

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I.....	8
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК І ОБРАЗУ ТІЛА	8
1.1. Аналіз поняття харчової поведінки та її порушень	8
1.2. Психологічний огляд поняття образу тіла.....	16
1.3. Концептуальна теоретична модель взаємозв'язку образу тіла та розладів харчової поведінки	24
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ II	34
ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЗІ СПРИЙНЯТТЯМ ОБРАЗУ ТІЛА У ЖІНОК ЗА МЕТОДИКАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА МЕТОДИКИ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА	34
2.1. Загальні принципи організації емпіричного дослідження.....	34
2.2. Емпірична модель дослідження.....	39
Висновки до розділу 2	48
РОЗДІЛ III	50
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЗІ СПРИЙНЯТТЯМ ОБРАЗУ ТІЛА ЖІНОК	50
3.1. Аналіз і інтерпретація результатів емпіричного дослідження	50
3.2. Рекомендації для попередньої самодіагностики РХП.....	55
Висновки до розділу 3	57
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ.....	68
Опросник пищевого поведения (DEBQ).....	68
Методика образа собственного тела (О. А. Скугаревский и С. В. Сивуха)	70

ВСТУП

Актуальність теми. Розгляд специфіки харчової поведінки як психологічного феномену в житті людини зумовлений реаліями сьогодення. Адже за даними ВООЗ, близько 30% населення світу (що становить приблизно 1,7-1,9 млрд осіб) мають надлишкову масу тіла або ожиріння, а до 2025 р. прогнозується подальше зростання кількості небезпечних людей та передбачається, що ожирінням страждатимуть близько 40% чоловіків та 50% жінок. З кожним днем зростає кількість захворювань порушення харчової поведінки. В Україні також зростає кількість людей з різними варіантами патології харчової поведінки, збільшується кількість звернень цих хворих за лікарською та психологічною допомогою. Зокрема, як зазначає статистика, у 98% випадків причиною надлишкової маси тіла є переїдання, у решти 2% - ендокринна і неврологічна патологія.

Загалом, методологічна концепція стосовно дослідження харчової поведінки ґрунтується на поєднанні системності як загальнонаукової міждисциплінарної методології із функціонально-генетичним підходом, який в психології розробляється як генетико-моделюючий метод. Зазначений методологічний підхід дає змогу встановити, що харчова поведінка людини становить собою складну психологічну систему, що виникає та розвивається у процесі особливої інтерактивної взаємодії людини із культурним оточенням й набуває характеру вищої (а не природної) форми задоволення вітальної за своєю генезою потреби. Це ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування у звичайних умовах та у ситуаціях стресу, а також поведінка, орієнтована на формування образу власного тіла. Вона включає в себе установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі, які є індивідуальними для кожної людини.

Харчова поведінка визначається як гармонійна (адекватна) або девіантна (відхильна) залежно від безлічі параметрів, зокрема – від місця, яке посідає

процес прийому їжі в ієрархії цінностей людини, від кількісних і якісних показників харчування.

Розлади прийому їжі (порушення харчової поведінки, далі – РХП) – трактуються як клас психогенно обумовлених поведінкових синдромів, пов'язаних з порушеннями в прийомі їжі. У числі інших, до розладів прийому їжі відносять нервову анорексію, нервову булімію, психогенне переїдання, патологічне зривування, а також ряд інших розладів. Загалом, порушення харчової поведінки відносяться до психічних розладів.

В той же час, варто відзначити, що харчова поведінка жінок значною мірою регулюється особливостями самосвідомості, зокрема образом «тілесного Я». Причому, даний образ може бути представлений в одній з трьох основних модальностей: реальне Я («Я – насправді»), соціальне Я («Я – очима інших») чи ідеальне Я («яким би Я хотів бути») (Р. Бернс). Так, у жінок із надмірною вагою сприйняття образу власного тіла характеризується, як правило, спотворенням та незадоволеністю; уявлення особистості про своє реальне та ідеальне «Я» істотно різняться; у них переважають непродуктивні стратегії подолання стресу.

Таким чином, дослідження зв'язку між сприйняттям образу тіла і розладом харчової поведінки дасть можливість об'єктивного розуміння даної проблематики, що в подальшому може стати основою побудови діючої корекційної програми в психологічній роботі з жінками із проявами різних форм РХП, зокрема саме через зміну їх ставлення до власного тіла.

Мета роботи: дослідити та проаналізувати специфічні психологічні особливості харчової поведінки у жінок та її взаємозв'язок зі сприйняттям власного тіла.

Зазначена мета зумовлює вирішення наступних завдань:

1. Здійснити аналіз поняття харчової поведінки та її порушень;
2. Теоретично проаналізувати поняття образу тіла;
3. Висвітлити взаємозв'язок образу тіла та розладів харчової поведінки;

4. Провести дослідно-експериментальну роботу за методиками дослідження харчової поведінки та методики образу власного тіла.
5. Сформувати рекомендації щодо попередньої самодіагностики РХП для жінок, які незадоволені своїм тілом.

Об'єкт дослідження: харчова поведінка жінок.

Предмет дослідження: взаємозв'язок харчової поведінки жінок та сприйняття власного тіла.

Методологічну і теоретичну основу дослідження склали наукові доробки у галузі вивчення харчової поведінки (Малкіної-Пих І.Г., Покровського В.М.), дослідження різних аспектів психопатології при порушеннях харчування (Карвасарський Б.Д., Простомолотов В.Ф., Гумницька Т.М., Марков А.А., Пріленська А.В.), розлад харчової поведінки при ожирінні (Вахмістров О.В., Вознесенська Т.Г., Посохов С. І.), вплив соціуму на харчову поведінку (Марк Коннер, Крістофер Дж. Армїтейдж), вивчено копінг-стратегії (способи впоратися зі стресом) у жінок з надмірною масою тіла (Савчикова Ю.Л.). Окрім того, на основі проведеного теоретичного аналізу було виявлено провідну роль уявлень людини про структуру свого тіла, про його функції в розвитку самосвідомості. Зокрема, розглянуто системний аналіз представників психотерапевтичних шкіл (З. Фрейда і Е. Кречмера), тілесно-орієнтованих підходів (В. Райха, А. Лоуена, А. Александера, М. Фельденкрайза, І. Рольфа), біологічну роль образу «тілесного Я» в самосвідомості особистості (А. Адлер, П. Бергер, Р. Бернс, А. Лоуен, Т. Лукман), взаємозалежність між образом «тілесного Я» та самооцінкою (М. Фельденкрайз), зв'язок між мірою визначеності образу «тілесного Я» й особистісними характеристиками індивіда (С. Фішера, С. Клівленда).

Гіпотеза дослідження: прийняття образу власного тіла корелює зі схильністю до розладів харчової поведінки у жінок, а саме незадоволення власним тілом відповідає схильності до РХП.

Для вирішення поставлених завдань нами було використано наступні **методи дослідження:**

– теоретичні: індукція та дедукція, аналіз та синтез, систематизація та узагальнення;

– емпіричні: анкетування – для збору соціально-психологічного анамнезу досліджуваних;

– опитування з використанням діагностичних методик – голандський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) для вивчення особливостей харчової поведінки жінок та методика образу власного тіла О. А. Скугаревського та С. В. Сивухи для дослідження рівня прийняття образу власного тіла.

Вибірка дослідження. Емпіричне дослідження було проведено серед 37 жінок, віком від 18 до 54 років. Участь у дослідженні проводилась на добровільній основі.

Теоретична значущість дослідження: в дослідженні загалом розглянуті принципи психологічної науки (діяльність, єдність свідомості та діяльності, уніфікація діяльності та комунікації, розробки та систематизація методів), і принципи та концепції психології в межах країни та за її межами. Уточнено поняття харчування у психологічному сенсі, розглянуто основні типи розладів харчової поведінки. Розкрито частину сутності особистості, свідомості у відношенні до харчової поведінки жінок, обґрунтовано виділення у структурі Я – тілесного, психічного і соціального Я; доведено, що когнітивному компоненту Я-концепції відповідає фізичний образ Я. Окрім того, створено методологічну концепцію щодо вивчення харчової поведінки жінок, на основі систематичного поєднання загального міждисциплінарного підходу в поєднанні із методами функціональної генетики.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що концепція, створена автором на основі системно-генетичного аналізу, дозволяє отримати додаткові дані для розуміння проблеми РХП та розробки,

тестування та впровадження єдиної системи процедури діагностики, яка відкриває можливості до:

а) отримання емпіричних даних стосовно харчової поведінки жінок як феномену ізоляції поведінки, яка є важливою частиною суміжної поведінки міжфункціональної психічної системи високого рівня;

б) визначення ключових психологічних компонентів та факторів впливу становлення та розвитку цієї форми активності;

в) виявлення та визначення характеру аномальної харчової поведінки жінок, її основних форм у зв'язку із спотворенням їх образу «тілесного Я»;

г) використання отриманих результатів для корекційно-розвивальної та відтворювальної роботи педагогів, психологів, працівників соціальних служб, реабілітаційних центрів по роботі з жінками із ознаками порушення харчової поведінки.

Структура роботи: магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів із підрозділами та висновками, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Список використаних джерел складається із 51 найменування.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК І ОБРАЗУ ТІЛА

1.1. Аналіз поняття харчової поведінки та її порушень

Процес вживання їжі посідає центральне місце у житті будь-якої людини. У нашу епоху глобалізації всіх світових процесів їжа перестала задовольняти тільки біологічну потребу людства. «Харчова поведінка» – це комплексне поняття, так пише С. В. Макуха. Воно включає інформованість і досвід відносно їжі, сформовані установки і стереотипи харчування, здатні до зміни при виникненні стресових ситуацій, знання про образ власного тіла і дії, спрямовані на досягнення цього образу [13].

Передусім, харчова поведінка, є сукупністю звичок людини, які пов'язані із прийомом їжі, таким чином це – смакові переваги, режим прийому їжі та дієта. Заважаючи на те, що харчова поведінка може залежати від культуральних, етнічних чинників, сімейних традицій і цінностей, особливостей виховання і поведінки членів сім'ї і біологічних особливостей організму, що склалися в даному соціумі стандартів і еталонів норми і краси, можна виявити, що ці звички можуть змінюватися і часто змінюються з часом, але не всі ці зміни будуть вважатися хворобливим порушенням харчової поведінки.

Оскільки під харчовою поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі і її прийому, стандарт харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на тип власного тіла, і діяльність з формування цього виду [31]. Іншими словами, харчова поведінка включає для себе установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі, які є індивідуальними для кожної людини [6, с. 35]. Дослідниця О. І. Салміна – Хвостова (2009) пише, що харчова поведінка є сукупністю форм поведінки людини. Однак сюди включаються такі характеристики, як режим (частота,

розподіл в часі), темп (швидкість) споживання їжі, надання переваги споживанню окремих видів продуктів, спонукальні причини (не лише поява відчуття голоду і апетит) і приводи для їжі, суб'єктивне ставлення до процесу харчування [18].

Харчова поведінка включає в себе інтеріоризовані сімейні звички, установки, поводження по відношенню до їжі. Таким чином, харчова поведінка тісно взаємозв'язана із культурними, соціальними і психологічними факторами [5, с. 31].

Безперечно для життєдіяльності людини потрібна енергія. Навіть перебуваючи у повному спокої, наприклад, під час сну, організм витрачає калорії: людина дихає, працює серце, забезпечується обігрів організму, навіть для внутрішніх процесів у клітинах потрібна енергія. Тож калорії витрачаються завжди.

Зауважимо, що особа з гармонійною харчовою поведінкою харчується повноцінно і збалансовано, за допомогою їжі тамує голод, а не апетит, і дотримується режиму харчування. Коли людина їсть не через голод, а через апетит, порушення харчової поведінки неминучі. Голод, як фізіологічний стан (на відміну від голодування як стану тривалої недостатності харчування, що є патологією) є виразом потреби організму в поживних речовинах, яких він був позбавлений деякий час. Апетит є психологічним чинником регуляції харчової поведінки. Його можна охарактеризувати як загальне почуття приємних емоційних відчуттів, пов'язаних із прагненням людини до прийому певної їжі. Апетит індивідуально виробляється і відображає не стільки потребу в їжі взагалі, скільки потребу у зв'язку зі специфікою обміну речовин і дефіцитом тих чи інших компонентів їжі, індивідуальних і групових звичок, особливостю національної кухні і продуктів, яким віддається перевага. Вибірковий апетит – це потяг людини до певного роду їжі, частіше того, що містить речовини, яких бракує організму.

Апетит може бути представлений як складова голоду, наприклад і існувати сам по собі, незалежно від поживних запасів організму. На відміну

від голоду, апетит не залежить від збереження енергетичної рівноваги, він може посилюватися або слабшати під впливом різних умовних подразників. Конкретна їжа у значній мірі апетитна залежно від ставлення до неї. Важливо відмітити, що припинення прийому їжі до її всмоктування і засвоєння є адекватним для фігури і самопочуття. У разі ж припинення прийому їжі лише після її засвоєння, неминучі переїдання, надлишок ваги і виникнення порушень харчової поведінки [10, с. 86].

Харчування, безумовно, є фізіологічною потребою. При цьому важливо відмітити і врахувати вплив психологічної мотивації на харчову поведінку – як на здорову, так і патологічну. Наприклад, потреба у вживанні їжі може бути викликана не лише бажанням «нагодувати себе», але і позитивними (наприклад, щастя) і негативними (наприклад, злість, депресія) емоціями. Важливу роль відіграють внутрішні соціальні установки, норми і очікування відносно споживання їжі.

Для чіткішого уявлення про зміст проблеми необхідно визначити базові поняття, що сприяють її науковому осмисленню. М. Т. Каїрова виділяє наступні поняття, пов'язані з даними аспектами. Раціональне харчування – фізіологічно повноцінне харчування здорових людей з урахуванням їх статі, віку, характеру праці, етнічних, регіональних і генетичних чинників. Компетентність – (від лат. *competens* – «відповідний», «здатний») – це здатність окремої особи правильно оцінити ситуацію, що склалася, і прийняти у зв'язку з цим відповідне рішення, яке дозволяє досягти практичного або іншого значимого результату. Харчова поведінка є ціннісним ставленням до їжі і її прийому. Включає стереотипи харчування у буденних умовах і в ситуації стресу, а також орієнтацію на образ власного тіла і діяльність щодо його формування [8].

Б. Д. Карвасарський (1999) визначає наступні функції харчової поведінки:

- 1) підтримка гомеостазу;
- 2) релаксація;

- 3) отримання задоволення;
- 4) комунікація;
- 5) самоствердження (воно пов'язане із уявленням про престижність їжі і «солідної» зовнішності);
- 6) пізнання;
- 7) підтримка ритуалу або звички;
- 8) компенсація;
- 9) нагорода;
- 10) захист і задоволення естетичної потреби [9].

Харчова поведінка людини спрямована на задоволення як біологічних і фізіологічних, а також психологічних і соціальних потреб. Учені виділяють гармонійну харчову поведінку та харчову поведінку із відхиленнями. Оцінити харчову поведінку людини як гармонійну (адекватну) або девіантну (із відхиленнями) можна залежно від декількох параметрів: від місця, яке посідає їжа в ієрархії цінностей індивіда, від якісних і кількісних показників харчування, від естетики.

А. В. Вахмістров визначає гармонійну харчову поведінку як поведінку людини, за якої споживання харчових речовин за складом, кількістю, формою, способом вживання і приготування відповідає харчовій потребі організму в поживних речовинах і енергії. При цьому враховуються стани ферментних систем, енерговитрат, біоритмів, особливостей харчової мотивації, наявність і зміни рухової активності. Харчова поведінка із відхиленнями найчастіше виникає через тривалий вплив емоційних, міжособистісних, психологічних і соціальних чинників, з якими іншими способами людина не може впоратись [3].

Недолік харчової поведінки виникає на частіше у випадку, якщо в якихось родичів відзначаються розлади настрою (депресія), в залежності від психоактивних речовин (особливо алкоголю), а також ожиріння (для нервової булімії).

Останніми роками під час пояснення підстав прояву нервової анорексії або нервової булімії фахівці прибігають до багатостороннього розгляду можливостей ризику. Тобто вони визначають ключові чинники, які ставлять людей перед ризиком цих захворювань. Чим більше цих чинників у даний момент, тим вище ризик розвитку розладу.

Також описано чотирикомпонентну модель, що характеризує мотивацію харчової поведінки. Вона схожа на мотивацію інших видів поведінки:

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

Серед лідируючих чинників: соціокультурні умови (соціальний і сімейний тиск), психологічні проблеми (когнітивні розлади, дезадаптований стан) і біологічні чинники [3, с. 67].

Соціальні і сімейні стани

1. Соціальний тиск.

Багато психологів упевнені, що сучасні західні стандарти жіночої привабливості роблять великий внесок у зростання кількості серйозних розладів режиму харчування. Поступово ці стандарти змінюються, із помітним зрушенням до худорлявості останніми роками.

За моніторингами психологів, дослідження повинні виявити, що народ у цих областях більше, ніж у інших, схильний мати порушення в режимі харчування [6].

Останнім часом, втім, заклопотаність своєю фігурою та необхідністю дотримуватися дієти певим чином підвищується у всіх класах і групах меншин, у той же час скрізь збільшується кількість випадків порушення режиму харчування.

Виразний гендерний розрив у випадках порушення режиму харчування допомагають пояснити і культурні відмінності. Так, у нашому суспільстві

більша увага приділяється зовнішньому вигляду саме жінок, а не чоловіків. Деякі фахівці з психології упевнені у тому, що такий подвійний стереотип і схиляє жінок ретельніше турбуватися про схуднення та дотримуватися дієти, наслідком чого і стають частіші випадки розладів режиму харчування.

2. Сімейне становище.

Сім'я відіграє критичну роль у розвитку розладів режиму харчування. Під час проведення досліджень встановлено, що не менше половини сімей, в яких хоч би раз із членів страждає цим розладом, мають «довгу історію» надмірного занепокоєння: на тему зовнішній вигляд і дотримання дієти. Сім'я може також створити сприятливий клімат для розвитку розладу, якщо в ній встановлюються ненормальні внутрішньо-сімейні відносини.

Члени сім'ї надмірно залучені в справи когось одного із них і занадто заклопотані складовими частинами життя. Позитивним у такій схемі взаємин є те, що члени сім'ї можуть бути люблячими і терпимими; негативним – те, що вони можуть ставити в залежність. Занадто мало простору для індивідуальності і незалежності. Існують також безліч сімей, де всі внутрішні проблеми компенсуються вживанням великої кількості різноманітної висококалорійної їжі. Зазвичай у цих сім'ях сформована неадекватна харчова поведінка, що пов'язана з отриманням задоволення від її вживання, час отримання задоволення від інших видів активності повністю або частково відсутнє. Усі члени цих сімей, зазвичай, мають надмірну вагу та, як наслідок цього, проблеми зі здоров'ям. У родинях, в яких всі її члени мають надмірну вагу, батьки схильні вважати, що надмірна вага їх дітей залежить від спадковості. Але в багатьох випадках це підсумок невірному харчування.

Відтак, харчова поведінка включає для себе багато різних аспектів і може бути гармонійною (адекватною) або із відхиленнями (девіантною). При цьому важливо відмічати і враховувати вплив психологічної мотивації на харчову поведінку. Наведена різниця між цими якостями харчової поведінки, як апетит і апетит. Поняття харчова поведінка включає установки, форми поведінки, звички і емоції, що стосуються їжі і є індивідуальними для кожної

людини. У нього входять стереотипи харчування у буденних умовах і в ситуації стресу, орієнтація на тип власного тіла і діяльність щодо його формування.

Психологічні задачі.

1. Его і когнітивні розлади.

Хільда Браш – першовідкривач у вивченні і лікуванні порушень системи харчування – розробила теорію, що використовує психодинамічні і когнітивні поняття [10]. Вона стверджує, що порушення у взаєминах «матір-дочка» приводять до значного дефіциту Его в дитині (включаючи нестачу незалежності і контролю) і до серйозних когнітивних розладів, що спільно призводить до розладу системи харчування.

Згідно з Браш, батьки можуть реагувати на своїх дітей ефективним і неефективним чином. Ефективні батьки проявляють велику увагу до біологічних і емоційних потреб дітей, даючи їм їжу тоді, якщо вони плачуть із голоду, і зручність тоді, якщо вони плачуть від страху. Неефективні батьки, навпаки, не реагують на внутрішні потреби дітей, вони самі вирішують, якщо їх діти голодні, замерзнули або втомилися, без урахування реальних обставин. Досягши перехідного віку, під час якого завелика частина підлітків прагне до незалежності, ці діти почувають себе нездатними до самостійного життя.

Для того, щоб здолати почуття безпорадності, вони встановлюють найсуворіший контроль над параметрами своєї фігури і звичками в харчуванні [9].

2. Розлади настрою.

Багато людей із порушеною системою харчування, особливо з булімією, переживають депресію. Вони впадають у смуток, песимізм, починають соромитися себе, роблять логічні помилки.

На користь такого, що анорексія і булімія пов'язані з депресією, є докази. По-перше, людям із порушеною системою харчування частіше, ніж іншим, ставиться діагноз «депресія». По-друге, близькі родичі цих людей

частіше за інших мають поганий настрій. По-третє, люди з порушеною системою харчування, особливо з булімією, наприклад само як і люди, що переживають депресію, нерідко мають низьку активність серотоніну. І нарешті, вони нерідко допомагають собі, приймаючи антидепресанти [6, с. 113].

3. Незадоволеність життям.

Існує безліч підстав, що викликають незадоволеність життям, серед яких можна виділити такі, як прагнення відповідати очікуванням інших, неадекватна самооцінка, відсутність цілей, невірна їх постановка, високий рівень перфекціонізму та ін. Незадоволеність життям нерідко призводить до зневіри, розладів настрою та виникнення цілого ряду хвороб та впливає на життєвий тонус, а також може призводити до порушення харчової поведінки.

Біологічні чинники.

Біологи, пояснюючи, чому в людини відбувається збій у системі харчування, зазвичай вказують на гіпоталамус, частину мозку, що допомагає контролювати багато фізіологічних функцій. Дослідники локалізували дві області гіпоталамуса, які допомагають контролювати процес харчування.

Перша, латеральний гіпоталамус, будучи активізованим, викликає апетит. Інший, вентромедіальний гіпоталамус, навпаки, пригнічує відчуття голоду.

Можна припустити, що обидві області гіпоталамуса і хімічні речовини, працюючи спільно, допоможуть встановити в організмі людини «термостат ваги», яка направлятиме людину підтримувати вагу на певному рівні встановленої ваги. Якщо вага людини падає нижче за встановлену, латеральний гіпоталамус активізується і прагне відновити втрачену вагу, викликаючи апетит і знижуючи метаболічний рівень тіла – рівень, на якому організм витрачає енергію. Якщо вага людини зростає вище за встановлену, активізується вже вентромедіальний гіпоталамус і прагне зменшити вагу, пригнічуючи апетит і підвищуючи метаболічний рівень тіла.

Встановлена вага – це задане значення ваги, яку людина має намір підтримувати; частково контролюється гіпоталамусом [7].

Відтак, можна зазначити, що харчова поведінка людини виступає засобом розрядки психоемоційної напруги; чуттєвою насолодою, що виступає як самоціль; елементом спілкування, якщо їжа пов'язана із перебуванням у колективі; моментом самоповаги, якщо першорядну роль відіграє уявлення про престижність їжі та про відповідну «солідну» зовнішність; емблемою у певних обрядах, а також релігійних, національних, сімейних традиціях; методикою компенсації незадоволених потреб (у спілкуванні, батьківській турботі); нагородою чи заохоченням за рахунок смакових якостей їжі; задоволенням естетичної потреби.

В цілому харчова поведінка людини спрямована на задоволення цілого ансамблю потреб – біологічних, фізіологічних, психологічних та соціальних. Є багато різних внутрішніх та зовнішніх стимулів, які провокують бажання щось з'їсти. Бажання є і вживання їжі є підсумком взаємодії між різними стимулами та тілесними та особистісними особливостями людини.

Сучасні вчені виявили, чому порушується система харчування. Зазвичай розглядається перспектива ризику з різних сторін, визначаючи декілька ключових чинників, які ставлять людину перед ризиком такого порушення. Основні чинники: соціальний осуд за худорлявість і упереджене ставлення до повних людей; сімейна амуніція, при якій члени сім'ї можуть бути обплутані павутиною внутрішньо-сімейних зв'язків; Еґо і когнітивні розлади, включаючи недостатнє відчуття незалежності; поганий настрій; біологічні чинники, такі як активність гіпоталамуса, хімічних речовин і встановлена вага.

1.2. Психологічний огляд поняття образу тіла

Термін «образ тіла» запровадив 1935 року П. Шилдер. Але, як не дивно, ще в 1886 лікарем Морселлі було описано спотворення образу тіла

(дисморфофобія) (Фролова Ю.Г.), тому можна вважати, що це поняття існувало ще задовго до появи самого терміну.

У одній із ранніх праць з дослідження образу тіла П. Шилдер стверджує, що образ тіла – це візуальне уявлення власного тіла, яке ми формуємо у своїй свідомості (Газарова). Інакше кажучи, це те, як тіло постає перед нами. Шилдер розглядає образ тіла як щось, що перебуває у стані постійного розвитку чи зміни.

Окреслене вивчення зарубіжної психології продемонструвало, в якому контексті вживається термін «образ тіла», та суперечки існують лише відносно розуміння цього поняття. Разом з тим тип тіла розглядається як складна комплексна єдність сприймань, установок, оцінок, уявлень, пов'язаних як із тілесною зовнішністю, наприклад, і з функціями тіла [59].

Тип тіла розглядається як підсумок психічного відображення, як певний розумовий вигляд свого власного тіла. У вивченні вітчизняної психології не існує єдиного терміну, а вживається ряд комплексних, що характеризують однакові чи близькі за змістом психічні явища. Найбільш поширеними є поняття «образ фізичного Я» (або «образ тілесного Я») та «образ тіла». Також у сучасній довідниковій літературі з психології наводиться наступне визначення виду тіла: тип тіла – системотворчий структурний елемент виду Я, уявлення себе в аспекті тілесності.

Водночас у психологічній літературі також вживається конструкт «схема тіла». Схема тіла – психологічна конструкція, в якій відображена конструкція власного тіла людини. Лише завдяки її наявності можлива успішна координація рухів різних частин тіла людини. У психологічних дослідженнях поняття «схема тіла» та «образ тіла» чітко розмежовуються: схема тіла описує стабільне і постійне знання про своє тіло, а тип тіла розглядається як підсумок свідомого або несвідомого психічного відображення, як певний розумовий вигляд свого тіла.

Проте в психофізіології і клінічній психології поняття «схема тіла» несе в собі абсолютно інший сенс. Це конструйована мозком модель тіла, що

відбиває його структурну організацію і представлена у відповідних сенсорно-моторних зонах мозкової кори. Схема тіла забезпечує регуляцію положення частин тіла, контроль і корекцію рухового акту залежно від зовнішніх умов [9].

Тип тіла постає як уявлення про цілісність людини. Це інтегроване психологічне утворення, яке складається із уявлень та відчуттів як про тіло, так і про тілесність. Інакше кажучи, будь-якій людині властиве своє сприйняття власної тілесності та своє ставлення до власного тіла. Тип тіла є тим, що є доступним для об'єктивації і те, що є доступним для свідомості (Нікітін В.). Тіло, крім матеріального об'єкта, сприймається як образ.

Також можна згадати, що в зарубіжній та у вітчизняній психології, поняття «тілесність» та «образ тіла» мають зв'язок із конструктом «Я-тілесне», «психофізичною проблемою», тілесно-орієнтованою терапією та психосоматикою.

Тип тіла – це наше суб'єктивне сприйняття свого тіла, те, як ми його бачимо, розуміємо, і як ми до нього ставимося [1].

Це не елементарне знання, де у нас знаходяться руки або ноги, це також оцінка привабливості та значення виду тіла для нас самих і оточення. Парадокс виду власного тіла О. А. Скугаревський визначає як стабільний соціально-психологічний парадокс, який включає: перцептивні викривлення, незадоволеність образом власного тіла, надцінний характер переживань про своє тіло, страх повноти.

В рамках когнітивної теорії психіки незадоволеність власним тілом має два компоненти: оцінний (заснований на мисленні) і перцептивний (заснований на сприйнятті). Перший компонент має набагато більше значення в розвитку розладів харчової поведінки, тобто незадоволеність власним тілом має слабкий зв'язок з реальними змінами маси тіла і відчуттями, які породжуються цим процесом.

Оцінний компонент ставлення до тіла відображає: глобальну оцінку тіла (задоволеність або незадоволеність вагою, формою тіла, специфічними

його частинами), емоції і почуття з приводу зовнішності, когнітивний аспект (переконання щодо зовнішності, схема тіла), певну поведінку (наприклад, уникнення дивитися на себе в дзеркало, зважуватися тощо). Індивід бачить себе інакше, ніж навколишні. Зовнішні привабливі суб'єкти не обов'язково задоволені своєю зовнішністю, а менш миловидні не завжди відчують невдоволення з приводу того, як вони виглядають. Незалежно від дійсних фізичних даних, особливості сприйняття і почуття з приводу зовнішності можуть зумовлювати уявлення індивідів про те, як сприймають їх оточуючі. Позитивне ставлення зумовлює впевненість в спілкуванні і почуття внутрішнього комфорту, негативний – здатний привести до соціальної відгородженості і тривожності індивіда.

Ставлення до тіла розвивається в результаті інтерналізації соціальних оцінок, які суб'єкт отримує від однолітків, членів сім'ї та інших значущих.

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 соціально зворотній зв'язок має двосторонній характер.

Оцінки оточуючих впливають на суб'єктивний характер сприйняття своєї зовнішності, а переконання людини і особливості її поведінки можуть впливати на характер зворотного зв'язку, одержуваного з боку оточуючих. Феномен атрибутивної проєкції, коли індивід робить припущення про те, що оточуючі сприймають його так само, як він сприймає себе, може драматично впливати на когнітивні і поведінкові складові ставлення до власного тіла – зменшення частоти зорових контактів, вибору непривабливого одягу, похмурості.

Наслідком може бути відгук з боку оточуючих – уникнення контактів, утримування від компліментів, що інтерпретується особистістю з порушеним образом власного тіла, як доказ своєї непривабливості. Таким чином, зворотна реакція з боку оточуючих опосередкована особистісними переконаннями і поведінкою.

Крім того, тип тіла включає в себе наступні компоненти:

1. Загальне задоволення тілом.
2. Емоційна реакція на тіло.
3. Знання і переконання відносно свого тіла.
4. Поведінка, пов'язана із тілом (те, як людина одягається, як поводить, чи уникає якихось ситуацій, де треба показувати своє тіло).

Важливо відзначити, що жінки з розладами харчової поведінки прагнуть мати «ідеальне тіло», вважаючи, що зможуть за його допомогою отримати кохання та захоплення оточуючих. Можна сказати, що такі жінки покладають надмірні та нереалістичні очікування на своє тіло та на досягнення так званої «ідеальної» фігури. Якщо говорити про сприйняття образу тіла, то метою буде не любов, а більш реалістичне прийняття тіла, у його поточній фазі та формі.

Якщо людина тілом задоволена, тобто тип тіла є позитивним, вона почуває себе комфортно з тим, як вона виглядає. Вона не боїться одягатися або роздягатися по ситуації, не виставляє своє тіло на показ і не ховає його. Вона споживає їжу тільки за потребою, не зловживає нею і не обмежує її для себе.

Людині подобається її зображення в дзеркалі, їй подобається одягатися, рухатися і насолоджуватися всіма процесами.

Існує важкий розлад – спотворення виду тіла, дизморфофобія [10].

Дизморфофобія – нав'язливий страх невротичного характеру (тобто протікає на непсихотичному рівні з відсутністю грубих змін психічної діяльності), пов'язаний з нібито наявним тим чи іншим фізичним недоліком.

Дизморфоморфоманічні розлади – це, як правило, стійкі феномени, що важко піддаються корекції. Головним чином, дизморфоманія супроводжується пригніченим настроєм, ретельним маскуванням своїх переживань і вираженим прагненням здійснити будь-що (як правило хірургічні втручання) з метою досягнення виправлення уявного недоліку [7].

Дисморфоманія — хвороблива (психотична властивість, найчастіше у вигляді надцінної ідеї або марення) переконаність у наявності якогось уявного або надзвичайно переоцінюваного фізичного недоліку, що найчастіше стосується видимих частин тіла (форми або величини носа, вух, зубів, розмірів рук, ніг, тулуба.).

Це відчуття своєї недосконалості незалежно від такого, чи дійсна ця недосконалість, чи ні. Людині з важкими розладами харчової поведінки дуже важко зупинитися. Вона знає, що може бути недосконалою і потворною. Людина, яка хвора на анорексію, завжди бачить у себе жир, навіть тоді, якщо його зовсім немає. Можна визначити головні причини порушення формування цього розладу.

1. Акцент на тіло, як на засадничу характеристику особистості батьками. В цьому випадку батьки акцентують увагу дитини, що їх вага, конфігурація і розмір тіла є основою до успіху. Якщо дитина має округлу форму тіла, то батьки постійно зітхають, говорять про те, що вона багато їсть або не достатньо займається спортом, порівнюють її з іншими дітьми.

2. Сексуальне насильство. Діти, які перенесли насильство, схильні в подальшому до розвитку анорексії [14].

Це, звичайно, не в 100% випадків, але кількість аноретиків серед потерпілих досить висока. Існує декілька теорій, які пояснюють, чому таке відбувається [15]. Багато хто з цих жінок стверджує, що не відчувають свого тіла, не мають про нього уявлення, і як би хочуть зовсім зникнути, що тіло є джерелом досить інтенсивних неприємних переживань.

3. Фізичне і емоційне насильство. Жінки, які принижуються фізично, нерідко переносять свій гнів на себе і на свої фізичні «недоліки». Якщо кепкування пов'язані з вагою, то може початися боротьба проти надмірної ваги [16].

Вчені наполягають, що існує генетична схильність до цього розладу. Але також дуже важливі психологічні та соціальні фактори. Так встановлено,

що до дисморфофобії схили особистості є сензитивними, інтроверсованими, з низькою самооцінкою. Також в зону ризику потрапляють особи з нарцестичними та невротичними рисами характеру. При цьому спусковим гачком можуть бути факти насильства, факти критики та дражнення у біографії особистості. Дуже впливає стиль виховання: якщо акцент робився більше на зовнішній вигляд, інші прояви ігнорувалися. І, звичайно ж, на останню роль відіграє вплив медіа, на надмірне занепокоєння своєю зовнішністю та прагненням бути ідеальним.

Враховуючи, що, як правило, їжа, особливо солодощі, дають почуття задоволення і знижує неприємні емоції, то такі люди стають в майбутньому «запійними їдцями» або розвивають булімію. Навіть якщо розлад їжі не мав місця в дитинстві, то сума переконань, закладених у той час, може запрацювати в результаті стресу [9]. Наприклад, для багатьох жінок початком харчового розладу стає народження дитини. Конфігурація тіла жінки міняється, міняється громадська активність вона відчуває стрес від зміни життя у зв'язку з появою малюка тощо. Якщо жінка до тягаря переконань з дитинства має ще перфекціонізм, низьку опірність фрустрації, то вона знаходиться у високому ризику розвитку булімії. Окрім пологів, пусковою подією може бути розлучення, втрата роботи, імміграція, зниження матеріального рівня.

Звичайно, величезну роль в розвитку задач з образом тіла відіграє сучасна західна цивілізація. Природно, не можна сказати, що мас-медіа єдині, хто винен в розвитку розладів харчової поведінки.

Зауважимо, що багато ЗМІ демонструють зв'язок нормальної ваги не із здоров'ям, а з щастям і соціальним успіхом. Навіть історії видатних людей, що страждають від харчових розладів, іноді виглядають досить привабливим керівництвом для схуднення. Нерідко пропоновані швидкі дієти є нефізіологічними і засновані на нескладному виведенні рідини. Отже тим, хто прагне схуднути, потрібно серйозно обмірковувати причини і цілі мотивів і спроб схуднути [14]. Якщо єдине, що людину може змусити

займатися собою – це слова перед дзеркалом і людина відчуває, що усі труднощі в її житті тільки в неправильній вазі, то це шлях до проблем.

При розгляді робіт, присвячених Я – тілесному, виявляється деяка суперечність у розумінні термінів, що вживаються в цьому контексті, а також різноспрямованість підходів до її вивчення. У психології уявлення особистості про свої тілесні параметри, власну привабливість відображене в понятті «Я – тілесне», як одному з вимірів цілісної Я – концепції [1].

Тілесне Я є предметом вивчення різних психологічних напрямів: тілесно-чуттєвого спрямування (З. Фрейд, Барнесс Е. Мур та Бернард Д. Файн), де Я розглядається насамперед як вираз тілесного Я; тілесно-структурного напрямку (Є.Т. Соколова, Г.Є. Рупчев), на основі якого розмежовуються поняття «тілесний досвід», «сприйняття тіла», «концепція тіла» та «тілесне Я»; тілесно-раціонального напрямку (І.В. Журавльов, Є.С. Нікітіна, Ю.А. Сорокін, Д.М. Реут, А.Ш. Тхостов), що виділили сферу тілесності та визначили її як проблему устрою свідомості людини; напрямки ідеї про тілесне свідоме і тілесне несвідоме (К. Юнг, Ларі А. Х'єлл, Д. Зіглер), що дозволяють говорити про те, що образ тілесного Я і здатність керувати ним знаходяться в області свідомості, тоді як афективні переживання і особлива неконтрольована тілесна організація лежить у сфері несвідомого; дослідження в області Я-концепції (В.С. Агапов, Р. Бернс, І.С. Кон, В.А. Петровський, М.В. Корепанова), що розглядають образ тілесного Я як провідну складову образу Я [25].

Багато дослідників підкреслюють, що уявлення про своє тіло, його розміри, форму, привабливість, служать найважливішим джерелом формування уявлення про власне Я. Я – тілесне представляє інтерес і є предметом одночасного вивчення різних психологічних дисциплін. Окремі його аспекти розкриваються крізь спотворення тілесного виду Я у рамках клінічної психології.

Так, Нікітін В. М. вважає, що образ тілесного Я – це інтегральне психічне утворення, соціально-культурний продукт, що складається в

процесі розвитку та розуміння особистістю своєї тілесної самоідентичності. У якості структурних компонентів образу тілесного Я він виділяє такі: 1) фізичний; 2) психічний; 3) соціально-психологічний; 4) культурний [3].

Соколова Є. Т., на наш погляд, розглядає структуру тілесного Я логічніше, вона під образом тіла розуміє «складну комплексну єдність сприйняття, установок, оцінок, уявлень, пов'язаних з тілесною зовнішністю та з функціями тіла» [22].

Узагальнюючи, образ тіла має різне походження та складну структуру. Так, В. Шонфельд виділяє такі складові образу тіла: 1) актуальне суб'єктивне сприйняття тіла, як зовнішності, так і здатності до функціонування; 2) психологічні чинники, є результатом власного емоційного досвіду індивіда, як і спотворення концепції тіла, які у соматичних ілюзіях; 3) соціологічні чинники, пов'язані з тим, як батьки та суспільство реагують на індивіда; 4) ідеальний образ тіла, що полягає в установках по відношенню до тіла, своєю чергою, пов'язаних з відчуттями, сприйняттями, порівняннями та ідентифікаціями власного тіла з тілами інших людей.

1.3. Концептуальна теоретична модель взаємозв'язку образу тіла та розладів харчової поведінки

Взявши за основу розгоруті поняття харчової поведінки та сприйняття власного тіла, була сформована гіпотеза дослідження взаємозв'язку розладу харчової поведінки та сприйняття образу тіла:

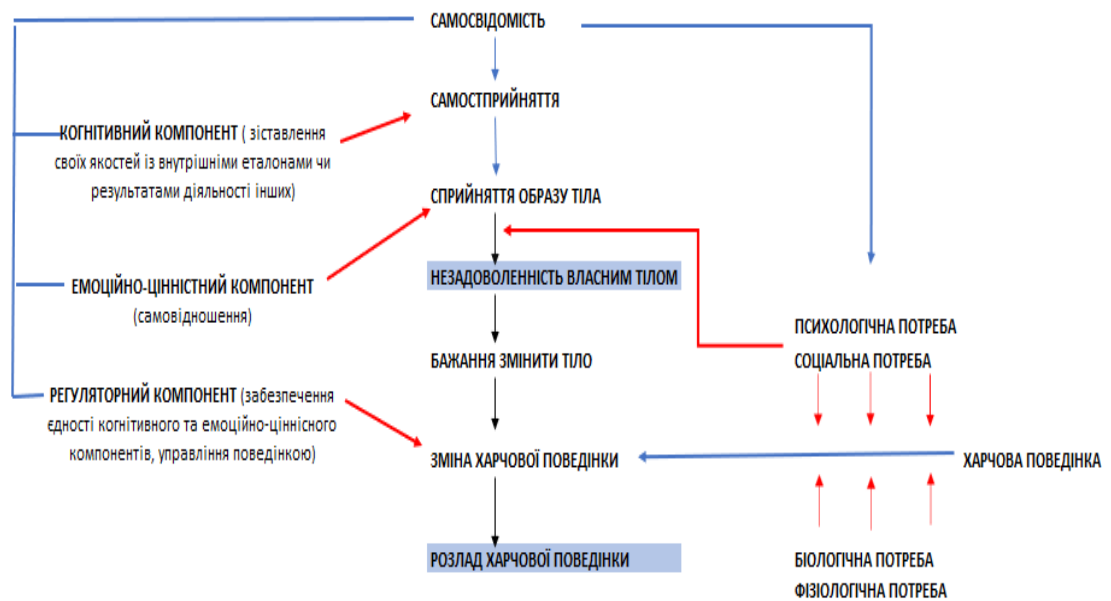


Рис. 1.1. Схема взаємозв'язків незадоволенням власним тілом та розладом харчової поведінки

Наш власний образ тіла впливає на нас самих, а також піддається впливу з боку всіх наших сприйнятів, переживань і дій. Людина, яка сприймає себе слабкою і тендітною, відрізняється від людини, яка сприймає себе сильною та спритною. Крім того, ми сприймаємо образи тіла людей. Досвід, переживання власного образу тіла та досвід, переживання тіла інших людей тісно переплітаються між собою. Так само, як наші емоції та дії невіддільні від образу тіла, так само і емоції та дії інших невіддільні від їхніх тіл [10]. Рухи тіла залежать від думок, установок та почуттів; у свою чергу, думки, установки та почуття знаходяться під впливом ритму та рухів тіла. Таким чином, фізичне тіло служить мостом між внутрішнім і зовнішнім досвідом.

Кожен дивився у дзеркало у той чи інший час, і йому не подобалося, як виглядає власне тіло чи як сидить на ньому одяг. Якщо у людини наявний розлад харчової поведінки, дослідження кажуть, що у неї, ймовірно, багато таких думок. Цей тип мислення пов'язаний із так званим поганим образом тіла, та може викликати психологічний дискомфорт.

«Ви не народжуєтеся, ненавидячи своє тіло», - говорить Саманта Декар. Вона є помічником клінічного директора в центрі Ренфрью, який спеціалізується на лікуванні розладів харчової поведінки. Вона каже, що поганий образ тіла – це «те, чого ви навчаєтесь» з того, як люди навколо вас говорять про себе та інших. Це може створити довгострокові наслідки – хороші чи погані – на те, як ви бачите себе.

У жінок із розладами харчової поведінки суб'єктивне сприйняття свого тіла має негативний характер. Часто це є ініціальним фактором першої дієти та запуском циклу переїдання-обмеження та, як наслідок, початком проблем із харчовою поведінкою є образ тіла.

Розлад прийому їжі (розлад харчової поведінки) – психогенно зумовлений поведінковий синдром, пов'язаний з порушеннями в прийомі їжі.

Основні ознаки розладів прийому їжі – це надмірні побоювання збільшення ваги; значні зусилля щодо контролю за вагою (сувора дієта, викликання блювоти, прийом проносних, надлишкові фізичні вправи); заперечення суб'єктивної значущості проблеми ваги та прийому їжі [4]. Виділяють кілька видів розладів їжі, такі як нервова анорексія, нервова булімія, переїдання, блювання.

Нервова анорексія – розлад прийому їжі, що характеризується значно зниженою вагою тіла, що навмисно викликається або підтримується самим пацієнтом, з метою схуднення або для профілактики зайвої ваги.

У пацієнтів з нервовою анорексією зазвичай виявляють такі симптоми: суворе обмеження прийому їжі, незважаючи на невелику вагу тіла, спотворення образу свого тіла (безпідставна переконаність у своїй повноті), аменорея. Виділяють також атипову нервову анорексію, коли відсутні одна або більше з ключових ознак нервової анорексії, такі як аменорея або значна втрата ваги, але в іншому клінічна картина є типовою. Анорексію головним чином лікують амбулаторно, але при наполегливій відмові від їжі і наростаючому занепаді харчування (кахексії) вдаються до стаціонарного лікування.

Оскільки нервова анорексія значно впливає на психіку людини, одужання йде важко, навіть якщо хворому надають необхідну допомогу.

Нервова булімія – розлад прийому їжі, для якого характерні повторні напади переїдання та надмірне занепокоєння контролюванням маси тіла.

Діагнозу «булімія» відповідають такі критерії: регулярні напади надмірного переїдання, блювання, використання проносних препаратів (очисний тип булімії), надмірні фізичні навантаження.

Напади надмірного переїдання відбуваються в середньому двічі на тиждень, протягом трьох місяців або більше.

Булімія переважно є проблемою дорослого покоління. Найчастіше нею страждають жінки 30-60 років (приблизно в 90% випадків).

На ранніх стадіях розвитку розладу сприяє депресія або якась неприємна подія. Пізніше надмірне переїдання стає запланованою подією. Приступ звичайно починається з почуття крайньої напруги, яке тимчасово компенсується поглинанням їжі. Потім слід почуття провини і каяття разом зі страхом перед ожирінням.

На відміну від анорексії, у людей, які страждають на булімію, вага зазвичай знаходиться в межах норми для їх віку і зросту. Але, як і люди з анорексією, вони відчувають страх набрати вагу і незадоволені розмірами і формою тіла.

Безперечно, у разі розладу харчової поведінки спостерігається спотворене сприйняття дійсності, що стосується зокрема сприйняття власного тіла. З огляду на це, можна з'ясувати, що люди, які страждають на розлади харчової поведінки, мають негативний характер сприйняття власного тіла.

Отже, бачимо, що образ тіла жінок, які страждають на розлад харчової поведінки, найчастіше спотворений і характеризується ригідністю, нереалістичністю, завищеними вимогами до себе та відсутністю турботи про своє тіло. Формування спотвореного образу тіла та порушень харчової поведінки може бути обумовлене впливом соціальних стереотипів про

стандарти краси, також фактором ризику виникнення порушення харчової поведінки та незадоволеності тілом є перфекціонізм. Жінки, які страждають на порушення харчової поведінки, свою зовнішність часто розглядають як джерело всіх своїх труднощів, і переносять психологічні проблеми в області тілесного.

Порушення харчової поведінки можна визначити як один із багатьох можливих випадків сучасної патологізації нормального жіночого тіла. Зокрема, С. Орбах розглядає порушення харчової поведінки як доступний спосіб жінкам висловити незадоволеність своїм становищем у суспільстві. Американський психолог Р. Гордон стверджує, що булімія – це соціальна епідемія, внутрішній конфлікт відчувається жінками. Жінки, які страждають на булімію, потрапляють під тиск суперечливих культурних вимог, що примушують до інтеграції суперечливих цінностей успіху і влади. Згідно з даними концепціями, поява особливого способу життя, як спроби самостійно здійснювати контроль за своїми тілесними проявами, інтерпретується в медичному дискурсі як «порушення харчової поведінки», що дозволяє виключити «незручні» та ненормативні тіла таких жінок та позбавити їх можливості висловити свої переживання [8].

Проаналізувавши взаємозв'язок розладів харчової поведінки із сприйняттям образу власного тіла, можна зробити висновок, що при порушенні харчової поведінки спостерігається спотворене сприйняття реальності, що стосується і сприйняття власного тіла.

Вивчення проблеми образу тіла та розладів харчової поведінки дозволяє говорити про важливість та гостроту цього питання. Дослідження проблеми сприйняття тіла у психології є складним і відносно новим і, як наслідок, мало розробленим напрямком.

Незважаючи на яскраву симптоматику та чіткі, добре вивчені діагностичні критерії, порушення харчової поведінки все ще залишаються складними станами. Зокрема, це обумовлено тим, що достатня кількість описаних у науковій літературі характерологічних особливостей осіб з

харчовими порушеннями чітко не систематизовано. Вирішення цієї проблеми представляється нам у вивченні структури самосвідомості при розладах прийому їжі, оскільки ключовими психопатологічними характеристиками тут є недостатня когнітивно-особистісна диференціація, що зумовлює порушення образу «Я», наявність жорстких стереотипів щодо їжі та сприйняття себе та у взаємодії з оточуючими [27]. Такий підхід до вивчення порушень харчової поведінки дає цілісне та прогностичне розуміння даних розладів.

Сучасне уявлення про структуру самосвідомості ґрунтується на єдності трьох його сторін – когнітивної, емоційної та поведінкової. Дана трикомпонентна структура з невеликими модифікаціями запропонована такими авторами, як Р. Бернс, І. С. Кон, В. С. Мерлін, В. В. Столін, І. І. Чеснокова, А. К. Болотова, О. В. Селезньова, Є. Т. Соколова, Б. Б. Айсмонтас та ін. І. І. Чеснокова дає наступну характеристику кожної зі структурних одиниць самосвідомості:

- пізнавальний компонент знаходить вираз у самопізнанні;
- емоційно-ціннісний компонент проявляється щодо себе, у якому відбивається власне ставлення особистості, до того, що вона дізнається, розуміє, «відкриває» щодо самої себе;
- дієво-вольовий компонент відбивається у саморегуляції [24].

О. В. Селезньова вважає, що самосвідомість включає ряд таких взаємозалежних компонентів, як:

- когнітивний (порівняння себе з іншими людьми, зіставлення своїх якостей із внутрішніми еталонами чи результатами діяльності інших; оцінка ступеня неузгодженості цих двох величин);
- емоційно-ціннісний (самовідношення та самооцінка);
- регуляторний (забезпечення єдності когнітивного та емоційно-ціннісного компонентів, управління поведінкою) [19].

Довгий час соціальний і культурний вплив вважався причиною розладу харчової поведінки людини та сприйняття власного образу тіла. Соціальний і культурний тиск, орієнтація на ідеалізацію стрункости та фітнесу, при цьому

з негативом до надмірної ваги; основним джерелом є ЗМІ, сім'я, друзі та колеги.

Проблема сприйняття власної зовнішності все частіше стає предметом психологічних та медичних досліджень, оскільки ставлення до зовнішності є соціально-психологічним феноменом, що залежить як від особистісних якостей людини, так і від моди, характерної для соціальної групи, в якій вона проживає [5]. Особливо актуальною проблема зовнішності стає у підлітковому віці. Підліток інтенсивно вибудовує власну Я-концепцію, уявлення про себе та власну ідентичність, важливим компонентом яких є сприйняття та оцінка власної зовнішності.

Розлад харчової поведінки є широким спектром станів від обмежувальної поведінки до переїдання [7]. Для нервової анорексії – це втрата 15% і більше від нормальної ваги, аменорея, використання очисних та обмежувальних заходів з контролю харчування та корекції фігури. Для постановки діагнозу «нервова булімія» значущими є напади переїдання з наступним самовикликом блювоти.

У психологічних дослідженнях можна зустріти наступні визначення, що позначають доклінічні форми даних розладів: «найраніші ознаки порушень харчової поведінки», «схильність до порушень харчової поведінки», «ініціація розладів харчової поведінки» тощо. У нашій роботі ми виходимо з того, що психологічний аспект доклінічної феноменології порушень харчової поведінки – це певний момент життя суб'єкта, який якісно змінює структуру самосвідомості загалом.

На сьогоднішній день досить добре вивчені такі фактори ризику порушень харчової поведінки, до них відносять, наприклад: жіноча стать, підлітковий вік, наявність у сімейному анамнезі розладів настрою, зловживання психоактивними речовинами, сексуальне насильство, дезадаптивне сімейне виховання, знижену самооцінку, перфекціонізм, дисморфофобію (порушення образу тіла), надчутливість до соціальних стереотипів, ранній початок менархе та ін. [22]. Кожен із представлених

факторів тим чи іншим чином досліджувався і був описаний, тому сьогодні в арсеналі фахівців є достатньо інформації про психологічні особливості жінок (як основної групи ризику) з порушенням харчової поведінки.

Передусім розлад харчової поведінки характеризуються серйозним спотворенням сприйняття власного тіла, наявністю страху втрати контролю над вагою та використанням компенсаторних форм поведінки, які не є конструктивними за своєю природою та переслідують мету зниження ваги або запобігання збільшення маси тіла [12].

Простежено зв'язок та з'ясовано, що при оцінці розладу харчової поведінки потрібно доцільніше використовувати біопсихосоціальну модель, тобто приділяти увагу наступним феноменам [6]: сімейній ситуації, образу власного тіла, оцінці харчової переваги, стереотипам харчової поведінки, масі тіла та методам її контролю, думкам, які пов'язані з вживанням їжі, а також особливостям особистості та самооцінки.

Однак за даними диференціально-аналітичної концепції та теорії Н. Пезешкіана «Концепція CALDA», виявлено, що розлад харчової поведінки є однією з основних складових східної психологічної моделі цінностей, в межах якої виробляється власний образ власного тіла, також визначено, що образ тіла є компонентом самооцінки. В цій концепції висвітлена самооцінка та сприйняття образу тіла при харчовій поведінці та доведено, що вона є центральним фактором, що впливає на розлад харчової поведінки.

Самооцінка є сприйняттям людиною своїх внутрішніх здібностей, навичок, умінь – загалом всеосяжне почуття власної значимості.

Самооцінка визначає те, як людина живе, як вона розмовляє, з ким підтримує відносини, як вибирає кар'єрні шляхи розвитку, як будує соціальні зв'язки та влаштовує особисте життя. Образ тіла, з іншого боку, є сприйняттям зовнішнього вигляду.

Відтак, низька самооцінка природно призводить до неадекватно негативного сприйняття свого зовнішнього вигляду. Негативне сприйняття образу тіла спонукає розпочати «щось із цим робити», щоб «виправити» свій

зовнішній вигляд, що призводить до посилення симптомів розладу харчової поведінки. Спотворений «негативний» образ тіла, як правило, нормалізується, коли внутрішні проблеми з низькою самооцінкою виправляються.

Особливо важливо приділяти увагу нормалізації самооцінки у періоди стресу, пригніченості та підвищеної емоційної чутливості. Можливо, що для деяких людей підвищення самооцінки може здатися складним і важким завданням, хоча ці способи насправді прості і доступні кожному.

І також, самооцінка впливає на симптоми порушень харчової поведінки та на образ власного тіла. Тому рекомендують робити акцент на заходах із підвищення самооцінки як таких, що є пріоритетними особливо тоді, коли людина пригнічена, чутлива або відчуває смуток, або в цілому почувається не так добре, як зазвичай. Свідоме підвищення самооцінки є важливим чинником одужання при розладі харчової поведінки.

Висновки до розділу 1

Отже, можна зробити висновок, що образ тіла та тілесність є важливими об'єктами дослідження у сучасній психології, у зв'язку з тим, що досі немає цілісного підходу до їх вивчення та розуміння.

Існують різні підходи до розуміння тілесності та образу тіла. Одні дослідники дотримуються феноменологічного підходу і кажуть про неможливість емпіричного пізнання цих феноменів. Інші говорять про те, що тілесність та образ тіла можна і потрібно емпірично досліджувати. Образ тіла – це динамічна структура, що змінюється з віком та у процесі соціалізації.

В загальному, харчова поведінка спрямована на задоволення як біологічних і фізіологічних, так і психологічних та соціальних потреб людини. Тобто, раціональне харчування – фізіологічно повноцінне харчування здорових людей з урахуванням їх статі, віку, характеру праці, етнічних, регіональних і генетичних чинників. При цьому, прийнято

розділяти гармонійну (адекватну) харчову поведінку та харчову поведінку із відхиленнями (девіантну).

Як показують численні дослідження і проведений нами теоретичний аналіз літературних джерел, порушення харчової поведінки є багатогранною поведінковою проблемою сучасної медицини та психології. Основними ж її причинами стають біологічні, соціальні та психологічні чинники.

Розлади харчової поведінки – це складна та актуальна проблема у сучасному соціумі. Спираючись на знання про види та причини виникнення розладів харчової поведінки, вивчаючи літературу авторів, що досліджують цю проблему, можна проводити роботи з виявлення даного психологічного порушення у індивідів.

Ще ми дізналися, що самосвідомість включає ряд таких взаємозалежних компонентів, як: когнітивний (порівняння себе з іншими людьми, зіставлення своїх якостей із внутрішніми еталонами чи результатами діяльності інших; оцінка ступеня неузгодженості цих двох величин); емоційно-ціннісний (самовідношення та самооцінка); регуляторний (забезпечення єдності когнітивного та емоційно-ціннісного компонентів, управління поведінкою).

Самооцінка є сприйняттям людиною своїх внутрішніх здібностей, навичок, умінь – загалом всеосяжне почуття власної значимості.

При цьому варто враховувати, що соціальне оточення людини, особливо в дитячому віці, відіграє вкрай важливе значення для формування самосвідомості особистості, в тому числі і в питаннях самосприйняття свого тіла, і в питаннях харчової поведінки в загальному.

Виявилось, що розлад харчової поведінки з образами власного тіла, при порушенні харчової поведінки спостерігається спотворене сприйняття реальності, що стосується сприйняття власного тіла.

РОЗДІЛ II

ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЗІ СПРИЙНЯТТЯМ ОБРАЗУ ТІЛА У ЖІНОК ЗА МЕТОДИКАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА МЕТОДИКИ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА

2.1. Загальні принципи організації емпіричного дослідження

Задля аналізу специфічних психологічних особливостей харчової поведінки у жінок та її взаємозв'язку із сприйняттям власного тіла дослідження проводились за такими методиками: методика образу власного тіла О. А. Скугаревського та С. В. Сивухи, яка спрямована на виявлення рівня індивідуального прийняття образу власного тіла, Голландським опитувальником харчової поведінки (DEBQ) для виявлення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки, а також проведення анкетування.

До дослідження також було додано анкетування.

Анкетування є одним із найефективніших знарядь дослідження. Анкета складається в основному з альтернативних закритих питань, тобто питань, що включають всі можливі варіанти відповідей або підказок, з яких опитуваному необхідно вибрати ту, яка найбільше відповідає його думці, також анкетування може містити ряд питань, на які досліджувані повинні відповісти самостійно. Анкетування проводилося анонімно з кожною учасницею для одержання найбільш достовірної інформації. Дослідження є описовим, тобто передбачає опис окремих явищ та фактів. Загальна вибірка дослідження склала 37 жінок, віком від 18 до 54 років, що були відібрані випадковим чином.

Проведення анкетування було спрямовано, першочергово, на збір соціально-демографічних даних учасниць дослідження і включав в себе наступні запитання:

1. Вік учасника дослідження.
2. Зріст учасника дослідження (см).
3. Поточна вага (кг).
4. Основний вид діяльності.

5. Чи задоволені Ви своєю вагою? Останнє запитання, в свою чергу, мало 3 основні варіанти відповіді: «Так», «Ні, хочу схуднути», «Ні, хочу набрати вагу».

Все опитування проводилось за допомогою використання форми Google-опитування в інтернеті. Участь у дослідженні була на добровільній основі.

На основі отриманих в процесі опитування фізіологічних даних учасниць нами також був розрахований індекс маси тіла кожної з опитаних жінок [8].

Індекс маси тіла (англ. body mass index (BMI), ІМТ) – це величина, що дозволяє оцінювати ступінь відповідності маси тіла людини і її зросту. Це дає можливість оцінити, чи є маса тіла недостатньою, нормальною чи перебільшеною. Досить часто такі показники є необхідними при визначенні особливостей лікування. По-перше, розрахувати індекс маси тіла пропонує лікар при підозрі на ожиріння та харчові розлади для точної постановки діагнозу та призначення відповідного лікування. По-друге, підрахунок ІМТ необхідний для того, щоб контролювати свою вагу, коригувати її і у разі відхилення від норми вживати відповідних заходів.

Офіційно використовується формула ІМТ, розроблена ще в середині ХІХ століття Адольфом Кетле – соціологом та статистиком із Бельгії.

Вона враховує два параметри – зріст і вагу, що робить її ідеально простою для виявлення зайвих чи відсутніх до норми кілограмів. Протягом багатьох десятиліть застосовують саме її.

Виглядає формула розрахунку Кетле наступним чином:

$$I = \frac{m}{h^2}$$

Відповідно до цієї формули, щоб вирахувати індекс маси тіла, потрібно свою вагу в кілограмах (m) розділити на свій зріст у метрах, зведений у квадрат (h^2).

Приклад:

$$m \text{ (вага)} = 80 \text{ кг};$$

$$h \text{ (зріст)} = 1,6 \text{ м};$$

$$\text{зводимо метри квадрат: } 1,6 \times 1,6 = 2,56;$$

$$I = 80/2,56 = 31,25.$$

Цей показник порівнюємо з діапазоном, який свідчить про ступінь дефіциту маси тіла або ожиріння згідно із таблицею.

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я розроблена наступна інтерпретація показників індексу маси тіла.

Табл. 2.1.

Інтерпретація показників індексу маси тіла

Індекс маси тіла	Відповідність між масою тіла людини і її зростом
16 і менше	Виражений дефіцит маси тіла, виснаження
16 – 18,5	Недостатня (дефіцит) маса тіла
18,5 – 25	Норма
25 – 30	Зайва вага, надмірна маса тіла (передожиріння)
30 – 35	Ожиріння 1 ступеня
35 – 40	Ожиріння 2 ступеня
40 і більше	Ожиріння 3 ступеня

Основною метою емпіричної частини даної роботи було дослідження та аналіз специфічних психологічних особливостей харчової поведінки у жінок та сприйняття власного тіла. Реалізовувалась дана мета завдяки поетапному вирішенню основних завдань, зокрема: проведення дослідно-експериментальної роботи за методиками дослідження харчової поведінки та методики образу власного тіла, а також висвітлення взаємозв'язку образу тіла та розладів харчової поведінки.

Після збору всього масиву емпіричних даних, їх аналізу і інтерпретації здійснювався також кореляційний аналіз отриманих даних.

Поняття «кореляція» вперше використав французький палеонтолог Ж. Кюв'є. Він вивів «закон кореляції 17-ти частин органів», який дозволив здійснити відновлення по знайденим частинам тіла образу всієї людини. У статистику цю категорію запровадив англійський біолог та статистик Ф. Гальтон.

Кореляційний аналіз — це статистичне дослідження (стохастичної) в залежності між випадковими величинами (англ. correlation — взаємозв'язок). У найпростішому випадку досліджують дві вибірки (набори даних), у загальному — їх багатовимірні комплекси (групи).

Основна роль кореляційного аналізу полягає у виявленні зв'язку між двома або більше досліджуваними змінними. Цей зв'язок розглядають як спільну узгоджену зміну двох досліджуваних характеристик. Подібна мінливість може мати три основні характеристики, включаючи форму, напрямок і силу. Залежно від форми кореляційний зв'язок може бути лінійним або нелінійним. Найбільш зручне визначення та інтерпретації кореляційного зв'язку є лінійна форма. Для цього у кореляційного зв'язку виділяють два базові напрями: позитивний («прямий зв'язок») і негативний («зворотній зв'язок»). Показник сили зв'язку здатний безпосередньо вказувати, наскільки яскраво виявлено спільну мінливість досліджуваних змінних. У психології функціональний взаємозв'язок явищ емпірично визначається як імовірнісний зв'язок відповідних ознак.

Основною метою здійснення кореляційного аналізу є виявлення, чи існує істотна залежність однієї змінної від інших.

Виділяють такі головні завдання кореляційного аналізу:

1. Оцінка за вибірковими даними коефіцієнтів кореляції.
2. Перевірка значущості вибіркових коефіцієнтів кореляції або кореляційного відношення.
3. Оцінка близькості виявленого зв'язку до лінійного.

Отже, при цьому варто враховувати, що кореляція відображає лише лінійну залежність величин, але не відображає їх функціональної зв'язаності. Наприклад, якщо обчислити коефіцієнт кореляції між величинами $A = \sin(x)$ та $B = \cos(x)$, він буде наближений до нуля, тобто залежність між величинами відсутня. Між тим, величини A та B очевидно зв'язані між собою за законом $\sin^2(x) + \cos^2(x) = 1$.

Лінійний кореляційний зв'язок для емпіричних даних, виміряних за шкалою інтервалів або відношень, оцінюється за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона r_{xy}

де X_i і y_i – значення змінних X і Y ;

\bar{x} і \bar{y} – середні X і Y ; n – обсяг вибірки.

Визначено декілька основних видів кореляційного зв'язку. Так, наприклад, якщо підвищення рівня однієї змінної супроводжується підвищенням рівня іншої, то йдеться про позитивну кореляцію або прямий зв'язок. Якщо ж зростання однієї змінної супроводжується зниженням значень іншої, то маємо справу з негативною кореляцією або зворотним зв'язком. Нульовою називається кореляція за відсутності зв'язку змінних. Проте нульова загальна кореляція може свідчити лише про відсутність лінійної залежності, а не взагалі про відсутність будь-якого статистичного зв'язку.

Крім того, використання кореляційного аналізу можливе у випадку наявності достатньої кількості випадків для вивчення: для конкретного типу коефіцієнту кореляції вона становить від 25 до 100 пар спостережень.

Головною гіпотезою нашого дослідження було твердження, що прийняття образу власного тіла взаємопов'язане зі схильністю до розладів харчової поведінки у жінок, а саме незадоволення власним тілом відповідає схильності до розладів харчової поведінки.

Також можна тут зазначати, що крім того, порушення харчової поведінки складне для емпіричного вивчення з причин проблеми психодіагностики субклінічних форм, сильного прагнення пацієнтів

спотворювати або приховувати симптоми свого захворювання, а також через нечіткість і неоднозначність симптомів власного тіла.

2.2. Емпірична модель дослідження

З метою дослідження специфічних психологічних особливостей харчової поведінки у жінок та її взаємозв'язку із їх сприйняттям свого власного тіла було проведене емпіричне дослідження із використанням двох основних методик: Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ), розробленого голландськими психологами [27] та Методики образу власного тіла О. А. Скугаревського та С. В. Сивухи для дослідження рівня прийняття образу власного тіла [7].

Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) – опитувальник, розроблений голландськими вченими у 1987 році, а саме Тетяною ван Стрієн. Він дозволяє виявити тип харчової поведінки та причини, пов'язані з розладом харчової поведінки та зайвої ваги. В ньому виділяється три основні причини. Перша – регулярні обмеження себе в їжі, підвищений контроль своїх бажань, боротьба з вагою, апетитом, результатом є багато дієт з постійними зривами (обмежувальна харчова поведінка). Друга — звичка заїдати емоції, їжа є способом заспокоїти емоційний стан (емоційна харчова поведінка). Третя – прагнення жорстко обмежувати себе в їжі (екстернальна харчова поведінка) [13]. Пройшовши тест (це займає всього 10 хвилин), можна дізнатися, через що жінки переїдають, і зрозуміти, що потрібно робити для вирішення цієї проблеми. Незалежно від типу, практично всі причини неправильного харчування, зайвої ваги є психологічними і психолог за харчовою поведінкою може допомогти змінити будь-яке відхилення у харчуванні чи вазі людини.

Метою створення даного опитувальника було отримання простого та валідизованого інструменту для якісної та кількісної оцінки розладів харчової поведінки, пов'язаних з переїданням та супроводжуваним його

ожирінням, та диференційованого вироблення стратегії клінічної роботи з пацієнтами [9].

Досліджуваному пропонується швидко і правдиво відповісти на декілька запитань, що стосуються його харчування. Загалом опитувальник містить 33 питання із 5 варіантами відповідей (від «ніколи» до «дуже часто»). Для подальшої обробки і інтерпретації отриманих результатів необхідно підрахувати відповідні суми балів, де за кожну відповідь «ніколи» піддослідний отримує 1 бал, «досить рідко» - 2 бали, «інколи» - 3 бали, «часто» - 4 бали, і за відповідь «дуже часто» - 5 балів. При цьому, у питанні 31 необхідно провести зворотній підрахунок. В подальшому всі отримані бали сумуються і поділяються за наступною схемою:

- питання від 1 до 10 – сумуються і поділяються на 10;
- питання від 11 до 23 – сумуються і поділяються на 13;
- питання від 24 до 33 – сумуються і поділяються на 10.

Питання 1-10 представляють шкалу обмежувальної харчової поведінки, що характеризується навмисними зусиллями, спрямованими на досягнення або підтримання бажаної ваги у вигляді самообмеження в харчуванні.

Питання 11-23 представляють шкалу емоційної харчової поведінки, у якому бажання поїсти виникає у відповідь негативного емоційного стану.

Питання 24-33 представляють шкалу екстернальної харчової поведінки, у якому бажання поїсти стимулює не справжнє почуття голоду, а зовнішній вигляд їжі, її запах, текстура чи вид інших людей, які приймають їжу.

Отримані 3 числа характеризують харчову поведінку людини. При цьому, розділяють такі основні види харчової поведінки.

Обмежувальна (дієтична) харчова поведінка.

Норма за цією шкалою становить 2,4. Якщо результат становить стільки ж, трохи менше або трохи більше – це означає, що у людини немає проблем з обмеженнями в їжі, вона дозволяє собі їсти вільно і при цьому харчується досить розумно.

Якщо отриманий результат перевищує норму – швидше за все, людина є «обережним» або «професійним» їдаком, і це означає, що відносини із їжею далекі від гармонійних. Скоріш за все, людина боїться їсти, щоб не набрати вагу або керуючись міркуваннями «корисності».

Якщо отриманий результат значно нижчий за норму – це говорить про те, що людина їсть безконтрольно, без обмежень, погано усвідомлюючи, що і як їсть. Найчастіше низький результат за цією шкалою поєднується з підвищенням за двома іншими шкалами і також означає порушення харчової поведінки.

Дієтична харчова поведінка, її так називають коли надлишкові харчові та безсистемні самообмеження занадто строгі за дієти. Занадто строгі дієти не можуть застосовуватися довгий час і досить швидко змінюються періодами ще сильнішого переїдання. В результаті такої поведінки людина перебуває в постійному стресі – під час самообмежень вона страждає від сильного голоду, а під час переїдання вона страждає від того, що знову набирає вагу, і всі її зусилля були марні.

Емоційна нестабільність, що виникає під час застосування суворих дієт, дістала назву «дієтичної депресії». «Дієтичною депресією» умовно називають цілий комплекс негативних емоцій, який виникає в період дотримання суворих дієт. Він проявляється у вигляді підвищеної дратівливості та стомлюваності, почуття внутрішньої напруги та постійної втоми, агресивності та ворожості, тривожності, зниженому настрої, пригніченості. «Дієтична депресія» через виражений емоційний дискомфорт призводить до відмови від подальшого дотримання дієти і до рецидиву захворювання.

Результати обробки даних за методиками в програмі Джамові дозволяють визначити рівень надійності методик по 2 коефіцієнтам надійності, а саме коефіцієнти альфа Кронбаха та Макдоналда.

Коефіцієнт Кронбаха та Макдоналда для запитань стосовно обмежувального типу харчової поведінки вище 0,8, що свідчить про високу надійність.

	Cronbach's α	McDonald's ω
Показник надійності	0.842	0.857

Рис. 2.1. Показники надійності методики стосовно обмежувального типу РХП

Емоціогенна харчова поведінка.

Норма за цією шкалою складає 1.8. Якщо отриманий результат відповідає нормі – це говорить про те, що людина не схильна заїдати емоції. Якщо отримана цифра вища за норму – скоріш за все, такій людині складно долати емоції, не вдаючись до допомоги їжі. Їжа в такому випадку в житті людини не ворог, а втішник, психотерапевт та друг. Такий харчовий стиль – «емоційний їдок».

Гіперфагічна реакція (переїдання) на стрес, або, по-іншому, емоціогенна їжа, як харчове порушення проявляється тим, що при психоемоційній напрузі, хвилюванні або відразу після закінчення дії фактора, що спричинив стрес, у людини різко посилюється апетит, і виникає бажання поїсти.

Таким чином, при цьому типі порушення харчової поведінки стимулом до їжі стає не голод, а емоційний дискомфорт: людина їсть не тому, що голодна, а тому, що неспокійна, тривожна, роздратована, у неї поганий настрій, вона пригнічена, скривджена, роздратована, розчарована, зазнала невдачі, їй нудно, самотньо, відчуття порожнечі або вона втомилася. Іншими словами, при емоціогенній харчовій поведінці людина заїдає свої прикрощі та нещастя, заїдає свій стрес. Найчастіше, при цьому люди їдять все підряд, хоча найчастіше перевага в цьому стані надається жирним та солодким продуктам.

Продукти харчування у людей з емоціогенною харчовою поведінкою є своєрідними ліками, тому що дійсно приносять цим людям не лише насичення, а й заспокоєння, задоволення, релаксацію, знімають емоційну напругу та підвищують настрій.

Щодо надійності запитань стосовно емоціогенної харчової поведінки нами були отримані наступні результати.

Коефіцієнт Кронбаха та Макдоналда для запитань стосовно емоціогенного типу харчової поведінки вище 0,9, що свідчить про дуже високу надійність.

	Cronbach's α	McDonald's ω
Показник надійності	0.960	0.961

Рис. 2.2. Показники надійності методики стосовно емоціогеного типу РХП

Екстернальна харчова поведінка.

Норма за цією шкалою – 2,7. Якщо результат нижчий за дану норму – людина не схильна переїдати в соціальних ситуаціях або тому, що їжа знаходиться на видному місці і доступна. Якщо вище норми – то, швидше за все, людина «безвідмовний» їдок, якому складно зупинитися, почавши їсти, складно втриматися, побачивши смачну або в принципі будь-яку їжу. Такі люди зазвичай вважають, що їм не можна мати вдома смачної їжі, оскільки вона буде з'їдена в перший день після покупки, і за вечерею з друзями з'їдають істотно більше, ніж на самоті.

Виявляється підвищеною реакцією не на внутрішні стимули (голод) до їди (рівень глюкози та вільних жирних кислот у крові, порожній шлунок), а на зовнішні: вітрина продуктового магазину, добре накрытий стіл, реклама харчових продуктів. Іншими словами, людина «їсть очима» - побачила,

значить з'їла. Саме ця особливість лежить в основі переїдання «за компанію», перекушування на вулиці, надлишкового прийому їжі в гостях, покупки зайвих продуктів у магазині. При екстернальному переїданні складно пройти повз кіоск з морозивом або пиріжками, зазвичай з'їдається вся коробка цукерок, немає можливості відмовитися від частування.

Крім зорових аналізаторів, що реагують на апетитні продукти, можуть включатися і слухові (почув, як хтось смачно поглинає їжу, або прослухав рекламу продуктів), і нюхові (смачно запахло з булочної, і не голодним, людина купує і з'їдає ароматну булочку), і смакові (починає їсти якийсь дуже смачний продукт і не може зупинитися), і навіть дотичні.

Основою підвищеного реагування на зовнішні стимули до їди є не тільки підвищений апетит, але й неповноцінне почуття насичення. Виникнення ситості запізнюється за часом і відчувається виключно як механічне переповнення шлунка. Саме через відсутність почуття ситості деякі люди готові їсти завжди, якщо їжа є доступною і трапляється їм на очі.

У цілому нині, пацієнти з порушеннями харчової поведінки зазнають великих труднощів у сфері самоконтролю, постійно впадаючи у крайності: вони або втрачають контроль під час епізоду переїдання, або виявляють надмірний контроль під час голодування. Відсутність бажання є або його заперечення змінюється безконтрольним імпульсивним прагненням поїсти, навіть без голоду. При втраті контролю за кількістю з'їденої їжі утворюється тенденція наїдатися до відчуття дискомфорту в переповненому шлунку. Послаблення контролю над ситуацією проявляється у порушенні загальноприйнятих правил їжі.

Результати надійності вивчення екстернальної харчової поведінки досліджуваних продемонстрували такі дані.

	Cronbach's α	McDonald's ω
Показник надійності	0.632	0.716

Додаткова Інформація. Питання 10 негативно корелює зі шкалою і можливо потребує реверсу

Рис. 2.3. Показники надійності методики стосовно екстернального типу РХП

Коефіцієнт Кронбаха та Макдоналда для запитань стосовно екстернального типу харчової поведінки нижче 0,7 свідчить про сумнівну надійність.

Якщо перевірити коефіцієнт за виключенням 10 питання, то надійність значно покращується (вище 0.7).

	Cronbach's α	McDonald's ω
Показник надійності	0.726	0.761

Рис. 2.4. Показники надійності методики стосовно екстернального типу РХП за виключенням запитання №10

Автори пропонують диференційований підхід до лікування хворих, які страждають на переїдання/ожиріння, 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 обмежувальній харчовій поведінці необхідно дієтологічне втручання.

Друга методика, за якою було проведене дослідження, це методика образу власного тіла О. А. Скугаревського та С. В. Сивухи, яка спрямована на виявлення рівня індивідуального прийняття образу власного тіла.

Дана методика є працездатним психометричним інструментом, що дозволяє оцінити ступінь незадоволеності зовнішністю як складового компонента образу тіла. Психометричні властивості даної методики дозволяють використовувати її у якості скринінгового інструменту в популяційних дослідженнях і в якості додаткового тесту в процесі клінічної діагностики.

У рамках когнітивної теорії психіки незадоволеність власним тілом прийнято виділяти як мінімум двома значущими компонентами: ступінь задоволеності своєю зовнішністю, який оснований на мисленні (оціночний компонент) та сприйняття форми та розмірів тіла (перцептивний компонент), які, мабуть, досить незалежні один від одного. Сприйняття розмірів тіла в структурі образу схильне до впливу безлічі ситуаційних факторів: афективного статусу, когнітивного змісту завдання, реакції оточуючих, практик споживання їжі, особливостей одягу. Але за результатами клінічних досліджень, перший компонент має значно більше значення в розвитку розладів харчової поведінки. Тобто, незадоволеність власним тілом має слабкий зв'язок із реальною зміною ваги і відчуттями, які виникають внаслідок цього процесу.

З точки зору авторів цієї методики, оціночний компонент ставлення до тіла відображає:

- глобальну оцінку тіла (задоволеність або незадоволеність вагою, формою тіла, специфічними його частинами);
- емоції і відчуття по відношенню до зовнішності;
- когнітивний аспект (переконання по відношенню до зовнішності, схема тіла);
- певна поведінка (наприклад, уникання дивитись на себе в дзеркало, зважуватись, відвідувати тренажерні зали) [28].

Позитивний образ визначає впевненість у спілкуванні та почуття внутрішнього комфорту, негативний – здатний призвести до соціальної відгородженості та тривожності індивіда.

Ця методика 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 спектру і використовують соціокультурні та когнітивно-біхевіорні моделі.

Складається дана методика із 16 пунктів-тверджень, спрямованих на діагностику незадоволеності власним тілом. На кожне твердження необхідно надати одну із запропонованих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «завжди».

В подальшому, при обробці результатів опитування, кожній з відповіді присвоювалось відповідна кількість балів, де відповідь «ніколи» - оцінювалась в 0 балів, відповідь «іноді» - оцінювалась в 1 бал, відповідь «часто» оцінювалась в 2 бали, і відповіді «завжди» нараховувалось 3 бали. В кінцевому результаті вираховувався один загальний бал.

Для підрахунку сирих балів необхідно було сумувати всі бали по всім пунктам шкал. Значення сирих балів 13 і вище свідчили про виражену незадоволеність власним тілом (чуттєвість = 0,75 і специфічність = 0,74). Максимально можливий бал за шкалою – 48.

Для більш швидшої і якісної обробки даних, а також для використання в статистичній модернізації в подальшому всі сирі дані переводяться в стени, відповідно до наступної таблиці:

Сирі бали	0	1-2	3-4	5-7	8-10	11-14	15-18	19-23	24 і більше
Стени	1	2	3	4	5	6	7	8	9

За дослідженнями методики образу власного тіла О. А. Скугаревського та С. В. Сивухи винайдені такі дані.

	Cronbach's α	McDonald's ω
Показник надійності	0.870	0.886

Рис. 2.5. Показники надійності методики

Як бачимо з рис. 2.5, коефіцієнт Кронбаха та Макдоналда Методики образу власного тіла О. А. Скугаревського та С. В. Сивухи також має високу надійність (вище 0.8).

Висновки до розділу 2

Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) дозволяє виявити який саме тип порушень харчової поведінки має людина, що дає можливість припустити причини, які приводять до розладу харчової поведінки.

Блоки запитань для емоціогенного і обмежувального типу РХП мають високий показник надійності. Блок запитань, який виявляє екстернальний тип поведінки, має показник в діапазоні «сумнівний», але якщо видалити запитання № 10 «Когда вы готовите пищу, часто ли вы её пробуете?», то показник підвищується до задовільного рівня. Можна припустити, що це запитання втратило актуальність порівняно із 1986 роком, коли методика була розроблена. Сучасна людина все менше повноцінно готує вдома.

Методика образу власного тіла О. А. Скугаревського та С. В. Сивухи, спрямована на виявлення рівня індивідуального сприйняття образу власного тіла, є працездатним психометричним інструментом, що дозволяє оцінити ступінь незадоволеності зовнішністю як складового компонента образу тіла. Психометричні властивості даної методики дозволяють використовувати її у

якості скринінгового інструменту в популяційних дослідженнях і в якості додаткового тесту в процесі клінічної діагностики. Також для цієї методики дослідженням було підтверджено високий рівень надійності.

Таким чином, для виявлення взаємозв'язку було обрано методики, які дозволять провести кореляційний аналіз у відповідності з визначеним завданням.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЗІ СПРИЙНЯТТЯМ ОБРАЗУ ТІЛА ЖІНОК

3.1. Аналіз і інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Провівши опитування і здійснивши емпіричний аналіз отриманих даних, було отримані наступні результати.

Основний масив учасниць дослідження мають вік від 18 до 54 року, при цьому більшість із них працює (57%), 27% навчається і працює, і 16% - тимчасово не працюють.

Проаналізувавши результати проведеного анкетування, маємо зазначити, що всі жінки, які взяли в ньому участь, мають переважно середній зріст (від 151 см до 180 см) і важать в межах від 47 до 120 кг. Тобто, емпірична вибірка дослідження включає як жінок із середнім рівнем ваги, адекватним стосовно їх зросту, так і жінок, що мають певні відхилення в сторону недоліку ваги, або ж її надлишку.



Рис. 3.1. Показники за даними анкетування

Додатково був проведений аналіз групи жінок, які бажають схуднути.

Виявлено, що із числа тих жінок, які б хотіли б схуднути, більшість – 15 осіб (63%), насправді мають нормальну вагу відповідно до їх зросту. В той же час, у 5 жінок (21%) дійсно наявні показники надмірної маси тіла (стадія передожиріння), а також у 2 жінок (8%) наявне ожиріння 2 ступеня і у 1 жінки (4%) – наявне ожиріння 1 ступеня. А у однієї жінки (4%), із тих, що зазначили в анкетних даних бажання схуднути, насправді наявна недостатня (дефіцитна) маса тіла. Найбільш крайні показники за аналізом визначення індексу маси тіла жінок із ознаками вираженого дефіциту маси тіла, як і ожиріння 3 (крайнього) ступеня – відсутні. Ці дані можуть свідчать про те, що бажання знизити вагу не залежить від об'єктивної потреби.



Рис. 3.2. Показники ІМТ жінок, які бажають схуднути у порівнянні з реальною необхідністю

За результатами методики Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ) спостерігається високий рівень показників вище норми

для всіх досліджених типів РХП, а саме обмежувальний (54%), емоціогений (57%), екстернальний (40,5%).

Показник обмежувальної харчової поведінки відповідає нормі у 8 опитаних жінок (22%). Це означає, що у лише у 8 із 37 досліджуваних немає проблем з обмеженнями в їжі. В той же час, у 20 осіб (54%), що становить переважну більшість, спостерігається «обережна» поведінка по відношенню до їжі. Скоріш за все, ці жінки бояться їсти, щоб не набрати вагу або керуючись міркуваннями «корисності». Також у 9 осіб (24%) були виявлені результати значно нижчі за норму. Це говорить про те, що ці жінки їдять безконтрольно, без обмежень, погано усвідомлюючи, що і як їдять.

Показник емоціогенної харчової поведінки відповідає нормі лише у 6 жінок (16%) із загальної чисельності опитаних. Це говорить про те, що ці жінки не схильні заїдати свої емоції. В той же час, більшості опитаних, а саме 21 жінці (57%) характерні складнощі із переопрацюванням власних емоцій, не вдаючись до допомоги їжі. Їжа в такому випадку в житті людини виступає як певний «втішник», «психотерапевт». Причому, цікавим фактом стало те, що серед опитаних жінок, у яких немає бажання змінювати свою вагу – взагалі відсутні підвищені показники емоційної харчової поведінки. Тобто, якщо піти від зворотнього, то можемо припустити, що саме прояв схильності до надмірного і не цілком контрольованого вживання їжі відповідає незадоволенню жінкою своєю вагою і прагнення схуднути.

Показник екстернальної харчової поведінки відповідає нормі у 15 опитаних жінок (40,5%). В той же час, у такої самої кількості жінок (40,5%), серед опитаних, відзначається безвідповідальне ставлення до вживання їжі, їм складно зупинитися, почавши їсти, складно втриматися, побачивши смачну їжу або просто їжу. Такі люди зазвичай вважають, що їм не можна мати вдома смачної їжі, оскільки вона буде з'їдена в перший день після покупки, і за вечерю з друзями з'їдають істотно більше, ніж на самоті. І лише у 7 опитаних жінок (19%) виявлена поведінка, що відображає

схильність не переїдати в соціальних ситуаціях або тому, що їжа знаходиться на видному місці і доступна.

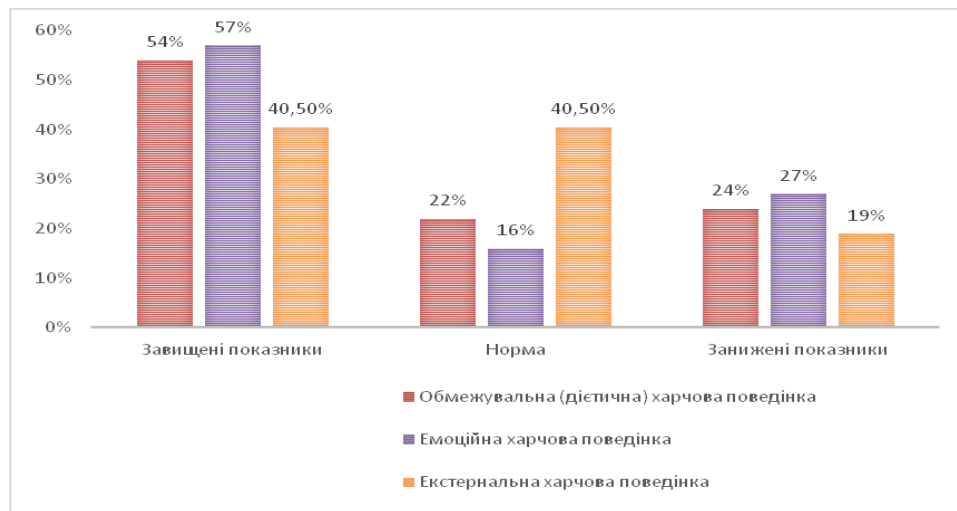


Рис. 3.3. Результати показників за окремими видами методики харчової поведінки (DEBQ)

Враховуючи, що метою магістерської роботи було дослідження та аналіз специфічних психологічних особливостей харчової поведінки у жінок та її взаємозв'язку зі сприйняттям власного тіла, для виявлення даної закономірності ми використали кореляційний аналіз отриманих даних. В результаті проведеного аналізу було виявлено, що кореляційний показник образу власного тіла та схильність до обмежувальної харчової поведінки складає 0,29 одиниць; кореляційний показник образу власного тіла та показники емоціогенної харчової поведінки складає 0,59 одиниць; а кореляційний показник образу власного тіла та показники екстернальної харчової поведінки складає 0,13 одиниць.

		Обмежувальна Харчова Поведінка	Емоціогенна Харчова Поведінка	Екстернальна Харчова Поведінка	Прийняття Образу власного тіла
Обмежувальна Харчова Поведінка	Pearson's r	—			
	p-value	—			
Емоціогенна Харчова Поведінка	Pearson's r	0.185	—		
	p-value	0.273	—		
Екстернальна Харчова Поведінка	Pearson's r	-0.054	0.271	—	
	p-value	0.752	0.104	—	
Прийняття образу власного тіла	Pearson's r	0.292	0.587 ***	0.127	—
	p-value	0.079	< .001	0.455	—

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Рис. 3.4. Показники кореляції різних типів харчової поведінки та сприйняття образу власного тіла

З трьох коефіцієнтів кореляції тільки один, а саме 0,59, вказує на наявність вираженої кореляції. На високу значимість кореляції для емоціогенної поведінки також вказує показник асимптотичної значимості p-value (<0.001). Сформований графік кореляції показника образу власного тіла та показника емоціогеного типу харчової поведінки візуалізує достатньо високу пряму кореляцію.

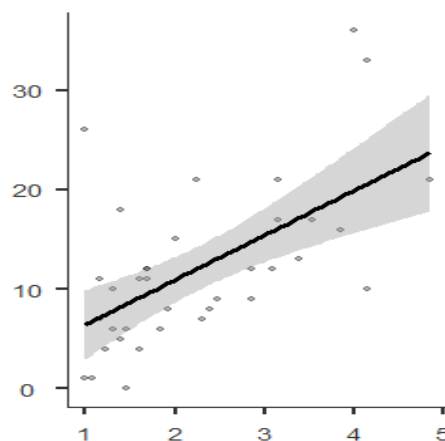


Рис. 3.5. Графік кореляції показників емоціогенної харчової поведінки та сприйняття образу власного тіла

Аналізуючи числову характеристику вірогідності зв'язку між розладами харчової поведінки та сприйняттям образу тіла, встановлено, що зв'язок між обмежувальною та екстернальною харчовою поведінкою із образом власного тіла мають слабку кореляцію, а емоціогенна харчова поведінка та сприйняття образу власного тіла прямо корелюють між собою.

В результаті проведеного нами емпіричного дослідження зазначена на початку дослідження гіпотеза була підтверджена частково, а саме ступінь незадоволення власним тілом прямо корелює ступеню схильності до емоціогеного типу розладу харчової поведінки і навпаки.

3.2. Рекомендації для попередньої самодіагностики РХП

Беручи до уваги високу актуальність для суспільства зростання розладів харчової поведінки серед жінок, ключовим питанням запобігання цим розладам та їх розвитку є вчасна діагностика і профілактика.

Важливим аспектом виявлення захворювання є самодіагностика ознак РХП. Саме самоспостереження може допомогти жінці вчасно звернутися до спеціаліста з корекції РХП.

На що слід звернути увагу жінок для вчасного самостійного виявлення ознак, що можуть вказувати на можливу схильність або наявність до РХП:

- обмеження харчування, якщо воно зумовлене бажанням відповідати «ідеалу»;
- слідкування за організацією харчової поведінки наступним чином: уникнення прийомів їжі, конкретного виду їжі, історія дієтичного харчування; психологічна стурбованість їжею;
 - надмірне занепокоєння вагою тіла;
 - занепокоєння щодо форми тіла;
 - страх набрати вагу;
 - частота та інтенсивність неконтрольованого переїдання;

- інтенсивність та періодичність можливих компенсаторних способів (викликання блювоти, виснажливі фізичні навантаження);

- наявність надцінної ідеї, пов'язаної з ідеальним тілом

Базуючись на результатах дослідження, ми можемо стверджувати, що при виявленні незадоволеності своїм тілом у жінок є велика вірогідність наявності або схильності до РХП емоціогеного типу.

Тому ми можемо додати ще один пункт до цього списку, а саме:

- негативний характер ставлення до образу власного тіла.

Доречною додатковою інформацією може бути список ознак незадоволеності своїм тілом:

- уникання дзеркал;

- відчуття сорому за те, як виглядає жінка в соціумі, публічних місцях, особливо на пляжі, басейні, де тіло найменше захищене одягом;

- намагання видкорегувати пропорції свого тіла некомфортним одягом (наприклад покупка одягу на розмір менше)

- вибір одягу не по принципу подобається або не подобається, а з метою максимально приховати особливості тіла (мішкуватий одяг)

- небажання доглядати за собою;

- уникання тілесного контакту;

- небажання торкатися себе.

Щоб привернути увагу жінок, цю інформацію може бути розповсюджено:

- у засобах масової інформації (популярні жіночі журнали, сайти з жіночою цільовою аудиторією)

- в медичних і косметологічних установах

- в спортивних закладах

Інформація має містити чітке повідомлення, а саме порада за наявності подібних ознак звернутися до спеціаліста по РХП.

З огляду на те, що нами встановлено прямопропорційну кореляцію в дослідженні, буде доречним також розробити рекомендації для психотерапевтів, які працюють з розладами РХП, а саме: при виявленні ознак розладу РХП емоціогенного типу виникає необхідність також протестувати рівень незадоволеності своїм тілом з метою подальшої корекції в напрямку більш позитивного.

Для такого тестування може бути використана та ж сама методика що і в нашому дослідженні – Методика образу власного тіла О. А. Скугаревського та С. В. Сивухи

Такий комплексний підхід до діагностики може сприяти зниженню рівня самокритики і негативного емоційного стану, що в свою чергу може суттєво покращити стан жінки і сприяти кращому результату психотерапії.

Висновки до розділу 3

За підсумками проведеного емпіричного дослідження було встановлено, що відповідно до результатів анкетування, більшість опитаних жінок не задоволені своєю вагою і бажали б схуднути. Причому, із числа тих жінок, які не задоволені своєю вагою і хотіли б схуднути, більшість насправді мають нормальну вагу відповідно до їх зросту. В той же час у 21% з даної категорії опитаних дійсно наявні показники надмірної маси тіла (стадія передожиріння), у 8% наявне ожиріння 2 ступеня і у 4% – наявне ожиріння 1 ступеня. Окрім цього, у 4%, із тих, що зазначили в анкетних даних бажання схуднути насправді наявна недостатня (дефіцитна) маса тіла. Найбільше ж крайні показники за аналізом визначення індексу маси тіла жінок із ознаками вираженого дефіциту маси тіла, як і ожиріння 3 (крайнього) ступеня – взагалі відсутні серед опитаної категорії.

Результати інтерпретації та аналізу отриманих даних за методикою Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ) показали, що лише у 22% досліджуваних немає проблем з обмеженнями в їжі, вони

дозволяють собі їсти вільно і при цьому харчуються досить розумно. В той же час, у 54% опитаних спостерігається «обережна» (контрольована) поведінка по відношенню до їжі, і у 24% були виявлені результати значно нижчі за норму, що говорить про те, що ці жінки їдять безконтрольно, без обмежень, погано усвідомлюючи, що і як їдять.

Також було з'ясовано, що лише у 16% із загальної чисельності опитаних не спостерігається відхилень у емоціогеній харчовій поведінці, в той час як у більшості опитаних були виявлені складнощі із подоланням власних емоцій, не вдаючись до допомоги їжі.

Результати Методики образу власного тіла О. А. Скугаревського та С. В. Сивухи показали, що більшість з опитаних жінок відчувають задоволення від образу власного тіла.

Проведений кореляційний аналіз показників задоволеності власним тілом і окремих показників розладу харчової поведінки у жінок існує певний взаємозв'язок. Зокрема, зв'язок між обмежувальною та екстернальною харчовою поведінкою у порівнянні із образом власного тіла мають дуже слабку кореляцію. Харчова поведінка емоціогеного типу із образом власного тіла достатньо значимо корелюють між собою. Отже, можемо підсумувати, що в результаті проведеного нами емпіричного дослідження зазначена на початку дослідження гіпотеза була підтверджена частково: прийняття образу власного тіла у жінок корелює тільки з одним із типів РХП із трьох існуючих, а саме зі схильністю до емоційного розладу харчової поведінки.

Отже, аналіз всіх отриманих даних дає нам можливість стверджувати, що сприйняття жінкою образу власного тіла не залежить насправді від її зовнішніх антропологічних даних, таких як зріст або вага. І в той же час, прояв окремих видів психологічних особливостей її харчової поведінки, зокрема задоволеність нею своєю зовнішньою статурою, відображає кореляційний зв'язок із емоційною харчовою поведінкою жінки.

Також на підставі результатів нашого дослідження було сформовано рекомендації щодо самодіагностики жінок, що говорить про практичну значимість дослідження.

ВИСНОВКИ

Харчову поведінку ми розуміємо як ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стійкий стереотип харчування в різних умовах. Також в багатьох випадках харчова поведінка враховує ставлення до образу власного тіла, і навіть включена в діяльність із формування відповідності тіла до умовного бажаного стандарту образу тіла. Також харчова поведінка людини є комплексним поняттям, що включає індивідуальні установки та форми поведінки людини, її звички і емоції, по відношенню до їжі. Це сукупність таких форм поведінки, що включають режим (частоту, розподіл в часі), темп (швидкість) їжі, надання переваги окремим видам продуктів, спонукальні причини до їди та суб'єктивне ставлення до процесу харчування в цілому.

В загальному, харчова поведінка має бути спрямована на задоволення як біологічних і фізіологічних, так і психологічних та соціальних потреб людини. Тобто, раціональне харчування – фізіологічно повноцінне харчування здорових людей з урахуванням їх статі, віку, характеру праці, етнічних, регіональних і генетичних чинників. При цьому, прийнято розділяти гармонійну (адекватну) харчову поведінку та харчову поведінку із відхиленнями (девіантну).

Розлади харчової поведінки розглядаються нами у вигляді комплексів симптомів, що виникають унаслідок тривалого впливу міжособистісних, поведінкових, психологічних, емоційних та соціальних факторів. У науковій літературі обговорюються різні гіпотези, що пояснюють генезис виникнення та розвитку порушень харчової поведінки.

Як показують численні дослідження і проведений нами теоретичний аналіз літературних джерел, порушення харчової поведінки є багатогранною поведінковою проблемою сучасної медицини та психології. Основними ж її причинами стають біологічні, соціальні та психологічні чинники.

Результати нашого дослідження свідчать, що більшість опитаних жінок – не задоволені своєю вагою і бажали б схуднути. Причому, із числа тих жінок, які не задоволені своєю вагою і хотіли б схуднути, більшість насправді мають нормальну вагу відповідно до їх зросту (ІМТ), тобто можемо зробити висновок, що бажання знизити вагу не залежить від об'єктивної потреби. Це може означати вплив інших чинників.

Результати інтерпретації та аналізу отриманих даних за методикою Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ) показали, що лише у приблизно чверті досліджуваних немає проблем з обмеженнями в їжі, вони дозволяють собі їсти вільно і при цьому харчуються досить розумно. В той же час, у більше ніж половини опитаних спостерігається «обережна» (контрольована) поведінка по відношенню до їжі, і у майже чверті були виявлені результати значно нижчі за норму, що говорить про те, що ці жінки їдять безконтрольно, без обмежень, погано усвідомлюючи, що і як їдять.

В результаті дослідження виявлено високий рівень показників вище норми для всіх досліджених типів РХП – обмежувальний (54%), емоціогений (57%), екстернальний (40,5%).

Саме низький показник схильності до здорової харчової поведінки серед всіх досліджуваних та високі показники вище норми всередині всіх трьох груп по типам РХП свідчать про актуальність вибраної теми.

При проведенні кореляційного аналізу показників задоволеності власним тілом і окремих показників розладу харчової поведінки не було знайдено зв'язку між проявами обмежувального та екстернального типів харчової поведінки з невдоволеністю своїм тілом.

Але якщо харчова поведінка відповідає емоціогенному типу розладу, то рівень незадоволеності тілом буде прямо пропорційним до ступеню прояву емоційного типу розладу харчування і навпаки. Саме цей аспект може стати предметом додаткового дослідження.

Також на підставі даних та результатів нашого дослідження було сформовано рекомендації для самодіагностики жінок на предмет РХП, що підтверджує практичну значимість проведеного дослідження.

Отже, можемо зробити висновок, що гіпотеза дослідження підтверджена частково, а всі завдання дослідження виконано.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айви А. Е., Айви М. Б., Саймэн-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. М.: Психотерапевтический колледж, 2000. 487 с.
2. Александров А. А. Психотерапия: Учебное пособие. СПб: Питер, 2004. 480 с.
3. Антропологическая психология: биопсихосоциоэтическая модель развития личности и ее здоровья [Текст] / Г. В. Залевский, В. Г. Залевский, Ю. В. Кузьмина // Сибирский психологический журнал. 2009. № 33. С. 99-103.
4. Боришевський М. Й. Дорога до себе: від основ суб'єктності до вершин духовності. Київ: Академвидав, 2010. 416 с.
5. Бочанова Е. В. и др. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю. Ю. Елисеева. М.: Эксмо, 2003. 605 с.
6. Вассерман Л. И., Святенко Л. В., Трифонова Е. А. Избыточный вес тела как психосоматическая проблема в контексте психодинамической концепции // Вестн. С.-Петербур. ун-та. Сер. 12. 2009. Вып. 3. С. 186–195.
7. Вахмистров А. В. Клинико-психологический анализ различных форм эмоциогенного пищевого поведения // Альманах клинической медицины. 2001. № 4. С. 127–130.
8. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Международный эндокринологический журнал. 2007. № 3(9).
9. Дурнева М. Ю. Формирование пищевого поведения: путь от младенчества до подростка. Обзор зарубежных исследований // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 1-19.
10. Жедунова Л. Г., Волдаева А. С. Состояние границ психологического пространства личности как фактор формирования нарушений пищевого поведения [Текст] / Л. Г. Жедунова, А. С. Волдаева // Ярославский педагогический вестник. 2014. № 4. Т. II. С. 237–241.

11. Здоровый образ жизни. Рациональное питание [Текст]: учебно-методическое пособие / сост.: Т. В. Харевич, Н. А. Пиунова. Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2013. 64 с.
12. Ильчик О. А., Сивуха С. В., Скугаревский О. А., Суихи С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» // Психиатрия, психотерапия, клиническая психология. 2011. №1. С. 39–50.
13. Индекс массы тела тіла [Электронный ресурс] / Ru.wikipedia.org. Режим доступа до ресурсу: https://ru.wikipedia.org/wiki/Индекс_массы_тела
14. Каирова М. Т. Личностные особенности полных женщин с разными типами нарушений пищевого поведения / М.Т. Каирова // Наука и современность. 2013. № 24. С. 178-182.
15. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. СПб.: Питер, 1999. 743 с.
16. Корешкин И. Все способы похудения / И. Корешкин. СПб.: 2008. 304 с.
17. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М., 1984.
18. Лапина Ю. Тело, еда, секс и тревога: Что беспокоит современную женщину. Исследование клинического психолога. М.: Альпина нонфикшн, 2018. 229 с.
19. Макуха С. В. Особенности восприятия времени и уровня притязаний у женщин с избыточным весом / С. В. Макуха, В. А. Пошатылюк // Международный научно-исследовательский журнал. 2017. № 4-2(58). С. 161-163.
20. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. URL: <http://www.mkb10.ru>.
21. Мельников В. М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности. М.: Просвещение, 1985. 319 с.

22. Менделевич В. Д. Пищевые зависимости, аддикции – нервная анорексия, нервная булимия // Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007.

23. Николаева Н. О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. Том 1. № 1. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49969.shtml>.

24. Николаева Н. О., Мешкова Т. А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2011. № 1. С. 274.

25. Опитувальник образу власного тіла [Електронний ресурс] / Stotestov.ru. Режим доступу до ресурсу: <https://www.stotestov.ru/опросник/опросник-образа-собственного-тела-о-а>.

26. Петров Д. П. Психологические и социальные аспекты ожирения / Ожирение (клинические очерки), под ред. Барановского А. Ю., Ворохобиной Н. В. СПб.: Диалект, 2007. 240 с.

27. Салмина – Хвостова О. И. Психологические особенности женщин с расстройствами пищевого поведения / О. И. Салмина – Хвостова И. С. Салмина // Медицинская сестра. 2009. № 4. С. 11-14.

28. Селезнева О. В. Динамика становления когнитивного и эмоционально-ценностного компонентов самосознания на протяжении подросткового и юношеского возрастов: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. Комсомольск-на-Амуре, 2006. 256 с.

29. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология: учебник. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 387 с.

30. Скугаревский О. А. Доклиническая феноменология в системе оценки девиаций в пищевом поведении // Institutionen For Filosofi, Lingvistik och Vetenskapsteori. URL: <http://www.phil.gu.se/sffp/reports/34.%20Skogarevskij.pd>.

31. Скугаревский О. А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.

32. Тюльпин Ю. Г. Медицинская психология. Москва: Медицина, 2011. 354 с.
33. Чеснокова И. И. Проблема самосознания в психологии. М., 1977. 144 с.
34. Blinder B.J., Chao K.H. Bulimia nervosa. Obesity // Understanding Eating Disorders. Washington, USA, 1994. P. 16-25.
35. CD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. URL: <https://www.who.int/ru/health-topics/international-classification-of-diseases>.
36. Psylab.info. Голландский опросник пищевого поведения [Электронный ресурс] / Psylab.info. Режим доступа до ресурсу: http://psylab.info/Главная_страницаpsylab.info/
Голландский_опросник_пищевого_поведения.
37. Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Монографія. Харків: Видавництво «Стильна типографія», 2019. 393 с.
38. Абсалямова Л. М. Статистичний та кореляційний аналіз даних дослідження харчової поведінки жінок. Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць класичного приватного університету. № 4. Запоріжжя, 2018. С. 6–12.
39. Варипаєв О. М. Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену. Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг. 2012. Вип. 1(2). С. 319–325.
40. Іваненко Л. М. Спосіб життя батьків як детермінанта здоров'я дітей. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2014. № 2. С. 411–421.
41. Максименко С. Д. Категорія нужди та розвиток особистості. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Т. 11. Вип. 5. Київ, 2011. С. 3–10.

42. Маруненко І. М., Тимчик О. В. Медико-соціальні основи здоров'я. Київ: Київськ. ун-тет ім. Бориса Грінченка, 2013. 317 с.
43. Міткжов В. О., Князева Н. В., Гребельна Н. В., Закревський О. П., Томашевський М. І., Писаренко П. М., Норейко С. Б., Чернов І. В. Нервова анорексія та булімія у дівчат-підлітків: проблеми, комплексне лікування з втручанням методів фізичної та психологічної реабілітації. Медикосоціальні проблеми сім'ї. 2011. Т. 16. № 2. С. 96–100.
44. Шнаккенберг Н. Мнимые тела, подлинные сущности: Преодоление конфликтов идентичности с внешностью и возвращение к подлинному Я. Калининград: Phoca Books, 2017. 376 с.
45. Терещенко Н. М. Вікова динаміка організації симптомокомплексу маскуліності/фемініності у дівчат. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. Вип. 48. Харків: ХНУ, 2013. С. 122–125.
46. Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. Архів психіатрії. 2012. Т. 18. №3 (70). С. 29–32.
47. Скугаревский О. А. Классификационные критерии нарушений пищевого поведения и сопряженные поведенческие проявления. Психотерапия и клиническая психология. 2003. №22 (7). С. 25–29.
48. Сидоренко Л. І. Проблема тілесності: філософсько-етичні виміри. Філософські проблеми гуманітарних наук: Альманах. 2012. №21. С.43–48.
49. Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2012. Вип. 44(2). С. 184–191.
50. Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. Сучасна гастроентерологія. 2015. №23 (83). С. 113–121.
51. Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р. В плену у еды: булимия, анорексия, vomiting. Краткосрочная терапия нарушений пищевого поведения. Москва: Генезис, 2016. 320 с.

ДОДАТКИ

Опросник пищевого поведения (DEBQ)

Инструкция: Отвечайте на вопросы быстро, не задумываясь – так вы получите наиболее адекватный результат. Перед вами ряд вопросов, касающихся вашего поведения, связанного с приёмом пищи. Выберите вариант, наиболее соответствующий вашему поведению в каждой из описанных ситуаций.

	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто
1. Если ваш вес начинает нарастать, вы едите меньше обычного?	1	2	3	4	5
2. Стараетесь ли вы есть меньше, чем вам хотелось бы во время обычного приёма пищи?	1	2	3	4	5
3. Часто ли вы отказываетесь от еды и питья из-за того, что беспокоитесь о своём весе?	1	2	3	4	5
4. Аккуратно ли вы контролируете количество съеденного?	1	2	3	4	5
5. Выбираете ли вы пищу преднамеренно, чтобы похудеть?	1	2	3	4	5
6. Если вы переели, будете ли вы на следующий день есть меньше?	1	2	3	4	5
7. Стараетесь ли вы есть меньше, чтобы не поправиться?	1	2	3	4	5
8. Часто ли вы стараетесь не есть между обычными приёмами пищи из-за того, что следите за своим весом?	1	2	3	4	5
9. Часто ли вы стараетесь не есть вечером из-за того, что следите за своим весом?	1	2	3	4	5
10. Имеет ли значение ваш вес, когда вы едите?	1	2	3	4	5
11. Возникает ли у вас желание есть, когда вы раздражены?	1	2	3	4	5
12. Возникает ли у вас желание есть, когда вам нечего делать?	1	2	3	4	5
13. Возникает ли у вас желание есть, когда вы подавлены или обескуражены?	1	2	3	4	5
14. Возникает ли у вас желание есть, когда вам одиноко?	1	2	3	4	5
15. Возникает ли у вас желание есть, когда вас кто-либо подвёл?	1	2	3	4	5
16. Возникает ли у вас желание есть, когда	1	2	3	4	5

вам что либо препятствует, встаёт на вашем пути, или нарушаются ваши планы, либо что то не удаётся?					
17. Возникает ли у вас желание есть, когда вы предчувствуете какую-либо неприятность?	1	2	3	4	5
18. Возникает ли у вас желание есть, когда вы встревожены, озабочены или напряжены?	1	2	3	4	5
19. Возникает ли у вас желание есть, когда «всё не так», «всё валится из рук»?	1	2	3	4	5
20. Возникает ли у вас желание есть, когда вы испуганы?	1	2	3	4	5
21. Возникает ли у вас желание есть, когда вы разочарованы, когда разрушены ваши надежды?	1	2	3	4	5
22. Возникает ли у вас желание есть, когда вы взволнованы, расстроены?	1	2	3	4	5
23. Возникает ли у вас желание есть, когда вы скучаете, утомлены, беспокойны?	1	2	3	4	5
24. Едите ли вы больше чем обычно, когда еда вкусная?	1	2	3	4	5
25. Если еда хорошо выглядит и хорошо пахнет, едите ли вы больше обычного?	1	2	3	4	5
26. Если вы видите вкусную пищу и чувствуете е запах, едите ли вы больше обычного?	1	2	3	4	5
27. Если у вас есть что-либо вкусное, съедите ли вы это немедленно?	1	2	3	4	5
28. Если бы проходите мимо булочной (кондитерской), хочется ли вам купить что-либо вкусное?	1	2	3	4	5
29. Если вы проходите мимо закусочной или кафе, хочется ли вам купить что либо вкусное?	1	2	3	4	5
30. Если вы видите, как едят другие, появляется ли у вас желание есть?	1	2	3	4	5
31. Можете ли вы остановиться, если едите что либо вкусное?	5	4	3	2	1
32. Едите ли вы больше чем обычно в компании (когда едят другие)?	1	2	3	4	5
33. Когда вы готовите пищу, часто ли вы её пробуете?	1	2	3	4	5

Методика образа собственного тела (О. А. Скугаревский и С. В. Сивуха)

Инструкция: оцените каждое утверждение по четырехбалльной шкале, где 0 значит – «никогда», 1 – «иногда», 2 – «часто», 3 – «всегда». Отвечайте на вопросы быстро, не стоит долго задумываться над каждым вопросом.

	Никогда	Иногда	Часто	Всегда
1. Я не люблю смотреть на себя в зеркало				
2. Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих				
3. Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть мой тело (например, посещение бассейна, пляжа и т.д.)				
4. Я испытываю стыд за своё тело в присутствии определённых людей				
5. Я не люблю своё тело				
6. Мне кажется, что другие люди должны считать моё тело безобразным				
7. Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде на меня				
8. Я сравниваю своё тело с другими для того, чтобы убедиться, что они полнее, чем я				
9. Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом				
10. Я испытываю чувство вины в связи со своим весом				
11. У меня есть негативные мысли, и я самокритична в отношении своего тела и того, как я выгляжу				
12. Мне трудно принимать комплименты по поводу того, как я выгляжу				
13. Когда я смотрюсь в зеркало, то моё внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении				
14. Я чувствую себя униженной и/или подавленной в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я				
15. Я беспокоюсь о собственном весе				