитувальника DEBQ було отримання простого та валідизованого інструменту для якісної та кількісної оцінки порушень харчової поведінки,

частіше пов'язаних з переїданням та супутнім до нього ожирінням. DEBQ має три шкали: емоціогенної харчової поведінки, екстернальної, обмежувальної харчової поведінки. Друга обрана методика, “П'ятифакторний опитувальник особистості”, також відомий як “Велика п'ятірка” (“Чудова п'ятірка”), з метою аналізу особистості, бере до уваги п'ять незалежних змінних (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співробітництво, сумлінність). Ці змінні були виділені з урахуванням експлораторного факторного аналізу. “ММРІ Multimult” – скорочений багатфакторний опитувальник для дослідження особистості – являє собою скорочений варіант ММРІ. Методика дозволяє оцінити рівень нервово-емоційної стійкості, ступінь інтеграції особистісних властивостей, рівень адаптації особи до соціального оточення. Наступна обрана методика, “Опитувальник образу власного тіла”, є опитувальником, спрямованим на діагностику незадоволення власним тілом в осіб, які страждають на розлади харчової поведінки. Нарешті, п'ята методика – “Тест ставлення до їжі”, також відома як “ЕАТ-26” – широко застосовується при скринінгу як нервової анорексії, так і нервової булімії. Ми дійшли висновку, що обрані методики є необхідними та достатніми для дослідження, оскільки “Голландський опитувальник харчової поведінки”, “ЕАТ-26” та “Опитувальник образу власного тіла” найбільш повно відповідають побудованій нами моделі харчової поведінки; а за допомогою “П'ятифакторного опитувальника особистості” та “ММРІ Multimult” можливо встановити, які саме якості особистості жінки певного віку впливають на вибір тих чи інших харчових звичок.

Досліджувану вибірку склали 85 жінок, які проживають в Україні. Діапазон віку коливається від 18 до 76 років, середній вік досліджуваних жінок – 38,2 р. Усі респондентки мають вищу освіту (або є в процесі її отримання) та є працевлаштованими за фахом. Рівень фінансового забезпечення у 91.8% – середній. Медіанний показник ІМТ (індексу маси тіла) – 22,2, що є нормою. Частину вибірки (35.3%) утворили жінки із зайвою

та надмірною вагою. Іншу частину вибірки (1.2%) утворили жінки із недостатньою вагою. Утворену групу вважаємо підходящою для досягнення мети та завдань роботи.

Аналізуючи отримані дані, зазначили, що для всієї досліджуваної вибірки українських жінок швидше характерним є емоціогенний та обмежувальний тип харчової поведінки.

Серед залучених у дослідження особистостей прослідковується тенденція до посилення таких якостей як “Гіпоманія”, “Параноїдність”, “Психастенія”, виділених із “ММРІ Multimult”. Згідно з “П'ятифакторним опитувальником особистості” більшість жінок у вибірці схильні до відокремленості, мають прагнення тримати дистанцію з оточенням.

Досліджено, що емоціогенний стиль більш характерний жінкам із зайвою вагою, або ж є причиною появи зайвої ваги. Близько 45% усіх досліджуваних жінок не задоволені власним тілом на меншому чи більшому рівні. Але не лише фізичний стан тіла впливає на ставлення до нього, і лише 64% жінок з вагою у межах норми приймають власне тіло.

У ході роботи нами було виділено 4 групи, розділені за критерієм віку: жінки молодого віку (18-30 років), раннього середнього віку (30-40 років), пізнього середнього віку (40-55 років), та жінки літнього віку (55-74 років).

З'ясувалося, що обмежувальний тип харчової поведінки найбільше властивий жінкам раннього середнього віку. Також простежено зростання схильності до емоціогенного стилю споживання їжі з віком, і паралельно спадання екстернальних патернів. Екстернальна поведінка найбільше проявляється у жінок молодого та літнього віку.

Прийняття власного тіла росте з віком, але у середньому, жінка, що досягла літнього віку, знову повертається до негативного образу тіла. Таким чином, категорії жінок молодого і літнього віку можуть стати цільовою аудиторією для проведення психологічної допомоги, консультування, тренінгів, спрямованих на стабілізацію Я-образу та покращення патернів

харчової поведінки. У групі відносної безпеки знаходяться жінки, що увійшли до раннього середнього віку і при цьому мають індекс маси тіла у межах норми.

За допомогою використання кореляційного аналізу, доведено наявність статистично значущих кореляційних зв'язків між віковою групою / показником ІМТ / харчовою поведінкою жінки та деякими особливостями її особистості. Так, наприклад, виявилось, що при збільшенні віку, знижується самоконтроль жінки. При цьому імпульсивність, відсутність самоконтроля корелюють з вибором емоціогенної харчової поведінки. Показано, що емоціогенні харчові патерни прямо пов'язані зі збільшенням ризику отримати розлад харчової поведінки. Крім того, негативний образ тіла, або вираженість таких рис як пасивність, чутливість, покірність також підвищують цю вірогідність.

Чим вище у жінки будь-якого віку схильність до викривлених патернів харчової поведінки, тим більш негативний образ тіла вона має. Тому важливо зосереджувати психологічну роботу в тому числі навколо сприйняття клієнткою власного тіла.

Особливості харчової поведінки жінок середнього віку, що були досліджені у теоретичній частині роботи, не суперечать отриманим емпіричним даним та їх інтерпретації.

3) Також нами були проаналізовані підходи до складання психокорекційних програм, після чого на базі опрацьованої теорії та зроблених висновків у ході емпіричного дослідження, розроблено власну психокорекційну програму, націлену на прийняття свого тіла та зміни способу харчування на більш здоровий, конструктивний. Ми довели, що корекція харчової поведінки та ваги тіла вимагає системного підходу, з урахуванням когнітивної, емоційно-вольової, поведінкової та духовної сфер. Ми також виділили обов'язкові пункти, які повинна забезпечувати будь-яка програма психологічної допомоги жінкам з порушеннями або розладами

харчової поведінки. Серед них початкова діагностика, психоедукаційні елементи, психотерапевтична, дієтологічна і психокорекційна допомога, а також інтенсивна денна програма стаціонарного лікування для окремих підгруп жінок, що знаходяться в критичних психічних станах, та мають небезпечні для здоров'я розлади харчової поведінки. Запропонована у роботі програма містить психоедукаційні елементи, план і принципи подальшого консультування, націленого на гармонізацію психологічного стану жінки певного віку, а також передбачає роботу в форматі тренінгу. Розроблений тренінг описаний поетапно, з обґрунтуванням кожного кроку, складається з підготовленої групи вправ, та розрахований на дві очні зустрічі з учасницями.

Мету дослідження вважаємо досягнутою, а завдання – виконаними у повному обсязі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз факторів, які впливають на харчову поведінку людини / Л. М. Абсалямова. – Київ // Psychological journal. – 2018. – №6 (16).
2. Абсалямова Л. М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція : дис. докт. псих. наук : 19.00.01 / Л. М. Абсалямова – Київ, 2019. – 398 с.
3. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція / Л. М. Абсалямова. – Харків: Стильна типографія, 2019. – 393 с.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – Москва: Эксмо, 2002. – 344 с.
5. Андреева И.Н. Гендерные различия в сфере эмоционального интеллекта // Женщина. Образование. Демократия. Материалы международной междисциплинарной научно-практической конференции 19-20 декабря 2003 года. – Минск, 2004. – С.147-149.
6. Бурлачук Л. Їжа як базова харчова практика існування та канал трансляції додаткових символічних значень у тілесну структуру / Л. Бурлачук, В. Шебанова. // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2020. – №1. – С. 10–13.
7. Біологічні, медичні та науково-педагогічні аспекти здоров'я людини. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції / За загальною редакцією проф. Пилипенка С. В. – Полтава: Астрія, 2020. – 194с.
8. Вознесенская Т. Г. Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская. // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. – 2004. – С. 34–71.

9. Гордеева О. А. Разработка русскоязычной версии теста диспозиционного оптимизма (LOT) / Т.О. Гордеева, О.А. Сычев, Е.Н. Осин. // Психологическая диагностика. — 2010. — №2.
10. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. // СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета. – 1999.
11. Гуревич П.С. Мужчина и женщина в современном изменяющемся мире // Мир психологии. – 2006. – № 1. – С. 268-277.
12. Дж. В. Браун. Гендерные различия в здоровье / Дж. В. Браун, Л. В. Панова, Н. Л. Русинова. // Социологические исследования. – 2007. – №6. – С. 114–122.
13. Джеффри Янг. Схема-терапия. Отличительные особенности / Джеффри Янг, Дэвид Бернштейн, Ешколь Рафаэли., 2021. – 192 с.
14. Джеффри Янг. Схема-терапия. Практическое руководство / Джеффри Янг, Джанет Клоско, Марджори Вайсхаар., 2020. – 464 с.
15. Дрозд В.Л. Гендерные различия в усвоении математики: реальность или иллюзия? // Дидактика математики. – 2008. – № 29.
16. Дурнева М. Ю. Особенности совладающего поведения у девушек с риском формирования нарушений пищевого поведения / М. Ю. Дурнева, Т. А. Мешкова // V Международный конгресс "Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья". – 2013. – С. 317-318.
17. Дурнева М.Ю. Социокультурные стандарты привлекательности и их связь с формированием образа тела и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста / М. Ю. Дурнева, Т. А. Мешкова // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова)». – 2013, – С. 120-121.

18. Екимова В. И., Филиппова С. А. Гендерные различия: социокультурный аспект // СПЖ. – 2008. – №27.
19. Ильчик О. А. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» / О. А. Ильчик, Сивуха С. В., Скугаревский О. А., Суихи С. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2011. — №1 . — С. 39-50.
20. Казачкова В.Г. Метод незаконченных предложений при изучении отношений личности // Вопросы психологии. – 1989. – № 3. – С. 154-157.
21. Келина М. Ю. Неудовлетворенность телом как риск-фактор возникновения нарушений пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста / М. Ю. Келина, Е. В. Маренова // Молодые ученые – нашей новой школе. Материалы X юбилейной научно-практической межвузовской конференции молодых ученых и студентов учреждений высшего и среднего образования городского подчинения. – М.: МГППУ. – 2011. – С. 211-212.
22. Келина М. Ю. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста / М. Ю. Келина, Т. А. Мешкова // Клиническая и специальная психология. — 2012. – №2.
23. Келина М. Ю. Нарушения пищевого поведения и копинг-стратегии / М. Ю. Келина // Психология совладающего поведения: материалы II международной научно-практической конференции. – 2010, –Т. 1. – С. 85-87.
24. Клецина И. С. Гендерные исследования / И. С. Клецина. // Общественные науки и современность. – 2002. – №3. – С. 181–192.
25. Кон И. С. Междисциплинарные исследования. Социология. Психология. Сексология. Антропология // Сб. статей. Ростов н/Д: Феникс. – 2006. – 605 С.
26. Коржик А. О. Трапеза як інтерсеміотичний фольклорний текст / А. О. Коржик. // Інститут філології КНУ імені Тараса Шевченка, Київ. – 2015.

27. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг, Д. Бокум. – СПб: Мастера психологии, 2005. – 940 с. – (Питер). – (9).
28. Лапина Ю. Тело, еда, секс и тревога: Что беспокоит современную женщину. Исследование клинического психолога / Ю. Лапина. – М.: Альпина нон-фикшн, 2018. – 229 с.
29. Линдхоф Л. Феминизм и психоанализ / Л. Линдхоф. // Пол. Гендер. Культура: Немецкие и русские исследования. – 2009. – С. 301–303.
30. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения [Электронный ресурс] / И. Г. Малкина-Пых – Режим доступа до ресурсу: <https://unotices.com/books-u/128526>.
31. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики / А. Маслоу. – СПб: Евразия, 1997. – 430 с.
32. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учеб. пособ / В. Д. Менделевич. – Москва: МЕДпресс, 2001.
33. Мохова И. Г. Гендерные особенности нарушений пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением / И. Г. Мохова, Б. Б. Пинхасов, В. Г. Селятицкая. // Сибирский научный медицинский журнал. – 2017. – №6.
34. Оценка психологических особенностей, состава тела и статуса фактического питания женщин с нарушениями пищевого поведения / [О. В. Филатова, С. С. Половинкин, И. В. Червова та ін.]. // Ожирение и метаболизм. – 2018. – №15 (Т.3). – С. 28–32. Филатова О.В., Половинкин С.С., Червова И.В., Бакланова Е.И., Плясова И.О.
35. Платформа “PsyLab.info”. Багатовимірна шкала перфекціонізму [Електронний ресурс] / Платформа “PsyLab.info” – Режим доступу до ресурсу: https://psylab.info/Многомерная_шкала_перфекционизма_Хьюитта_-_Флетта

36. Платформа “PsyLab.info”. Голландський опитувальник харчової поведінки [Електронний ресурс] / Платформа “PsyLab.info” – Режим доступу до ресурсу: https://psylab.info/Голландский_опросник_пищевого_поведения.

37. Платформа “PsyLab.info”. Опитувальник образу власного тіла [Електронний ресурс] / Платформа “PsyLab.info” – Режим доступу до ресурсу: https://psylab.info//Опросник_образа_собственного_тела

38. Платформа “PsyLab.info”. Опитувальник часової перспективи Зімбардо [Електронний ресурс] / Платформа “PsyLab.info” – Режим доступу до ресурсу: https://psylab.info/Опросник_временной_перспективы_Зимбардо

39. Платформа “PsyLab.info”. Скорочений багатofакторний опитувальник для дослідження особистості [Електронний ресурс] / Платформа “PsyLab.info” – Режим доступу до ресурсу: https://psylab.info//Сокращенный_многофакторный_опросник_для_исследования_личности

40. Платформа “PsyLab.info”. Тест ставлення до їжі [Електронний ресурс] / Платформа “PsyLab.info” – Режим доступу до ресурсу: https://psylab.info//Тест_отношения_к_приёму_пищи

41. Развитие гендерных исследований в психологии. // *Общественные науки и современность.* – 2002. – № 3. – С.181-191.

42. Ротов А.В. Агрессия как форма адаптивной психологической защиты у женщин с избыточной массой тела / Ротов А.В., Гаврилов М.А., Бобровский А.В., Гудков С. В. // *Сиб. вестн. психиатрии и наркол.* – 1999. – № 1. – С. 81–83.

43. Румянцев Г. Г. Опыт применения метода незаконченных предложений в психиатрической практике // *Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях.* – Л., 1965. – С. 267-274.

44. Скугаревский О. А. Образ собственного тела: разработка инструментов для оценки / О. А. Скугаревский, С. В. Сивуха. // *Психологический журнал.* – 2006. – №2. – С. 40–48.

45. Толочкова А. О. Влияние личностных особенностей и самоотношения женщин на доминирующий стиль пищевого поведения / А. О. Толочкова, Н. Э. Вишневая. // Психология в экономике и управлении. – 2014. – №2.

46. Тушен-Каффье Брунна, Флорин Ирмела. Расстройства приема пищи // Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006. – 959 с.

47. Фальова О. Є. Самореалізація особистості жінки в концепціях вітчизняної психології / О. Є. Фальова, М. В. Маркова. // Вісник Харківського національного університету. – 2011. – №985.

48. Фатеева М. С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією : дис. докт. філос. наук : 053 / Фатеева М. С. – Київ, 2021.

49. Хорни К. Женская психология / К. Хорни. – СПб: Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 1993. – (Под общ. ред. А. И. Белкина, М. М. Решетникова).

50. Хромов А. Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие / А. Б. Хромов. // Курган: Изд-во Курганского гос. университета. – 2000. – С. 23.

51. Хьелл Л. Теории личности: Основные положения, исследования и применение / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб: Питер Пресс, 1992. – (3).

52. Циринг Д. А. Вопросы диагностики оптимизма и пессимизма в контексте теории диспозиционного оптимизма / Циринг Д.А., Эвнина К.Ю. // Психологические исследования. — 2013. – Т. 6 – №2. – С.6.

53. Шебанова В. И. Тренинг нормализации пищевого поведения: Программа психологического сопровождения на пути к свободе от переизбытка. Практическое руководство. // Херсон : ПП Вишемирский В. С. – 2014. – 394 с.

54. Шебанова В. І. Вплив проблемної харчової поведінки на трансформації внутрішньої картини життєдіяльності. / В. І. Шебанова, Т. М.

Яблонська // Соціальна ідентичність особистості в модернових умовах : кол. моногр. за наук. ред., проф. І. Ф. Аршава. – Дніпро: Видавець Біла К. О., 2018. – С. 257 – 289.

55. Шебанова В. І. Психологічні умови та технології формування здоров'язберезувальної компетентності щодо харчової поведінки. // Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості: монографія / за ред.: С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка. – 2019 – С. 506-530.

56. Шебанова В. І. Синергетична модель розвитку розладів харчової поведінки. // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – №12. – С. 1–18.

57. Шебанова В. І. Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма–патологія». // Херсон : ПП Вишемирський В. С. – 2016. – 612.

58. Шебанова В. І. Харчова поведінка в структурі тілесності: теоретичні й методологічні основи тілесності. // Науковий вісник Херсонського державного університету: зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О.Є.Блинова. Херсон: Видавничий дім Гельветика. – 2014. – Вип. 1. – С. 186–192.

59. Шелехов И. Л. Современная женщина: личность, гендер, психология репродуктивного здоровья / Шелехов И.Л., Уразаев А.М., Берестнева О.Г.. – Томск: ТомГПУ, 2009. – 404 с.

60. Ювал Ной Харарі. Людина розумна. Історія людства від минулого до майбутнього / Ювал Ной Харарі., 2016. – 544 с.

61. Absaliamova L.M. Disorders and disfunctions of an individual's eating behavior / L.M. Absaliamova // Problems of Modern Psychology: Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostiuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / edited by S.D.Maksymenko, L.A.Onufriieva. – Issue 25. – Kamianets-Podilsky: Aksioma, 2014. – P. 19-33.

62. ANAD: Eating Disorder Statistics [Электронный ресурс]. – 2021. – Режим доступа до ресурсу: <https://anad.org/get-informed/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics>.
63. Deaux, K. Sex and gender. *Annual Review of Psychology*, 36, – 1985 – P. 49–81.
64. Freud S. On Narcissism / Sigmund Freud., 1914. – (The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud). – (Volume XIV) – P. 67–102.
65. Kiro L., Zak M., Chernyshov O., Sverdlova M. (2021). Eating behavior and obesity: gender and age characteristics. *Endocrinology*, 26(2), 119-127.
66. Nina Van Dyke, Eric J. Drinkwater. Relationships between intuitive eating and health indicators: literature review // *Public Health Nutrition*. — 2014-08. — Т. 17, №. 8. — С. 1757–1766.
67. Tyson P. *Psychoanalytic Theories of Development: An Integration* / P. Tyson, R. L. Tyson. – London: Yale University Press, 1990.

ДОДАТОК А

Соціально-анамнестична анкета

1. Мій вік
2. Мій зріст
3. Моя вага
4. Я оцінюю свій фінансовий статус як ...
 - a. високий (можу не обмежувати себе в подорожах, подарунках, великих придбаннях)
 - b. середній (на все вистачає, але для покупки чогось великого або перед дальньою поїздкою потрібно економити)
 - c. низький (доводиться часто відмовляти собі у покупці навіть необхідних речей чи їжі)
5. Я здобула таку освіту
 - a. середню загальну (тільки школа)
 - b. середню спеціальну (училище, технікум тощо)
 - c. вищу (університет)
6. Я працевлаштована
 - a. за фахом
 - b. не за фахом
 - c. не працюю (домогосподарка)
 - d. тимчасово не працюю