

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

УДК159.947.5:316]-055.2:65:005.3(043.3)

КАПТАЛАН Наталя Михайлівна

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ
ПОВЕДІНКИ**

Спеціальність 053 Психологія
Галузь 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____Н.М.Капталан

Науковий керівник

доктор психологічних наук,

професор

Кононенко Оксана Іванівна

Одеса – 2022

АНОТАЦІЯ

Капталан Н.М. Психологічні особливості порушення харчової поведінки. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 Психологія. – Одеський національний університет імені І.І.Мечникова МОН України. – Одеса, 2022.

Дисертацію присвячено вивченню психологічних особливостей порушення харчової поведінки. Здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми порушень харчової поведінки в зарубіжній та українській психології. В науці зміст харчової поведінки формувався у органіко-психічному та психологічно-соціокультурному напрямках, згідно яким харчова поведінка як індивідуальне ціннісне ставлення до їжі формує орієнтацію на образ власного тіла та набуває різних соціальних форм: починаючи з ухилення від морального або естетичного контролю за власною поведінкою, та завершуючи сферою найбільшого «психологічного ураження» - самоактуалізації особистості та її адаптивних здібностей. Особлива роль у формуванні розладів харчової поведінки належить як соціальним, так і психологічним чинникам: підвищеній особистісній тривожності, віковим проявам дисморфофобії у підлітковому віці, хронічному стресу, внутрішньосімейній невротизації, домашньому насильству. Стійкість харчових порушень пояснюється їхньою щільною кореляцією з емоційною сферою особистості та орієнтацією на підсвідомі способи психологічного захисту. Для української науки дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки є інноваційним, але доробки українських науковців доводять його значення та необхідність подальшої розробки. Термін «харчова поведінка» у вітчизняній психології визначається як сукупність проявів активності особистості в процесі харчування, відповідні якісно-кількісні характеристики та зміни раціону

харчування, ціннісне ставлення до їжі та стереотипи її споживання у повсякденних та стресових умовах, орієнтація на образ власного тіла та активність з його покращення тощо.

Констатовано, що група респондентів з високим ризиком виникнення порушень харчової поведінки характеризується вираженими перфекціоністськими тенденціями. Це проявляється не тільки у загальному показнику перфекціонізму, але й у тенденції завдяки різним проявам перфекціонізму переживати внутрішньоособистісний конфлікт, коли особи, психологічно схильні до порушень харчової поведінки, пред'являють собі та оточуючим високі вимоги, але вимоги оточуючих до них самих сприймають як нереалістичні або завищені. Оскільки індивідуальні особливості порушень харчової поведінки завжди детермінуються суб'єктивно, імпульсивність розглядається як характеристика особистості, схильної до дій, без чіткого усвідомлення можливих наслідків для себе. Саме імпульсивність запускає механізми незапланованих вчинків, де часова характеристика психіки потребує негайного позитивного підкріплення. Імпульсивність виконує функцію одного з предикторів формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки, яка щільно пов'язана з перфекціонізмом. Тобто, імпульсивність спрямовує поведінку на реалізацію без попереднього усвідомлення наслідків. У представниками груп з помірним та сильним проявом порушень харчової поведінки констатована наявність спільних рис, як-от: переживання труднощів у реалізації відстроченої відповіді на стимули, пов'язані з отриманням миттєвих реакцій, потреба у позитивному підкріпленні вчинків з боку оточуючих тощо. Констатовано проблеми у пролонгованій оцінці власних вчинків, компульсивність, прагнення діяти за першим спонуканням та мотивувати власні дії емоціями. Респонденти з групи з високим ризиком формування порушень харчової поведінки на когнітивному рівні усвідомлюють, що це є для них серйозною проблемою, оскільки часто має небажані, а інколи і важкі наслідки.

Провідна роль імпульсивності як елемента порушень харчової поведінки полягає у складності контролю за харчовою поведінкою, коли їжа стає легким та перевіреним засобом відволіктися від психологічних проблем (тривога, занижена самооцінка, невпевненість, низка невдач та ін.). До можливих негативних наслідків імпульсивного споживання їжі можна віднести не тільки зниження самооцінки, але й появу негативного емоційного настрою відразу після вживання некорисних продуктів.

В результаті проведеного емпіричного дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки виділено три групи, представники кожної з яких мають загальні стилі порушень харчової поведінки, емоційні, особистісні особливості та виражені ризики формування психологічної схильності до посилення порушень харчової поведінки.

Стійкість харчових порушень пояснюється їхньою щільною кореляцією з емоційною сферою особистості та орієнтацією на підсвідомі способи психологічної захисту. Для української науки дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки є інноваційним, але доробки українських науковців доводять його значення та необхідність подальшої розробки.

Термін «харчова поведінка» в вітчизняній психології визначається як сукупність проявів активності особистості в процесі харчування, відповідні якісно-кількісні характеристики та зміни раціону харчування, орієнтація на образ власного тіла та активність з його покращення тощо.

Констатовано, що група респондентів з високим ризиком виникнення порушень харчової поведінки характеризується вираженими перфекціоністськими тенденціями. Це проявляється не тільки у загальному показнику перфекціонізму, але й у тенденції завдяки різним проявам перфекціонізму переживати внутрішньоособистісний конфлікт, коли особи, психологічно схильні до порушень харчової поведінки, пред'являють собі та оточуючим високі вимоги, але вимоги оточуючих до них самих сприймають

як нереалістичні або завищені. Оскільки індивідуальні особливості порушень харчової поведінки завжди детермінуються суб'єктивно, імпульсивність розглядається як характеристика особистості, схильної до дій, без чіткого усвідомлення можливих наслідків для себе. Саме імпульсивність запускає механізми незапланованих вчинків, де часова характеристика психіки потребує негайного позитивного підкріплення.

Ключові слова: харчова поведінка, порушення харчової поведінки, психологічне здоров'я, психічні стани, стрес, тривога, адаптація, перфекціонізм, агресивність, самотність, стилі порушення харчової поведінки.

ABSTRACT

Kaptalan N.M. Psychological features of eating disorders. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for degree of Doctor of Philosophy in specialty 053 Psychology.
- Odesa I.I. Mechnikov National University, Ministry of Education and Science of Ukraine. – Odesa, 2022.

The dissertation is devoted to the study of psychological features of eating disorders. A theoretical and methodological analysis of the problem of eating disorders in foreign and Ukrainian psychology was carried out. In science, the content of eating behavior was formed in organic-psychic and psychological-sociocultural directions, according to which eating behavior as an individual valuable attitude to food forms an orientation to the image of one's own body and takes various social forms: starting with evading moral or aesthetic control over one's own behavior, and ending with the area of the greatest "psychological damage" - the self-actualization of the individual and his adaptive abilities. A special role in the formation of eating disorders belongs to both social and psychological factors: increased personal anxiety, age-related manifestations of dysmorphophobia in adolescence, chronic stress, intra-family neuroticism,

domestic violence. The persistence of eating disorders is explained by their close correlation with the emotional sphere of the individual and orientation to subconscious methods of psychological protection.

For Ukrainian science, the study of psychological features of eating disorders is innovative, but the developments of Ukrainian scientists prove its importance and the need for further development. The term "eating behavior" in domestic psychology is defined as a set of manifestations of personality activity in the process of eating, corresponding qualitative and quantitative characteristics and changes in the diet, value attitude to food and stereotypes of its consumption in everyday and stressful conditions, orientation to the image of one's own body and activity with its improvement, etc.

It was established that the group of respondents with a high risk of eating disorders is characterized by pronounced perfectionistic tendencies. This is manifested not only in the general indicator of perfectionism, but also in the tendency, thanks to various manifestations of perfectionism, to experience an intrapersonal conflict, when individuals who are psychologically prone to eating disorders make high demands on themselves and those around them, but perceive the demands of those around them on themselves as unrealistic or overpriced

Since the individual characteristics of eating disorders are always determined subjectively, impulsivity is considered as a characteristic of a person prone to actions without a clear awareness of the possible consequences for himself. It is impulsivity that triggers the mechanisms of unplanned actions, where the temporal characteristic of the psyche requires immediate positive reinforcement.

Impulsivity performs the function of one of the predictors of the formation of a psychological predisposition to eating disorders, which is closely related to perfectionism. That is, impulsivity directs behavior to implementation without prior awareness of the consequences. Representatives of groups with moderate and severe manifestations of eating disorders have been found to have common

features, such as: experiencing difficulties in implementing a delayed response to stimuli associated with receiving immediate reactions, the need for positive reinforcement of actions from others, etc.

Problems in the prolonged assessment of one's own actions, compulsiveness, the desire to act on the first impulse and to motivate one's actions with emotions were identified. Respondents from the group with a high risk of developing eating disorders at the cognitive level realize that this is a serious problem for them, as it often has undesirable and sometimes severe consequences. The leading role of impulsivity as an element of eating disorders lies in the difficulty of controlling eating behavior, when food becomes an easy and proven means to distract from psychological problems (anxiety, low self-esteem, insecurity, a series of failures, etc.). The possible negative consequences of impulsive food consumption include not only a decrease in self-esteem, but also the appearance of a negative emotional mood immediately after eating unhealthy foods.

As a result of the conducted empirical study of the psychological features of eating disorders, three groups were identified, representatives of each of which have common styles of eating disorders, emotional, personal characteristics and expressed risks of forming a psychological tendency to increase eating disorders. The persistence of eating disorders is explained by their close correlation with the emotional sphere of the individual and orientation to subconscious methods of psychological protection. For Ukrainian science, the study of psychological features of eating disorders is innovative, but the developments of Ukrainian scientists prove its importance and the need for further development.

The term "eating behavior" in domestic psychology is defined as a set of manifestations of personality activity in the process of eating, corresponding qualitative and quantitative characteristics and changes in the diet, orientation to one's own body image and activity to improve it, etc.

It was established that the group of respondents with a high risk of eating disorders is characterized by pronounced perfectionistic tendencies. This is manifested not only in the general indicator of perfectionism, but also in the tendency, thanks to various manifestations of perfectionism, to experience an intrapersonal conflict, when individuals who are psychologically prone to eating disorders make high demands on themselves and those around them, but perceive the demands of those around them on themselves as unrealistic or overpriced. Since the individual characteristics of eating disorders are always determined subjectively, impulsivity is considered as a characteristic of a person prone to actions without a clear awareness of the possible consequences for himself. It is impulsivity that triggers the mechanisms of unplanned actions, where the temporal characteristic of the psyche requires immediate positive reinforcement.

Keywords: eating behavior, eating disorders, psychological health, mental states, stress, anxiety, adaptation, perfectionism, aggression, loneliness, eating disorder styles.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях з психології, включених до переліку, затверджених МОН України:

1. Капталан Н.М. Психологічна залежність як основа стратегія додання стресу/ Теорія і практика сучасної психології. 2020, №1. –С.54-56. DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-3.9>
2. Капталан Н.М. Залежна поведінка особистості як проблема сучасної психології/ Психологія та соціальна робота. 2020.Випуск 1(51) – С.102-101. DOI [https://doi.org/10.18524/2707-0409.2020.1\(51\).225413](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2020.1(51).225413)
3. Капталан Н.М. Особливості самосвідомості жінок з порушеннями харчової поведінки/ Габітус.2022, Вип. 41. –С. 136-140.

Статті в зарубіжних наукових періодичних виданнях, включених до міжнародних наукометричних баз даних:

1. Nataliia Zavatska, Oleksandr Semenov, **Natalia Kaptalan**, Nataliia Semenova, Viktoriia Kazibekova, Oksana Kononenko Experimental policy study of health-preserving technologies: on the example of systemic rehabilitation of young students. Vol. 39. №71.2021 –р. 903-920.

DOI: 10.46398/cuestpol.3971.55 (Web of Science)

<https://produccioncientificaluz.org/index.php/cuestiones/article/view/37494/41011>

Статті у іноземних виданнях, які увійшли до інших баз даних:

1. Капталан Н.М. Соціально-особистісні детермінанти порушення харчової поведінки/ Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, IX (97), Issue: 246, 2021 Feb. – С.52-55.

Тези апробаційного характеру

:

1. Капталан Н.М. Психологічна залежність від їжі як соціально-психологічна категорія/ «Психологія в контексті сучасних досліджень проблем розвитку особистості»: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Запоріжжя,13-14 грудня 2019р. – Запоріжжя Класичний приватний університет, 2019. – 69-70 с.

2. Капталан Категорія схильності та залежності у психологічній науці /«Психологічні науки: теорія і практика сучасної науки»: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Запоріжжя, 16-17 серпня 2019р. – Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2019. – с.68-70.

3. Капаланан Н.М., Кононенко О.І. Проблема зайвої ваги як порушення харчової поведінки особистості Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві: зб. тез доп. міжнар. наук.-практ. конф., м. Одеса, 5 листоп. 2020 р.- С. 187-190.

4. Капталан Н.М. Психологічні причини залежності від їжі / Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному

суспільстві: Збірник матеріалів II міжнародної наук. – практ. інтернет-конф., м. Одеса, ОНУ імені І.І.Мечникова, 19-22 листопада 2021 р. / Редкол.: Л. М. Дунаєва, О. І. Кононенко, Л. С. Смокова, У. В. Варнава. - Одеса: ОНУ, 2021.- С. 147-150.

ЗМІСТ

	стор
ВСТУП	13
.....	
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	20
1.1. Соціально-особистісні детермінанти порушення харчової поведінки.....	20
1.2. Дослідження порушень харчової поведінки в українській психології	40
1.3. Теоретико-методологічні засади дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки	51
Висновки до першого розділу.....	66
РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ ЕТАПИ, МЕТОДИ ТА МЕТОДИЧНІ ІНСТРУМЕНТАРІЇ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	68
2.1. Основні етапи дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки.....	68
2.2. Методи дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки.....	81
Висновки до другого розділу.....	91
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.....	94
3.1. Критерії виділення емпіричної дослідницької групи	94
3.2. Особистісні особливості суб'єктів, психологічно схильних до порушень харчової поведінки	98
3.2.1. Психологічні особливості перфекціонізму та імпульсивності суб'єктів, психологічно схильних до порушень харчової поведінки.....	98
3.2.2. Особливості стилів харчової поведінки суб'єктів,	103

психологічно схильних до її порушень	
3.3. Особливості емоційних реакцій та здатності до подолання скрутних життєвих ситуацій в групах осіб з порушенням харчової поведінки	107
3.4. Модель типів особистості з порушенням харчової поведінки.....	117
3.5. Методичні рекомендації з організації корекції порушень харчової поведінки засобами психологічної науки	124
Висновки до третього розділу	149
ВИСНОВКИ	160
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	168

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Специфіка сучасного соціуму, ритм життя, психоемоційні навантаження та ін. створюють у людини суб'єктивні стани внутрішнього напруження та дискомфорту, суттєво посилюють постійний психологічний тиск, який відчуває на собі суб'єкт. Способи переживання об'єктивно або суб'єктивно складних ситуацій мають різні форми та причини, пов'язані не тільки з індивідуальними особливостями особистості, але й зі специфікою формування усього життєвого шляху особистості. Але у будь-якому випадку, ті зусилля, які особистість реалізує у ситуації психологічної загрози не тільки повністю розкривають увесь репертуар її суб'єктивних способів реагування, але й суттєво обмежують або, навпаки, розширюють її соціальну активність. порушення харчової поведінки – це проблеми психологічного характеру, пов'язані з порушеннями вживання їжі. Люди з такими порушеннями або сильно обмежують себе в їжі, або переїдають і потім викликають блювання чи виснажують себе надмірними фізичними навантаженнями. Порушення харчової поведінки неминуче супроводжуються тривогою і депресією, а часто призводять до тяжких наслідків для організму, погіршення якості життя. В сучасній психологічній науці будь-які порушення харчової поведінки потребують додаткового аналізу з позиції виділення соціально-особистісних детермінант, оскільки ставлення соціуму до цієї проблеми є біполярним – від повного відвертання осіб із нестандартними статурами до активного пропагування бодіпозитиву.

Аналіз зарубіжних першоджерел довів, що особистісна складова харчової поведінки особистості є основним предиктором усіх можливих соціальних та індивідуальних наслідків (C. Nederkoorn, S. Pinaquy, S. Schulz, R.G. Laessle, M.A. Friedman, K.D. Brownell, M.T. Van der Merwe). Крім внутрішніх чинників, на формування образу тіла суб'єкта значний вплив

створюють чинники зовнішні, серед яких особливого значення набувають приклади харчової поведінки батьків (J.M. Greeson), специфіка соціального оточення (K. Holmqvist, C. Lunde, A. Frisen) та інформаційного простору.

C. Vögele, та L. Gibson вважають, що харчова поведінка поєднує в собі велику кількість поведінкових патернів, які беруть участь в процесі прийому їжі, як-от: розуміння вибору їжі, мотивацію та способи її вживання, фізіологічні та психологічні причини дотримання або порушення дієти тощо.

Для вітчизняної науки цей напрямок є інноваційним, але доробки українських науковців доводять його значення та необхідність подальшої розробки (Л.М. Абсалямова, М.В. Білоусенко, Л.Ф. Бурлачук, Л.М. Ваколюк, А.В. Володькіна, М.В. Гриньова, Т.М. Ільницька, О.В. Кузьмінська, С.Д. Литвин-Кіндратюк, О.М. Мойзріст, Х.Г. Рахубовська, І.М. Самойленко, Т.О. Серга, О.Є. Смашна, С.О Сокур, О.С. Травенко, В.І. Шебанова та ін.).

Термін «харчова поведінка» для вітчизняної психології є новим. Під ним розуміють сукупність проявів активності особистості в процесі харчування, відповідні якісно-кількісні характеристики та зміни раціону харчування (Л.М. Абсалямова); ціннісне ставлення до їжі та стереотип її споживання у повсякденних та стресових умовах (А.Є. Нижник). Тому особливу увагу привертають дослідження вікових особливостей харчової поведінки (Л.М. Абсалямова, О. Аврамчук, І.І. Андрікевич, О.Е. Беляєва, І.С. Колесникова, А.Є. Нижник, Н.М. Рябова).

Не дивлячись на інноваційність для вітчизняної психології означеної проблематики, можна відмітити продуктивні підходи до можливого вивчення порушень харчової поведінки через феномени: психологічної готовності до змін у харчовій поведінці (Л.М. Абсалямова), рівня тривожності (Н.О. Берген, С.І. Алексєєва) та упевненості (Н.В. Лук'янченко), локалізації відповідальності (Л.Ф. Бурлачук, В.І. Шебанова), здорового способу життя (М.В. Гриньова, М.В. Коновал, І.С. Колесникова, О.В. Кузьмінська), психологічної залежності від іншої людини (Г.О. Коцюба, А.С. Кочарян, А.В.

Коцарь), індивідуального переживання психологічної травми (Н.Ю. Максимова), порушення соціалізації (А.М. Маслюк), образ Я (О.М. Мойзріст).

Виходячи з важливості зазначених питань, їх недостатньої розробленості в теорії та практиці психологічної науки, був здійснений вибір теми дисертаційного дослідження «Психологічні особливості порушення харчової поведінки».

Зв'язок дослідження з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано в рамках комплексної науково-дослідної теми кафедри диференціальної і спеціальної психології «Дослідження психологічного здоров'я особистості: саноцентричний підхід» (номер державної реєстрації 0122U000260).

Тему дисертаційного дослідження затверджено Вченою радою Одеського національного університету імені І.І. Мечникова (протокол № 3 від 27.11.2018 р.).

Об'єкт дослідження – особливості харчової поведінки особистості.

Предмет дослідження – психологічні особливості порушення харчової поведінки.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості порушення харчової поведінки особистості.

Для досягнення мети було поставлено такі **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми порушень харчової поведінки в зарубіжній та українській психології.
2. Провести емпіричне дослідження основних особистісних компонентів в структурі порушеної харчової поведінки.
3. Укласти психологічні портрети осіб з порушеннями харчової поведінки.
4. Укласти методичні рекомендації щодо організації корекційної роботи, спрямованої на оптимізацію харчової поведінки.

Теоретико-методологічну основу дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки складали: системний та системно-структурний (В.М. Бутузов, О.І. Данілова, М.П. Лукашевич, Г.О. Підкурганна, В.І. Романчиков, Ю.П. Сурмін, В.М. Шейко, В.М. Юрченко), синергетичний (О.В. Вознюк, А.В. Євтодюк, В.І. Шебанова), основні положення теорії психологічної травми як джерела порушень харчової поведінки (А.М. Грись, Б.Б. Іваненко, Н.Ю. Максимова, J. Nemiah, H. Freiberg, P. Sifneos), генетичний підхід С.Д. Максименка, типологічні моделі соціальних характерів Е. Фромма.

Для розв'язання поставлених завдань були використані такі **методи дослідження**:

– *теоретичні*: теоретичний аналіз першоджерел з досліджуваної тематики, структурно-функціональний метод;

– *емпіричні*: наукове спостереження, бесіда, метод експертних оцінок та психодіагностичного обстеження.

Метод психодіагностичного обстеження містив наступні психодіагностичні методики: Eating Attitudes Test-26 (Тест ставлення до прийому їжі або Тест харчових установок, EAT) D.M. Garner; Нідерландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) T. Van Strien, C.P. Herman; Багатовимірний шкала перфекціонізму (Multidimensional perfectionism scale) P.L. Hewitt та L. Flett; Опитувальник для вивчення рівня імпульсивності В.О. Лосенкова; Опитувальник "Вихід з важких життєвих ситуацій" Р.С. Немова; Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Даркі; Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона; 6-ти факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла.

– *математичної обробки даних* з їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Статистична обробка даних і

графічна презентація результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм SPSS (версія 16.0).

Емпіричну вибірку дослідження склали 183 жінки у віці 19-35 років.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечені методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних позицій, використанням взаємодоповнювальних методів, що відповідають меті та завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісних та якісних методів аналізу отриманих емпіричних даних, використанням методів математичної статистики.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що:

– *вперше*: на основі системного теоретико-емпіричного дослідження *розкрито* психологічні особливості порушення харчової поведінки та ступені ризику формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки; *виявлено* основні складові компоненти порушення харчової поведінки; *визначено* особливу роль перфекціонізму та різних форм агресивності в структурі порушеної харчової поведінки; *розкрито* основні стилі порушень харчової поведінки; укладено моделі особистості з порушеннями харчової поведінки та *виявлено* специфіку реалізації порушень харчової поведінки у складних життєвих ситуаціях;

– *поглиблено та уточнено*: уявлення про сучасні підходи до вивчення порушень харчової поведінки в українській психології; поняття «порушення харчової поведінки»;

– *набули подальшого розвитку*: методичне забезпечення вивчення психологічних особливостей порушень харчової поведінки; типологізація особистості та поведінки.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання методичного комплексу при проведенні системних досліджень особистості. Отримані результати дисертаційного дослідження можуть бути реалізовані у практиці психологічного консультування, в тому числі й

сімейного, при організації та проведенні тренінгів; використані в освітньому процесі підготовки здобувачів вищої освіти у галузі психології.

Результати дослідження **впроваджено** у роботу ГО "Одеська обласна організація медико-психолого-педагогічної допомоги "Здорове суспільство» (довідка 55/15.18-01 від 20.10.2022 р.) у навчально-методичний та науковий процес Одеського національного університету імені І.І. Мечникова (довідка 32/18-01 від 17.10.2022 р.) Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д.Ушинського (довідка № 01/10/22 від 21.10.2022 р.) Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського (довідка № 28/15.17-01 від 10.09.2022 р.).

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні та практичні положення дисертаційної роботи було представлено й обговорено на: наукових семінарах кафедри диференціальної і спеціальної психології Одеського національного університету імені І.І. Мечникова, а також на науково-практичних конференціях, конгресах, семінарах різного рівня, зокрема на *міжнародних*: Другій науково-практичній інтернет-конференції «Теоретико-методологічні проблеми здоров'я особистості»(6-13 жовтня 2018р, Одеса) Міжнародній науково-практичній конференції «Психологічні науки: теорія і практика сучасної науки»(м.Запоріжжя, 16-17 серпня 2019р); Міжнародній науково-практичній конференції «Психологія в контексті сучасних досліджень проблем розвитку особистості» (м.Запоріжжя,13-14 грудня 2019р.); Міжнародних науково-практичних конференціях I, II «Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві» (5 листоп. 2020 р., Одеса, 19-21 лист. 2021 р., Одеса) Міжнародній науковій інтернет-конференції “Organization and management in the services’ sphere”(8 травня 2020 р., Ополь, Польща) на Міжнародному науково-методологічному семінарі “Individualization of Learning :Theory and Practice” (9 липня 2020р. Ополь, Польща).

Публікації. Основні положення й висновки дисертаційної роботи представлено у 9 публікаціях авторки, з яких 3 статей у наукових фахових виданнях із психології, а також 1 стаття – у наукометричному виданні, 1 стаття у міжнародному періодичному виданні); 4 публікації – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 173 найменувань (з них 71 – іноземними мовами). Загальний обсяг дисертації викладено на 185 сторінках, із них 166 сторінок основного тексту. Робота містить 9 таблиць на 2 сторінках, 1 рисунок на 1 сторінці.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Соціально-особистісні детермінанти порушення харчової поведінки

В сучасній психологічній науці будь-які порушення харчової поведінки потребують додаткового аналізу з позиції виділення соціально-особистісних детермінант, оскільки ставлення соціуму до цієї проблеми є біполярним – від повного відвертання осіб із нестандартними статурами до активного пропагування бодіпозитиву. На несвідомому рівні засоби масової інформації дуже активно інтеріоризують у свідомість образи того, як має виглядати сучасна людина – молода, струнка, бездоганна. Подібні соціальні трансляції стають причиною сумнівів у своїй зовнішності, і, як наслідок, засоби досягнення ідеального тіла можуть бути гіперкомпенсаторними, псевдораціональними та приводити до погіршення як фізичної складової здоров'я, так і психологічної. Наприклад, K.Hart, A. Herriot та J. Bishop виявили подвійні впливи засобів інформування людей про харчові продукти: інформація на продуктах про їх здоровий склад може викливати як позитивний, так і негативний ефект або жодного ефекту [158].

C. Vögele, та L. Gibson, визнаючи харчову поведінку, підкреслювали, що вона поєднує в собі велику кількість поведінкових патернів, які беруть участь в процесі прийому їжі, як-от: розуміння вибору їжі, мотивацію та способи її вживання, фізіологічні та психологічні причини дотримання або порушення дієти, такі порушення харчової поведінки, як булімія, анорексія тощо [166].

Сучасний спосіб життя в розвинених країнах Європи, в тому числі й в Україні, часто сприяє підтримці енергетичного дисбалансу – люди вживають з їжею більше енергетичних речовин, аніж того потребує життя та більше, чим вони можуть витратити. На думку М. Selassie та А. С. Sinha цю проблему суттєво посилює образ життя, науково-технічний прогрес та довкілля: достатня кількість висококалорійної їжі, скорочення часу на фізичні навантаження, виконання домашніх справ за технологічною допомогою домашньої техніки (пральні машини, пылесоси, посудомийки), час, проведений сидячи або лежачи за переглядом телевізора, сприяють виникненню проблеми [143].

Серед усього загалу впливів, які відчуває на собі людина, формуючи власну харчову поведінку, Р. Winkielman, К.С. Berridge та J.L. Wilberger виділяють безпосередні та опосередковані [169]. Саму широку групу представляють безпосередні соціальні впливи, в які автори включили кулінарні стереотипи та традиції, груповий досвід; опосередковані соціальні впливи передбачають наявність у процесі харчової взаємодії іншої людини. Взагалі, на думку вчених, соціальні чинники посилюють свої впливи на формування харчової поведінки через дію соціальної фасилітації, родинних харчових правил у молодшому віці, соціальне наuczіння [169].

У будь-яких випадках провідними чинниками, що впливають на стиль самосприйняття та соціальної поведінки, є особистісні характеристики. Специфіка сучасного соціуму, психоемоційні навантаження, незавершені та непропрацьовані індивідуальні проблеми та інші аспекти суб'єктивного простору особистості створюють у неї стани внутрішнього напруження та дискомфорту, суттєво посилюють постійний психологічний тиск, який відчуває на собі суб'єкт, які реалізуються у порушеннях харчової поведінки.

Тому, перш ніж виділяти головні соціально-особистісні детермінанти харчової поведінки, важливо прояснити семантику даної дефініції. Необхідно відмітити, що розуміння змісту харчової поведінки в науці формувалося у

двох напрямках – органіко-психічному та психологічно-соціокультурному. Так, дотримуючись постулатів органіко-психічного напрямку, В.Д. Менделевич розуміє харчову поведінку як індивідуальне ціннісне ставлення до їжі, стереотип харчування як у звичних умовах, так і в стресовій ситуації та сформовані на їх підставі орієнтацію на образ власного тіла та дії з його формування та корекції [60]. Окрім безпосередніх негативних наслідків для здоров'я психологічна залежність від їжі має й значні віддалені наслідки, які, на думку В.Д. Менделевича, можуть набувати різних соціальних форм: починаючи з ухилення від морального або естетичного контролю за власною поведінкою, (поєднання індивідуально-особистісних та поведінкових компонент) та завершуючи сферою найбільшого «психологічного ураження» - самоактуалізації особистості та її адаптивних здібностей [60]. Говорячи про харчову поведінку, А. Keski-Rahkonen та L. Mustelin вводять поняття «розлади харчової поведінки» або «розлади прийому їжі» (переїдання, нервової анорексія та булімія, психогенна блювота та ін.), які визначають як психогенно обумовлені ненормальні харчові звички, що негативно впливають на здоров'я особистості. А. Keski-Rahkonen та L. Mustelin підкреслюють, що особлива роль у формуванні розладів харчової поведінки належить як соціальним, так і психологічним чинникам: підвищеній особистісній тривожності, віковим проявам дисморфофобії у підлітковому віці, хронічному стресу, внутрішньосімейній невротизації, домашньому насильству [121].

С. Vögele & L. Gibson, розглядаючи внутрішньо-особистісні чинники впливу на харчову поведінку, підкреслювали, що вони передбачають різні фізіологічні (голод, ситість, вроджений потяг до солодкого) та психологічні процеси (онтогенетично засвоєні харчові уподобання та харчові стереотипи, мотивацію, ставлення, цінності, особистісні особливості, пізнавальні психічні процеси, специфіку індивідуальної саморегуляції) [166]. Окреме місце вчені приділяють соціальному чиннику харчової поведінки, оскільки він може

провкувати вживання їжі навіть за відсутністю відчуття голоду [166]. В емпіричних дослідженнях С. Vögele & L. Gibson [166], С.Г. Fairburn & Р.Ј. Соорег [155] згадуються численні соціальні чинники, які впливають на харчову поведінку або керують нею автоматично та приховано. Наприклад, до соціальних чинників харчової поведінки вони відносять ініціацію прийому їжі або її тривалість за рахунок присутності інших людей в кафе. Такий прийом їжі вчені не вважають здоровим, оскільки присутній постійний контроль та жорстка саморегуляція поведінки. Тобто, психологічно здорова харчова поведінка є процесом, позбавлений нефункціональних думок, присутності сторонніх спостерігачів, що призводить до нездорового вибору їжі або стилю харчування.

Тому М. Mantell ввів ще один важливий, особистісний чинник а саме, виділив психологічно здорового їдця, який володіє низкою характеристик: здатний легко розпізнавати емоційні тригери, припиняти прийом їжі, коли настає ситість, з інтернальним локусом контролю [123]. Вони не використовують їжу як засіб задоволення емоційних потреб або уникнення неприємного почуття чи ситуації [123].

Вчені з Argosy University визначили такі складові психологічно правильної харчової поведінки:

1. Перегляд ставлення до їжі (нездоровими вважаються використання їжі для переживання відчуття комфорту або задоволення якихось соціальних потреб).

2. Використання соціальних та емоційних чинників для корекції неадекватної харчової поведінки.

3. Емоційна прив'язаність зазвичай сприймається як негативна емоція. Потрібно використовувати повне усвідомлення для створення нового позитивного емоційного зв'язку з процесом споживання їжі. Наприклад, спробувати пов'язати вживання їжі з позитивними емоціями, такими, як

впевненість. Чим здоровіше людина харчується, тим краще почуватиметься, тим самим підтримуючи власну впевненість.

4. Важливо вживати їжу з людьми, які мають здорові звички в цьому сенсі, без засуджень, змушувань і контролю.

5. Їсти біля комп'ютеру або телевізору – заважає мозку сприймати скільки вже було споживано, що призводить до переїдання і незникаючого почуття голоду [133].

Був зафіксований факт, що особи з порушеннями харчової поведінки найчастіше мали дитячі психологічні травми: були жертвами жорстокого поводження в дитинстві, були позбавлені достатньої кількості турботи, опіки та піклування та мали низьку самооцінку [133]. А. L. Wonderlich-Tierney та J. S. Vander Wal емпіричним шляхом довели, що між соціальною тривожністю та розладами харчової поведінки існують кореляційні зв'язки, пов'язані зі страхом отримання негативної оцінки, а соціальна підтримка, яка сприймалася як низька, була пов'язана з їх більш вираженими проявами [170].

Харчова поведінка, будучи біологічною за своїм походженням, у людини виконує складну функцію, є засобом:

- розрядки психоемоційної напруги;
- насолоди як самоцілі;
- спілкування, коли прийом їжі пов'язаний з перебуванням в групі;
- самоствердження, коли на перший план виходять уявлення про престижність їжі та про відповідну зовнішність;
- підтримання ритуалів чи звичок (релігійних, національних, сімейних);
- компенсації незадоволених потреб (у спілкуванні, турботі тощо);
- нагороди чи заохочення;
- задоволення естетичної потреби [57].

Складність харчової поведінки полягає у діапазонах її реалізації: нормальні харчові прояви, епізодичні харчові розлади та, нарешті, патологічна харчова поведінка. Незважаючи на те, що надзвичайно складно визначити «нормальні» харчові прояви, і дослідники значною мірою ігнорують відношення між нормальним та патологічним розвитком харчової поведінки (Р. Rogers [138]), існують погляди, що суттєве значення у формуванні порушень харчової поведінки відіграє неправильне виховання у ранньому дитинстві:

1. Домінуюча роль їжі в життя сім'ї як головного джерела насолоди. В такому випадку інші способи отримання задоволення (духовні, інтелектуальні, естетичні) викривляються.

2. Будь-який фізіологічний чи емоційний дискомфорт дитини сприймається матір'ю як голод, відбувається стереотипне годування дитини.

3. У сім'ях відсутній досвід адекватного навчання ефективній поведінці під час стресу та закріплюється єдиний неправильний стереотип: «коли погано, я маю їсти».

4. Порушені взаємовідносини між матір'ю та дитиною, коли головними турботами є лише одягнути та нагодувати дитину, а процес прийому їжі стає сурогатною заміною проявів кохання та турботи.

5. Конфліктні ситуації у сім'ях, які травмують психіку дитини.

6. Дитині не дозволяють вийти з-за столу, поки її тарілка не спорожніє, основним, стимулом до закінчення їжі стає не настання ситості, а кількість доступної їжі. Дитина звикає їсти доти, поки бачить їжу, поки вона є на тарілці, в каструлі, на сковороді і т.д. [138].

Важливу роль у розвитку порушень харчової поведінки відіграють такі особливості особистості, як-от: висока схильність до стресів, до переживання тривожних реакцій, невпевненість у собі.

За Л.С. Виготським, який розглядав харчову поведінку як результат психологічно-соціокультурної активності, вона спрямована на задоволення

не тільки фізіологічних або біологічних потреб особистості, але, у першу чергу, соціальних та психологічних [22]. У центрі цих двох напрямків стоїть категорія «образ тіла», яка поєднує їх та спрямовує науковців на пошуки шляхів розв'язання проблеми, оскільки являє собою сталене особистісне утворення та містить несвідоме, перцептивне уявлення про власну тілесність, його оцінний образ, який відповідає тим соціальним стандартам, які склалися у суспільстві, та сукупність емоцій, пов'язаних із власним тілом (К. А. Самсонова [177]). Саме емоційна складова образу тіла сприяє його суб'єктивності та стійкості у індивідуальній свідомості особистості.

Крім внутрішніх чинників, на формування образу тіла суб'єкта значний вплив створюють чинники зовнішні, серед яких особливого значення набувають приклади харчової поведінки батьків (J.M. Greeson [117]), специфіка соціального оточення (К. Holmqvist, С. Lunde, А. Frisen [159]) та інформаційного простору.

Ми також дотримуємося психологічно-соціокультурного підходу, тому подальший теоретичний аналіз проблеми харчової поведінки особистості та емпіричні розвідки її основних суб'єктивних детермінант будуть здійснюватися через цю методологію.

Аналіз зарубіжних першоджерел також довів, що особистісна складова харчової поведінки особистості є основополагаючим предиктором усіх можливих соціальних та індивідуальних наслідків (С. Nederkoorn, S. Pinaquy, S. Schulz, R.G. Laessle, M.A. Friedman, K.D. Brownell, M.T. Van der Merwe).

Так, на думку А.L. Wonderlich-Tierney та J.S. Vander Wal, особи, які мають порушення харчової поведінки, дуже часто у дитинстві були жертвами сімейного насильства з боку дорослих, з ними жорство поводитися, вони були позбавлені батьківської любові, що сформувало у них низьку самооцінку [170]. Наслідком цих онтогенетичних проблем є високий рівень соціальної тривожності у осіб із розладами харчової поведінки, пов'язаний зі страхом негативної оцінки, або дефіциту соціальної підтримки [17].

За даними С. Nederkoorn, особи, схильні до зловживання їжею, більш імпульсивні, не здатні долати власні тілесні потяги та інстинкти, схильні піддаватися зовнішнім спокусам [127]. Крім того, як підкреслює вчений, імпульсивність як чинник харчової поведінки у таких осіб має ризик психологічної схильності до зловживання психоактивними речовинами. Отже, проблеми із психічним гальмуванням лежать в основі суттєвих порушень харчової поведінки.

S. Schulz и R.G. Laessle відстежили взаємозв'язок особливостей харчової поведінки з інтенсивністю та суб'єктивним переживанням стресових ситуацій: стрес-індукована харчова поведінка осіб, схильних до зловживання їжею, характеризується сильно вираженою мотивацією до їжі та відсутністю відчуття ситості [142]. Дослідження стресостійкості жінок з порушеннями харчової поведінки, проведене S. Schulz та R.G. Laessle, емпірично довело, що стрес-індукована харчова поведінка жінок, схильних до переїдання, характеризується сильною мотивацією до вживання їжі (висока швидкість вживання їжі) та відсутністю відчуття насиченості [142].

Подібна особливість отримала специфічну назву – «емоційне переїдання», яке виникає як індивідуальна реакція на переживання негативних емоцій. Проводячи дослідження у цьому напрямку, S. Pinaquy дослідив зв'язок між емоційним переїданням та алекситимією, яку автор розглядає як комплексний емоційно-когнітивний дефіцит, до складу якого входять: нездатність ідентифікувати емоції та виражати їх, убогі фантазії та ухилення від розв'язання конкретних конфліктів або усвідомлення своїх емоцій [134]. Складність «емоційного переїдання» як психологічного конструкту полягає в тому, що: алекситимічні особи демонструють схильність діяти, а не говорити про почуття (П. Сифнеос) та прагнуть уникати переживання психічного навантаження (Дж. Макдугал) [цит. за 134].

Тобто, саме алекситимія стає важливим предиктором емоційного переїдання та суттєво підвищує ризики формування депресивних станів [134].

Факти вираженості у осіб із порушенням харчової поведінки депресії, тривожності та акцентуїтованих рис як чинника ризику харчової залежності були виявлені у лонгітюдному дослідженні А. Tuthill, Н. Slawik, S. O'Rahilly та N. Finer, яке переконливо підтвердило факт значного погіршення якості життя у осіб із надлишковою вагою, причому це частіше зустрічається у жінок, аніж у чоловіків [151]. Щодо наявності акцентуацій характеру у осіб із порушеннями харчової поведінки, А. Ryden, М. Sullivan та J. Torgerson вважають, що саме психастенічні риси характеру є значним чинником ризику [140].

Отже, будь-які порушення харчової поведінки особистості, у першу чергу, породжені емоційними проблемами, та, у свою чергу, самі породжують проблему емоційного дискомфорту та пов'язаних із ним негативних внутрішньоособистісних станів. Соціально це пов'язується зі стигматизацією осіб з порушенням харчової поведінки та соціальним тиском, який вони можуть переживати (бути худим модно, престижно). М.Т. Van der Merwe переконливо довів, що соціальні чинники (професійна та гендерна дискримінація, проблеми у міжособистісних відносинах тощо) провокують незадоволення собою, занижену самооцінку та негативне ставлення до життя в цілому [162]. Всі ці чинники можуть призвести до того, що майже 74% людей з зайвою вагою незадоволені собою, спотворюють образу свого тіла, мають низьку самооцінку та негативне ставлення до життя в цілому.

Проведене М.А. Friedman та К.Д. Brownell емпіричне дослідження також підтвердило наявність кореляційного зв'язку не тільки між негативним сприйняттям свого тіла й страхом соціального осуду та надлишковою вагою, але й між низькою самооцінкою та негативною атрибуцією основних подій свого життя [156].

В дослідженні А. Tuthill підвищені показники переживання депресії були виявлені у 48% пацієнтів, а тривожності – у 56% пацієнтів, 22% мали показники, що вказують на особистісні риси, які асоціюються з розладом харчової поведінки [156]. На жаль, приблизно у третини пацієнтів порушення харчової поведінки вплинули на значне погіршення якості життя: стійко знижений фон настрою як важливий психологічний симптом, який з часом призводить до депресивного розладу, частіше зустрічається у молодих жінок з надмірною вагою, аніж у чоловіків [156].

При розумінні впливу особистісних чинників на формування порушень харчової поведінки окреме місце займає «концепція стилів харчової поведінки», прибічники якої стверджують, що особи із цими психологічними порушеннями представляють собою відносно гетерогенну, неоднорідну групу, між членами якої існують суттєві відмінності, тому й виділення якогось конкретного особистісного психотипу у цьому контексті ускладнене (Т. van Strien, С.С. van der Zwaluw [163], Н. Thompson-Brenner [153]). Але, при цьому вчені, які дотримуються основних постулатів концепції стилів харчової поведінки, підтверджують, що харчовим адиктам все ж таки притаманний нестабільний психічний стан.

Серед базових стилів харчової поведінки S. Schachter, R. Goldman та A. Gordon виділяють інтернально – екстернальний [141].

В основі цього стилю лежить спостереження, на які чинники реагують люди, коли приступають до їжі: зовнішні (екстернальні), такі як вид, запах їжі, або внутрішні (інтернальні), такі як шлункові спазми, рівень глюкози та крові, рівень жирів та угледів тощо.

Вчені вважають, що майже у всіх осіб з порушеннями харчової поведінки домінує екстернальний стиль, коли неповноцінне почуття насичення формується повільно, стан ситості запізнюється у часі та суб'єктивно описується як механічне переповнення шлунку. Люди з

екстернальним стилем харчової поведінки можуть їсти завжди, якщо їжа доступна і потрапляє їм на очі.

Потенційне джерело формування екстернального стилю харчової поведінки пов'язаний з родинними традиціями, коли батьки змушують дитину їсти, коли вона того не хоче, та, навпаки, обмежують, коли вона висловлює бажання поїсти. Більш сензитивними до екстернальних сигналів є немовлята та маленькі діти. S. Schachter, R. Goldman та A. Gordon емпіричним шляхом довели, що повні діти, та діти, матері яких неодноразово сиділи на дієтах, більш сензитивні до зовнішніх харчових стимулів [141].

Досліджуючи стилі харчової поведінки T. Van Strien, C.P. Herman, та M.W. Verheijden виділили обмежувальний, емоціогенний та екстернальний стилі [164].

Обмежувальна харчова поведінка характеризується занадтим харчовим самообмеженням або безсистемними перебуваннями на дієтах, як навмисне заміщення регульованого почуття голоду харчування на жорстко розплановане та раціональне. Внаслідок такої поведінки людина перебуває в постійному стресі: у період обмежень вона страждає від сильного голоду, під час переїдання – що знову набирає ваги, і всі її зусилля були марними.

Крім того, середінших особистісних особливостей виділяється ще емоційна нестабільність або так звана «дієтична депресія» з цілим комплексом негативних емоцій: дратівливістю, стомлюваністю, внутрішньою напругою, агресивністю, тривожністю, пригніченістю тощо. Неможливість пережити тривалий час емоційний дискомфорт при «дієтичній депресії» штовхає до відмови від дотримання дієти та продовження переїдання, як наслідок, знову виникають почуття провини, зниження самооцінки, зневіра у власні сили [164].

Взагалі, за T. Van Strien, C.P. Herman, та M.W. Verheijden, особи з порушеннями харчової поведінки відчують виражені труднощі в самоконтролю [164].

Крім того, особам з порушеннями харчової поведінки притаманне зняття з себе відповідальності за власні труднощі: вони не відчують своєї провини та делегують відповідальність за свої проблеми іншим людям, обставинам тощо [164].

Емоціогенна харчова поведінка фіксується після стресу або тривалого емоційного дискомфорту. Дуже часто емоціогенні порушення харчової поведінки є реакцією на переживання гніву, страху і тривоги [165]. При емоціогенній харчовій поведінці головним стимулом до їжі є не голод, а відчуття емоційного дискомфорту: людина «заїдає» свої проблеми, нещастя та стреси переважно легкозасвоюваними висококалорійними продуктами (тістечка, морозиво, пиріжки, цукерки).

В даному випадку продукти харчування є своєрідними ліками, тому що дійсно приносять не лише насичення, а й заспокоєння, задоволення, релаксацію, знімають емоційну напругу, підвищують настрій. Причому відмічається певний десинхроз: чим сильніший денний емоційний дискомфорт, тим потужніше виражене вечірнє переїдання, інколи навіть порушується сон, людина не може заснути, не поївши, а сам сон є поверхневим, тривожним, з подальшою низькою протягом дня активністю та працездатністю [165].

Екстернальна харчова поведінка характеризується підвищеною сензитивністю до зовнішнього стимулювання споживання їжі: людина не реагує на внутрішні чинники (рівень холестерину, порожній шлунок тощо), але центрується на зовнішніх (вітрина магазину, естетично накритий стіл, реклама продуктів тощо).

Саме екстернальна харчова поведінка лежить в основі переїдання «за компанію», швидких перекусів на вулиці, надлишкового прийому їжі в гостях, купівлі зайвих продуктів [166].

Оскільки усі порушення харчової поведінки особистості щільно прив'язані до її емоційної сфери, що провокує стійкість адиктивних проявів,

особливе значення має бути приділене превентивним заходам, виділенню своєрідних «груп ризику» формування порушень харчової поведінки. Це важливо, оскільки доклінічні етапи розвитку харчової залежності можуть бути досить тривалими, такими, що формуються під впливом батьківської турботи та батьківського програмування харчової поведінки. Довготривалість доклінічних етапів підтверджується тим, що нормальні показники індексу маси тіла можуть зберігатися тривалий час [166].

У цьому контексті особливої дослідницької уваги заслуговують дослідження, присвячені вивченню впливу сімейних чинників на формування тілесного образу. Майже завжди батьки транслюють дітям норми тілесності, тобто формують у них той самий "правильний" образ тіла і, відповідно, самооцінку. Крім того, батьки неявно можуть передавати дітям власні переконання через демонстрацію поведінки, яка обов'язково вплине на поведінку дітей. Наприклад, обмеження харчової поведінки батьків та їхнє невдоволення власним тілом сприятимуть нездоровим звичкам і негативним переконанням відносно власних тіл у їх дітей. Дослідження J. A. Fulkerson, проведене в американських школах, довело, що незадоволення тілом матері впливає на збільшення маси тіла у дітей [152].

Ще одним з важливих чинників, що впливають на харчову поведінку, виступає соціальне оточення людей. K. Holmqvist, C. Lunde та A. Frisen припустили, що однолітки безпосередньо впливають на формування образу тіла дівчат в підлітковому та юнацькому віці, оскільки саме на цьому етапі друзі можуть або допомогти повірити в "стандарти краси", або зміцнюють віру в їх нереалістичність. Вчені відмічають, що за результатами досліджень щодо прийняття образу тіла кращі показники (повне прийняття себе) демонструє Швеція. Автори пояснюють цей факт тим, що у Швеції суспільство широко обговорює можливі негативні наслідки жорстких дієт [159].

Отже, не тільки найближче оточення, але й засоби масової інформації мають особливий вплив на харчову поведінку громадян - найчастіше на несвідомому рівні вони інтеріоризують образ того, як повинне виглядати тіло: на екрані найчастіше фігурує молода, модельної зовнішності дівчина, з ідеальною зачіскою і т.д.. Подібні зображення викликають сумніви у власній привабливості, і, як результат, молоді дівчата шукають способи досягнення ідеального тіла, які не завжди є адаптивними, можуть призводити до погіршення психічного і фізичного здоров'я.

Зарубіжні дослідники констатують, що сильним впливом на свідомість людей та особливо молоді володіють соціальні мережі, наприклад, Instagram, Tik – tok, які все сильніше впливають на формування образу тіла, що, у свою чергу, збільшує тривожність у дівчата підліткового та юнацького віку, оскільки найчастіше на фото представлений образ, що ідеалізується, який може не мати нічого спільної з реальною зовнішністю людини, але в той же момент відбувається порівняння "себе" з людиною, зображеною на фотографії, який відповідає усім заявленим зовнішнім тенденціям. Розглядаючи соціальні аспекти порушень харчової поведінки, К. Holmqvist, С. Lunde та А. Frisen констатували, що такі соціальні мережі, як наприклад, Instagram, з кожним роком суттєвіше впливають на формування образу тіла, особливо це торкається дівчат юнацького віку, які часто публікують власні фото та розглядають себе у соцмережі [159]. Така звичка до самопрезентації в соцмережі підвищує у дівчат тривожність, оскільки завдяки фільтрам на фото подається ідеалізований образ, який з реальною зовнішністю дівчини не має нічого спільного, але, водночас, постійно відбувається порівняння себе з красунею на світлині, яка відповідає всім соціальним стандартам краси.

Згідно даним Женевського наукового співтовариства, Instagram був визнаний соціальною мережею, яка негативно впливає на психіку користувачів [171]. Науковцями було констатовано, що оскільки політика даної платформи спрямована на зовнішнє оцінювання, у дівчат в віці 18-20

років суттєво (70% за останні 25 років) погіршується ставлення до власного тіла та підвищується почуття тривоги та хвилювання, причому в результаті опитування виявилось, що молоді люди самі усвідомлюють негативний вплив на їхнє життя переживань щодо зовнішності [171]. Дослідження показало, що самі молоді люди говорять про те, що використання Instagram насправді створює у них почуття тривоги з приводу своєї зовнішності, що негативно впливає на їх життя.

F. Alsaker & A. Flammer, досліджуючи вікові аспекти порушень харчової поведінки, довели, що фізичні зміни, що відбуваються під час статевого дозрівання (збільшення росту, збільшення ваги тощо), можуть створювати на молодих людей психологічний вплив, підвищувати їхню сензитивність та знижувати самооцінку [104]. Р.К. Keel та К.Д. Forney зазначають, що аналіз дослідження довів значення спроб ідеалізації худорлявості та проблеми ваги як психосоціальних чинників ризику виникнення порушень харчової поведінки в підлітковому віці [120]. Такі риси, як схильність до переживання негативних емоцій та перфекціонізм провокують появу порушення харчової поведінки на тлі збільшення сензитивності до засвоєння ідеалу худорлявості та через вплив експертного середовища. Р.К. Keel та К.Д. Forney підкреслюють, що у підлітковому середовищі індивідуальні відмінності у проявах основних особистісних чинників ризику потужно впливають на комунікування в групі та, у свою чергу, саме ця референтна група формує особистісні чинники ризику [120]. Р.К. Keel та К.Д. Forney стверджують, що корекційна робота з патологіями харчової поведінки в підлітковому віці має спиратися на заходи із залученням однолітків які кидають виклик ідеалам худорлявості.

У сучасній науці особливий інтерес для вивчення представляють не лише чинники, що ведуть до збільшення маси тіла, але і психологічні механізми, що призводять до зриву дієти. Ця проблема продиктована тим, що лікувальна дієта завжди пов'язана з обмежувальною харчовою поведінкою.

При цьому головною причиною недотримання дієти є зниження контролю харчової поведінки на тлі зміни емоційного стану. Емоційна нестабільність, що виникає під час строгих дієт, "дієтична депресія" часто призводять до відмови від подальшого дотримання дієти, несистемності дієти, періоди обмежувальної харчової поведінки змінюються періодами компульсивного переїдання. Для пояснення цього ефекту розроблені теорії і моделі чинників зриву дотримання дієт [120]. J. Polivy, C. P. Herman запропонували модель меж, де головною причиною рецидивного зриву переїдання називається "емоційна" суворість дієти у формі контррегуляції (що дотримуються дієти свідомо регулюють споживання їжі і схильні переїдати при послабленні самоконтролю і переживання стресу). M. L. Norris та A. Robinson оцінювали клінічні характеристики харчової поведінки пацієнтів з різними стратегіями поведінки прийому їжі – уникаючою та обмежувальною [129]. Було виявлено, що пацієнти з уникаючою стратегією чи стратегією обмеження у вживанні їжі були за віком молодшими, аніж ті, хто страждає на нервову анорексію. Вчені виявили цікавий факт – висока вірогідність використання таких стратегій проявляється у віці до 12 років серед осіб чоловічої статі. Найбільш розповсюдженими моделями харчової поведінки в групі з уникаючою та обмежувальною стратегіями були уникнення їжі (голодування, жорстка дієта), психогенна втрата апетиту, болі у животі тощо [129]. Цікаво, що низка вчених (N.H. Golden, M. Schneider & C. Wood [118]) не вважають, що дієти є причиною розладів харчової поведінки, але вона часто є їхнім предиктором: серед підлітків, які дотримувалися дієти, у 6 разів частіше розвивалися розлади харчової поведінки, а серед тих, хто застосовував жорсткі обмеження - у 17 разів.

Досліджуючи можливі ризики виникнення розладів харчової поведінки підлітків, P. Rohde, E. Stice та C.N. Marti виявили провідні чинники, серед яких найбільш значущими вони виділили такі: сприймання тиску бути худим, інтерналізація ідеалу та незадоволеність власним тілом [139].

Отже, важливо розуміти, що ця поведінка формується не лише на рівні органічному, психічному, але і соціокультурному. Досліджуючи особливості харчової поведінки дівчат юнацького віку, можна помітити, що саме вікові особливості відіграють важливу роль у формуванні образу тілесності і ставлення до їжі. Так, деструктивні зміни у дівчат відносно харчової поведінки можуть бути "побічним" ефектом їхньої соціалізації.

Як відмічає Л. Вайтгед, занижена самооцінка суттєво впливає на контроль над харчуванням, який підвищує самоповагу та самоприйняття підлітка [16]. Розвиваючись за механізмом непродуктивного копінгу, низька самооцінка змушує підлітка прагнути до мети шляхом підвищення вимог до себе, причому невдачі на цьому шляху завдають ще більш ніщивного удару самооцінці, формуючи уявлення про себе як про нікчему (G. Waller, H. Cordery, E. Corstorphine [167]).

В підлітковій гендерно-віковій групі основними видами порушень харчової поведінки є нервова анорексія та булімія. Нервова анорексія характеризується нав'язливим страхом набору ваги. Крім того, можуть бути зафіксовані відмова від їди, небажання сприймати свій поточний стан серйозно та об'єктивно визнавати погіршення стану здоров'я.

Нервова булімія як форма порушення харчової поведінки у дівчат юнацького віку є станом, при якому можна спостерігати компульсивне переїдання з наступним «очищенням» шлунку (викликання блювання, вживання проносних препаратів або надмірні фізичні навантаження).

Для того щоб виділити причини, які можуть викликати перелічені вище стани, необхідно розібратися, що є таке образ тіла або тілесності, що він включає (R. Josselson [161], L. Marcher [124], B. Renshaw [136], R.J. Sternberg & M.L. Barnes [148], R.J. Stoller [149]).

Наліз досліджень зарубіжних вчених показав, що структура образу тіла містить наступні компоненти:

- просторовий образ (схема тіла, перцептивний образ тіла, несвідомий образ);
- оцінний образ (відповідність певним стандартам у суспільстві);
- емоційний образ (сукупність емоцій, що з тілом: тривога щодо форм тіла, неприйняття)».

Цікавими виявилися деякі дослідження в цьому напрямку. Так, R. Josselson емпірично довів, що тілесна ідентичність жінок з порушеннями харчової поведінки не містить в собі сексуально-еротичних складових, але фіксується негативний стан та низька увага до свого тіла [161]. Порівнюючи жінок, залежних від їжі та незалежних від неї, R. Josselson встановив, що тіло жінок з порушеннями харчової поведінки має інструментальну функцію, тоді як жінки без харчових порушень асоціюють своє тіло з задоволенням [161]. Крім того, вчений зафіксував, що в обох групах порівняння задоволеність сексуальним життям та здоров'ям є двома взаємовиключними показниками та це може бути пов'язане з деякими соціокультурними чинниками [161]. В дослідженнях J. Sternberg & M.L. Barnes було переконливо доведено, що психологічний багаж емоційного досвіду жінки, не опрацьований належним чином, кристалізується в тілі та м'язах, «осідає» на органах, що в подальшому може провокувати виникнення психосоматичних захворювань [148].

L. Marcher [124], B. Renshaw [136] та ін. виділяють гіперфагічний та булімічний етапи доклінічного розвитку порушення харчової поведінки особистості.

На гіперфагічному етапі психологічна залежність від їжі досить сформована. Виділяються такі риси:

- 1) поступове підвищення толерантності до кількості їжі (за рахунок розтягування стінок шлунку і зниження почуття задоволення від їжі);

2) втрата контролю над кількістю їжі, яка з'їдається (особливо це трапляється, коли вживання їжі здійснюється під час перегляду телепередач, спілкування або читання);

3) втрата ситуаційного контролю над кількістю вживаної їжі (суб'єкти їдять навіть тоді, коли не голодні - за компанію, або заради господині, «яка так старалася!»);

4) симптом «випередження кола» - особи з залежним харчовою поведінкою їдять дуже квапливо (що заважає отримати повноцінне задоволення від їжі), інколи починають їсти, не чекаючи, коли буде накритий стіл (кажуть, що знімають пробу або сильно зголодніли);

5) «амнезії» періодів насичення (витискування) - «не пам'ятаю, їв сьогодні чи ні», що може бути пов'язано із концентрацією уваги під час їжі на розмовах, перегляді телепередач тощо;

6) втрата захисного блювотного рефлексу (у разі переїдання немає дискомфорту і нудоти в шлунку);

7) «харчова раціоналізація» – суб'єкти стверджують, що їдять, як всі, а прибавка в масі тіла пов'язана з віком, конституцією або спадковістю.

На булімічному етапі на перший план починають виходити невротичні розлади та до попередніх симптомів додаються наступні:

1) значне підвищення толерантності до кількості їжі;

2) напади обжерливості (харчові «запої»);

3) компульсивність харчових потягів, значна зміна почуття задоволення від процесу їжі;

4) слабка вираженість відчуття насичення і задоволення від їжі;

5) поступове звуження кола інтересів (усі хобі та сфери інтересів - спорт, мистецтво, природа, секс - поступово все більше заміщуються їжею);

6) «харчова абстиненція» - після харчових «запоїв» виникає непереборне відчуття апетиту, що змушує знову порушувати есі обмеження, а почуття провини та власного безсилля знімаються їжею [136].

На булімічному етапі можна говорити про фізичну залежність від їжі.

Таким чином, в сучасній науці про особистість та її успішну реалізацію у соціумі або складнощі на цьому шляху, особливий інтерес викликають чинники та психологічні механізми, що приводять до формуванні різних типів порушень або залежності. Порушення харчової поведінки є відносно поширеними, але вони часто ігноруються особистістю і суспільством, незважаючи на те, що роблять сильний негативний вплив на здоров'я, в тому числі і на психологічний стан особистості, і на її соціальну активність і реалізованість.

В науці зміст харчової поведінки формувався у органіко-психічному та психологічно-соціокультурному напрямках, згідно яким харчова поведінка як індивідуальне ціннісне ставлення до їжі формує орієнтацію на образ власного тіла та набуває різних соціальних форм: починаючи з ухилення від морального або естетичного контролю за власною поведінкою, та завершуючи сферою найбільшого «психологічного ураження» - самоактуалізації особистості та її адаптивних здібностей. Особлива роль у формуванні розладів харчової поведінки належить як соціальним, так і психологічним чинникам: підвищеній особистісній тривожності, віковим проявам дисморфофобії у підлітковому віці, хронічному стресу, внутрішньосімейній невротизації, домашньому насильству.

Стійкість харчових порушень пояснюється їхній щільній кореляції із емоційною сферою особистості та орієнтацією на підсвідомі способи психологічного захисту. Оскільки доклінічні етапи розвитку харчової залежності можуть бути досить тривалими, такими, що формуються під впливом батьківського програмування харчової поведінки, особливого значення набуває виділення особистісних патернів, які підвищують ризик порушень харчової поведінки особистості, яка може бути спровокована життєвими стресами та міжособистісними проблемами.

1.2. Дослідження порушень харчової поведінки в українській психології

Потреба в їжі є однією з основних базових потреб людини, не останню роль у її задоволенні відіграють індивідуальні переваги у виборі продуктів, кількості їх споживання, в емоціональному та культуральному ставленні до них. Не дивлячись на те, що харчова поведінка завжди детермінується індивідуально-особистісними реакціями на зовнішні стресогенні чинники, її суспільна значущість обумовлена низкою чинників, як-от: висока захворюваність та смертність у осіб з харчовими порушеннями, використання способів захисної поведінки, зниження загальної якості життя та соціальної активності особистості. В українській науці надається мало інформації про психологічні аспекти здорового харчування, переважно наводяться стандартні норми калорійності продуктів, інформація про якісну та корисну їжу. Навіть на сайті МОЗ України О. Швець, експерт з харчування, наголошує, що не треба постійно контролювати своє харчування або переживати з цього приводу, навпаки, бажано отримувати задоволення [31]. Ось чому перед сучасною українською психологією постають завдання розробки науково обґрунтованих підвалин вивчення внутрішніх детермінант порушень харчової поведінки та технологій її корекції.

Для вітчизняної науки цей напрямок є інноваційним, але доробки українських науковців доводять його значення та необхідність подальшої розробки (Л.М. Абсалямова [3], М.В. Білоусенко [78], Л.Ф. Бурлачук [14], Л.М. Ваколюк [17], А.В. Володькіна [20], М.В. Гриньова [26], Т.М. Ільницька [33], О.В. Кузьмінська [44], С.Д. Литвин-Кіндратюк [48], О.М. Мойзріст [62], Х.Г. Рахубовська [71], І.М. Самойленко [76], Т.О. Серга [78], О.Є. Смашна [79], О.С. Травенко [84], В.І. Шебанова [98] та ін.).

Термін «харчова поведінка» для вітчизняної психології є новим. Під ним розуміють сукупність проявів активності особистості в процесі

харчування, відповідні якісно-кількісні характеристики та зміни раціону харчування (Л.М. Абсалямова [1]); ціннісне ставлення до їжі та стереотип її споживання у повсякденних та стресових умовах (А.Є. Нижник [65]).

Побудова сучасної української теорії та практики в даному напрямку потребує чіткої диференціації категоріального апарату, зокрема, таких важливих дефініцій, як «розлади харчової поведінки» та «порушення харчової поведінки». Ми підтримуємо підхід Л.М. Абсалямової, що *розлади харчової поведінки* є медико-психологічною, девіантно-клінічною формою порушення прийому їжі, наслідком якої є фізичне та психологічне нездоров'я (нервова булімія та анорексія), а *порушення харчової поведінки* не є хворобою, не складають предмет клінічної психології, але заважають продуктивному функціонуванню особистості [2].

Л.М. Абсалямова уперше вказала, що стійкість порушень харчової поведінки жінок пов'язана з її полідетермінованістю: виникаючи в онтогенезі як складна міжфункціональна психологічна система, вона регулюється природними потребами та культурними формами їх задоволення [2]. Тобто, за своїм походженням харчова поведінка є біосоціальною, культурною та регулюється особливостями самосвідомості, образом «Я-тілесне». Ми вище вже писали про фізичний образ тіла жінок з порушеннями харчової поведінки, але за Л.М. Абсалямовою суб'єктивне значення тілесного образу Я осіб з порушеннями харчової поведінки необхідно інтерпретувати в контексті соціально-психологічного розвитку та соціальної адаптації особистості, як-от: культурних цінностей, переконань, установок, соціальних впливів, доступності тощо [3].

1. Культурні цінності у самому широкому контексті є основою усіх харчових виборів: для окреслення кращої або забороненої їжі, можливого поєднання харчових продуктів люди використовували традиції своїх власних культур, етнічних та професійних груп. З урбанізацією та більшою

доступністю попередньо оброблених продуктів, багато з яких має підвищений вміст жирів, цукру та солі, пов'язане явище харчового переходу.

2. Сприйняття, переконання, установки та цінності: люди розвивають власні сприйняття, переконання та установки щодо їжі на основі культурних цінностей та психосоціальних факторів, які впливають на їхні харчові вибори, які не завжди співпадають з суворими науковими поглядами цінність продуктів. Перетворення харчових виборів на актуальні суспільні питання не завжди узгоджуються з науковими моделями, оскільки част вони є предметом впливу та інтересів різних суспільних груп з конкуруючими інтересами.

3. Соціальні впливи: дуже часто людина вживає їжу у присутності інших людей, а ефект соціальної фасилітації призводить до зниження споживання їжі насамоті та, відповідно, до збільшення в обстановці групового споживання, особливо коли люди знайомі між собою. Тому родина та друзі становлять не тільки джерело наслідування, але й є провідними чинниками групового тиску у споживанні різних харчів (зокрема, з підвищеним чи зниженим вмістом жирів або куштування нових продуктів). Тому можна припустити, що відсутність соціальної підтримки може зруйнувати індивідуальні спроби харчових змін повністю чи принаймні критично зменшити успішність таких спроб.

Для формування та підтримки харчових поведінкових патернів особливе значення має родинна включеність в цей процес, особливо коли це торкається зниження ризиків серцево-судинних захворювань та лікування надмірної ваги і пов'язаних із нею харчових розладів; відсутність такої підтримки може зруйнувати індивідуальні намагання змінити харчові стереотипи або суттєво зменшити успішність цих намагань [1].

4. ЗМІ та реклама для багатьох людей є одним з основних інформаційних джерел про їжу та харчування: компанії з виробництва фасованих солодких та жировмісних продуктів витрачають численні кошти.

Статистична інформація з цього блоку споживчих товарів є часто закритою, але відомі факти високої ефективності рекламних постів у збільшенні продажу харчових продуктів. Особливо небезпечними можн вважати рекламні компанії, спрямовані на молодші вікові групи, оскільки вони мають на меті посилення впізнаваності продукту серед дитячої аудиторії, формування позитивного ставлення до рекламованих продуктів, створення у дітей сильної мотивації на прохання у батьків щодо купівлі рекламованого продукту тощо.

5. Доступність. Завдяки розвитку харчової промисловості, улюблені продукти стають доступними та більш різноманітними. Однак для людей доступність може мати різне значення та бути: загальною (усі продуктові позиції доступні (в тому числі фінансово) для покупців) або моментальною (розфасовані в індивідуальні упаковки, зберігаються тривалий час, швидко готуються, можуть бути спожиті будь-де тощо)

6. Різноманіття - часто асоціюється з високим рівнем споживання корисних та поживних речовин та малими ризиками захворюваності, але часто люди, які харчуються різноманітно, їдять більше. Крім того, різноманітне харчування може бути пов'язане з підвищеним споживанням жирів, цукру, солі чи холестерину [1].

Досліджуючи основні соціально-психологічні чинники виникнення та підтримки порушень харчової поведінки у жінок середнього віку, Т.О. Серга та М.В. Білоусенко віділили такі: особливості сприйняття реальності, індивідуальні переконання, установки та цінності [78]. Продуктивність цього підходу підкріплюється тим, що з віком жінки починають активно формувати власні сприйняття, переконання та установки щодо харчової поведінки, спираючись на культурні та психосоціальні цінності, які й формують їхні харчові вподобання, які не завжди співпадають з науковими поглядами на безпечність чи поживність продуктів. Особливого значення, на думку вчених, набуває вплив ефекту соціальної фасилітації, зокрема, родинні традиції

формування та реалізації харчової поведінки. Харчові вподобання жінок часто формуються під впливом смаку, запаху, вкусового сприйняття продукту, а не міркуваннями корисності або поживності. Взагалі, в процесі формування індивідуальної харчової поведінки, відмічають Т.О. Серга та М.В. Білоусенко, важливим чинником становлення харчових вподобань та звичок стають сенсорні реакції на смак, запах, зовнішній вигляд продуктів [78]. Основний когнітивний дисонанс, а в подальшому і внутрішньоособистісний конфлікт, полягає у протиріччях між когнітивними та сенсорними чинниками у жінок, які можуть використовувати власні неефективні та неперевірені знання щодо зв'язків між харчуванням та здоров'ям, змінювати власну харчову поведінку. Тобто, характеризуючи харчову поведінку жінок, вчені підкреслюють важливу роль соціальних впливів, але й психологічні чинники створюють індивідуально-психологічне, стійке підґрунтя харчової поведінки. Т.О. Серга та М.В. Білоусенко емпірично довели, що на порушення харчової поведінки жінок середнього віку впливають такі особистісні особливості, як-от: критичне самоствавлення, концентрація на власних недоліках, елементи дисморфофобії, страх критики з боку оточуючих та ін. [78]. Крім того, елементи перфекціонізму можна вважати причиною прагнення до самоконтролю за апетитом, своїм тілом, що створює умови для виникнення різних психологічних та психічних порушень [78].

Продовжуючи цей напрям дослідження, В.І. Шебанова також вважає, що на порушення харчової поведінки особистості значний вплив створюють груповий тиск, соціальні та політичні цінності, доступність продуктів, реклама та інші культурно обумовлені чинники [98]. Вчена підходить до розуміння харчових порушень з позиції психосоматичної єдності, а сама харчова поведінка визначається як метасиндромне системно-процесуальне утворення, здатне до самоорганізації і саморозвитку в умовах спонтанного структурування [98].

Як справедливо відмічає Л.М. Абсалямова, харчова поведінка, яка спочатку проявляється як біологічна потреба, слугує сучасній людині також і для розрядки емоційного напруження, насолоди, може виступати самоціллю або бути регулятором спілкування в колективі, показником самоствердження (престижність їжі), компенсації фрустрованих потреб у спілкуванні, турботі, нагороди або заохочення, може задовольняти естетичні потреби тощо [2]. Тобто, з психологічного боку харчова поведінка є полімотивованою та поліфункціональною, що і формує залежність від неї [2].

І.М. Самойленко, також наполягаючи на провідній ролі психологічного чинника, підкреслює, що розлади харчової поведінки є зовнішнім проявом, сигналом, за яким завжди мають місце глибоко приховані психологічні проблеми особистості [76]. Вчена каже, що розлади харчової поведінки є індивідуальним механізмом психологічного захисту від психологічних травм та негативних емоцій. Їжа – це лише об'єкт, на неї скеровуються деструктивні прояви: контроль або компульсії, а їжа є своєрідним символом, за яким завжди прихована конкретна особистісна проблема [76].

В дослідженні О.С. Травенко виділені та схарактеризовані основні механізми емоційної саморегуляції у жінок з порушенням харчової поведінки доклінічного рівня, до яких авторка віднесла механізми емоційного регулювання взаємодії з оточуючими, опрацювання негативних стимулів, звільнення від емоційного навантаження

1. Механізм емоційного регулювання взаємодії з оточуючими, коли заради самозаспокоєння жінки вирішують проблему шляхом надмірного споживання харчових продуктів. Крім того, інколи жінки з порушенням харчової поведінки проявляють схильність до маніпулювання, звинувачують інших у своїх проблемах.

2. Механізм опрацювання негативних стимулів, коли жінки з порушенням харчової поведінки для покращення свого тіла суворо ставляться до свого харчування, виключають корисні продукти, наслідком

чого стає авітаміноз, виснаження, нервові розлади. Головним наслідком переживань цього стану стає його «застрягання» у психіці у формі переживань роздумів, смутку.

3. Механізм звільнення від емоційного навантаження, коли жінки з порушенням харчової поведінки практикують сувору, але несистемну дієту. Коли вони починають усвідомлювати невідповідність їхньої поведінки зовнішнім очікуванням, жінки починають переживати страх осуду, сором. Здивування, на думку О.С. Травенко, зменшує емоційне навантаження на нервову систему, яке гальмує адаптацію до непередбачуваних реакції інших людей [84].

Узагальнюючи існуючі в науці спроби типологізувати порушення харчової поведінки, С.Д. Литвин-Кіндратюк виділила найбільш розповсюджені, як-от екстернальний, емоціогенний та обмежений види харчової поведінки [48].

Екстернальна харчова поведінка характеризується високою сензитивністю до деяких зовнішніх чинників вживання їжі (вітрини, естетично сервіровані столи, реклама продуктів харчування, красиві люди, що споживають їжу тощо). Розповсюдженим наслідком екстернальної харчової поведінки може бути ожиріння, оскільки їжа для осіб з даним видом харчової поведінки є швидким та доступним способом корекції настрою. Таке заїдання стресу може виконувати функцію психологічного захисту, сприяти уходу від реальності та розвитку ілюзорного суб'єктивного благополуччя.

Емоціогенна харчова поведінка знижує емоційний дискомфорт, який існує у вигляді неспокою, тривожності, дратівливості. Емоціогенна харчова поведінка є компульсивною, з короткотривалими підйомами апетиту та подальшою втратою контролю над вживанням їжі, своєрідним десинхрозом з ранковими втратами апетиту та зростанням апетитом ввечері та вночі.

Обмежуюча харчова поведінка характеризується постійним контролем над вживанням їжі, самообмеженнями та спонтанним дотриманням дієти, наслідком чого стає «дієтична депресія», дратівливість, напруження, агресивність. Загалом діагностується психологічна схильність до стресу, тривожність, занижена самооцінка.

Але, як відмічають М.Д. Лапіна та Є.В. Бойко, складність дослідження психологічних особливостей харчової поведінки полягає в тому, що такий стан дуже часто приховується, залежні особи не мають мотивації для корекційної роботи, а сама їхня поведінка зовні не завжди сприймається як відхилена від норми, оскільки не має яскраво вираженої деструктивної ознаки, не спливає на порушення зв'язків з соціумом, а інколи навіть підкріплюється позитивними оцінками, які сприяють підкріпленню цих харчових поведінкових патернів [46].

Укладаючи психологічний портрет жінок, залежних від їжі, З.Я. Ковальчук виділила занижену самооцінку, депресивний настрій, самотність та відстороненість від колективу, перфекціонізм у поєднанні з егоїзмом, тенденцію до реалізації реакції компенсації тощо [35].

А.В. Ворошилїна розглядає психологічні особливості особистості з порушеннями харчової поведінки через суб'єктивний образ тіла та діяльність з формування цього образу, наслідування стилю харчування [21]. На думку вченої максимально продуктивним є підхід до розуміння порушень харчової поведінки через категорію Тілесного Я як важливого компоненту Я-концепції, завдяки якому здійснюється когнітивний та емоційний супровід фізичного функціонування, формується регулятивний ефект внутрішнього діалогу з собою про власне тіло. Особливого значення набуває емоційно-ціннісний компонент тілесного Я, який розкривається у позитивних та адекватних почуттях щодо власного тіла [21].

На думку Л.М. Абсалямової, в структурі особистості з порушеннями харчової поведінки можна фіксувати елементи суб'єктивного

неблагополуччя, схильність до невротичних розладів та виражені гендерні відмінності цих особливостей [1]. Так, жінок із харчовою залежністю більш аніж чоловіків хвилює їхня зовнішність та привабливість, матеріальна сфера, жінки активніші за чоловіків у пошуку емоційної підтримки з боку оточення [1].

Як ми бачимо з попереднього аналізу, коли йдеться про порушення харчової поведінки, переважно у сферу інтересів дослідників попадають жінки. Тому особливу увагу привертають дослідження вікових особливостей харчової поведінки (Л.М. Абсалямова [2], О. Аврамчук [4], І.І. Андрікевич [5], О.Е. Беляєва [8], І.С. Колесникова [36], А.Є. Нижник [65], Н.М. Рябова [74]).

Так, Н.М. Рябова розкрила психологічні особливості харчової поведінки студентів [74]. Наукова цінність такого вікового підходу дозволяє виділити та обґрунтувати основні внутрішні витоки формування в особистості стійкого порушення харчової поведінки. Реалії життя сучасної молоді такі, що соціальні мережі цілеспрямовано формують простір, в якому молода людина помилково робить висновок, що саме струнке тіло, є запорукою щастя та успіху в кар'єрі [74]. На жаль, сучасні стандарти краси можуть провокувати у молоді виникнення невпевненості, тривожності, незадоволення своїм тілом. На думку Н.М. Рябової саме особистісна та ситуативна тривожність можуть бути головними чинниками виникнення порушень харчової поведінки в студентському віці [74]. Емпірично вчена довела, що студенти з високою тривожністю входять у групу ризику формування та подальшого закріплення такого непродуктивного способу зниження індивідуального переживання тривоги шляхом збільшення кількості їжі [74].

І.С. Колесникова безпосередньо пояснила ранні прояви харчової поведінки саме психологічними проблемами раннього дитинства, коли їжа заміщує депривовану потребу у любові та визнання, постає соціальним

атрибутом втіхи та підтримки оточуючих [36]. Поступово в особистості формується домінування мотиву втечі від суворої реальності у світ «харчового задоволення». Отак, на думку І.С. Колесникової, в процесі дорослішання у складних життєвих ситуаціях людина обирає для себе харчування як альтернативу складнощам повсякденного життя з його труднощами, конфліктами та обмеженнями.

Не дивлячись на значну роль у формування харчової поведінки оточуючих, зокрема, різних членів сім'ї (сіблінги, батьки та інші референтні дорослі), ступінь їхньої участі у цьому процесі є різною. Цей вплив (улещування, умовляння, примус) відбувається через механізми повторюваного знайомства та умовний рефлекс. Провідна роль все ж таки належить батькам, які виступають для дітей рольовими моделями в тому числі й харчової поведінки, оскільки саме вони готують дітям їжу, створюють контекст її вживання [1]. Л.М. Абсалямова виділила «родинний харчовий парадокс»: не дивлячись на те, що родина є провідним чинником формування харчової поведінки, вона є дуже слабкою у встановленні харчових традицій, притаманних цій конкретній родині [1]. Тобто, на думку вченої, такий парадокс потребує додаткових глибинних досліджень..

Цікавим є також дослідження особливостей схильності до розладів харчової підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря, проведене О. Аврамчуком та О. Круц [4]. Отримані дані розкривають основні аспекти схильності до їжі, серед яких провідними є незадоволеність власним тілом та низька самооцінка, яка посилює фіксацію на проблемних ділянках тіла, посилюючи прагнення до стрункості, а непродуктивне використання жорстких дієт надає дитині відчуття контролю над емоціями та думками. Водночас указано, що депресивний стан і неконтрольоване переїдання є самостійними тригерами для дистресу ядра схильності до зловживання їжею, а модифікуючим чинником, який підтримує порушення харчової поведінки, є перфекціонізм [4].

Не дивлячись на медичну спрямованість дослідження І.І. Андрікевич, Г.І. Мантак та Г.Ю. Звенігородської, у дітей з зайвою вагою та ожирінням було зафіксовано екстернальні та емоціогенні порушення харчової поведінки [5]. Вчені констатували, що екстернальна харчова поведінка, в основі якої лежить підвищена чутливість до зовнішніх стимулів вживання їжі, формує у дітей звичку їсти у відповідь на зовнішні подразники: вітрину кондитерського магазину, красиво сервірований стіл, рекламу продуктів тощо. Емоціогенна харчова в своїй основі має відчуття емоційного дискомфорту, а продукти приносять дітям не тільки насичення, але й задоволення, заспокоєння. В старшому підлітковому віці вчені констатували також обмежувальну харчову поведінку, яка передбачає жорстке самообмеження, дотримання суворої дієти, які можуть змінюватися на переїдання [5].

Аналізуючи стан розробленості проблеми, ми можемо констатувати, що переважна більшість сучасних українських вчених особливу дослідницьку увагу зосереджують саме на психологічному чиннику, як одному з найбільш значущих причин зайвої ваги та порушень харчової поведінки: дуже часто саме психологічні проблеми в дитинстві, а не потужний апетит визначають зайву вагу та інші харчові порушення.

Таким чином, для вітчизняної науки дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки є інноваційним, але доробки українських науковців доводять його значення та необхідність подальшої розробки. Термін «харчова поведінка» у вітчизняній психології визначається як сукупність проявів активності особистості в процесі харчування, відповідні якісно-кількісні характеристики та зміни раціону харчування, ціннісне ставлення до їжі та стереотипи її споживання у повсякденних та стресових умовах, орієнтація на образ власного тіла та активність з його покращення тощо.

На формування харчової поведінки суттєво впливає низка чинників: етнокультурних та національних, життєтворчих, релігійних, індивідуально-особистісних, сімейних та суспільних, тобто, порушення харчової поведінки — це системні симптомокомплекси, які виникають внаслідок впливу означених чинників. Якість життя людини, її активність, суб'єктивне благопруччя та ін. — все це залежить від специфіки харчової поведінки, адекватність якої є запорукою гармонійного розвитку особистості.

1.3. Теоретико-методологічні засади дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки

Створення в сучасній українській психології потужної теорії та корекції порушення харчової поведінки потребує глибокого методологічного обґрунтування вивчення цього феномену з урахуванням провідних сфер особистості: емоційно-вольової та поведінкової.

Головними методологемами нашого дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки можна вважати такі наукові підходи та теорії: системний та системно-структурний (В.М. Бутузов [15], О.І. Данілова [28], М.П. Лукашевич [50], Г.О. Підкурманна [66], В.І. Романчиков [73], Ю.П. Сурмін [81], В.М. Шейко [99], В.М. Юрченко [102]), синергетичний (О.В. Вознюк [19], А.В. Євтодюк [29], В.І. Шебанова [93]), основні положення теорії психологічної травми як джерела порушень харчової поведінки (А.М. Грись [27], Б.Б. Іваненко [32], Н.Ю. Максимова [53], J. Nemiah, H. Freiburger, P. Sifneos [128]), генетичний підхід С.Д. Максименка [54], тіпологічні моделі соціальних характерів Е. Фромма [88].

Необхідно відмітити, що відповідно провідній ролі методології в сучасному психологічному знанні, вона використовувалася нами на всіх етапах наукового дослідження проблеми психологічних особливостей

порушень харчової поведінки:

- в процесі постановки проблеми;
- при формулюванні об'єкту та предмету дослідження;
- при теоретичному аналізі ступеня розробленості проблеми в психології;
- в процесі якісного аналізу та інтерпретації отриманих даних.

Схарактеризуємо коротко кожен з методологем.

Методологія системного та системно-структурного підходів дозволяє нам бачити предмет дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки як цілісність, єдність, яка є самоцінною та важливою для розуміння сутності системи вищого порядку, у нашому випадку, системи порушень поведінки взагалі (В.М. Бутузов [15], О.І. Данілова [28], М.П. Лукашевич [50], Г.О. Підкурманна [66], В.І. Романчиков [73], Ю.П. Сурмін [81], В.М. Шейко [99], В.М. Юрченко [102]). Це дозволяє нам вивчити особистість з порушеннями харчової поведінки з різних боків та з урахуванням різних чинників впливу.

В.І. Романчиков, характеризуючи основні принципи системного підходу, підкреслює основні алгоритми системного аналізу:

- уточнення сутності психологічного феномену, який аналізується як ціле;
- виявлення максимальної кількості його складових елементів;
- поєднання елементів у певні підструктури та їхнє обґрунтування наявними науковими теоріями;
- встановлення кореляцій та відносин між окремими елементами, підструктурами та цілим [39].

Для розуміння стійкості порушень харчової поведінки в контексті системного підходу важливою є теза В.М. Садовського про те, що функціонування системи відбувається за оригінальними, притаманними тільки цій системі, законами [цит. за 70]. Тобто, в кожному моменті життя

особистість з порушеною харчовою поведінкою як система знаходиться в певному стані, та саме такий послідовний набір станів (емоції, комплекси, стереотипи поведінкових реакцій тощо) характеризує її поведінку. За характером своєї поведінки українські вчені виділяють реактивні (формується під впливом середовища) та активні системи (спираються на внутрішні закони поведінки, орієнтовані на кінцеву мету).[цит. за 70]

Ми повністю погоджуємося з думкою Г.О. Підкурганної, яка підкреслювала, що системний підхід допомагає досліджувати складний об'єкт, виділяти його структуру, яка забезпечує його стійкість [66]. Такий погляд на системний підхід суголосний здобуткам В.М. Шейко, який вважав, що у випадках, коли необхідно дослідити сутність явища, системний підхід є необхідним, оскільки допомагає виявити структуру, взаємозв'язки складових підструктур, цілісність розвитку та динаміку досліджуваного явища або об'єкта, основні особливості та чинники розвитку [99].

Український методолог В.М. Юрченко, розробляючи концепцію системного дослідження особистості, підкреслювала, що саме він є механізмом розкриття окремих властивостей через співвідношення їх з цілісним об'єктом, що сприяє усвідомленню основних законів детермінації поведінки та функціонування особистості, через розуміння зовнішньої та внутрішньої детермінованості її вчинків та дій, при зміні зовнішніх змінних тощо [102]. Спираючись на ідеї В.М. Юрченко, структуру порушеної харчової поведінки як об'єкта системного дослідження, можна розглядати як множину складових елементів, які мають певні зв'язки та відношення.

Тобто, досліджуючи психологічні особливості порушення харчової поведінки як цілісну структуровану систему, ми можемо орієнтуватися на такі значущі ознаки системи, як-от:

- цілісність (розглядаючи кожний окремий компонент та сам цілісний конструкт харчової поведінки як підсистему ще більшої системи - особистості);

- множинність описів (для отримання нового теоретичного та емпіричного знання про психологічні особливості порушення харчової поведінки, нам необхідна структуризація її описів, які будуть розкривати різні боки шуканого феномену).

На думку Ю.П. Сурміна системний підхід ґрунтується на системному відзеркаленні діяльності та має певні етапи:

- 1) розгляд об'єкта діяльності як цілісної системи, яка складається з конкретних взаємодіючих елементів;
- 2) припущення щодо її складу, структури та організації елементів системи, виділення головних кореляцій між ними;
- 3) виявлення головних та другорядних зовнішніх зв'язків системи;
- 4) визначення функції даної системи та її місця серед інших систем;
- 5) аналіз розвитку структури та функції системи;
- 6) виявлення основних закономірностей та перспектив розвитку цієї системи;
- 7) виявлення різних класів інших систем, їхнє дослідження [81].

Фундаментальне дослідження системного підходу, проведене М.П. Лукашевичем, дозволило в основу цього підходу покласти концепцію особистості як багаторівневої складноорганізованої системи, структурні елементи якої містить п'ять основних рівнів: структурний, функціональний, психічний, свідомий і поведінково-діяльнісний [50].

Для нас такий підхід є особливо значущим, оскільки співпадає з предметом нашого дослідження. За М.П. Лукашевичем поведінка та діяльність розглядаються як результат взаємодії всіх підсистем та рівнів, спрямованих на збереження цілісності та життєдайності [50]. Розкриваючи специфіку чинників, які впливають на формування порушень харчової поведінки, ми враховуємо принцип системного підходу щодо розуміння людини як відкритої соціально-обумовленої системи, поведінка якої визначається природно-соціальним середовищем сутністю зв'язків,

міжособистісних відносин та станів у системі "людина-оточуюче середовище".

М.П. Лукашевич наполягає, що в основі поведінки людини як цілісної системи лежить механізм підтримки гомеостазу в системі "людина - середовище", який може порушуватися через зміни в кожній із цих підсистем [50]. Спрямованість поведінки в бік підтримки цього гомеостазу зумовлюється прагненням зберегти себе як систему, тобто, будь-який поведінковий патерн спрямовується на збереження та забезпечення життєдіяльності.

Згідно з цими основними принципами системного підходу до вивчення діяльності, сформульованими М.П. Лукашевичем, будь-який поведінковий патерн складається з низки окремих змінюваних підструктур або етапів:

1. Обмін енергією, інформацією як головна умова збереження гомеостазу в системі "людина - середовище".

У стані динамічного гомеостазу в цій системі суб'єкт відчуває на собі вплив різних зовнішніх чинників, але не завжди їхньої потужності достатньо для порушення цієї внутрішньої рівноваги системи "людина". Для існування живого організму нормально, коли відбувається природний обмін енергією, взаємовпливами, інформацією, коли природно функціонують усі його внутрішні органи та системи, але в такому стані людина не проявляє активності та не здійснює цілеспрямованих дій.

2. Основними об'єктивними показниками існування такого гомеостазу є життєтворчі константи та усі форми обміну інформацією між людиною та соціумом. Фактично ці константи як основа гомеостазу є важливими маркерами нормальної, життєздатної системи.

3. Будь-яке відхилення від означених констант гомеостазу є порушенням впливу на людину як інтернальних, так і екстернальних чинників. Ці відхилення супроводжується серйозними нейропсихологічними механізмами.

4. Суб'єктивно такі сигнали сприймаються людиною у формі інтероцептивних відчуттів, сприйняття та образів уявлень, що сигналізує про наявність мінливих умов соціального середовища.

5. На будь-яке відхилення від гомеостазу, яке є життєво важливим, людина як жива система реагує змінами у поведінці, до цього процесу залучені всі механізми життєзабезпечення, в тому числі найвища – свідомість та самосвідомість. За таким алгоритмом формується відповідна потреба як внутрішня готовність людини до активності щодо відновлення гомеостазу в системі "людина – соціальне середовище". Потреба функціонує у вигляді стійкого суб'єктивного переживання нужди та передує формуванню відповідної мотивації.

6. Мотивація, цілепокладання та прийняття рішення є механізмом поєднання всіх систем і надання їм імпульсу до дії. Оскільки мотивація охоплює лише дії, які потребують участі свідомості, в поведінці диференціюються дві важливі форми: свідома та інстинктивна.

7. Діяльність, поведінка в системному підході розглядаються як жорстко узгоджена система дій, спрямованих на досягнення об'єкта, за допомогою якого можливо задовільнити потреби. Не дивлячись на різноманітність поведінки та активності людини, вони завжди спрямовуються на задоволення різних потреб, а у глобальному вимірі - на кінцевий результат життєдіяльності людини як складноорганізованої системи - на збереження та підтримку її життя.

8. Виникнення та задоволення потреби, яка може порушити гомеостаз в системі "людина – соціальне середовище". Будь-яка активність має бути спрямована на відновлення гомеостазу.

9. Завершення циклу відбувається в результаті відновлення порушеного гомеостазу в системі "людина-соціальне середовище", що сприяє гармонізації екстернального та інтернального середовища людини та супроводжується поверненням до початкової роботи мотиваційних

підсистем. При цьому суб'єктивно людина відчуває позитивні емоції та внутрішній спокій.

10. Етап тимчасового спокою, коли від стану задоволення головної потреби людина переходить до стану відносного спокою, який за своїми якісними проявами може бути різним, оскільки людські потреби ненасичені та після задоволення однієї потреби може з'явитися інша, яку необхідно реалізувати. Важливою умовою повторного задоволення однієї й тієї ж потреби необхідно робити перерву.

11. Початок нового етапу життєдіяльності, актуалізація нової потреби, що може відбуватися по черзі або паралельно. В даному випадку головними регуляторами поведінки та активності є такі важливі компоненти психіки, як-от потреби, емоції, воля, характер, здібності та самосвідомість, кожен з яких має своє завдання в цій системі та виконує свою функцію.

Особистість як система усвідомлює свої потреби під впливом таких чинників, як-от: суб'єкт-особистість; об'єкт потреби; взаємодія суб'єкта та об'єкта потреби; соціальна ситуація, в якій вдало формується потреба; підкріплення як кінцевий результат [50].

На думку М.П. Лукашевича, знання цих компонентів, процесу їх виникнення і здатності керувати ними дозволяють впливати на швидкість виникнення одних потреб та гальмувати інших та взагалі на поведінку людини [50]. Для теми нашого дисертаційного дослідження такий погляд є дуже важливим, оскільки він дозволяє не тільки сформулювати стратегію дослідження порушень харчової поведінки, але й укласти корекційну програму.

Крім того, доводячи переваги застосування системного підходу до вивчення поведінки людини у будь-яких ситуаціях життя, М.П. Лукашевич зазначає конкретні переваги, як-от:

1) можливість урахування впливу на поведінку людини соціального середовища;

2) розглядати біологічних, психічних, психологічних та соціальних чинників поведінки в їхній єдності;

3) Спрямованість на життєзбереження людини як цілісної системи та інтеграції всіх її функцій та окремих елементів цієї системи;

4) при вивченні особливостей харчової поведінки можливість спиратися на всю сукупність компонентів особистості, що регулюють її соціальну поведінку [50].

У такій же системно-структурній парадигмі В.М. Бутузов підкреслює, що необхідність виявлення особливостей системно-структурного характеру об'єкта виникає в разі необхідності виявлення зв'язку змін об'єкта як підсистеми зі змінами цілісної системи, в яку він входить як частина [15].

На думку вченого, необхідність поширення системно-структурного підходу на таку складну форму цілісності як поведінка особистості стає можливою завдяки високорозвиненим відносинам у триаді “система – підсистеми – елементи” [15]. Крім того, основні обов'язкові ознаки системності (структурованість, взаємопов'язаність окремих складових системи, підпорядкування всієї системи конкретній меті) надають нам психологічну інформацію про внутрішній устрій харчової поведінки як сукупність стійких зв'язків між множиною компонентів особистості, які забезпечують її стійкість. Водночас, за В.М. Бутузовим, знання про структуру дозволяє нам розглядати не тільки суб'єкт, але й об'єкт як систему.

Структурою системи вчений вважає характер зв'язків усередині її, який залишається відносно щільним при змінах складу елементів [15].

Синергетичний підхід в дослідженні порушень харчової поведінки (О.В. Вознюк [19], А.В. Євтодюк [29], В.І. Шебанова [94]), продовжуючи традиції системного підходу, основний акцент ставить на когерентності взаємодії окремих частин при утворенні цілісної структури, на адитивному ефекті, коли ціле більше від суми окремих частин (О.В. Вознюк [19], А.В.

Євтодюк [29]). Засновник синергетичного підходу, Г. Хакен, показав, що при переході від неупорядкованості до порядку в досліджуваних явищах, в тому числі й психічних, виникає схожість у проявах окремих елементів, так званий кооперативний, синергетичний ефект, що забезпечується природною кореляцією окремих частин цілого [цит. за 70]

Тому, за Г. Хакеном, основні феномени синергетичного підходу виявляються у сукупному ефекті взаємодії окремих численних підсистем, що у свою чергу призводять до утворення нових сталених структур або нової самоорганізації у складноорганізованих системах [цит. за 70]

Завдяки застосуванню елементів синергетичного підходу у вивченні особливостей порушень харчової поведінки, ми змогли зробити поглиблений аналіз наукових першоджерел та поєднати міждисциплінарні підходи (медичні, психологічні, педагогічні, соціальні), наукові ідеї, методи корекційної роботи, розкрити їхній потенціал у створенні сучасної вітчизняної теорії порушень харчової поведінки.

Тобто, в контексті нашого дослідження сутність синергетичного підходу полягає у виявленні та пізнанні загальних закономірностей, що керують процесами харчової поведінки та їхніх порушень.

Вдалою, на наш погляд, є синергетична модель розвитку розладів харчової поведінки, запропонована В.І. Шебановою, яку вчена визначає як багатомірну, нестійку та незамкнену, що дозволяє перейти до розуміння її нелінійної дискретності та фрактальності [94]. Основна специфіка та напрямки розвитку рпорушень харчової поведінки виникають та, відповідно, й коригуються у точках біфуркації, у яких розвиток набуває багатоваріантного характеру, а самі точки біфуркації є місцями взаємодії значної кількості зовнішніх та внутрішніх чинників, які визначають повсякденне життя людини. Завдяки активізації ресурсної сфери особистості, її адаптаційній можливості, компенсаторних та захисних механізмів напрям розвитку у точках біфуркації може змінюватися [94].

За В.І. Шебановою синергетична концепція розвитку порушень харчової поведінки пов'язана з різними аспектами сомато-, психо-, соціо- та екзистенціал-генезу, оскільки кожний з них виконує власну важливу функцію: соматогенез підтримує розвиток функцій фізичного організму; психогенез – забезпечує динаміку реалізації психічних функцій; соціогенез – формування та реалізацію соціальних ролей в системі міжособистісних стосунків, екзистенціал-генез – становлення духовної сфери особистості, можливість переходу на більш високий рівень особистісного розвитку [93].

Основні положення теорії психологічної травми як джерела порушень харчової поведінки (А.М. Грись [27], Б.Б. Іваненко [32], Н.Ю. Максимова [53], J. Nemiah, H. Freiburger, P. Sifneos [128]). Проблема психотравматизації традиційно привертала увагу вчених у контексті дослідження психологічного здоров'я особистості, але, як показав попередній аналіз наукових першоджерел, психологічні травми, отримані на ранніх етапах онтогенезу або на інших сензитивних етапах особистісного розвитку, суттєво впливають на специфіку формування харчових уподобань особистості та порушень її харчової поведінки. Набуті та неопрацьовані психологічні травми є довготривалими, часто витискуваними із сфери свідомості, але за деструктивними наслідками дуже потужними, що призводить до екстраполяції травматичного досвіду на інші форми життя та способи реалізації активності. Основний механізм дії психотравмуючих подій полягає в тому, що вони суттєво порушують базове суб'єктивне відчуття безпеки та захищеності, підвищують ризик руйнації всієї адаптаційної системи психіки, наслідком чого стає швидка та часто необоротна невротизація, підвищена конфліктність у міжособистісних відносинах та порушення регуляційної функції особистості.

Спираючись на тезу А.М. Грись про те, що прогнозування перебігу та наслідків будь-якої травми залежить від багатьох чинників: специфіки травмуючої події, захисних функцій організму, індивідуально-типологічних

особливостей, ми розуміємо, що вивчення психологічних особливостей порушень харчової поведінки є затребуваним у суспільстві, оскільки розкриває різноманітні аспекти прогнозування, терапії та профілактики порушень харчової поведінки, пов'язаних з психотравмою [27].

В контексті проблематики нашого дисертаційного дослідження актуальним є розуміння детермінації харчової поведінки, подальшої стійкої травматизації психіки та захисних механізмів за афективним типом онтогенетичними травмами, та виявлення шляхів ефективної психологічної допомоги. Адже у результаті порушень харчової поведінки формується дезорганізована поведінка, знижується просоціальна активність, викривляється ресурсна сфера особистості тощо.

Суголовно такому підходу, Н.Ю. Максимова вважає, що психологічна травма є наслідком ситуації, коли людина суб'єктивно відчуває себе незахищеною [53]. Будь-яка психологічна травма завжди психофізіологічно фіксована, саме тому емоційна пам'ять перешкоджає обранню адекватних стратегій стрес-долаючої поведінки. В разі відсутності психологічної підтримки особливо нездоланною вважається людині будь-яка перешкода, що посилює психоемоційні переживання. Тому, людина яка пережила психологічну травму, попадаючи у будь-яку фруструючу ситуацію у першу чергу шукає швидкі та доступні способи зняття негативного емоційного стану [53].

Підкреслюючи значення емоційної сфери у становленні психологічної травми, J. Nemiah, H. Freiburger, P. Sifneos виділяють чотири аспекти переживань, між якими може мати місце дисоціація: поведінка, афект, відчуття і знання [128]. Термін «афект» має різний зміст, означає або виражений і короткотривалий емоційний стан; є синонімом емоції, почуття; об'єднує зовнішнє вираження емоцій та суб'єктивні відчуття [128].

Але, на наш погляд, і форма реалізації психологічної травми, і конкретні форми харчової поведінки багато в чому залежать від

індивідуально-особистісних особливостей, специфіки індивідуального ставлення людини до подій, які відбуваються в її житті. Деякі емоції та вчинки, які реалізуються на їхній основі, піддаються контролю, якщо людина усвідомлює свою проблему, формує у себе адекватне ставлення до фруструючих подій.

Генетичний підхід С.Д. Максименка як одна з провідних методологем дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки, реалізує в науці принципи: аналізу за одиницями, історизму як поєднання генетичної та експериментальної ліній, системності як основи цілісного аналізу психологічних явищ, проектування [54]. Спираючись на ідеї С.Д. Максименка, можна стверджувати що специфіка порушень харчової поведінки полягає в тому, що її необхідно розглядати як процес, детермінованим зовнішніми, соціальними та внутрішніми, особистісним чинниками.

Спадковість формування сучасного вітчизняного методологічного знання полягає в тому, що наукові концепції та теоретичні підходи до психіки, сформульовані С.Д. Максименком, є логічним продовженням та розширенням в сучасному науковому просторі ідей класика української психології Г.С. Костюка, який неодноразово підкреслював, що важливою характеристикою особистості є її незворотній рух уперед, активність як провідна характеристика індивідуальності, саморозгортання [54]. Фактично, Г.С. Костюк підійшов до розкриття глибиннопсихологічного усвідомлення дефініції суб'єктності, але саме генетичний підхід С.Д. Максименка розставив основні акценти на основних механізмах та рушійних силах цього явища [54]. Фактично, ідеї С.Д. Максименка можуть бути використані при розробці сучасної вітчизняної концепції корекційних впливів на будь-які порушення харчової поведінки, оскільки вони будуть спиратися на розуміння психіки як живої, саморозвивальної системи.

Суголосно концептуальним підходам С.Д. Максименка та Г.С. Костюка, М.Й. Боришевський наполягав, що екстраполяція в сучасну вітчизняну науку базових конструктів світової психологічної науки потребують активного використання основополагаючих принципів системності, цілісності, єдності свідомості, діяльності та поведінки, самоефективності тощо [11]. Особливого значення вчений надавав принципам самоефективності та саморозвитку, роль яких у вивченні індивідуально-неповторних реакцій на зовнішні подразники з подальшою їхньою корекцією та передбаченням стійкості змін, що відбулися внаслідок цих корекційних впливів, є дуже важливою.

На наш погляд, для теоретико-емпіричного обґрунтування психологічних особливостей порушень харчової поведінки цей концепт є одним з провідних. Самоефективність та самоактивність особистості, на думку М.Й. Боришевського, є не просто значущим принципом дослідження особистості, вони щільно пов'язані з категорією особистісного сенсу, який співвідносить реальність буття однієї особистості з реальністю явищ, інших соціальних цінностей, цілей просоціальної діяльності (що дуже часто гальмується у осіб з порушеннями харчової поведінки). Відсутність такого смислу стає причиною пасивної позиції людини, спроби заміщення власної активності зловживанням харчовими продуктами, що суттєво гальмує процес становлення її як суб'єкта активності та поведінки, крім того, продовжуючи виконувати свої соціальні обов'язки, особистість або гіперкомпенсується у всіх сферах життєдіяльності, або робить це без внутрішнього бажання та адекватної мотивації, життя проходить паралельно з нею, а поведінка та діяльність оцінюються як щось нав'язане проти її волі [11].

Сьогодні, в нових соціально-психологічних та політичних реаліях відбувається процес активного становлення інноваційної наукової думки, суттєво розширюються межі можливостей вивчення ресурсів та можливостей особистості, виникає інтерес до опрацювання нових напрямків. Зокрема, в контексті генетичного підходу С.Д. Максименка виникають важливі для

науки питання, а саме, чи можливо розглядати порушення харчової поведінки з позиції домінуючої ролі внутрішніх чинників особистості, чи є вікові етапи, максимально сензитивні для виникнення цих порушень, або вони повністю соціально визначені та індивідуальна робота з психологічними травмами та проблемами минулого не є ефективною для їхньої корекції та ін. Такої ж думки дотримується і В.А. Татенко, який наполягає, що тільки генетичний підхід взмозі вирішити головну проблему психології щодо внутрішньої обумовленості розвитку особистості та про механізми його регуляції [82]. Крім того, як підкреслює В.А. Татенко, генетичний підхід до розуміння процесів, які відбуваються в особистості, дозволяє вченим формулювати нові питання, ставити перед українською психологією нові завдання, особливо щодо виявлення внутрішніх ресурсів подолання старесів та здатності особистості розвивати власту суб'єктність на різних етапах онтогенезу тощо [82]. За В.А. Татенком основним протиріччям, яке гальмує психічну активність суб'єкта, є його саморуйнівна позиція, коли його дії фактично протиставляються його існуванню як об'єкта. Вчений розглядає розвиток суб'єктності як просування вперед за спіраллю, основними витками якої В.А. Татенко вважає практичну інтуїцію суб'єктного ядра, механізми самосприйняття та особливу функцію пам'яті, пов'язану з накопиченням, збереженням та відтворенням попереднього індивідуального досвіду [82].

Важливою методологемою нашого дослідження порушень харчової поведінки можна вважати *тіпологічні моделі соціальних характерів Е. Фромма*, згідно яким деякими людьми керує виражене бажання втекти від свободи або відповідальності, а реалізується це бажання за допомогою механізмів авторитаризму, деструктивності та конформізму [88]. На думку Е. Фромма головні спрямованості соціального характеру особистості є результатом індивідуального способу задоволення екзистенційних потреб.

Для методології нашого дисертаційного дослідження особливого значення набуває психологічна характеристика непродуктивних типів соціальних характеру, які можуть суттєво підвищувати ризики формування порушень харчової поведінки, як-от:

- рецептивний (залежний і пасивний, основне уявлення осіб з таким характером полягає у переконанні, що треба бути коханим, а не кохати самому),

- експлуатуючий (людина, поведінка якої спрямована на отримання бажаного силою та обманом),

- накопичувальний (скнара, впертий, пасивний, спрямований на минуле),

- ринковий (людина, яка сприймає себе як товар, який необхідно вигідно продати; чітко дотримується власних соціальних меж) [88].

Отже, означені теорії та концепції не тільки розкривають різні аспекти залежної особистості, але й акцентують увагу на необхідності позитивних трансформацій у її свідомості.

Таким чином, створення в сучасній українській психології потужної теорії та корекції порушення харчової поведінки потребує глибокого методологічного обґрунтування вивчення цього феномену з урахуванням провідних сфер особистості: емоційно-вольової та поведінкової.

Головними методологами нашого дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки можна вважати такі наукові підходи та теорії: системний та системно-структурний, синергетичний, основні положення теорії психологічної травми як джерела порушень харчової поведінки та генетичний підхід С.Д. Максименка, тіпологічні моделі соціальних характерів Е. Фромма.

Висновки до першого розділу

1. В сучасній науці про особистість та її успішну реалізацію у соціумі або складнощі на цьому шляху, особливий інтерес викликають чинники та психологічні механізми, що приводять до формуванні різних типів порушень або залежності. Порушення харчової поведінки є відносно поширеними, але вони часто ігноруються особистістю і суспільством, незважаючи на те, що роблять сильний негативний вплив на здоров'я, в тому числі і на психологічний стан особистості, і на її соціальну активність і реалізованість. В науці зміст харчової поведінки формувався у органіко-психічному та психологічно-соціокультурному напрямках, згідно яким харчова поведінка як індивідуальне ціннісне ставлення до їжі формує орієнтацію на образ власного тіла та набуває різних соціальних форм: починаючи з ухилення від морального або естетичного контролю за власною поведінкою, та завершуючи сферою найбільшого «психологічного ураження» - самоактуалізації особистості та її адаптивних здібностей. Особлива роль у формуванні розладів харчової поведінки належить як соціальним, так і психологічним чинникам: підвищеній особистісній тривожності, віковим проявам дисморфофобії у підлітковому віці, хронічному стресу, внутрішньосімейній невротизації, домашньому насильству. Стійкість харчових порушень пояснюється їхній щільній кореляції із емоційною сферою особистості та орієнтацією на підсвідомі способи психологічного захисту. Оскільки доклінічні етапи розвитку харчової залежності можуть бути досить тривалими, такими, що формуються під впливом батьківського програмування харчової поведінки, особливого значення набуває виділення особистісних патернів, які підвищують ризик порушень харчової поведінки особистості, яка може бути спровокована життєвими стресами та міжособистісними проблемами.

2. Для вітчизняної науки дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки є інноваційним, але доробки українських науковців доводять його значення та необхідність подальшої розробки. Термін «харчова поведінка» у вітчизняній психології визначається як сукупність проявів активності особистості в процесі харчування, відповідні якісно-кількісні характеристики та зміни раціону харчування, ціннісне ставлення до їжі та стереотипи її споживання у повсякденних та стресових умовах, орієнтація на образ власного тіла та активність з його покращення тощо.

На формування харчової поведінки суттєво впливає низка чинників: етнокультурних та національних, життєтворчих, релігійних, індивідуально-особистісних, сімейних та суспільних, тобто, порушення харчової поведінки — це системні симптомокомплекси, які виникають внаслідок впливу означених чинників. Якість життя людини, її активність, суб'єктивне благополуччя та ін. — все це залежить від специфіки харчової поведінки, адекватність якої є запорукою гармонійного розвитку особистості.

3. Створення в сучасній українській психології потужної теорії та корекції порушення харчової поведінки потребує глибокого методологічного обґрунтування вивчення цього феномену з урахуванням провідних сфер особистості: емоційно-вольової та поведінкової.

Головними методологами даного дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки можна вважати такі наукові підходи та теорії: системний та системно-структурний, синергетичний, основні положення теорії психологічної травми як джерела порушень харчової поведінки.

РОЗДІЛ 2

ОСНОВНІ ЕТАПИ, МЕТОДИ ТА МЕТОДИЧНІ ІНСТРУМЕНТАРІЇ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Основні етапи дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки

В процесі організації та підготовки емпіричного дослідження ми дотримувалися прийнятих в науці провідних алгоритмів, від застосування яких залежить не тільки організаційно-методична коректність, але й надійність та валідність отриманих даних на стадії обробки та реалізації авторських задумів. Тому, головним методичним орієнтиром в процесі підготовки та реалізації теоретико-емпіричного дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки були провідні вимоги та положення психодіагностики, сформульовані українськими вченими: В.Й. Бочелюком [12], М.С. Корольчуком та В.І.Осьодло [38].

Основні емпіричні задачі нашого дослідження передбачали наступне:

- 1) діагностику основних складових компонентів феномену порушення харчової поведінки, дослідження їх специфіки, загальних та індивідуальних закономірностей прояву;
- 2) діагностику особливостей особистості, які гіпотетично є чинниками ризику виникнення психологічної залежності від їжі;
- 3) виявлення взаємозв'язків між компонентами харчової поведінки;
- 4) виявлення груп респондентів за різним ступенями вираженості порушень харчової поведінки.

Спираючись на М.С.Корольчука та В.І.Осьодло, які характеризували особливості організації процедури психодіагностичного дослідження та

чинники впливу на надійність отриманої діагностичної інформації, нашу дослідницьку увагу привернули наступні змінні:

1. Послідовність проведення психодіагностичної процедури.

Усі виміри мають бути проведені у жорстко стандартизованих умовах, що сприяє точності та надійності емпіричних результатів з подальшою надійною інтерпретацією. На думку М.С. Корольчука та В.І. Осьодло для уникнення помилкової інтерпретації отриманих результатів, процедура психодіагностики має бути максимально наближеною до умов, при яких були розроблені нормативи методики та отримані дані про її надійність та валідність [38].

Крім того, вчені наполягають, що на початку обстеження немає необхідності не доцільно роз'яснювати або уточнювати респондентам надані до методики інструкції, не бажано з методичної точки зору розгорнуто пояснювати або розлого коментувати запитання досліджуваних. У разі необхідності можна порекомендувати їм ще раз уважно прочитати інструкцію [38].

Для отримання додаткової психологічної інформації про досліджуваних М.С. Корольчук та В.І. Осьодло рекомендують активно застосовувати такі додаткові методи, як спостереження, бесіда, враховувати гендерні та вікові особливості, соціально-демографічний статус, особливості самопочуття перед психодіагностичним обстеженням тощо [38].

2. Ситуативний чинник.

Психодіагностичне обстеження завжди містить в собі певну зміну внутрішніх станів, оцінок, переживань, та поведінкові бар'єри – надмірну пильність, тривогу або негативне ставлення до самої процедури діагностики оскільки вона завжди пов'язана з оцінюванням, висновками, постановкою психологічного діагнозу [28]. Тому, коли йдеться про врахування ситуативного чинника, психолог обов'язково має не тільки відповідально

ставитися до результатів, але й підтримувати взаємодовірливість та зберігати таємницю респондента.

Особливого значення для правильної організації та проведення психодіагностичного обстеження М.С.Корольчук та В.І.Осьодло надають дефініції «ситуативна змінна», яка проявляється безпосередньо в умовах здійснення обстеження [38]. Вчені підкреслюють, що в умовах коректно проведеного дослідження вона має максимально зменшуватися, а для цього одлемпіричне дослідження необхідно здійснювати у природних та звичних умовах для респондента. Підтримуючи достатній рівень мотивації на участь у процедурі дослідження, психолог має враховувати не тільки індивідуальні, але й ситуативні чинники. Такої ж думки дотримується й В.Й. Бочелюк [12].

3.Змінний чинник.

Врахування змінного чинника у психодіагностиці означає, що при організації та проведенні діагностичного обстеження необхідно максимально чітко формулювати мету діагностичної роботи (просто психодіагностика або психодіагностика з подальшою корекцією). Але в обох випадках головним та спільним для них правилом є ненанесення шкоди, відсутність елементів примусу, приниження та відсутність жорсткого тиску на психіку, з подальшими негативними наслідками.

4.Змінна тестового психодіагностичного завдання.

Створюючи теорію вітчизняної психодіагностики, більшість українських вчених підкреслюють, що ступінь складності емпіричних завдань, які ставляться перед досліджуваним, потужно впливає на його мотивацію (В.Й. Бочелюк [12], М.С.Корольчук, В.І.Осьодло [38] та ін.). Крім ступеню складності емпіричних завдань, вони мають відповідати вимогам непрогностичності, індиферентності, виключення ризику прагнення відповісти очікуванням дослідника тощо [38].

5.Змінна особистості респондента.

Адекватність організації, проведення дослідження та отримання надійних результатів з подальшою науковою інтерпретацією передбачають, що респондент виступає одночасно об'єкт та суб'єктом взаємодії з психологом.

Якість та надійність отриманого емпіричного матеріалу багато в чому визначаються ставленням досліджуваного до самої процедури та ситуації психодіагностичного обстеження, пропонованих діагностичних завдань. Тому створення ситуації зануреності досліджуваного в процес діагностики, взаємодії з психологом-дослідником є обов'язковою умовою коректно здійсненої організації та подальшого проведення емпіричної частини дослідження.

Виходячи з особливої ролі досліджуваних в процесі психодіагностики, М.С. Корольчук та В.І. Осьодло умовно розподілили їх на три групи, як-от досліджувані:

- 1) що планують наприкінці дослідження відчутти в собі позитивні зміни;
- 2) що прагнуть дізнатися про себе щось нове;
- 3) що чекають від процедури психологічного обстеження нових відчуттів, ейфорії [38].

Виходячи з цих основних вимог до організації та проведення психодіагностичного обстеження, в процесі здійснення діагностики та обробки результатів для всіх респондентів ми застосовували стандартні вимоги; усі інструкції надавали письмово, без індивідуальних коментарів; сама процедура обстеження проводилася в однакових умовах, у другій половині дня; а можливі негативні чинники впливу на результати тестування, на емоційний стан респондентів не тільки чітко відстежувалися, але й усувалися.

Такими діями з організації та проведення діагностичного дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки ми прагнули

збалансувати впливи ситуаційних чинників та невеливати можливі негативні наслідки.

Емпіричне дослідження містило такі основні етапи: підготовчий, психодіагностичний та аналітичний.

Основними завданнями підготовчого етапу стали: опрацювання ступеня розробленості проблеми психологічних особливостей порушення харчової поведінки в зарубіжній та вітчизняній психологічній науці, виділення основних прогалін, постановка проблеми та укладання методологічного підґрунтя, виділення основних критеріїв для відбору емпіричної бази для психодіагностичного дослідження, обґрунтування вибірки досліджуваних, укладання методичного комплексу, адекватного меті та поставленим задачам, формування основної стратегії корекційних заходів.

В процесі організації та проведення психологічного дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки, підготовчий етап має особливе значення. Так, С. Гланц відмічає, що успішність та якість будь-якого наукового дослідження багато в чому залежить від правильної організації, уміння дослідника його спланувати та реалізувати у певній послідовності [25]. Причому планування емпіричної частини наукового дослідження є провідним етапом діагностичної процедури, особливого значення набуває співвідношення зовнішніх чинників та залежних змінних [25]. Завдяки коректному плануванню наукового дослідження забезпечується зовнішня та внутрішня валідність емпіричної частини дослідження [25].

Організовуючи процедуру дослідження психологічних особливостей харчової поведінки особливого значення ми надавали теоретико-методологічному обґрунтуванню поставленої проблеми, оскільки, за М.С. Корольчуком та В.І. Осьодло, адекватно підібрана методологія допомагає поєднанню всіх накопичених наукових знань про об'єкт та предмет дослідження порушень харчової поведінки, забезпечує потужне використання здобутків сучасної зарубіжної та української психологічної

науки для розкриття шуканої проблеми [38].

На цьому етапі була сформована загальна, дослідницька вибірка та вибірка експертів. В роботі взяли участь 180 осіб, психологічно схильних до порушення харчової поведінки.

При укладанні емпіричної вибірки ми враховували бажання потенційних респондентів, виявляли їхній головний мотив участі в психодіагностичному дослідженні (інтерес досліджуваних до індивідуальних особистісних характеристик).

На психодіагностичному етапі нами були зібрані всі досліджувані показники. При реалізації завдань психодіагностики всім респондентам пропонувалися однакові вимоги, єдиний стандартний спосіб обробки результатів. Інструкції пред'являлися письмово, персональні пояснення, індивідуальні коментарі не давалися; діагностичні випробування проводилися в одних і тих же умовах, практично в один і той же час доби (перша половина дня); відстежувалися і усувалися чинники, що впливають на перевтому, перезбудження, відказ досліджуваних від роботи над тестами. Такими діями ми прагнули забезпечити зрівнювання ситуаційних чинників, здатних поставити одних обстежуваних у вигідніше положення в порівнянні з іншими, і тим самим зменшити вплив погрешностей на результати діагностичних даних. Попередньо з респондентами проводилася бесіда і встановлювався контакт, показувалася значущість дослідження як для самих досліджуваних, так і для психологічної науки взагалі.

На аналітичному етапі отримані результати були піддані статистичній обробці та інтерпретовані.

Математико-статистичний аналіз отриманих даних припускав:

а) кількісний аналіз: кореляційний, який спрямовано на виявлення статистичних зв'язків між показниками, що вивчаються; факторний аналіз, який спрямовано на вивчення структури складових психологічної захищеності та змісту факторів, що до неї потрапили;

б) якісний аналіз спрямовано на угруповання респондентів за різним ступеням вираженості та типом психологічної захищеності з подальшим аналізом психологічного змісту їх особливостей і вивченням індивідуальної специфіки у проявах; опис психологічних портретів виявлених груп респондентів.

При інтерпретації емпіричних результатів дослідження враховувалося інформація, що отримана іншими вченими за допомогою методів дослідження, що нами не застосовувалися.

Також на даному етапі були сформульовані основні положення та загальні висновки емпіричного дослідження, які висвітлені у наукових публікаціях та апробовано на Міжнародних і Всеукраїнських науково-практичних конференціях, на засіданнях кафедри диференціальної і спеціальної психології ОНУ імені І.І. Мечникова та на Другій науково-практичній інтернет-конференції «Теоретико-методологічні проблеми здоров'я особистості»(6-13 жовтня 2018р, Одеса) Міжнародній науково-практичній конференції «Психологічні науки: теорія і практика сучасної науки»(м.Запоріжжя, 16-17 серпня 2019р); Міжнародній науково-практичній конференції «Психологія в контексті сучасних досліджень проблем розвитку особистості» (м.Запоріжжя,13-14 грудня 2019р.); Міжнародних науково-практичних конференціях I, II «Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві» (5 листоп. 2020 р., Одеса, 19-21 лист. 2021 р., Одеса) Міжнародній науковій інтернет-конференції “Organization and management in the services’ sphere”(8 травня 2020 р., Ополь, Польща) на Міжнародному науков-методологічному семінарі “Individualization of Learning :Theory and Practice” (9 липня 2020р. Ополь, Польща).

Крім того, на аналітичному етапі нами були сформульовані окремі та загальні висновки теоретико-емпіричного дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки, підготовлені та надруковані

статті за результатами дослідження.

Таким чином, емпіричне дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки проводилося суголосно основних вимог сучасної психодіагностики та з урахуванням зовнішніх та внутрішніх чинників, що впливають на якість діагностичної інформації, як-от: етапність проведення обстеження, врахування ситуативної змінної, мети дослідження, тестового психодіагностичного завдання та індивідуально-психологічних особливостей респондента.

Досліджування проводилося протягом трьох основних етапів, кожен з яких мав власні завдання: підготовчого (постановка проблеми, укладання емпіричної бази психодіагностичного дослідження, обґрунтування емпіричної вибірки, адекватного та надійного психодіагностичного інструментарію), психодіагностичного (збір емпіричних даних) та аналітичний етап (статистична обробка та психологічна інтерпретація отриманих результатів). Тобто, отримання теоретико-емпіричних даних щодо психологічних особливостей порушення харчової поведінки здійснювалося з урахуванням основним вимог психодіагностичної науки та логіки авторської дослідницької позиції.

2.2. Методи дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки

З метою вирішення поставлених задач в дослідженні психологічних особливостей порушення харчової поведінки та для отримання достовірних результатів нами була використана система методів, як-от:

- 1) системно-структурний;
- 2) аналіз теоретичного узагальнення першоджерел з досліджуваної тематики;
- 3) наукове спостереження;

- 4) метод експертних оцінок;
- 5) метод психодіагностичного дослідження.

1. Як ми відмічали у першому розділі, системно-структурний метод є потужним інструментом у вивченні будь-якої психічної реальності, дозволяє розглядає окремі елементи як цілісну систему.

Для нашого теоретико-емпіричного дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки система є структурою, яка контактує з соціумом та містить в собі багато підструктур, спеціально організованих та пов'язаних між собою [99]. Система як цілісний симптомокомплекс об'єднує та узгоджує між собою властивості окремих елементів, внаслідок чого вона переходить на більш високий рівень функціонування та взаємодії з іншими системами. Будь-яке психічне утворення як єдину систему можна розглядати і як об'єднання більш простих підсистем, і як підсистему систем складніших. Такий науковий підхід до системи дозволяє нам, узагальнюючи існуючі підходи, сформулювати нові, ще не опрацьовані погляди на психологічні особливості порушення харчової поведінки.

Важливо розуміти, що системно-структурний метод при організації та проведенні емпіричного дослідження в галузі психології дозволяє виявити та усвідомити єдність явищ людської психіки з іншими явищами соціальної реальності, що суттєво збагачує молоду українську психологію інноваційними знаннями, ідеями, методами інших наук та сприяє психологізації інших галузей знання (у першому розділі ми вже відмічали, що харчова поведінка може бути об'єктом дослідження в медицині, дієтології, психології, психіатрії тощо). Саме застосування системного методу сприяє інтеграції психологічних фактів, усуненню неперевіреної та ненадійної інформації, оптимізації наукових описів, підвищенню

об'єктивності висновків та їхньої коректної екстраполяції на інші вибірки [102].

2. Аналіз теоретичного узагальнення першоджерел з досліджуваної тематики спрямовується на узагальнення наукових знань, відображених у зарубіжних та вітчизняних джерелах та використовується з метою отримання вихідних даних для різнобічного дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки. За даною проблематикою нами проаналізовано 173 наукових джерела.

Метод аналізу теоретичного узагальнення першоджерел з досліджуваної тематики був використаний нами на всіх етапах дослідження. Пошук, порівняння та узагальнення результатів досліджень українських та зарубіжних науковців дозволили нам оцінити значення цієї проблеми для розуміння рушійних сил активності особистості, ступінь розробленості даної теми та алгоритм корекційної роботи.

3. Наукове спостереження як цілеспрямоване, спеціально організоване сприйняття, обумовлене завданнями наукового дослідження, яке не передбачає втручання або створення спеціальних умов в момент спостереження за певним явищем [12].

Але все ж таки наукове спостереження є активною формою наукового пізнання, сприяє накопиченню емпіричних фактів, створює уявлення про об'єкт спостереження та допомагає перевірити пілотажні припущення.

Завдяки науковому спостереженню отримане наукове знання характеризується актуальністю, цілеспрямованістю, успішно опосередковується існуючими в науці теоретичними положеннями.

Процес пізнання внутрішнього світу особистості через спостереження поведінкових проявів є складним, оскільки не тільки зовнішня реалізація суб'єктивного світу є багатозначною, але й структура психічних явищ сама

по собі багаторівнева: один і той же поведінковий прояв може бути детермінований різними психічними процесами.

Тому, застосування методу наукового спостереження в нашому дослідженні психологічних особливостей порушень харчової поведінки має певні обмеження та правила використання, як-от:

1. Проведення численних системних спостережень у повторюваних та змінюваних ситуаціях з метою диференціації випадкові та закономірних зв'язків між чинниками.

2. Обов'язкова перевірка можливих припущень без скоростиглих висновків.

3. Постійне зіставлення можливих умов виникнення спостережуваної поведінки з реальною соціальною ситуацією, яку необхідно аналізувати в загальному контексті подій.

П. Фрес підкреслював, що відкрита позиція спостерігача часто може змінювати спостережуваний процес, тому тільки від його особистіних особливостей, таких, як скромність, тактовність, залежить послаблення неминучий впливу факту його присутності в процесі здійснення спостереження [цит. за 12]. Тобто, як ми бачимо, в процесі використання в дослідженні наукового спостереження, ефективність та результативність його застосування багато в чому визначається особистісними особливостями дослідника.

Водночас, така потужна спрямованість методу наукового спостереження на індивідуальні особливості дослідника-спостерігача є його науковою візитівкою, оскільки при правильному застосуванні, з дотриманням усіх методичних вимог, головна характеристика методу наукового спостереження полягає у його щільному зв'язку зі сформованою концептуальною позицією дослідника, оскільки навіть на рівні укладання теоретико-методологічних засад дослідження, вибору об'єкту та предмету

спостереження, організації самого процесу спостереження з подальшою інтерпретацією о результатів завжди присутня особистість дослідника.

Коректне використання даного методу передбачає проведення спостереження за спеціальною схемою, яка включає в себе конкретні критерії спостереження, форму опису спостережуваного явища та можливість його фіксації безпосередньо в момент здійснення спостереження [12].

4. Метод експертного оцінювання.

Даний метод передбачає участь фахівців у виділення основних компонентів або оцінюваних критеріїв досліджуваної проблеми. У будь-якому випадку експертом завжди обирається компетентна особа, яка має спеціальний досвід в конкретній області [38]. Відбір експертів та формування експертних груп є дуже важливим моментом у застосування методу експертних оцінок, оскільки саме експертний склад часто визначає ефективність методу та подальший хід емпіричного обстеження. В нашому випадку для вивчення основних чинників, які впливають на особливості реалізації порушень харчової поведінки, були залучені фахові психологи, які мають стаж роботи 10-15 років та займаються викладанням психології або мають власну практику. Головним завданням експертного оцінювання порушень харчової поведінки стало формулювання власного міркування щодо структурних компонентів, які формують цілісний симптомокомплекс порушень харчової поведінки особистості за певною шкалою у відповідності зі встановленими у психодіагностиці правилами. У деяких випадках у психологічному дослідженні експертне оцінювання може виступати самостійним методом наукового пізнання, в нашому дисертаційному дослідженні воно було допоміжним компонентом процедури емпіричного дослідження особливостей порушення харчової поведінки, опитування. Надійність оцінок і рішень, прийнятих на основі суджень експертів, висока і в значній мірі залежить від організації та спрямованості процедури збору, аналізу та обробки отриманих думок.

Організуючи роботу з експертами, ми спиралися на головні критерії застосування цього методу: у психодіагностиці та психометриці рекомендовано здійснювати експертні оцінки не у вигляді опису якісних проявів досліджуваного психічного явища, а у вигляді кількісного оцінювання ступеня вираженості елемента порушеної харчової поведінки (на прикладі нашого дослідження). Крім того, експерти не мають здійснювати узагальнення пред'явлених на розгляд елементів поведінки, їхнім головним завданням є фіксація ступеня вираженості дрібних елементів.

В нашому дослідженні кожний елемент поведінки експерт повинен був оцінити за 10-бальною шкалою, де бал «1» означав - «майже не важливий», а бал «10» - «максимально важливий».

5. Метод психодіагностичного обстеження містив у собі конкретний методичний комплекс, укладений з урахуванням основних вимог психодіагностики.

Конкретна психодіагностична методика як форма реалізації дослідницького методу є основною процедурою для досягнення поставленої мети, вона допомагає фіксувати виділені характеристики поведінки та припускати їхній вплив на об'єкт.

Особливого значення при побудові логіки дослідження набуває етап укладання методичного комплексу, який щільно пов'язаний з перевіркою та конкретизацією авторських припущень.

Укладаючи діагностичний комплекс, ми враховували можливості кожної методики за критеріями точності та надійності вираженості різних елементів, що впливають на формування порушень харчової поведінки. При укладанні комплексу методик ми зосереджували дослідницьку увагу на методиках, які мають підтвердження їхньої психометричної валідності та надійності, а інструкції з їхнього застосування є чіткими та повними, з розгорнутою інтерпретацією шкал, інформацією про апробацію з наведеними кількісними та якісними результатами апробації.

Крым того, при укладанні методичного комплексу ми користувалися принципом доповнення, коли суб'єктивні та об'єктивні показники, отримані за допомогою різних методів, мають органічно доповнювати один одного.

Таким чином, з метою розв'язання поставлених задач в дослідженні персистентності особистості використовувалася низка методів: системно-структурний, метод теоретичного аналізу та узагальнення наукових першоджерел, наукового спостереження, експертних оцінок, психодіагностичного обстеження.

2.3. Методичний комплекс дослідження особливостей порушення харчової поведінки

Для виявлення психологічних особливостей порушень харчової поведінки нами був укладений методичний комплекс, адекватний предмету та емпіричним завданням дисертаційного дослідження. У його склад були включені: Eating Attitudes Test-26 (Тест ставлення до прийому їжі або Тест харчових установок, EAT) D.M. Garner; Нідерландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) T. Van Strien, C.P. Herman; Багатовимірна шкала перфекціонізму (Multidimensional perfectionism scale) P.L. Hewitt та L. Flett, Опитувальник для вивчення рівня імпульсивності В.О. Лосенкова; Опитувальник "Вихід з важких життєвих ситуацій" Р.С. Немова; Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Даркі; Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона; 6-ти факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла.

Схарактеризуємо коротко кожен методик.

Eating Attitudes Test-26 (Тест ставлення до прийому їжі або Тест харчових установок, EAT) розроблений D.M. Garner в Інституті психіатрії

м.Торонто (Канада) та у першому варіанті містив 40 питань, пізніше тест був модифікований та названий ЕАТ-26, оскільки його склад містив вже 26 питань [116]. ЕАТ-26 відповідає всім вимогам надійності та валідності, тому його можна вважати позитивним інструментом діагностики дослідження особливостей порушення харчової поведінки.

Eating Attitude test (ЕАТ-26) складається з трьох субшкал «Захоплення дієтами», «Булімія», «Оральний контроль». D.M. Garner рекомендує використовувати цей тест у дослідницькому та діагностичному варіантах.

Для нашого дисертаційного дослідження особливого значення набуває діагностична шкала, яка дозволяє виділити групу з потенціальним високим ризиком порушення харчової поведінки (згідно мануалу методики в неї включаються респонденти, у яких загальний бал дорівнює або перевищує 20.

Все питання Test-26, окрім 26-го, оцінюються наступним чином:

«завжди» — 3;

«як правило» — 2;

«часто» — 1;

«інколи» — 0;

«рідко» — 0;

«ніколи» — 0.

26-е питання Test-26 оцінюється наступним чином:

«завжди» — 0;

«як правило» — 0;

«часто» — 0;

«інколи» — 1;

«рідко» — 2;

«ніколи» — 3.

Якщо загальний бал Test-26 перевищує 20, можна констатувати високу вірогідність порушення харчової поведінки.

0-15 балів - низька вірогідність наявності порушення харчової поведінки.

16-30 балів - знижена вірогідність наявності порушення харчової поведінки.

31-45 балів – середня вірогідність наявності порушення харчової поведінки.

46-60 балів - підвищена вірогідність наявності порушення харчової поведінки.

61-75 балів - висока вірогідність наявності порушення харчової поведінки.

Необхідно відмітити, що високі результати за тестом EAT-26 не обов'язково можуть свідчити про наявність порушення харчової поведінки; але завжди вони фіксують певну концентрацію на проблемах власної ваги, фігури, перебування на дієтах.

Нідерландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire) був розроблений голандськими психологами T. Van Strien та C.P. Herman на базі факультетів харчування людини та соціальної психології Нідерландського університету для вивчення основних типів харчової поведінки: обмежувального, емоціогенного та екстернального [164].

Опитувальник складається з 33 питань, кожне з яких має 5 варіантів відповіді:

«ніколи»,

«рідко»,

«іноді»,

«часто» та

«дуже часто».

Кожна з обраних відповідей оцінюється за шкалою від 1 до 5, за винятком 31 -го пункту, який має зворотні значення.

Для підрахунку балів за кожною шкалою необхідно скласти значення відповідей за кожним пунктом та потім розділити отриману суму на кількість питань за цією шкалою.

Інструкція. «Перед вами низка питань, які стосуються вашої поведінки, пов'язаної з їжею. Дайте відповідь на них, обравши одну з п'яти можливих відповідей: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто» і «дуже часто», поставивши галочку у відповідному стовпчику на бланку тесту».

Перші 10 питань представляти шкалу обмежувальної харчової поведінки, яка характеризується навмисними зусиллями, спрямованими на досягнення чи підтримку бажаної ваги за допомогою самообмеження в харчуванні.

Наступні 13 питань представляють шкалу емоційної харчової поведінки, при домінуванні якої бажання респондента поїсти виникає як реакція на негативні емоційні стани. Дев'ять пунктів шкали стосуються конкретних емоційних станів, як-от роздратування, пригніченість (розгубленість), гнів, постійне очікування неприємностей, підвищена тривога (занепокоєння, напруга), постійне відчуття того, що все погано, переляк, розчарування, емоційне потрясіння (розлад), а чотири пункти розкривають вираженість станів зі змішаними емоціями, пов'язаними з великою кількістю вільного часу (немає що робити), самотністю, фрустрацією, нудьгою або, навпаки, сильним збудженням.

Інші 10 питань стосуються екстернального харчової поведінки, в якій стимулом для виникнення бажання поїсти є не справжнє почуття голоду, а зовнішній вигляд їжі, її запах, або вид інших людей, які з задоволенням приймають їжу.

Середні показники виділених видів харчової поведінки складають:
обмежувальної – 2,4 бала;
емоціогенної - 1,8 бала;
екстернальної - 2,7 бала.

Якщо за будь-якою зі шкал респонденти набрали кількість балів, більшу за середні значення, можна констатувати наявність відповідних проблем у харчовій поведінці, які можуть не тільки підвищити ризик

зростання надлишкової маси тіла, але й спровокувати певні способи розв'язання психологічних проблем.

Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Даркі.

Слово "агресія" містить у собі багато сенсів, що особливо помітно проявляється у осіб з порушеною харчовою поведінкою.

В різних джерелах прояви та форми реалізації агресії та агресивності визначаються по-різному: як природна реакція особистості для захисту своєї території; як установка до домінування; реакція особистості на ворожу навколишню дійсність; як маскування власного страху та нерішучості. Дуже широкого поширення набули теорії, що зв'язують агресію і фрустрацію.

Під агресивністю в науці розуміють властивість особистості, яка характеризує функціонування деструктивних тенденцій в області міжособистісних відносин.

Агресивність може бути виміряна якісно та кількісно, має різний ступінь вираженості: від слабкої вираженості до її потужного прояву, оскільки кожний суб'єкт володіє агресивністю різних ступенів вираженості. Повна відсутність агресивності провокує пасивність, керованість, конформність тощо. Надмірна вираженість агресивності формує весь профіль особистості, яка може стати занадто конфліктною, нездатною до свідомої взаємодії з оточуючими тощо.

Сама по собі агресивність не робить суб'єкта небезпечним, оскільки сам по собі існуючий зв'язок агресивності та агресії не є однозначним, а сам акт агресії не завжди набуває небезпечних та несхвалюваних форм.

Спираючись на це, усі прояви агресії можна розділити на два основні типи: перший – мотиваційна агресія як самоцінність та другий – агресія інструментальна як засіб. При цьому необхідно враховувати, що ці два типи агресії можуть відбуватися як під контролем свідомості, так і без нього, та щільно пов'язані з емоційними переживаннями, такими як гнів, ворожість та ін. Практичних психологів та психотерапевтів, на наш погляд, переважно має

зацікавити мотиваційна агресія як безпосередній прояв реалізації притаманних особистості деструктивних тенденцій.

Одним з надійних інструментів дослідження агресії та агресивності є опитувальник Басса-Даркі.

А. Басс диференціював поняття агресії і ворожисть та визначив останню як реакцію, яка реалізує негативні почуття та оцінки людей і подій.

Диференціюючи основні прояви агресії та ворожості, А. Басс і А. Дарка виділили такі види реакцій:

1. Фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особистості.
2. Непряма – агресія, обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована.
3. Роздратування – готовність до прояву негативних відчуттів при щонайменшому збудженні (запальність, грубість).
4. Негативізм – опозиційна манера поведінки від пасивного спротиву до активної боротьби проти сформованих звичаїв та законів.
5. образа – заздрість та ненависть до оточуючих за реальні або вигадані дії.
6. Підозрілість – емоція в діапазоні від недовір'я та обережності щодо людей до переконання в тому, що інші люди планують пагане та шкодять.
7. Вербальна агресія – вираз негативних відчуттів як через форму (крик, визик), так і через зміст вербальних відповідей (прокляття, погрози).
8. Відчуття провини – виражає можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, поступає пагано, а також муки совісті, каяття, що відчуваються ним.

Опитувальник складається з 75 тверджень, на які респондент має відповісти «так» чи «ні».

Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М. Фергюсона

Досліджуваним надається інструкція: «Вам надається низка тверджень. Послідовно ознайомтеся з кожним та оцініть їх з погляду частоти прояву щодо вашого життя за допомогою чотирьох пропонованих варіантів відповідей: «часто», «інколи», «рідко», «ніколи». Вибраний варіант обзначте знаком «+».

Обробка результатів та інтерпретація. Підраховується кількість кожного з варіантів відповідей. Сума відповідей «часто» множається на три, «інколи» — на два, «рідко» — на один і «ніколи» — на 0. Отримані результати сумуються. Максимально можливий показник самотності — 60 балів.

Високий рівень самотності показують від 40 до 60 балів,

Середній рівень самотності - від 20 до 40 балів,

Низький рівень самотності - від 0 до 20 балів.

Опитувальник "Вихід з важких життєвих ситуацій" Р.С. Немова.

Люди диференціюються за індивідуальними особливостями поведінки у скрутних життєвих ситуаціях: одні приймають свої проблеми та неприємності, адаптуються до них, «пливуть за течією»; інші проклинають долю, емоційно реагують та, у кінці кінців, також заспокоюються, та фактично не вирішують жодних проблем, треті замикаються в собі і вважають за краще витискувати проблеми тощо.

Опитувальник "Вихід з важких життєвих ситуацій" дозволяє діагностувати домінуючий стиль вирішення скрутних життєвих проблем. Досліджуваним надається інструкція, ознайомившись з опитувальником, на кожну думку обрати один з можливих варіантів відповідей.

На підставі набраної загальної суми балів, робляться висновки про типові для респондента способи виходу зі скрутних ситуацій.

При сумі балів від 7 до 15 роблять висновок про те, що дана людина легко приміряється з неприємностями, правильно оцінюючи те, що відбулося та зберігає душевну рівновагу.

При сумі набраних балів від 16 до 26 роблять висновок про те, що не завжди дана людина з гідністю витримує удари долі. Часто вона зривається, проклинає її, тобто турбується при виникненні проблем і турбує інших.

Якщо сума балів розташована в межах від 27 до 36, роблять висновок про те, що респондент не може нормально переживати неприємності і зазвичай реагує на них психологічно неадекватно.

16-ти факторний личностний опросник Р. Кэттела (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16 PF) був уперше опублікований Р. Кеттеллом у 1950 р., з авторською модифікацією в 1970 р.

Опитувальник призначений для виміру 16 основних факторів особистості та є реалізацією підходу до її дослідження на основі теорії рис.

Існує дві основні форми опитувальника (А і В, з них А вважається стандартною формою) з 187 питань у кожній (для обстеження дорослих людей з освітою не нижче 8-9 класів). У формі А опитувальника Кеттела по 3 «буферних» питання і від 10 до 13 питань, що відносяться до кожного з вимірюваних факторів.

Досліджуваному пропонують занести в реєстраційний бланк один з варіантів відповіді на запитання: «так», «ні», «не знаю» (або «а», «в», «с»); при цьому його попереджають про те, щоб відповідей «не знаю» було якнайменше. Отримані результати виражаються в шкалі стенів з мінімальним значенням 0 балів, максимальним - 10 і середнім 5,5 бала.

Фактори опитувальника конструюються з двох типів даних: вивчення особистості з допомогою опитувальників та інших методів самооцінок позначається як Q-дані (від «Questionnaire data»). Дані, отримані шляхом реєстрації реального поведінки людини у повсякденні, прийнято називати «1»-данными (від «life record data»).

Особистісні фактори опитувальника Р. Кеттелла			
Фактор	Тип даних	Назва фактору	
		Позитивний полюс	Негативний полюс
A	LQ	Афектотимія (циклотимія)	Сизотимія
B	LQ	Високий інтелект	Низький
C	LQ	Сила «Я»	Слабкість «Я»
E	LQ	Домінантність	Конформність
F	LQ	Безтурботність	Стурбованість
G	LQ	Сила «над Я»	Слабкість «над Я»
H	LQ	Сміливість	Боязкість
I	LQ	М'якосердечність, ніжність	Суворість, жорсткість
L	LQ	Підозрілість	Довірливість
M	LQ	Мрійливість	Практичність
N	LQ	Проникливість	Наївність
O	LQ	Гіпотимія	Гіпертимія
Q1	Q	Радикалізм	Консерватизм
Q2	Q	Самодостатність	Соціабельність
Q3	Q	Контроль бажань	Імпульсивність
Q4	Q	Фрустрованість	Нефрустрованість

Багатовимірна шкала перфекціонізму (Multidimensional perfectionism scale) Р.Л. Hewitt та Л. Flett, дозволяє діагностувати рівень перфекціонізму та виявити особливості співвідношення його основних компонентів.

Р.Л. Hewitt та Л. Flett розглядають перфекціонізм як прагнення особистості бути досконалою у будь-чому та виділяють три основних компоненти цієї особистісної характеристики:

- перфекціонізм, спрямований на себе (ПСС) – при високому рівні розвитку суб'єкт здатний пред'являти собі високі вимоги;

- перфекціонізм, спрямований на інших (ПСІ) - при високому рівні розвитку суб'єкт здатний пред'являти високі вимоги оточуючим,

- соціально наказаний перфекціонізм (СНП) - при високому рівні розвитку суб'єкт сприймає вимоги до нього оточуючих як нереалістичні або завищені.

Багатовимірна шкала перфекціонізму містить в собі 45 тверджень, які оцінюються за 7-бальною шкалою от 1 до 7.

Інструкція: «Будь ласка, ознайомтеся з кожним з наведених нижче тверджень та оцініть ступінь Вашої згоди або незгоди з ним, виділивши одну з цифр, зазначених праворуч: 1 - означає повну згоду, 7 - повну незгоду, 4 означає, що Ваше ставлення нейтральне або Ви не можете відповісти».

Висловлювання, наведені у Багатовимірній шкалі перфекціонізму, можуть бути прямими та зворотніми. У зворотних висловлюваннях повна згода свідчить про невираженість у респондента складової перфекціонізму.

Значення шкал ПСС, ПСІ та СНП дорівнюють сумі балів за кожним твердженням (від 1 до 7) з урахуванням прямого або зворотнього характеру, а сума балів за всіма трьома субшкалами Багатовимірної шкали перфекціонізму, розкриває загальний рівень перфекціонізму.

Співвідношення шкал перфекціонізму може бути різним.

Опитувальник для вивчення рівня імпульсивності В.О. Лосенкова.

Тест-опитувальник містить 20 питань та спрямований на вимірювання рівню імпульсивності (високий, середній, низький). Для теми нашого дисертаційного дослідження включення імпульсивності у структуру ризику формування порушень харчової поведінки пов'язаний з уявленням про імпульсивність як рису, протилежну вольовим рисам особистості, цілеспрямованості та наполегливості.

Високий рівень імпульсивності характеризує суб'єкта з недостатнім рівнем самоконтролю поведінки. Імпульсивні особи характеризуються нерозвиненими життєвими планами, нестійкими інтересами. Особи з низьким рівнем імпульсивності, навпаки, цілеспрямовані, мають чіткі

ціннісні орієнтації, наполегливі у досягненні поставлених цілей, розпочату справу доводять до кінця.

Інструкція: "Тест-опитувальник містить 20 питань. До кожного з питань є шкала відповідей. Будь ласка, уважно прочитайте кожне запитання та обведіть кружечком номер обраної відповіді. Пам'ятайте, що у тесті немає "паганих" та "правильних" відповідей. Працюючи з тестом, відчувайте себе вільно, відповідати щиро. Відмічайте ту відповідь, яка першою спала Вам на думку".

В процесі обробки результатів підраховують величину імпульсивності, яка є сумою балів за всіма шкалами.

У опитувальнику для вивчення рівня імпульсивності розроблена чотирибальна шкала відповідей.

Для питань 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 13, 16 номер шкали відповідає кількості балів, відповідно 1, 2, 3 или 4.

Для питань 4, 6, 7, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20 бали підраховуються за шкалою в оборотному порядку, тобто, шкалі 1 відповідає бал 4; шкалі 2 – 3, шкалі 3 – 2 та шкала 1 дорівнює 4 балам. Таким чином, показник імпульсивності може варіюватися від 20 до 80 балів.

Якщо сумарний бал імпульсивності знаходиться в межах 66-80, то діагностується імпульсивність високого рівня, сильно виражена; якщо його величина від 35 до 65 – то імпульсивність помірна, а якщо 34 та менше – то імпульсивність низька .

Висновки до другого розділу

1. В процесі організації та підготовки емпіричного дослідження ми дотримувалися прийнятих в науці провідних алгоритмів, від застосування яких залежить не тільки організаційно-методична коректність, але й надійність та валідність отриманих даних на стадії обробки та реалізації

авторських задумів. Тому, головним методичним орієнтиром в процесі підготовки та реалізації теоретико-емпіричного дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки були провідні вимоги та положення психодіагностики

Емпіричне дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки проводилося суголосно основних вимог сучасної психодіагностики та з урахуванням зовнішніх та внутрішніх чинників, що впливають на якість діагностичної інформації, як-от: етапність проведення обстеження, врахування ситуативної змінної, мети дослідження, тестового психодіагностичного завдання та індивідуально-психологічних особливостей респондента.

Досліджування проводилося протягом трьох основних етапів, кожен з яких мав власні завдання: підготовчого (постановка проблеми, укладання емпіричної бази психодіагностичного дослідження, обґрунтування емпіричної вибірки, адекватного та надійного психодіагностичного інструментарію), психодіагностичного (збір емпіричних даних) та аналітичний етап (статистична обробка та психологічна інтерпретація отриманих результатів). Тобто, отримання теоретико-емпіричних даних щодо психологічних особливостей порушення харчової поведінки здійснювалося з урахуванням основних вимог психодіагностичної науки та логіки авторської дослідницької позиції.

2. При укладанні діагностичного комплексу були враховані можливості кожної методики за критеріями точності та надійності вираженості різних елементів, що впливають на формування порушень харчової поведінки. При укладанні комплексу методик дослідницька увага зосереджувалася на методиках, які мають підтвердження їхньої психометричної валідності та надійності, а інструкції з їхнього застосування є чіткими та повними, з розгорнутою інтерпретацією шкал, інформацією про апробацію з наведеними кількісними та якісними результатами апробації.

Крім того, при укладанні методичного комплексу був використаний принцип доповнення, коли суб'єктивні та об'єктивні показники, отримані за допомогою різних методів, мають органічно доповнювати один одного.

Таким чином, з метою розв'язання поставлених задач в дослідженні персистентності особистості використовувалася низка методів: системно-структурний, метод теоретичного аналізу та узагальнення наукових першоджерел, наукового спостереження, експертних оцінок, психодіагностичного обстеження.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Критерії виділення емпіричної дослідницької групи

Оскільки в основу виділення емпіричної групи нами був покладений Test-26, за основу був взятий принцип психологічної схильності, який у різних галузях наукового знання розглядають по різному.

Наприклад, у етнопсихологічному словнику психологічну схильність визначають як:

- 1) схильність до конкретної діяльності та форми активності (до технічної діяльності, гуманітарних дисциплін тощо);
- 2) наявність задатків (схильність до повноти);
- 3) пристрасть (схильність до нарцисизму, демонстративності);
- 4) симпатія (серцева схильність) [100].

У психології категорія «схильність» інтерпретується як: здатність до чогось, один із компонентів особистісної спрямованості, інтерес тощо.

В дослідженні особливостей порушення харчової поведінки категорія психологічної схильності може розглядатися як чинник значного ризику формування залежності від їжі. Тому особливого значення набуває можливість створення прогнозу подальшого розвитку харчової поведінки та розробка на підставі прогнозування корекційних програм. За В.Й. Бочелюком [12] та А.Є. Лічко [49] психологічну схильність як прогноз індивідуального ризику виникнення в майбутньому порушень харчової поведінки до того, як особистість почала зловживати їжею або відмовлятися від неї. Таке визначення психологічної схильності до початку активного зловживання

їжею дозволяє враховувати ситуаційні та диспозиційні поведінкові детермінанти особистості, коли стимулююча функція конкретної ситуації визначається тим суб'єктивним сенсом, який їй приписує суб'єкт. Крім того, врахування індивідуальної психологічної схильності до порушень харчової поведінки дозволяє розробити та успішно впровадити систему психологічних та психотерапевтичних заходів щодо її корекції.

Систематизуючи увесь загальний чинників прогнозування залежної поведінки особистості або психологічного ризику виникнення цієї залежності, виділяють три основні групи: особистісні, ситуаційні та чинники суб'єктивного пояснення об'єктивної ситуації [12].

Групу особистісних чинників складають:

- мета діяльності;
- намір;
- специфіка системи переконань про оточуючий світ;
- індивідуальні уявлення про цінності та значимі ситуації;
- установки;
- життєві стратегії;
- компоненти соціального інтелекту;
- особливості самосприйняття;
- деякі особистісні характеристики: інтернальність, життєстійкість або набута безпорадність.

Особливу групу здійснення прогнозу психологічної схильності до порушень харчової поведінки складають часові характеристики особистості, які створюють умови прогнозування, як-от

- базування прогнозу поведінки на широкій сукупності минулого досвіду та його спрямованість на усереднені для майбутнього дії і результати поведінки;

- спрямованість прогнозу поведінки на відносну ймовірність екстремальних результатів, коли в минулому поведінка такою й була [13].

Групу ситуаційних чинників складають:

- групові норми та цінності;
- усвідомлення приналежності до конкретної групи;
- соціальна фасилітація;
- феномен «дрібного вчинку»;
- наявність конкретного поведінкового каналу для реалізації поведінки та ін. [13].

Групу суб'єктивних чинників складають:

- переконаність суб'єкта у правильному виборі поведінки в конкретній ситуації або у залежності від обставин;
- інтерпретація подій та оточення через суб'єктивні цілі;
- застосування прийомів когнітивного оцінювання ситуації;
- особистісна значущість ситуації;
- вплив на суб'єктивне сприйняття та розуміння ситуації прийомів каузальної атрибуції (ілюзорні зв'язки, упередженість тощо) [13].

Отже, враховуючи принцип психологічної схильності до порушень харчової поведінки та необхідність своєчасного прогнозування цього процесу, для коректного оцінювання ступеня ризику порушень харчової поведінки нами був використаний діагностичний варіант теста ЕАТ-26, згідно якому респонденти, які набрали 20 та більше балів, психологічно схильні до порушень харчової поведінки.

В дослідженні прийняли участь 183 жінки у віці 19-35 років.

Таблиця 3.1.

Ступені вираженості ризику формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки за допомогою тесту харчових установок ЕАТ-26

Варіант ЕАТ-26	Ступінь вираженості ризику формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки		
	Відсутній ризик	Помірний ризик	Високий ризик
Дослідницький варіант	11,3±3,8	27,4±6,3	58,5±14,6
Діагностичний варіант	1,7±1,5	20,5±3,7	24,4±10,8

Для виявлення ступеня ризику формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки за шкалою ЕАТ-26 був застосований метод квартильного розподілу, у відповідності до якого були виділені групи респондентів з високими та відсутніми ризиками. Ще одна група була проміжною, з помірним ризиком (табл.3.1).

Таким чином, зону максимального ризику формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки склали респонденти, середній бал за діагностичною шкалою склав 24,4±10,8, а за дослідницькою шкалою 58,5±14,6, що свідчить про коректність подальшої роботи з групами помірною та високого ризику виникнення порушень харчової поведінки

Оскільки будь-які порушення харчової поведінки завжди детермінуються індивідуально-особистісними особливостями суб'єкта, наша подальша робота була спрямована на виявлення основних індивідуальних місць найменшого спротиву виникненню ознак порушень харчової поведінки.

3.2. Особистісні особливості суб'єктів, психологічно схильних до порушень харчової поведінки

3.2.1. Психологічні особливості перфекціонізму та імпульсивності суб'єктів, психологічно схильних до порушень харчової поведінки.

Спираючись на концептуальні засади теорії перфекціонізму, розроблені О.І. Кононенко, ми припустили, що модель порушень харчової поведінки може спиратися на перфекціоністські риси особистості, психологічно схильної до залежності від їжі [41]. Ми припустили, що перфекціонізм (як прагнення володіти ідеальною фігурою, правильно харчуватися та ін.) та імпульсивність як стійка здатність особистості діяти під впливом зовнішніх обставин (стресова ситуація, привабливий зовнішній вигляд їжі, значна кількість вільного часу та ін.), залежно від індивідуальних проявів емоційності та за участю свідомого самоконтролю, можуть провокувати не тільки центрацію на вазі та формі тіла, але й дотримуватися жорстких обмежень у їжі та системних харчових зривів з відповідною мотивацією (життя одне..., нехай приймають мене таким, як я є, або навпаки, розмірковування про гріх обжерливості тощо).

Згідно науковим доробкам О.І. Кононенко, одним з суттєвих чинників ризику формування порушень харчової поведінки є компенсаторний перфекціонізм, оскільки компенсація як механізм психологічного захисту підтримує несвідомі спроби подолання реальних або уявних, суб'єктивно існуючих недоліків [41]. Компенсація, за А. Адлером, проявляється у вигляді додаткових, а іноді навіть наднормативних дій та зусиль, які застосовуються суб'єктом в діяльності та спілкуванні для «компенсації» його недоліків. Прагнення до досконалості у компенсаторного перфекціоніста, витікаючи з почуття неповноцінності, поєднується із соціальним інтересом, тобто, прагнення до досконалості у будь-чому має бути соціально прийнятним, оцінюваним, але можливий і протилежний розвиток особистості, коли у

людини соціальний інтерес виражений недостатньо. Перебільшення здорового прагнення постійно долати почуття неповноцінності може переоформитися в комплекс неповноцінності - нав'язливу тенденцію перебільшувати свої фізичні або інтелектуальні здібності через неадекватні дії, позбавлені соціального інтересу.

Крім того, сам процес дотримання дієти можна розглядати як специфічну форму перфекціонізму, яка допомагає жінкам пережити позитивні відчуття успіху, власної сили та трансформувати ці емоції у моральну перевагу над іншими людьми в життєвих обставинах, які суб'єктивно сприймаються як неконтрольовані та в цілому невдалі.

У наведених нижче таблицях 3.2., 3.3. та 3.4 представлені статистичні показники для виділених у попередньому підрозділі двох груп респондентів з високим та помірним ризиком формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки за оцінками показників перфекціонізму та імпульсивності.

Таблиця 3.2

Значення шкал перфекціонізму в групах досліджуваних з вираженими ризиками формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки

Значення	Високий ризик ПХП				Помірний ризик ПХП			
	ПСС	ПСІ	СНП	ЗПП	ПСС	ПСІ	СНП	ЗПП
Середнє	70,36	55,95	55,53	182,88	68,31	52,52	50,39	171,31
Min	24,00	27,00	28,00	82,00	31,00	23,00	20,00	91,00
Max	103,00	83,00	95,00	267,00	102,00	84,00	78,00	254,00
Стандартне відхилення	17,309	14,118	13,165	34,439	15,435	13,487	11,897	31,306

Примітка: ЗП – загальний показник перфекціонізму; ПХП – порушення харчової поведінки; ПСС - перфекціонізм, спрямований на себе; ПСІ - перфекціонізм, спрямований на інших; СНП - соціально наказаний перфекціонізм.

Як ми бачимо з таблиці 3.2., між виділеними групами з різними ризиками виникнення порушень харчової поведінки існують відмінності як у загальному прояві перфекціонізму, так і за окремими його видами, але група респондентів з високим ризиком виникнення порушень харчової поведінки характеризується вираженими перфекціоністськими тенденціями. Це проявляється не тільки у загальному показнику перфекціонізму (Високий ризик ПХП $M=182,88$ та Помірний ризик ПХП $M=171,31$), але й у тенденції завдяки різним проявам перфекціонізму переживати внутрішньоособистісний конфлікт, коли особи, психологічно схильні до порушень харчової поведінки, пред'являти собі (Високий ризик ПХП $M=70,36$ та Помірний ризик ПХП $M=68,31$) та оточуючим (Високий ризик ПХП $M=55,95$ та Помірний ризик ПХП $M=52,52$) високі вимоги, але вимоги оточуючих до них самих сприймають як нереалістичні або завищені (Високий ризик ПХП $M=55,53$ та Помірний ризик ПХП $M=50,39$).

Оскільки індивідуальні особливості порушень харчової поведінки завжди детермінуються суб'єктивно, імпульсивність розглядається нами як характеристика особистості, схильної до дій, без чіткого усвідомлення можливих наслідків для себе. Саме імпульсивність запускає механізми незапланованих вчинків, де часова характеристика психіки потребує негайного позитивного підкріплення.

Зіставно-порівняльний метод дозволив нам підкріпити наше припущення про особливу роль імпульсивності в процесі становлення порушень харчової поведінки: в зарубіжній психології предметом дослідження залежностей виділяють так звану рефлексивну імпульсивність, коли суб'єкт реагує на зовнішні подразники за принципом, що «перше спаде на думку (A. Verdejo-García, A.J. Lawrence [165]); складнощі в прийнятті усвідомлених та цілеспрямованих рішень (I. Martínez-Gras [125], J.H. Patton [132], M.S. Stanford, M.E. Stewart [147], K.P. Ebmeier [147]); постійний пошук нових вражень, бажання нового (M. Zuckerman [173]); затримка гальмівних

механізмів, що впливає на порушення самоконтролю, зниження здатності до прогнозування ситуації та скоєння вчинків без передбачення можливих ризиків (S.P. Whiteside [172], D.R. Lynam [172]); утруднення відстрокування реалізації плану, пов'язане з миттєвим позитивним підкріпленням (C.S. Carver [116], T.L. White [172]); постійне прагнення до реакцій, пов'язаних з позитивним підкріпленням (M.E. Stewart [147], K.P. Ebmeier [147], I.J. Deary [147]).

У таблиці 3.3. представлені результати емпіричного дослідження імпульсивності в групах осіб з вислким та помірним ризиками виникнення порушень харчової поведінки.

Таблиця 3.3.

Показники імпульсивності в групах досліджуваних з вираженими ризиками формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки

Значення	Імпульсивність	
	Високий ризик ПХП	Помірний ризик ПХП
Середнє	47,83	47,90
Min	28,00	31,00
Max	68,00	65,00
Стандартне відхилення	8,844	7,619

Примітка: ПХП – порушення харчової поведінки

Ми бачимо, що імпульсивність виконує функцію одного з предикторів формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки, яка щільно пов'язана з перфекціонізмом. Тобто, імпульсивність спрямовує поведінку на реалізацію без попереднього усвідомлення наслідків.

Результати бесіди з представниками обох груп підтверджують наявність у них спільних рис, як-от: переживання труднощів у реалізації відстроченої відповіді на стимули, пов'язані з отриманням миттєвих реакцій, потреба у позитивному підкріпленні вчинків з боку оточуючих тощо.

В процесі постдіагностичної бесіди ми констатували у наших респондентів проблеми у пролонгованій оцінці власних вчинків, компульсивність, прагнення діяти за першим спонуканням та мотивувати власні дії емоціями. Респонденти з групи з високим ризиком формування порушень харчової поведінки на когнітивному рівні усвідомлюють, що це є для них серйозною проблемою, оскільки часто має небажані, а інколи і важкі наслідки.

Отже, основна роль імпульсивності як елементу порушень харчової поведінки полягає в тому, що особі важко контролювати харчову поведінку, а їжа стає легким та перевіреном засобом відволіктися від психологічних проблем (тривога, занижена самооцінка, невпевненість, низка невдач та ін.). після вживання некорисних продуктів.

Таблиця 3.4

Представленість показників перфекціонізму та імпульсивності в групах досліджуваних з вираженими ризиками формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки (за U-критерієм Манна-Вітні)

Показники	U - критерій Манна-Вітні	p
ПСС	1,058	0,291
ПСІ	1,719	0,086
СНП	2,379	0,016
Загальний показник перфекціонізму	2,031	0,043
Імпульсивність	-0,309	0,758

Примітка: ПХП – порушення харчової поведінки; ПСС - перфекціонізм, спрямований на себе; ПСІ - перфекціонізм, спрямований на інших; СНП - соціально наказаний перфекціонізм; відмічені жирним критерії значимі на рівні $p < ,050$

Застосування U-критерію Манна Вітні підтвердило, що значущі відмінності між групами з високим та помірним ризиками формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки існують за субшкалою «Соціально наказаний перфекціонізм» при $p < 0,016$ та за загальним показником перфекціонізму при $p < 0,043$. За субшкалами «Перфекціонізм, спрямований на себе» та «Перфекціонізм, спрямований на інших» значних відмінностей не зафіксовано. Також значних відмінностей між групами з високим та помірним ризиками формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки не було констатовано й за показником імпульсивності.

3.2.2. Особливості стилів харчової поведінки суб'єктів, психологічно схильних до її порушень. За допомогою Нідерландського опитувальника харчової поведінки у в групах наших респондентів були визначені показники обмежувальної, емоційної та екстернальної харчової поведінки.

Таблиця 3.5.

Значення шкал харчової поведінки в групах досліджуваних з вираженими ризиками формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки

Види харчової поведінки	Високий ризик ПХП			Помірний ризик ПХП		
	ОТ	ЕМ	ЕК	ОТ	ЕМ	ЕК
Середнє	2,57	2,46	3,2	2,02	1,63	2,88
Min	1,00	1,00	1,60	1,00	1,00	1,40
Max	4,50	5,00	4,60	4,40	5,00	4,80
Стандартне відхилення	0,738	1,031	0,682	0,861	0,752	0,593

Примітка: ОТ – обмежувальний тип; ЕМ – емоціогенний; ЕК – екстернальний

Як ми бачимо з таблиці 3.5. середні значення за всіма трьома видами харчової поведінки вище в групі з високим ризиком формування порушень харчової поведінки (обмежувальний тип $M=2,57$; емоціогенний тип $M=2,46$; екстернальний тип $M=3,2$). В групі з помірним ризиком формування порушень харчової поведінки вони нижчі, але все одно перевищують мінімально припустимі, що свідчить про функціонування механізмів порушення поведінки (обмежувальний тип $M=2,02$; емоціогенний тип $M=1,63$; екстернальний тип $M=2,88$). Але в обох групах загальновираженим є саме екстернальний тип харчової поведінки, що свідчить про орієнтацію на зовнішні подразники та проблеми з самоконтролем поведінки.

Оцінюючи достовірність відмінностей між видами харчової поведінки в групі з високим та помірним ризиком формування порушень харчової поведінки, ми отримали наступні результати (таблиця 3.6.).

Таблиця 3.6

Представленість видів харчової поведінки в групах досліджуваних з вираженими ризиками формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки (за U-критерієм Манна-Вітні)

Види ХП	М		U - критерій Манна-Вітні	p
	Високий ризик ПХП	Помірний ризик ПХП		
Обмежувальний	2,57	2,08	4,24339	0,000022
Емоціогенний	2,46	1,62	5,76463	0,005
Екстернальний	3,21	2,88	3,40570	0,000660

Примітка: відмічені жирним критерії значимі на рівні $p < 0,050$

Як ми бачимо з таблиці 3.6., відмінності між групами з високим та помірним ризиками формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки достовірні: «Обмежувальна харчова поведінка» при p

<0,022, «Емоціогенна харчова поведінка» $p < 0,005$, «Екстернальна харчова поведінка» $p < 0,006$.

Отримані за допомогою Нідерландського опитувальника харчової поведінки результати представленості обмежувального, емоціогенного та екстернального видів харчової поведінки дозволив нам припустити, що наші респондентів набрали приблизно схожі бали по всіх трьох шкалах опитувальника, що може бути підтвердженням тенденції до представленості всіх трьох стилів порушеної харчової поведінки з орієнтацією на жорсткі обмеження, орієнтацію на зовнішні подразники та негативне емоційне забарвлення харчової поведінки.

Оскільки у попередній підрозділах ми робили дослідницький акцент на суб'єктивному характері причин виникнення порушень харчової поведінки наступне дослідницьке завдання було пов'язане з аналізом кореляційних зв'язків між видами харчової поведінки та провідними визначальними особливостями особистості.

Для визначення можливих взаємозв'язків між стилями харчової поведінки та показниками перфекціонізму, імпульсивності, особистісними особливостями, у респондентів з порушеннями харчової поведінки нами був застосований непараметричний Тау-критерій Кендала.

Результати кореляційного аналізу надані в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Взаємозв'язків між стилями харчової поведінки та особливостями особистості у осіб з порушеннями харчової поведінки

Стилі харчової поведінки			
Особистісні показники	Обмежувальний	Емоціогенний	Екстернальний
ПСС	0,147444	0,071775	-0,008241
ПСІ	0,039146	0,115302	-0,034413
СНП	0,082037	0,176891	0,078195
Загальний показник перфекціонізму	0,128797	0,146256	-0,002346
Імпульсивність	0,061233	0,291185	0,250982

A	0,052686	0,221528	0,099724
B	-0,080696	0,034477	0,089373
C	-0,028638	-0,119683	-0,057506
E	-0,123108	0,026053	-0,039993
F	-0,043698	-0,000251	-0,095595
G	0,167156	0,088765	0,017163
H	0,011707	0,011154	-0,078853
I	0,044211	-0,129509	-0,087086
L	0,148871	0,084973	0,093994
M	0,022275	0,165355	0,106257
N	0,007581	0,011324	-0,041675
O	0,048422	0,156585	0,071846
Q1	0,009977	0,007642	0,047296
Q2	-0,108411	-0,180016	-0,098348
Q3	0,148237	-0,114458	-0,141912
Q4	0,038982	0,077133	0,066285

Примітка: ПСС - перфекціонізм, спрямований на себе; ПСІ - перфекціонізм, спрямований на інших; СНП - соціально наказаний перфекціонізм; А- афектотимія; В-високий інтелект; С-сила "Я"; Е-домінантність; F-бестурботність; G-сила "Над Я"; Н-сміливість; І-м'якосердя; L-підозрілість; М-мрійливість; N-проникливість; О-гіпотимія; Q1-радикалізм; Q2- самодостатність; Q3-контроль бажань; Q4-фрустрованість; виділені жирним шрифтом кореляції значимі на рівні $p < 0,05$:

Отже, аналіз даних представлених у таблиці 3.7., емпірично підтвердив існування позитивних кореляційних зв'язків між обмежувальним стилем харчової поведінки та перфекціонізмом, спрямованим на себе, фактором G (сила «над Я»), L (підзрілість) та Q3 (контроль бажань).

Встановлено, що позитивні кореляційні зв'язки існують також між емоціогенним стилем харчової поведінки та соціально наданим перфекціонізмом, загальним показником перфекціонізму, імпульсивністю, фактором А (афектотимія), М (мрійливість), О (гіпотимія) та негативна

кореляція між емоціогенним стилем харчової поведінки та фактором Q2 (самодостатність).

Крім того, виявлена позитивна кореляція между екстернальним стилем харчової поведінки та імпульсивністю та негативний кореляційний зв'язок екстернального стилю харчової поведінки з фактором Q3 (контроль бажань).

3.3. Особливості емоційних реакцій та здатності до подолання скрутних життєвих ситуацій в групах осіб з порушенням харчової поведінки

Емоційна реакція людини на проблемну ситуацію дуже часто пов'язана з проявами агресивності, яка в науці розглядається як показник адаптивної поведінки.

Припускаючи, що порушення харчової поведінки завжди впливають на емоційну сферу особистості та реалізуються в ній, наступним етапом нашого дослідження стало виявлення особливостей проявів агресивної поведінки у осіб з різним формами харчової поведінки.

В процесі кількісної обробки даних і якісного аналізу отриманих результатів, було виявлено, що середньостатистичні показники розташовані у межах середніх та високих значень. Виключенням став показник за шкалою «Образа», який лежить у діапазоні низьких значень, а показник «Підозрілість» у респондентів з усіма формами харчової поведінки лежить в діапазоні високих значень (таблиця 3.8.).

В групі з *обмежувальним стилем харчової поведінки* середньостатистичні бали, що складають індекс агресивності, є наступними: фізична агресія — $M=4,87$, $\sigma=1,8$, непряма агресія — $M=6,78$, $\sigma=1,95$, вербальна агресія — $M=6,34$, $\sigma=2,7$. Найвищі показники в індексі агресивності, який дорівнює $M=17,99$, $\sigma=4,04$ — це непряма та вербальна агресія, що свідчить про те, що респонденти з обмежувальним стилем

харчової поведінки переважно реалізують власну агресію непрямим шляхом через неупорядковані, спеціально неспрямовані прояви, як через погрози, так і через реалізацію негативних почуттів у формі підвищеного тону спілкування. Використання фізичної сили проти іншої особи не використовується.

За шкалами індексу ворожості ($M=11,15$, $\sigma=6,86$) спостерігаються наступні середньостатистичні показники: образа — $M=2,93$, $\sigma=1,68$, підозрілість $M=8,21$, $\sigma=6,75$. Ми бачимо, що образа представлена у межах низьких значень, а підозрілість — у межах високих. Тобто, ведучим показником індексу ворожості є саме підозрілість: респонденти з обмежувальним стилем харчової поведінки схильні недовірко та обережно ставляться до оточуючих і таке ставлення ґрунтується на переконанні, що оточуючі можуть їм нашкодити. У такому контексті низький рівень образи ми пояснюємо наявністю відчуття винятковості.

Рівень агресивної мотивації ($M=17,59$, $\sigma=3,94$) складають шкали фізичної агресії, вербальної агресії і роздратування. За шкалою роздратування середньостатистичний показник складає $M=6,34$, $\sigma=1,92$, що несуттєво перевищує середнє значення. Такий рівень агресивної мотивації доводить неусвідомлені прояви можливих агресивних реакцій або можливість використання різних форм агресії як способу залучення уваги референтних осіб або як захисну реакцію.

Таблиця 3.8

Середньостатистичні прояви агресивності у осіб з порушеннями харчової поведінки

	Обмежувальний стиль ПХП			Емоціогенний стиль ПХП			Екстернальний стиль ПХП		
	Середнє	Стандартне відхилення	Стандартна похибка середнього	Середнє	Стандартне відхилення	Стандартна похибка середнього	Середнє	Стандартне відхилення	Стандартна похибка середнього
Фізична агресія	4,87	1,80	0,16	4,86	2,14	0,16	5,28	2,14	0,11
Непряма агресія	6,78	1,95	0,18	5,61	2,26	0,17	5,49	2,10	0,10
Роздратування	6,34	1,92	0,18	5,55	2,45	0,18	5,97	4,20	0,21
Негативізм	2,68	1,16	0,11	3,29	1,26	0,09	3,30	1,27	0,06
Образа	2,93	1,68	0,16	4,28	2,02	0,15	4,79	1,76	0,09
Підозрілість	8,21	6,75	0,64	6,60	2,57	0,19	6,70	2,62	0,13
Вербальна агресія	6,34	2,70	0,26	6,51	2,62	0,19	6,95	2,31	0,11
Почуття провини	7,11	1,87	0,18	5,67	2,24	0,17	4,69	2,11	0,10
Індекс агресивності	17,99	4,04	0,38	16,98	4,25	0,31	17,69	3,98	0,20
Індекс ворожості	11,15	6,86	0,65	10,88	2,89	0,21	11,50	3,17	0,16
Рівень агресивної мотивації	17,59	3,94	0,37	16,90	4,50	0,33	18,19	5,68	0,28
Рівень суб'єктивного відчуття самотності	37,69	16,07	1,48	31,87	16,68	1,16	29,33	14,14	0,67
Особливості виходу зі складних життєвих ситуацій	25,34	8,14	0,75	23,61	7,97	0,56	22,21	7,52	0,36

В групі з обмежувальним стилем харчової поведінки потребує дослідницької уваги високе середньостатистичне значення «Почуття провини» $M=7,11$, $\sigma=1,87$. Можна припустити, що особи з обмежувальним стилем харчової поведінки переконані, що вони є паганями, відчують постійні докори сумління.

За шкалою «Негативізм» у осіб з обмежувальним стилем харчової поведінки спостерігається показник $M=2,68$, $\sigma=1,16$. За середньостатистичними значеннями «Негативізм» у осіб з обмежувальним стилем харчової поведінки є низьким, тобто, представники цієї групи не схильні до демонстрації опозиційної форми агресивної поведінки, спрямованої на авторитетних осіб, здатні робити тільки пасивний опір.

В групі з *емоціогенним стилем харчової поведінки* індекс агресивності $M=16,98$, $\sigma=4,26$. За шкалами, що складають індекс агресивності, фізична агресія має значення $M=4,86$, $\sigma=2,14$, непряма агресія — $M=5,61$, $\sigma=2,26$, вербальна агресія $M=6,51$, $\sigma=2,62$. Отже, суттєвий внесок у індекс агресивності складає вербальна та непряма агресія. Порівняно з обмежувальним стилем харчової поведінки, статистично значуща відмінність спостерігається за показником непрямої агресії ($t=4,76$, $p<0,001$) (табл. 3.9). Отримані дані свідчать, що представники групи з *емоціогенним стилем харчової поведінки* менше схильні проявляти непряму агресію.

За індексом ворожості ($M=10,88$, $\sigma=2,89$), статистичні значення є наступними: образа $M=4,28$, $\sigma=2,02$, підозрілість $M=6,60$, $\sigma=2,57$. Тобто, для них характерна помірна вираженість негативних почуттів і негативних оцінок оточуючих людей і подій, що відбуваються.

Середній показник за шкалою Роздратування складає $M=5,55$, $\sigma=2,45$. Респондентам групи з *емоціогенним стилем харчової поведінки* притаманна помірна готовність до запальних проявів, різкості в поведінці. Показник рівня агресивної мотивації в цій групі нижчий, аніж у представників екстернальної та обмежувальних груп.

Характеризуючи індекс агресивності в групі з *екстернальним стилем харчової поведінки*, можна констатувати, що він не відрізняється від осіб з обмежувальним стилем, але фіксуються особливості у структурі. Так, у представників групи з екстернальним стилем харчової поведінки найсуттєвіший внесок у структуру агресивності вносить фізична агресія ($M=5,28, \sigma=2,14$) і вербальна агресія ($M=6,95, \sigma=2,3$) та найнижчий - непряма агресія ($M=5,49, \sigma=2,10$): вони можуть використовувати фізичну силу, у суперечках та сварках виражати негативні відчуття через погрози, крик, але суттєво менше - невпорядковану, неспрямовану агресію.

Таблиця 3.9

Порівняльна характеристика проявів агресивності у осіб з порушеннями харчової поведінки

	Обмежувальний - екстернальний		Обмежувальний - емоціогенний		Емоціогенний - екстернальний	
	t	p	t	p	t	p
Фізична агресія	-2,13*	0,034	0,00	1,000	-2,15*	0,032
Непряма агресія	6,18***	0,000	4,76***	0,000	0,66	0,509
Роздратування	1,07	0,286	3,35***	0,001	-1,26	0,208
Негативізм	-4,86***	0,000	-4,09***	0,000	-0,13	0,896
Образа	-9,96***	0,000	-6,16***	0,000	-2,92**	0,004
Підозрілість	3,65***	0,000	2,89**	0,004	-0,35	0,728
Вербальна агресія	-2,12*	0,035	-0,52	0,600	-1,97*	0,050
Почуття провини	11,75***	0,000	5,87***	0,000	5,12	0,000
Індекс агресивності	0,69	0,492	2,03*	0,043	-1,99*	0,047
Індекс ворожості	-0,51	0,616	0,45	0,654	-2,24*	0,027
Рівень агресивної мотивації	-1,05	0,296	1,33	0,183	-2,71**	0,008
Рівень суб'єктивного відчуття самотності	5,08***	0,000	3,05**	0,004	1,87	0,065
Вихід з складних життєвих	3,94***	0,000	1,84	0,068	2,18*	0,031

ситуацій						
----------	--	--	--	--	--	--

Примітка:

*** значимість на рівні $p < 0,001$

** значимість на рівні $p < 0,01$

* значимість на рівні $p < 0,05$

Індекс ворожості в групі з *екстернальним стилем харчової поведінки* також статистично значущо не відрізняється від індексу ворожості в групі з обмежувальним стилем харчової поведінки, але є значні статистично значущі розбіжності за шкалами, входять структурно у цей індекс. Так, у осіб з екстернальним стилем харчової поведінки, порівняно з *обмежувальним стилем харчової поведінки*, статистично вищий показник образи ($t = -9,96$, $p < 0,001$) і нижче показник підозрливості ($t = 3,65$, $p < 0,001$). Вони більше схильні проявляти заздрість оточуючим, обумовлену відчуттям гіркоти, невдоволеності кимось, вони схильні довіряти оточуючим і не побоюються їхніх злих намірів.

Рівень агресивної мотивації у осіб з екстернальним стилем харчової поведінки статистично значущо відрізняється від такого ж рівня у осіб з емоціогенним стилем харчової поведінки і майже не відрізняється від рівня у осіб групи з обмежувальним стилем харчової поведінки. такий стан може свідчити про те, що особи екстернальної та обмежувальної груп активніші та здатні до агресивних дій.

Таким чином, спираючись на показники індексу агресивності представників груп з обмежувальним та екстернальним стилями порушень харчової поведінки констатовано, що їм більше притаманні прояви агресивності порівняно з представниками емоціогенної групи, але вони диференціюються за формами прояву агресивної поведінки. Аналогічна тенденція констатується і за показником агресивної мотивації. Якщо в групах з екстернальним та емоціогенним стилями порушень харчової поведінки проявляється потенціал агресивності, то в групі з обмежувальним стилем порушень харчової поведінки фіксується тенденція використання агресії на

придушення власної індивідуальності: у них констатуються показники ворожості, вищі за нормативні. В групах з обмежувальним та екстернальним стилями порушень харчової поведінки ворожість статистично вища, аніж в групі з емоціогенним стилем порушень, але вона має специфіку своїх складових характеристик.

На підставі даної частини нашого дослідження нами були схарактеризовані прояви агресивності у групах з різними стилями порушень харчової поведінки.

Групі респондентів з *обмежувальним стилем порушень харчової поведінки* характеризується помірними проявами агресивної поведінки. Вони найчастіше виражають свою агресію непрямим шляхом через неупорядковані, неспрямовані прояви роздратування, демонстрацію негативних відчуттів у формі підвищеного тону спілкування в процесі сварок, суперечок, можуть Фізичну силу майже не застосовують. До оточуючих можуть ставитися з недовірою, оскільки переконані, що вони мають намір їм зашкодити. Внаслідок жорстких обмежень у харчуванні інколи можуть вважати себе винятковими особистостями, але до образ не схильні. Демонструють помірну активність, але вона є неспрямованою, неупорядкованою, інколи спонтанною. Для привертання уваги близьких людей або як захисну реакцію можуть реалізовувати непрямую агресію. Часто переживають докори сумління, інколи переконані в тому, що є поганими людьми. Можуть проявляти пасивний опір, а до опозиційних форми агресії, спрямованої на відомі авторитети, прибігають дуже рідко.

Групі респондентів з *емоціогенним стилем порушень харчової поведінки* також характеризується помірною агресивністю. Їхня агресія реалізується переважно непрямим шляхом, але імпульсивні реакції представників даної групи більш контрольовані і цілеспрямовані. Непряма агресія респондентів з емоціогенним стилем порушень харчової поведінки є ситуативно зумовленою: в одних ситуаціях вони демонструють її високий рівень, в інших ці прояви агресії є мінімальними або взагалі відсутні. Їм притаманна

помірна демонстрація негативних почуттів та оцінок щодо інших людей або подій, що відбуваються. Особи з емоціогенним стилем порушень харчової поведінки здатні довіряти людям, вони помірно готові демонструвати запальність, різкість у міжособистісних відносинах. В цілому їхня поведінка пасивна, на жаль, вони не здатні, або не вважають за потрібне протистояти авторитетам. Мають помірну вираженість почуття провини, проявів докорів сумління.

Група респондентів з *екстернальним стилем порушень харчової поведінки* характеризується помірними проявами агресивності, але вони можуть застосовувати фізичну силу проти інших залежно від ситуації, відкрито демонструють негативні почуття у суперечках та сварках. Їм не притаманні завуальовані форми агресивної поведінки: плітки, злобні жарти і прояви непрямой агресії. Вони не побоюються злих намірів інших людей та схильні більше довіряти оточуючим, відносно яких прояви заздрощів або ненависті, незадоволеності їхніми діями помірні. Запальність та образливість у них є ситуативними. Вони активні та інколи здатні до проявів непокори.

Наступна частина нашого дослідження була присвячена вивченню особливостей суб'єктивного переживання самотності у респондентів з різними стилями порушень харчової поведінки. Особлива роль самотності у розумінні специфіки порушень харчової поведінки полягає в тому, що вона може блокувати негативні емоційні переживання, настільки, що зв'язок між будь-якою подією та її емоційним забарвленням у свідомості не проявляється. Самотність активізує універсальний психологічний захист, але плата за придушення неприємних емоцій є достатньо високою - втрата природності почуттів, послаблення інтуїції, та в кінці кінців – самовідчуження.

Очевидний проблема психологічного захисту за механізмом самотності полягає в тому, що вона повністю виключає людину з активної участі у вирішенні міжособистісних, соціальних проблем. Головною позитивною характеристикою самотності як механізму психологічного

захисту можна вважати те, що, допускаючи психологічний уход від реальності, вона майже не вимагає її спотворення: людина, схильна до самотності, знаходить захист не у спотвореному сприйнятті світу, а у віддаленні від нього.

Завдяки цьому суб'єктивний оточуючий світ може бути надзвичайно приємний, нерідко на подив тих, кому він здається складним та небезпечним.

В групі з обмежувальним стилем порушень харчової поведінки констатовано 54% осіб з високим рівнем самотності, 22% осіб з середнім рівнем самотності, 24% осіб з низьким рівнем самотності. Середньостатистичний показник дорівнює $M=37,69$, $\sigma=16,07$.

Рівень суб'єктивного відчуття самотності у осіб групи з емоціогенним стилем порушень харчової поведінки характеризується наступними показниками. Високий рівень проявляється у 38% осіб, середній — у 28% осіб, низький — у 69% осіб. Середньостатистичний показник дорівнює $M=31,87$, $\sigma=16,68$.

В групі з екстернальним стилем порушень харчової поведінки констатується суттєво нижчий процент осіб з високим рівнем самотності — 23%. Середній рівень самотності спостерігається у 47% осіб і низький — у 30% осіб. Середньостатистичний показник дорівнює $M=29,33$, $\sigma=14,14$.

Порівняння показника рівня суб'єктивного відчуття самотності за критерієм Стьюдента показало статистично значущі розбіжності.

Отже, з урахуванням середньостатистичних показників самотності, представники групи з обмежувальним стилем порушень харчової поведінки характеризуються більш високим рівнем самотності, представники групи з екстернальним стилем порушень харчової поведінки - низьким, а представники групи з емоціогенним стилем порушень харчової поведінки - помірним рівнем самотності.

Наступне питання, яке розкриває психологічні особливості порушень харчової поведінки торкається її реалізації у складних обставинах, у

специфіці виходу зі скрутних життєвих ситуацій.

За результатами тестування в групі з обмежувальним стилем порушень харчової поведінки високі показники мають 59% респондентів. Особам з високими показниками складно адекватно реагувати на неприємності у їхньому житті. Зазвичай вони реагують на них неадекватно. 24% респондентів з обмежувальним стилем порушень харчової поведінки, які отримали середні значення не завжди гідно витримують удари долі: часто зриваються, докоряють своїй долі, засмучуються при виникненні проблем самі та засмучують своїх близьких. Низький рівень констатовано у 17% респондентів цієї групи, які легко примирюються з неприємностями, адекватно оцінюють те, що трапилося і зберігають душевну рівновагу. Середньостатистичний показник дорівнює $M=25,34$, $\sigma=8,14$.

В групі з емоціогенним стилем порушень харчової поведінки високий рівень, тобто неадекватні реакції на складні життєві обставини, спостерігаються у 45% респондентів. Середній рівень - у 35% осіб. Низький рівень - у 20% осіб. Середньостатистичний показник дорівнює $M=23,61$, $\sigma=7,97$.

В групі з екстернальним стилем порушень харчової поведінки частка осіб з низьким рівнем залишається на рівні 20%; частка осіб з високим рівнем зменшується і становить 31%, за рахунок чого збільшується частка осіб з середнім рівнем — 49%. Середньостатистичний показник дорівнює $M=22,21$, $\sigma=7,52$.

Порівняльний аналіз показників за критерієм Стьюдента показав статистично значущі розбіжності між показниками обмежувальної-екстернальної групи ($t=3,93$, $p<0,001$), емоціогенної та екстернальної групи ($t=2,18$, $p<0,05$).

Таким чином, можна констатувати, що середньостатистичні показники в усіх групах порушень харчової поведінки характеризують особу, яка не завжди гідно витримує удари долі, інколи зривається і проклинає її, інколи засмучується сама та засмучує інших. Для осіб з обмежувальним та

емоціогенним стилем порушень харчової поведінки дана тенденція виражена суттєво, для осіб з екстернальним стилем порушень харчової поведінки - помірно.

3.4. Модель типів особистості з порушенням харчової поведінки

В результаті проведеного емпіричного дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки нами було виділено три підгрупи, представники кожної з яких мають загальні стилі порушень харчової поведінки, емоційна, особистісні особливості та виражені ризики формування психологічної схильності до посилення порушень харчової поведінки.

Таблиця 3.10

Психологічні особливості особистості з порушеннями харчової поведінки

Групи	Характеристики
I група	<ul style="list-style-type: none"> - Обмежувальний стиль харчування - Перфекціонізм, спрямований на себе <li style="padding-left: 20px;">- Сила понад Я - Недовірливість та домінування у відносинах з іншими людьми - Контроль бажань та самоконтроль поведінки
II група	<ul style="list-style-type: none"> - Емоціогенний стиль харчування - Виражений соціально-наказаний перфекціонізм - Підвищений рівень імпульсивності <li style="padding-left: 20px;">- Афектотимія <li style="padding-left: 20px;">- Мрійливість - Гипотимія, схильність до переживання почуття провини - Сприйняття себе як керованих, залежних від групи
III група	<ul style="list-style-type: none"> - Екстернальний стиль харчування - Підвищений рівень імпульсивності - Низький самоконтроль, слабка самоорганізованість

Схарактеризуємо кожну групу респондентів, з залученням результатів проведених психодіагностичних обстежень, висвітлених у попередніх підрозділах.

До першої групи увійшли респонденти, у яких домінуючим стилем харчової поведінки став обмежувальний стиль, яке проявляється у вигляді занадтих зусиль, спрямованих на досягнення або підтримку бажаної ваги за допомогою жорсткого та постійного обмеження себе в харчуванні, часто за допомогою безсистемного дотримання надмірно суворих дієт.

На відміну від представників інших груп, респонденти, які складають першу групу, за особистісним фактором Q3-контроль бажань та самоконтроль поведінки оцінюють себе дуже високо, за фактором G-сила "Понад Я", сумлінність, совість, також мають високі оцінки, що підтримує їхню спрямованість на дотримання дієт. Зазвичай не залежно від порушень харчової поведінки високі оцінки за фактором самоконтролю поведінки мають продуктивні та надійні керівники, а фактор G - сила "Понад Я", сумлінність, негативно корелює з правопорушенням та асоціальною поведінкою, а позитивно - з успіхами в навчанні та загальними досягненнями.

У повсякденному житті представники першої групи працюють планомірно та впорядковано, вони наполегливо долають всі труднощі, не розкидаються по дрібницях, завжди розпочату справу доводять до кінця. Вони добре засвоюють вимоги до них соціуму та прагнуть їх ретельно виконувати, постійно дбають про враження, яке вони створюють воласною поведінкою, піклуються про свою громадську репутацію. Але в складних життєвих ситуаціях (під впливом підвищеного стресу або перенапруги) у представників першої групи можуть бути спровоковані негативні емоційні переживання. Наприклад, на тлі постійного дотримання суворих дієт можливі прояви емоційної нестабільності, так званої «дієтичної депресії», яка супроводжується низкою негативних емоцій.

В поведінці «дієтична депресія» може реалізовуватися у вигляді підвищеної дратівливості та стомлюваності, внутрішньої напруги, агресивності та ворожості, тривожності, поганого настрою, пригніченості, тощо. Епізоди прийому їжі можуть виклимати почуття провини, зниження самооцінки, невіру у власні сили

Особливістю респондентів, які входять до першої групи, є тенденція до високих оцінок за особистісним фактором L-підозрілість (протилежність довірливості). Високий рівень підозрілості притаманний людям, які звикли покладатися на себе у вирішенні відповідальних проблем.

Щодо особливостей соціальної поведінки, підозрілість негативно пов'язана зі ступенем згуртованості групи. Люди з високими оцінками за підозрілістю з початку знайомства підходять до всіх людей з упередженням, насторожено, у всьому шукають таємниці, чекають від усіх підстави, нікому не довіряють, вважають, що їхні друзі здатні на нечесність, невідвертість щодо них. В групі вони часто тримаються відокремлено, демонструють егоїстичні тенденції, дбають лише про себе, заздять успіхам інших людей, вважають, що оочуючі їх недооцінюють.

В міжособистісних відносинах проявляють себе як наполегливі, але дратівливі, такі, що не терплять конкуренції, не піддаються впливу інших, критично ставляться до моральної мотивації поведінки оточуючих.

Отже, низка особливостей їхньої поведінки, які традиційно пояснюють домінуванням, насправді відноситься до підозрілості. Тому, крім означених особливостей, респондентів цієї групи характеризує високий рівень тривожності .

У зв'язку з цим, Р.Б. Кеттелл припускав, що підозрілість можна інтерпретувати як надійний спосіб психологічного захисту від тривожності, як різновид компенсаторної поведінки особистості.

Як було нами відмічено раніше, обмежувальний стиль харчової поведінки позитивно пов'язаний з перфекціонізмом, орієнтованим на себе. Тому респондентів, які належать до першої групи, можна схарактеризувати

як людей з розвиненою внутрішньою вимогливістю до власної досконалості та набором високих особистісних стандартів.

Навіть у ситуаціях повного досягнення поставлених високих цілей, вони не можуть бути повністю задоволені, тому що їх суб'єктивне почуття досконалості та завершеності залишається на низькому рівні.

Ми можемо припустити, що у представників першої групи, поєднання перфекціонізму, орієнтованого на себе, з домінуванням у відносинах з іншими людьми, зумовлене тим, що вони традиційно самотушки приймають рішення про необхідність дотримання певної дієти, не дотримуються рекомендацій фахівців.

Також вони пред'являють до себе явно надмірні вимоги з метою регуляції власної харчової поведінки.

Ведучим стилем харчування респондентів, які складають другу групу, є емоціогенна харчова поведінка, при якій бажання поїсти виникає як реакція особистості на негативні емоційні стани та переживання. Якщо емоціогенна харчова поведінка розвивається до рівня харчового порушення, то людина «заїдає» свої прикрощі, нещастя та стреси, так само, як алкоголік їх «запиває».

Респонденти, які входять до другої групи, демонструють особистісну тенденцію до екстраверсії, люблять спілкування (афектотимія), але оцінюють себе як керованих, таких, що йдуть за групою (соціабельність). Представникам цієї групи бракує самостійності. тому в своїй поведінці вони часто орієнтуються на колективну думку, потребують постійної опори, підтримки оточуючих, у них виражена потреба у порадах та схваленні.

Дуже часто представникам другої групи не вистачає впевненості у собі і вони схильні до переживання почуття провини (гіпотимія), інколи у них може домінувати тривожно-депресивний фон настрою. Вони часто чимось заклопотані, пригнічені, обтяжені поганими передчуттями, схильні до самодокорів, недооцінюють свої можливості, принижують власну компетентність та здібності.

Особливістю респондентів, які складають другу групу, є «внутрішнє автономне мислення» на відміну від практичності (мрійливість). Причому брак турботи про практичні справи – це не просто апатія, а результат високої напруженості внутрішнього життя і, можливо, суб'єктивності, які роблять зовнішні цінності та реальні події незначними та непривабливими.

Емоційна сфера представників другої групи характеризується соціально наказаним перфекціонізмом та імпульсивністю.

Соціально-наказаний перфекціонізм відображає потребу особистості відповідати стандартам і очікуванням інших людей, які сприймаються, індивідом, як такі, що пред'являють до нього занадто високі вимоги і стандарти, занадто суворо оцінюють його та тиснуть на нього з метою змусити бути досконалим.

Соціально-наказаний перфекціонізму може корелювати з прокрастинацією – відкладанням початку роботи через потребу її бездоганного виконання.

Третю групу склали респонденти з екстернальним стилем харчової поведінки, яка пов'язана з підвищеною сензитивністю до зовнішніх подразників, які стимулюють споживання їжі, причому при повному ігноруванні індивідом внутрішніх стимулів (рівень глюкози, порожній шлунок тощо). Реакція на зовнішні стимули може бути пов'язана з привабливою вітриною продуктового магазину, красиво накрытим столом, агресивною рекламою харчових продуктів тощо. У індивід проявляється звичка «їсти очима» – побачив, отже, з'їв. Саме така психологічна особливість лежить в основі переїдання «за компанію», вуличних перекусів, надлишкового прийому їжі в гостях, купівлі зайвих продуктів у магазині.

Порівняно з представниками першої групи, які характеризуються високим контролем бажань та самоконтролем поведінки, представники третьої групи характеризуються слабкою волею та поганим самоконтролем (особливо, коли йдеться про контроль над бажаннями). Діяльність таких індивідів невпорядкована, хаотична, вони часто губляться, діють спонтанно,

безладно, не володіють основами таймменеджменту – не вміють організувати свій час і порядок виконання справ. Часто залишають справу незакінченою, щоби без достатнього обмірковування взятися за щось інше.

Так само респонденти, які входять до третьої групи, мають підвищений рівень імпульсивності, що характеризує їх як людей з недостатнім самоконтролем у спілкуванні та діяльності. Вони часто мають невизначені життєві плани, не завжди мають стійкі сформовані інтереси та характеризуються частими змінами захоплень.

На рисунку 3.1. візуалізовано загальна модель психологічних особливостей порушень харчової поведінки та чинників, які на неї впливають.

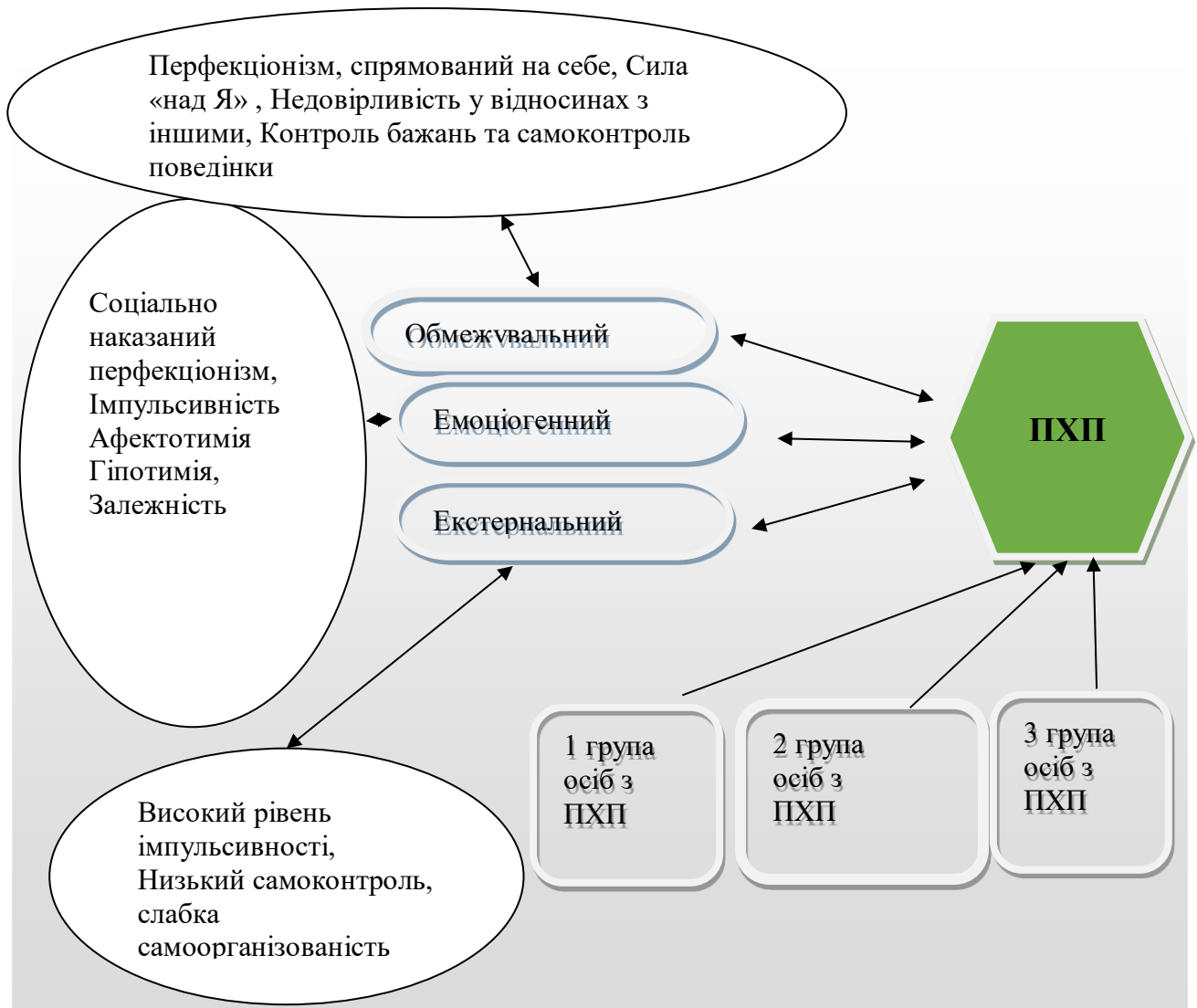


Рис.3.1. Модель типу особистості з порушеннями харчової поведінки

Примітка: ПХП – порушення харчової поведінки

Таким чином, проведене емпіричне дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки дозволило нам виділити три підгрупи, представники кожної з яких мають загальні стилі порушень харчової поведінки, емоційна, особистісні особливості та виражені ризики формування психологічної схильності до посилення порушень харчової поведінки. Візуалізована загальна модель психологічних особливостей порушень харчової поведінки та чинників дозволяє психологічний зміст виникнення порушень харчової поведінки.

3.5. Методичні рекомендації з організації корекції порушень харчової поведінки засобами психологічної науки

Як ми відмічали у попередніх підрозділах, складність будь-якої корекційної роботи, спрямованої на надання психологічної допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою та з порушеннями харчової поведінки є міжгалузевою та розвивається фахівцями біологічного та психологічного напрямів.

Біологічний напрям корекції порушень харчової поведінки переважно містить в собі медичні засоби, як-от: фармакотерапію, хірургічні методи, розробки дієт та підходів до гігієни правильного харчування, різноманітних способів корекції тіла тощо (Л. М. Ваколюк, С.О. Сокур, Т.В. Секрет [17], О.В. Кузьмінська [44], І.В. Пінчук [67], М.І. Фадєєва [86], S.F. Abraham [103], G. Alvarez-Rayón [106], N. Chisuwa [112], N.V. Di Patrizio [114]). Ми поділяємо думку Л.М. Абсалямової [1], яка підкреслювала, що в науці та практиці існують певні переваги у бік біологічного та медичного напрямків, та вважаємо, що у випадку корекції харчової поведінки виключно способами біологічного спрямування (фармакотерапія, дієтотерапія, хірургічні методи тощо), на другий план відходять не менш важливі, а у деяких випадках основополагаючі чинники формування порушень харчової поведінки: індивідуально-особистісні особливості та міжособистісні відносини суб'єкта, без коректувальних впливів на які досягнення позитивного результату є неможливим.

Тому саме психологічні засоби корекції порушень харчової поведінки, спрямовані на внутрішні механізми її формування та стійкого функціонування є основополагаючими та максимально ефективними для досягнення позитивного результату та тривалого ефекту.

В українській та світовій психології дослідження можливих напрямків розробки та застосування психотерапевтичного впливу на корекцію харчової поведінки є одним з перспективних напрямків (Л.М. Абсалямова [1], Х.Г.

Рахубовська [71], О.С. Травенко [84], Т.Б. Хомуленко [90], В.І. Шебанова [93], Р.К. Keel & К.К. Forney [120], К. Limburg [122], М. Mantell [123], С. Nederkoorn [127]).

Тому при такому різноманітті наукових підходів до способів психологічного та психотерапевтичного впливу на особистість з порушеннями харчової поведінки стає доцільним їх узагальнення та більш детальне виявлення можливостей застосування у корекційній роботі.

Окрім аналізу різних методів психологічного впливу в процесі корекції порушень харчової поведінки, необхідно враховувати важливі методичні аспекти, без яких жодний прийом не буде працювати. як-от,

- тип розладу харчової поведінки;
- конкретна причина розладу;
- основна спрямованість корекційних впливів (не стільки на корекцію тіла та зниження ваги, скільки на формування продуктивних особистісних рис та закріплення позитивної харчової поведінки) [57].

Як відмічає В.І. Шебанова, в українській психології існують потужні підвалини дослідження, організації та використання корекційних впливів на особистість з порушеннями харчової поведінки, а саме: концепція емоційної роботи, керування емоціями (Є.В. Бойко, С.О. Колот, М.Д. Лапіна, О.Я. Чебикин, А.М. Грись), феномен емоційної стійкості, як важливий аспект емоційної саморегуляції (І.Ф. Аршава, Е.Л. Носенко, В.А. Ташматов) [93].

Інші вчені пропонують в процесі організації та проведення корекційних заходів спиратися на феномени: психологічної готовності до змін у харчовій поведінці (Л.М. Абсалямова [1]), рівня тривожності (Н.О. Берген, С.І. Алексєєва [9]) та упевненості (Н.В. Лук'янченко [51]), локалізації відповідальності (Л.Ф. Бурлачук, В.І. Шебанова [14]), здорового способу життя (М.В. Гриньова, М.В. Коновал [26], І.С. Колесникова [36], О.В. Кузьмінська [44]), психологічної залежності від іншої людини (Г.О. Коцюба [40], А.С. Кочарян, А.В. Коцарь [42]), індивідуального переживання

психологічної травми (Н.Ю. Максимова [53]), порушення соціалізації (А.М. Маслюк [59]), образ Я (О.М. Мойзріст [62]).

Усі корекційні впливи на порушення харчової поведінки умовно можуть бути розділені на психотерапевтичні та психологічні.

Серед психотерапевтичних найбільш ефективними вважають наступні.

- Сугестивні – система методів, провідним методом впливу в яких є лікувальне навчання, наприклад, у стані гіпнотичного сну; сюди ж включені й методи аутогенної релаксації як додаткові (О.Е. Бєляєва [8], Л.Ф. Бурлачук [14], Л. Вайтгед [16], Л.М. Ваколюк [17], А.С. Кочарян [42]).

- Гештальт-терапія, тілесно-орієнтована, когнітивно-поведінкова терапія, символдрама – за Т. Van Strien, С.Р. Herman & М.В. Verheijden є високоефективними при корективних впливах щодо невротичного та психосоматичного порушення харчової поведінки [164]. Крім того, більшість сучасних зарубіжних лікувально-корекційних програм для осіб з порушеннями харчової поведінки орієнтуються на застосування елементів поведінкової, когнітивної та раціональної психотерапії (G. Waller, Н. Cordery, Е. Corstorphine [167]). Клієнтам рекомендується ведення щоденника спостережень за особливостями харчової поведінки з обов'язковою фіксацією кількості прийняття їжі, суб'єктивного відчуття голоду, ситості тощо (I. Martínez-Gras [125]).

- Психодинамічний підхід до порушень харчової поведінки зумовлений необхідністю розв'язання внутрішньоособистісного конфлікту як її основи та корекції низької самооцінки, що виникає внаслідок порушень Я образу (M.L. Norris, A. Robinson [125]).

- Психотерапія міжособистісних відносин спрямовується на створення умов для можливості поділитися з іншими власними думками, тривогами та на оптимізацію міжособистісних стосунків (І.Ю. Антоненко [7], А.В. Володькіна [20], Г.О. Коцюба [40], N.H. Golden [118]). Зокрема, особливе місце займає сімейна психотерапія порушень харчової поведінки.

- Тілесно-орієнтована психотерапія – сприяє усвідомленню людиною тілесних відчуттів, опрацювання різних суб'єктивних тілесних станів, потреб, бажань, які залежать від вживання їжі. Основні елементи тілесної терапії, які можна застосовувати в корекційній роботі, спрямовуються на переживання свого досвіду як взаємозв'язку психічного і тілесного, прийняти себе і можливість поліпшення своєї життєдіяльності (С.Д. Юдіна, І.І. Чернова [101]).

- Екзистенційно-феноменологічний підхід зосереджений не на вивченні виявів психіки людини, а на самому її житті в нерозривному зв'язку з іншими людьми (F. Alsaker & A. Flammer 104]). Основне завдання екзистенційно-феноменологічної терапії полягає у спрямуванні людини до прийняття своєї поведінки як шкідливої або небезпечної, допомогти в його змінненні

Отже, як ми бачимо, використання певних методів, технік психотерапевтичної підтримки при корекції порушення харчової поведінки має базуватися на усвідомлення основних причин порушеної харчової поведінки та можливих суб'єктивізованих методах її нормалізації або відновлення відчуття гармонізації власної тілесності.

Це вимагає комплексного підходу, тому й доцільним є застосування засобів психологічної корекції порушень харчової поведінки. Поширеним та продуктивним є застосування традиційної тренінгової технології з постановкою конкретних корекційних задач.

Для ефективності тенінгів порушень харчової поведінки необхідне дотримання спеціальних правил – законів, по яким група буде жити під час всього тренінгу (В.О. Лефтеров [47]). Ці правила приймаються всією групою на початку роботи.

Завдяки дотриманням цих правил в групі створюється особлива обстановка, завдяки якій кожний учасник може:

- відкрито виражати свої відчуття та погляди;
- не боятися стати об'єктом критики;
- бути упевнений у дотриманні конфіденційності;

- отримувати корисну для себе інформацію та не заважати іншим членам групи отримувати її.

Окрім конфіденційності у тренінгу порушень харчової поведінки існують ще декілька основних правил, які забезпечують комфортну атмосферу та ефективність корекційної роботи протягом тренінгу, це – взаємоповага, пунктуальність, ненадання оцінок та право або вето ведучого.

Отже, не дивлячись на те, що тренінг порушень харчової поведінки може мати різні варіанти (від акценту на розвитку окремих порушень харчової поведінки до узагальненого підходу з елементами теоретичних знань про здоровий спосіб життя або адекватне ставлення до себе та сприйняття себе), загальним для всіх форм тренінгової роботи залишається уявлення про те, що всі впливи у першу чергу звернені до рівню індивідуальності та спрямовані на внутрішні зміни особистості, які призводять до її самовдосконалення, самоприйняття та адаптивності у соціумі.

Аналізуючи питання про ефект тренінгу порушень харчової поведінки, ми можемо виділити алгоритм змін, які відбуваються з учасниками в процесі роботи.

На першому, діагностичному етапі відбувається екстеріоризація неконструктивних елементів та моделей харчової поведінки. На цьому етапі учасникам тренінгу пропонується вирішувати поставлені завдання без стороннього втручання або спеціального навчання. Значення цього етапу полягає в тому, що тільки екстеріоризація проблем, виведення їх на поведінковий рівень, створює передумову для подальшої корекційної роботи.

На другому етапі відбувається робота зі створення моделі ідеальної поведінки в зовнішньому плані. Завдяки спеціальним стратегіям пошуку психолог та учасники тренінгу визначаються з оптимальними моделями поведінки в кожній значущій ситуації.

На завершальному етапі відбувається модифікація поведінки у бік максимального наближення до адекватної та з подальшою інтеріоризацією.

Крім того, групова робота з корекції порушень харчової поведінки сприяє:

- розвитку внутрішньої свободи, зменшенню кількості поведінкових штампів;
- підвищенню самооцінки та упевненості в собі;
- розвитку вміння нестандартно мислити;
- розвитку орієнтації на активну життєву позицію.

На думку Н.В. Лук'янченко, основне психологічне завдання тренінгу порушень харчової поведінки має бути зосереджене на розвитку компонентів внутрішньої впевненості [51]. Прояви впевненості у поведінці можуть сприяти формуванню відповідних психічних структур: корекції можуть підлягати як конкретні компетенції (вираження своїх почуттів та потреб, вміння відмовляти, просити, відстоювати свою думку тощо), так і загальна спрямованість особистості. В нашому емпіричному дослідженні певна увага була приділена вивченню особливостей агресії та агресивності осіб з порушеннями харчової поведінки, організовуючи це дослідження, ми орієнтувалися на те, що в науці диференціюються три типи поведінки: впевнена, невпевнена та агресивна (О. Аврамчук [4], Н.О. Берген [9], Б.Б. Іваненко [32], Х.Г. Рахубовська). Цей розподіл поведінки є основою для психологічної роботи з формування продуктивних форм взаємодії та самосприйняття осіб з порушеннями харчової поведінки

При укладанні психотехнічних вправ та ігор в процесі проведення тренінгу можна порекомендувати тест П. Якубовської «Уміння розрізнити впевнену, невпевнену та агресивну поведінку», який визначає, яка з трьох пропонованих позицій відповідає поведінці героїв пропонованих сюжетів. Оцінювання поведінкової впевненості, відображеної у обраних відповідях, співвідноситься з ключем, в якому наведено їх правильні варіанти.

Диференціація виділених типів поведінки базується на ідеї Т.Е. Харрис щодо прийняття значимості потреб та індивідуальних особливостей своїх та партнера зі спілкування (О'кей та НеО'кей-сприйняття). Невпевнена

поведінка завжди спрямована на цінність, а агресивна, навпаки, на знецінення партнера зі спілкування. Існує думка, що агресивна поведінка є способом психологічного захисту, в її основі лежить внутрішня невпевненість [89].

Н.В. Лук'янченко підкреслює, що при розробці корекційних заходів з корекції впевненої поведінки як основи нормальної харчової поведінки, необхідно враховувати багато індивідуально-особистісних та об'єктивних чинників та спиратися на актуальні ресурси респондента [51]. Наприклад, у першу чергу, на думку вченої, це стосується, такого важливого моменту в організації тренінгу, як його тривалість, оскільки в сучасних умовах довготривалі заходи є витратними та непродуктивними. Найбільш затребувані експрес-програми з високою індивідуальною включеністю. Н.В. Лук'янченко вважає, що елементи лекцій в структурі такої експрес-програми не ефективні, краще застосовувати активні, побудовані за принципом «тут і зараз», з застосуванням рефлексивного досвіду [51]. Вчена рекомендує з урахуванням форми тренінгів, опрацьовувати найсуттєвіші аспекти порушень харчової поведінки, які в подальшому можуть бути основою для саморозвитку.

Рекомендований зміст тренінгу

Час проведення міні-тренінгу – чотири академічні години з однією перервою. На початку зі вступним словом виступає психолог, розкриває тему тренінгу, план роботи та інформацію про себе (кваліфікація, досвід роботи).

Потім починається традиційна процедура знайомства. Кожен з учасників по черзі представляється і коротко повідомляє, навіщо, на його думку, потрібнаюдині впевненість (досягнення важливих для себе цілей, свободи та гармонійності в міжособистісних відносинах тощо).

Потім коротко виступає психолог та обговорює, що знайомство з проблемою впевненості буде відбуватися в активній формі. Що потребує від кожного учасника тренінгу діяльного позитивного настрою.

Психотехнічні вправи тренінгу упевненості спрямовані на вирішення таких основних завдань:

1) на основі спостереження та використання принципу «тут і зараз» можна виявити основні закономірності та психологічні характеристики впевненої поведінки;

2) у психотехнічних вправах необхідно опрацювати різні форми взаємодії;

3) з використанням зворотного зв'язку можна виявити деякі індивідуальні особливості власної поведінки.

Далі психолог може зробити короткий екскурс у проблему впевненої поведінки, виявляє її цінність.

Розуміння основного змісту впевненої поведінки потребує її диференціювання від невпевненої та агресивної поведінки, основна відмінність між якими проявляється в тому, якою мірою приймаються як значні потреби та особливості учасників взаємодії. В психологічній науці впевненість розглядається у внутрішньому та зовнішньому проявах. Оскільки в даному тренінгу йдеться про особливості поведінкових характеристик, в центрі роботи перебуває зовнішній аспект впевненості.

Орієнтовний блок тренінгу

Перші дві вправи міні-тренінгу мають ввести учасників у проблему, визначити базові поняття з опорою на власний досвід кожного. Тому вони мають орієнтовний характер.

Вправа 1. Психолог пропонує одному з учасників тренінгу стати "моделлю" та виконати завдання. Коли учасник визначився, психолог пропонує йому вийти за двері, де завдання і повідомляється: набрати з учасників групу з 7 осіб для позапланової роботи, підготовки невеликого виступу.

Потім, перш ніж він увійде, його просять трохи почекати. Під час цієї паузи психолог дає групі завдання - реагувати на його дії природно, без якоїсь особливої стратегії, аутентично. Крім того, необхідно відстежувати

поведінку цього учасника, виділяючи в ній ознаки впевненої та невпевненої поведінки.

В різних групах ця вправа відбувається дуже по-різному, залежно від індивідуальних особливостей учасників – хтось з тих тих, до кого він звертається, не погоджується з його проханням, хтось погоджується.

Після завершення вправи необхідно подякувати головному учаснику за те, що він погодився прийняти участь, надав можливість аналізувати його поведінку. Здійснення аналізу не має торкатися особистості, а тільки конкретних дій.

В процесі обговорення психолог питає кожного, до кого звертався учасник, чому він відреагував саме так. Відповідаючи це питання, учасники описують свої самопочуття, викликані поведінкою активного учасника. Потім психолог просить назвати основні ознаки впевненості чи невпевненості, які вони помітили у його поведінці.

Задаючи це питання, психолог має уточнити, що йдеться не про узагальнені оцінки (впевнено-невпевнено), а про конкретні поведінкові сигнали (тихий голос, жестикуляція тощо).

Підводячи ітог цієї вправи, психолог каже, що є певні характеристики, за якими можна визначити поведінку як впевнену аб невпевнену, і це суттєво впливає на реакції оточуючих.

Вправа 2. Для цієї вправи також потрібний добровільний учасник. Психолог пропонує цю роль учаснику, який, на його думку, здатний давати чесний зворотний зв'язок, має високий рівень сензитивності та конгруентності. Його роль полягає в тому, щоб відчути природну реакцію в різних ситуаціях взаємодії.

Йому пропонується побути в ролі начальника, до якого на прийом приходять підлеглий. Роль підлеглого виконує психолог.

Учасникам тренінгу пропонується три ситуації, загальним змістом яких є прохання підлеглого про дозвіл на позачергову відпустку, але ці прохання реалізуються в різній манері. У першій ситуації підлеглий веде себе

агресивно, різко, наполегливо, вторгається в особистий простір начальника, нависає над ним, говорить про свою нагальну потребу, не звертаючи увагу на його реакцію.

Сценка триває недовго. Учаснику – начальнику після її закінчення задається два питання: «Як ви почуваетесь?» і «Що вам хочеться зробити щодо цієї людини?». Відповідей при всьому різноманітті часто свідчать про переживання дискомфорту, бажання позбутися відвідувача.

Психолог каже, що на даному прикладі ми добре бачимо, що реакцією у відповідь на таку подібну поведінку є опір і прихована або відкрита агресивність у відповідь.

В наступному сюжеті підлеглий поводить себе невпевнено, ніби побоюється свого начальника, довго вибачається, демонструє в пантоміміці ознаки боязкості. Така манера поведінки викликає не співучасть та не бажання допомогти, а роздратування. Психолог підкреслює, що невпевнена поведінка, яка іноді приймається за інтелігентність, може провокувати у інших знецінення та ігнорування.

Третій сюжет розкриває взаємодію працівника з керівником на рівних, упевнено. Сцена кардинально відмінна від перших двох, що свідчать про комфортність і орієнтацію на продовження взаємодії, бажання вникнути у суть справи.

Три сценки, пропоновані учасникам, добре ілюструють контрастні наслідки різних типів поведінки в процесі взаємодії, доводять, що суб'єкт значною мірою впливає на те, як з ним спілкуються його партнери зі спілкування.

Підсумком цієї частини тренінгу є узагальнення психолога про те, що в поведінці людини є характеристики, які сприймаються оточуючими як ознаки впевненого, невпевненого чи агресивного способу взаємодії. І від цього безпосередньо залежить автоматичне посилення певних реакцій у відповідь.

Продуктивний блок

Завданнями цієї частини тренінгу полягає у виділенні та обговоренні характеристик поведінки, які сприймаються як ознаки інтерактивної позиції, та формування простих навичок управління цими характеристиками.

Цей блок містить дві вправи, в яких всі учасники групи активно задіяні.

Вправа 3. Група поділяється на три команди. На дошці психолог малює наступну таблицю

		Характеристики поведінки	
		вербальні	невербальні
Позиція в процесі взаємодії	зверху		
	на рівних		
	знизу		

Таку ж таблицю роздають кожному учаснику, який в процесі обговорення заповнює її самостійно.

Одна команда готує повідомлення, про вербальні та невербальні ознаки, які в таблиці означені як позиція зверху (агресивна), друга - позицію знизу (невпевнена) та третя – позицію на рівних (впевнена поведінка).

Робити це необхідно на матеріалі власного досвіду.

Ведучий просить учасників навести реальні ситуації, в якій чия поведінка сприймалася як агресивна («зверху»), невпевнена («знизу») або впевнена («на рівних»). А потім в групах ознаки цих поведінок обговорюються і збираються узагальнені портрети позицій. Готується

спільне для команди повідомлення, яке доручається зробити одному з учасників. Те, що він повідомляє, психолог фіксує в таблиці.

Одним із завдань психолога на цій стадії роботи є допомога у переводі наведених формулювань у конкретні об'єктивні поведінкові характеристики.

Після закінчення кожного повідомлення психолог може запитати учасників з інших груп, що їм особливо сподобалося, і що б вони хотіли додати.

У цій вправі немає зобов'язань зробити вичерпні та термінологічно точні списки. Завдання скоріше полягає в тому, щоб в учасників сформувалося розуміння того, як ми сприймаємо інтерактивні позиції та уважність до поведінкових ознак, на яких це сприйняття базується. Зазвичай у доповідях озвучуються такі описи.

Вправа 4. Передбачає моделювання поведінки, яка відповідає кожній з виділених позицій. Використовується м'яч. Учасники встають та утворюють коло. Інструкція: учасник, в руках якого знаходиться м'яч, замислює одну з позицій і обирає, до кого він, дотримуючись її характеристик, звернеться.

Назвавши ім'я, кидає йому м'яч та проголошує якесь прохання з обраної позиції (невпевнена, агресивна чи впевнена поведінка). Його партнер каже, як він зрозумів, з якої позиції звернено прохання.

Потім психолог запитує у групи, як сприймалося звернення: Як ви вважаєте, чому воно так сприймалося? Які його ознаки цьому сприяли? І, нарешті, автор звернення розкриває, яка з позицій їм була задумана.

Доречно обговорити, чому задумане вийшло або не вийшло. Потім учасник, до якого було звернено прохання, сам замислює одну з позицій, звертається, дотримуючись її вимог, з проханням до іншої людини. Алгоритм повторюється кілька разів.

Під час обговорення можуть виникати нові питання. Наприклад, про міру агресивності, про дружню жартівливу агресивність.

Важливою проблемою, яка піднімається в цій вправі є неконгруентність повідомлення. Часто виникають ситуації, коли сторона, яка приймає прохання, визначає позицію автора або як іншу, аніж було їм задумано, або як заплутану, незрозумілу, а почуття партнера, який приймає прохання, носять неоднозначний характер. Такий ефект виходить у разі неконгруентного повідомлення. Неконгруентність комунікації полягає у невідповідності одних аспектів повідомлення іншим.

У тренінговій вправі неконгруентність проявляється, наприклад тоді, коли людина, яка звертається з проханням, має стан або мотив, що суперечить задуманій комунікативній позиції. Наприклад, хоче виявити агресивність, але побоюється заподіяти незручність партнеру. Усвідомлення неконгруентності у спілкуванні та її причин дає можливість уникнути багатьох травматичних ефектів взаємодії.

Заключна частина тренінгу проводиться шляхом висловлювань на тему «Що отримав від тренінгу».

Підсумок психолога:

- позицію у спілкуванні люди суб'єктивно оцінюють як впевнену, невпевнену чи агресивну; певні характеристики поведінки сприймаються як сигнали кожної з цих позицій позиції;
- поведінка партнера зі спілкування багато в чому залежить від того, до якої позиції він відносить вашу поведінку, і цей аспект можна регулювати;
- внаслідок того, що впевненість у сприйнятті оточуючих пов'язується з певним рівнем енергетичного тону поведінки, може бути неправильне трактування позиції людини і це потрібно враховувати;
- доцільно усвідомлювати джерела та прояви неконгруентності власної поведінки, щоб своєчасно їх компенсувати;
- один із важливих висновків – усвідомлення того, що ми самі через автоматичність емоційного реагування є в деякому жертвами власного сприйняття, і це важливо усвідомлювати.

І найголовніше, у питаннях впевненості немає абсолютно правильного та неправильного, немає однозначних норм та вимог повинності (у тому числі бути чи здаватися впевненим) [93].

Розробляючи корекційні програми при терапії порушень харчової поведінки, І.Г. Малкіна-Пих виділяє такі провідні цілі та завдання:

1. Корекція неадекватного способу життя.
2. Корекція самосприйняття.
3. Формування адекватної самооцінки.
4. Реабілітацію себе у власних очах і формування впевненості у своїх силах.
5. Корекція системи цінностей, потреб, рівню домагань відповідно психофізичним можливостям.
6. Корекція ставлення до інших; розвиток емпатії.
7. Набуття навичок рівноправного спілкування, здатності до запобігання та вирішення міжособистісних конфліктів.

При корекції порушень харчової поведінки доцільно використовувати всі відомі психотерапевтичні підходи [58]. Але, обираючи конкретний психотерапевтичний метод або техніку необхідно враховувати низку чинників – особистісні особливості людини, особливості психотравмуючих подій, психічний та фізичний стан під час дії психотравмуючих чинників, несприятливі сімейні та соціальні чинники, час, необхідний для корекції, компетенції психолога.

При організації та проведенні корекційних заходів І.Г. Малкіна-Пих рекомендує враховувати наступне.

Особи з порушеннями харчової поведінки мають проблеми у сфері самоконтролю, постійно впадаючи в крайнощі: або втрачають контроль під час вживання їжі, або виявляють надмірний контроль під час голодування [58].

Порушення харчової поведінки виникає в результаті впливу багатьох різноманітних чинників, зокрема, суто психологічних, як-от:

- фрустрація при втраті кохання. Може супроводжуватися пригніченістю і одночасно підвищенням апетиту. Діти часто реагують підвищеним апетитом на народження молодшої дитини;

- загальна пригніченість, гнів, страх перед самотністю та почуття порожнечі;

- ситуації, що вимагають особливих зусиль та підвищеної напруги (підготовка до іспитів, професійні навантаження) пробуджують підвищені оральні потреби, що призводять до посиленого споживання їжі [58].

Але у всіх цих випадках є спільне - їжа заміщує задоволення, вона зміцнює зв'язки, створює відчуття безпеки, послаблює біль, з дитинства багато людей засвоїли, що при болю, хворобі або втратах їм дають солодощі для втіхи, в подальшому цей досвід стає основою неусвідомлених харчових реакцій у дорослого.

Аналізуючи корекційні прийоми при порушеннях харчової поведінки, І.Г. Малкіна-Пих особливого значення надає правильно організованій діагностичній бесіді [58].

Діагностична бесіда є потужним інструментом для встановлення зв'язку між соматичними симптомами порушень харчової поведінки та історією життя людини. Якщо цей зв'язок існує, подальша бесіда повинна підштовхувати людину до ролі травми, конфлікту або кризи у розвитку порушень харчової поведінки.

Для цього найбільш цінну інформацію складають дані про особистісні особливості, умови розвитку в дитинстві, конфлікти в процесі соціалізації, про концентрацію на цих конфліктах сьогодні.

Тобто, в процесі організації індивідуальної корекційної роботи діагностична бесіда спрямована на дослідження теперішнього стану суб'єкта – зовнішнього та внутрішнього.

- Що знає пацієнт про свою проблему?

- Яке значення має вона зараз в його житті?

- Кому він делегує відповідальність за порушення власної харчової поведінки?

- Чи співпадають його уявлення про порушення харчової поведінки, її причини та перебіг з оцінками психолога?

Щоб брати правильну корекційну стратегію, необхідно розібратися в особливостях особистості клієнта та історії його життя, яка передувала виникненню порушень харчової поведінки.

- Чи були у нього в минулому фізичні захворювання?

- Чи є спадковість, пов'язана з зайвою вагою?

- Як він упорається з порушенням харчової поведінки?

- Які його уявлення про це, про ситуації, які віддали його від сім'ї та професії?

- Чи може він поділитися з іншими своїми думками, страхами та почуттями, які його охоплюють, коли залишається на самоті?

Чим вільніше і неформальніше протікає бесіда, тим більше людина розкриває себе психологу, виникає можливість отримати відповіді на важиві питання:

- чи можна побачити у клієнта типові проблеми міжособистісних відносин, у яких і виникли його конфлікти та спричинені ними порушення харчової поведінки?

- Чи характерна для нього експансивна чи стримана поведінка, корисна чи марна в цих умовах його рбота з психологом?

- Які невербальні прояви клієнта: постава, його манера розмовляти, ставлення до психолога?

Нарешті, в процесі діагностичної бесіди необхідно виявити, що приховується від психолога, інколи незважаючи на багатство представленої інформації.

Перша діагностична бесіда є вирішальною для розвитку подальшої корекційної роботи. тому необхідно надати клієнтові установку на корисне використання своїх емоційних реакцій..

На початку бесіди протягом перших хвилин клієнт розслаблюється, оскільки виявляє для себе, що про проблеми можна говорити; навіть торкатися дуже інтимних питань. Отже, бесіда з самого початку переслідує терапевтичні цілі.

І.Г. Малкіна-Пих рекомендує використовувати розширений структурний опитувальник життєвої історії, який передбачає для відповіді низку наступних питань:

Поведінка.

- Що заважає людині відчувати себе щасливою та реалізовувати свій потенціал (саморуїнні дії, неадаптивна поведінка)?

- Що необхідно збільшити чи зменшити у поведінці?

- Що слід припинити, а що варто почати робити?

Емоції.

- Які емоції (афективні реакції) домінують?

- З якими емоціями ми маємо справу: з гнівом, занепокоєнням, депресією чи з їхньою комбінацією, якою мірою вони виражені (роздратування чи лють; смуток чи глибока меланхолія)?

- Що, найімовірніше, викликає ці негативні емоції – певні уявлення, фантазії, міжособистісні конфлікти?

- Як людина реагує (поводиться), коли відчуває певні емоції?

- Важливо знайти взаємозв'язок між поведінкою та емоціями: як вони впливають одна на одну? Як це впливає інші модальності?

Відчуття.

- Чи є спеціальні сенсорні скарги (напруга, хронічні болі, тремор)?

- Які почуття, думки та дії призводять до цих негативних відчуттів?

- Про які позитивні відчуття (візуальні, слухові, тактильні, нюхові, смакові задоволення) повідомляє людина?

- Дані про сексуальне життя людини.

Уява.

- Які фантазії та образи домінують?

- Який Я-образ склався в людини?

- Чи існують особливі уявлення про успіх та невдачу?

- Чи є негативні або нав'язливі образи (спогади про сумні події, що травмують)?

- Як ці уявлення пов'язані з особливостями способу мислення, поведінки, емоційного реагування тощо?

Когнітивна сфера.

- Чи можна визначити основні настанови, цінності, переконання, думки людини?

- Які «повинен», «зобов'язаний», «слід» у нього домінують?

- Чи існують у клієнта дисфункціональні переконання чи ірраціональні ідеї?

- Чи можемо виявити якісь несприятливі автоматичні думки, які заважають їй нормальному функціонуванню?

Міжособистісні стосунки.

- Хто належить до референтних людей у житті?

-Що він хоче і отримує від них, що він, у свою чергу, дає їм і робить для них?

- Які стосунки приносять у особливе задоволення чи завдають біль?

Біологічні чинники.

- Чи здорова людина фізично та психічно?

- Чи є якісь медичні скарги чи проблеми?

- Особливості дієти, ваги, сну, тренувань та вживання алкоголю чи наркотиків.

Такий психологічний профіль полегшує подальшу корекційну роботу, оскільки:

- стимулює клієнта фокусувати увагу на характерних проблемах, їх причинах та можливих рішеннях;

- виділяє головні життєві події минулого, показує проблеми;

- дає уявлення про стиль життя та очікування щодо корекції.

В.І. Шебанова, розробляючи концепцію корекційної роботи з особами, які мають порушення харчової поведінки, визначає основні порушення харчової, які потребують впливів:

- а) контакту з тілом, що реалізується у його відчуженні;
- б) “відносин з їжею”, які приховують різноманітні нерозв’язані психологічні причини;
- в) образу “Я”, що проявляється через неприйняття свого тіла та знецінення себе;
- г) гармонійності стосунків зі значущими “Іншими”, що виявляється надмірною прихильністю до Інших та готовності постійно жертвувати власними інтересами заради допомоги іншим [93].

Вчена підкреслює, що результатом психокорекційної програми та авторських методів нормалізації харчової поведінки є гармонізація контакту із власним тілом, нормалізація ставлення до їжі та власного образу “Я”, баланс між турботою про себе та турботою про “Інших”.

В.І. Шебанова виділяє в процесі корекційної роботи з порушеннями харчової поведінки, декілька етапів [94]/

На *першому етапі* психокорекції відбувається усвідомлення клієнтом головної проблеми проблеми - порушень харчової поведінки. Завданням цього етапу роботи з психологом є встановлення контакту та проведення психотерапевтичного інтерв’ю, в ході якого ставляться питання, які дозволяють клієнту оцінити свій стан, як-от:

- Чи актуальна для вас проблема надлишкової ваги?
- За який період ви набрали зайву вагу?
- Які проблеми та незручності викликає надлишкова вага?
- Що ви знаєте про наслідки порушень харчової поведінки?
- Скільки кілограм ви прагнете скинути?
- У яких частинах тіла ви прагнете схуднути? За який період?
- Чи є у вас досвід зниження ваги?

- Якщо ваш досвід був позитивний, то що гарного ви могли б використати із нього для подальшого зниження ваги?

- Чим ви пояснюєте набір ваги?

- Скільки їжі вам необхідно, щоб ви були ситі?

- Як ви будете обновляти ваш гардероб після схуднення?

Після цього проводиться роз'яснення реальних проблем порушення харчування, після чого клієнту знадається інформація про необхідність диференціювання понять «голод», «апетит», «насиченість» [94].

В.І. Шебанова рекомендує підсилити стимуляцію первинного насичення для попередження переїдання:

1. вести харчовий щоденник та проводити аналіз з точки зору досягнень та помилок у своїй харчовій поведінці.

2. Приймати їжу в приємній обстановці, не поспішаючи й ретельно пережовуючи.

3. Приймати їжу за красиво сервірованим столом, з красивого посуду.

4. Під час приймання їжі необхідно насолоджуватися цим процесом, не відволікатися на розмови, перегляд телепередач, читання, які гальмують процес нормального насичення.

5. Зберігати віру у свої потенціальні можливості.

Все це забезпечує виникнення своєчасного, раннього насичення й нормалізує апетит відповідно до дійсних енергетичних потреб організму.

На другому етапі бажано з'ясувати значиму мотивацію для зниження ваги.

Третій етап присвячений власно психокорекційній роботі та складається з таких частин:

Вступна частина.

1. Виявлення особистісних ресурсів: що уміє робити найкраще, в чому він успішний.

2. Для кращого усвідомлення проблеми клієнтові пояснюють суть методу.

3. Здійснюється релаксація.

Основна частина (послідовність виконання).

1. Ідентифікація параметрів свого нового образу (клієнт має описати, як він виглядатиме; який одяг буде носити, як буде рухатися, свої відчуття, емоції). Психолог фіксує позитивні зовнішні прояви — та ставить «якір».

2. Встановлення зв'язку на рівні підсвідомості з «частиною, яка відповідальна за харчову поведінку».

3. Звернення до «частини тіла, яка відповідальна за харчову поведінку» з метою заміни старих стереотипів поведінки.

4. Звернення до творчої частини себе з метою вироблення нових способів харчової поведінки, які виконують позитивні функції

5. Оцінка нових альтернатив:

6. Екологічна перевірка, підстроювання до майбутньої поведінки:

7. Закріплення вибору позитивним якорем.

Корекційна робота проводиться курсом у 3–4 сеанси по годині кожний через 3–5 днів. Подальші сеанси з метою психотерапевтичної підтримки проводяться 1 раз на тиждень протягом 3 місяців [94].

Отже, В.І. Шебанова наголошує, що важливими умовами корекції порушень харчової поведінки є наступні: усвідомлення проблеми, формування активної емоційно-вольової мотивації та чіткого плану корекції, диференціація відчуттів «голод», «апетит» та «насичення», припинення прийому їжі при ранньому насиченні, ведення харчового щоденника, змінення харчових звичок, віра в успіх та впевненість у власних силах.

Аналізуючи всі підходи до корекції порушень харчової поведінки, ми погоджуємося, що корекційна робота з особистостями, які мають порушення у харчовій поведінці, є специфічною, яка розкриває наш підхід до феномену високого ризику формування цих порушень, та спирається на основні засади організації та проведення групової корекційної роботи з особами, які мають порушення харчової поведінки, розроблені українськими та зарубіжними

вченими (Л. Ф. Анн [6], І. Ю. Антоненко [7], В. Й. Бочелюк [12], В. О. Лефтеров [47], М. А. Пирлик [68], та ін).

Аналіз показав, що сьогодні єдиного визначення поняття «тренінг» майже не існує, це дозволяє розширяти тлумачення цього методу та включати у його склад різні прийоми, форми та окремі корекційні впливи на особистість з порушеннями харчової поведінки.

Так, Ю.М. Ємельянов визначив тренінг як метод розвитку здібностей до оволодіння складним видом діяльності [30], М. Сепін розглядає тренінг як ефективний спосіб перепрограмування поведінки, яка вже склалася у особистості [111], а М.А. Пирлик вважає, що тренінг є засобом впливу, спрямований на розвиток компетенцій, соціальних установок, досвіду спілкування [68].

Формуючи власні міркування щодо корекції порушень харчової поведінки, ми спиралися на визначення тренінгових програм, надане І.Ю. Антоненко, яка характеризувала їх як заходи, спрямовані на виправлення недоліків психіки або поведінки людини за допомогою спеціальних засобів психологічного впливу [7]. Але вчена наголошує, що психокорекції підлягають недоліки, які не мають органічного походження [7].

В.Ю. Большаков вважає, що у тренінговій роботі із дорослими необхідно активно використовувати психологічні ігри, які формують важливі соціальні компетенції, розширюють особистісні межі потенціалу [10]. Гра як перспективна тренінгова технологія допомагає зрозуміти себе та інших, побачити резерви особистісного зростання.

Ми погоджуємося із В.Ю.Большаков, що гра як метод психологічної корекції надає можливість:

- 1) жити у ігровому просторі, занурюватися у цей світ та ігрові відносини;
- 2) бути вільним в ігровому просторі, усвідомлювати свої особливості та вибудовувати відносини із оточуючими;

3) використовувати гру як інструмент самопізнання та рішення життєвих проблем [10].

Особливе значення гри та психотехнічних вправ у груповому корекційному процесі підкреслював й В.Й. Бочелюк, який вважав, що ці методи активно допомагають клієнтові звільнитися від нав'язливих переживань, тривожних ситуацій, впливають на позитивні зміни у проблемному полі особистості, допомагають оволодінню способами стрес-долаючої поведінки [12].

Взагалі, застосування активних групових методів корекційної роботи з особами, які мають порушення у харчовій поведінці, створює можливості для:

- розвитку особистісного потенціалу;
- оволодіння новими корисними психологічними знаннями;
- розвитку компетенцій пізнання себе та інших людей;
- підвищення самооцінки, самоцінності, формування позитивного Я-образу (Л.Ф. Анн [6]).

Ми погоджуємося з Л.Ф. Анн, що в роботі з порушеннями харчової поведінки максимально ефективною буде саме групова робота, оскільки вона має низку переваг:

- груповий досвід допомагає розв'язувати міжособистісні проблеми;
- група відображає суспільство в мініатюрі, моделює ситуації, які часто виникають у повсякденному житті;
- виникає можливість отримання оборотного зв'язку з людьми, які мають схожі характери, проблеми, що дозволяє побачити себе очима інших людей;
- в групі можлива ідентифікація себе з іншими, можна навіть зіграти роль іншого для кращого розуміння себе [6].

Дослідницької уваги в контексті організації роботи тренінгової групи заслуговує підхід В.О. Лефтерова, який вважав, що участь в тренінгу, навіть у короткотривалому, завжди є корисною, оскільки стимулює у його

учасників переживанням широкого репертуару емоційних станів, амплітуда яких у учасників групи може бути надзвичайно інтенсивною, з емоційними сплесками [47]. Але, на думку вченого, специфіка психологічного впливу тренінгової роботи на особистість полягає в тому, що емоційні та енергетичні навантаження на психіку учасників тренінгу емоційно їх не виснажують, а навпаки, підтримують індивідуальну енергетику на продуктивному рівні, а емоційна сфера учасників після тренінгової роботи оновлюється, заряджається позитивною емоційною енергією. В.О. Лефтеров підкреслює, що такий ефект тренінгової роботи за своїм впливом на особистість максимально наближується до феномену катарсису, коли відбувається вивільнення емоцій і зняття напруги, запускаються механізми особистісних змін, що особливого значення набуває в роботі з особами, які мають порушення харчової поведінки [47].

В.О. Лефтеров підкреслює, що такий корисний та життєжайний ефект тренінгової роботи обумовлений феноменом прогресивної транспсихічної маніпуляції, який створює основу специфічної тренінгової взаємодії особистості, надає учасникам групи можливість відрефлексувати минуле та змодельовати майбутнє, сприяє стимуляції психічному розвитку та подоланню багатьох психічних бар'єрів, що набуває особливого значення в контексті нашого дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки [47].

На наш погляд, організація корекційної роботи, спрямована на позитивні зміни харчової поведінки, буде ефективнішою, якщо будуть враховані класичні принципи: активності, дослідницької позиції, об'єктивації поведінки, партнерського спілкування [47].

- Принцип активності має особливе значення, оскільки активність в процесі здійснення тренінгової роботи суттєво відрізняється від загальної активності особистості. Це пов'язане з залученням учасників тренінгу до спеціально організованих дій, коли активність регулюється установками психолога;

- принцип дослідницької позиції пов'язаний з активністю, оскільки в процесі тренінгової роботи його учасники активн усвідомлюють свої проблеми, відкривають для себе багато нового, в тому числі власні ресурси. В процесі реалізації даного принципу в групі створюється креативне середовище, яке використовує прийоми проблемності, прийняття та безпеки для учасників;

- принцип об'єктивації поведінки, коли в процесі роботи над проблемою учасники тренінгу переходять на новий, об'єктивований рівень, який дозволяє здійснювати особистісні зміни. Особливу роль в реалізації цього принципа відіграє зворотній зв'язок;

- принцип партнерського спілкування, яке спрямовується на інтереси інших людей, почуття, емоції, переживання [47].

Узагальнюючи існуючі підходи до можливих способів організації корекції порушень харчової поведінки ми рекомендуємо зосередитися на підборі адекватних психотехнічних вправ, які можуть сприятимуть опрацюванню новий, продуктивних способів поведінки, стимулюють позитивні зміни у стані учасників тренінгової групи, та нададуть фактичний матеріал, необхідний для усвідомлення проблеми, її обговорення та активного просування вперед [47].

Таким чином, не дивлячись на різноманіття науково-практичних підходів до корекції харчової поведінки особистості, максимально продуктивними є саме психологічні засоби корекції порушень харчової поведінки, оскільки вони спрямовуються на внутрішні механізми її формування та стійкого функціонування є основополагаючими та максимально ефективними для досягнення позитивного результату та тривалого ефекту.

В українській та світовій психології дослідження можливих напрямків розробки та застосування психотерапевтичного впливу на корекцію харчової поведінки є одним з перспективних напрямків.

Тому при різноманітті наукових підходів до способів психологічного та психотерапевтичного впливу на особистість з порушеннями харчової поведінки необхідно враховувати важливі методичні аспекти, без яких жодний прийом не буде працювати, а саме: тип розладу харчової поведінки; конкретна причина розладу; основна спрямованість корекційних впливів (не стільки на корекцію тіла, скільки на формування продуктивних особистісних рис та закріплення позитивної харчової поведінки), виявлення особистісних особливостей суб'єкта з порушеннями харчової поведінки. Доцільною буде і індивідуальна робота, і тренінгова, ефективність застосування якої дозволяє активно застосовувати саме групові форми роботи, оскільки індивідуальні порушення харчової поведінки завжди обумовлюються попередніми або актуальними соціальними проблемами та міжособистісними відносинами.

Висновки до третього розділу

Емпірично досліджено особистісні особливості суб'єктів, психологічно схильних до порушень харчової поведінки. зокрема, особливості перфекціонізму, імпульсивності, агресивності та схильності до переживання самотності. Припущено, що модель порушень харчової поведінки може спиратися на перфекціоністські риси особистості: перфекціонізм як прагнення володіти ідеальною фігурою, правильно харчуватися та імпульсивність як стійка здатність діяти під впливом зовнішніх обставин (стресова ситуація, привабливий зовнішній вигляд їжі, значна кількість вільного часу та ін.), залежно від індивідуальних проявів емоційності та за участю свідомого самоконтролю, можуть провокувати не тільки концентрацію на вазі та формі тіла, але й дотримуватися жорстких обмежень у їжі та системних харчових зривів з відповідною мотивацією

Констатовано, що група респондентів з високим ризиком виникнення порушень харчової поведінки характеризується вираженими перфекціоністськими тенденціями. Це проявляється не тільки у загальному

показнику перфекціонізму, але й у тенденції завдяки різним проявам перфекціонізму переживати внутрішньоособистісний конфлікт, коли особи, психологічно схильні до порушень харчової поведінки, пред'являють собі та оточуючим високі вимоги, але вимоги оточуючих до них самих сприймають як нереалістичні або завищені.

Оскільки індивідуальні особливості порушень харчової поведінки завжди детермінуються суб'єктивно, імпульсивність розглядається як характеристика особистості, схильної до дій, без чіткого усвідомлення можливих наслідків для себе. Саме імпульсивність запускає механізми незапланованих вчинків, де часова характеристика психіки потребує негайного позитивного підкріплення. Імпульсивність виконує функцію одного з предикторів формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки, яка щільно пов'язана з перфекціонізмом. Тобто, імпульсивність спрямовує поведінку на реалізацію без попереднього усвідомлення наслідків.

У представниках груп з помірним та сильним проявом порушень харчової поведінки констатована наявність спільних рис, як-от: переживання труднощів у реалізації відстроченої відповіді на стимули, пов'язані з отриманням миттєвих реакцій, потреба у позитивному підкріпленні вчинків з боку оточуючих тощо. Констатовано проблеми у пролонгованій оцінці власних вчинків, компульсивність, прагнення діяти за першим спонуканням та мотивувати власні дії емоціями. Респонденти з групи з високим ризиком формування порушень харчової поведінки на когнітивному рівні усвідомлюють, що це є для них серйозною проблемою, оскільки часто має небажані, а інколи і важкі наслідки.

Провідна роль імпульсивності як елементу порушень харчової поведінки полягає у складності контролю за харчовою поведінкою, коли їжа стає легким та перевіреним засобом відволіктися від психологічних проблем (тривога, занижена самооцінка, невпевненість, низка невдач та ін.). До можливих негативних наслідків імпульсивного споживання їжі можна

віднести не тільки зниження самооцінки, але й появу негативного емоційного настрою відразу після вживання некорисних продуктів

Отримано представленість у вибірці основних видів харчової поведінки: обмежувального, емоціогенного та екстернального - респонденти набрали приблизно схожі бали по всіх трьох видах, що підтверджує тенденцію до представленості всіх трьох стилів порушеної харчової поведінки з орієнтацією на жорсткі обмеження, орієнтацією на зовнішні подразники та негативне емоційне забарвлення харчової поведінки.

Схарактеризовано прояви агресивності у групах з різними стилями порушень харчової поведінки.

Групі респондентів з *обмежувальним стилем порушень харчової поведінки* характеризується помірними проявами агресивної поведінки. Вони найчастіше виражають свою агресію непрямым шляхом через неупорядковані, неспрямовані прояви роздратування, демонстрацію негативних відчуттів у формі підвищеного тону спілкування в процесі сварок, суперечок, можуть Фізичну силу майже не застосовують. До оточуючих можуть ставитися з недовірою, оскільки переконані, що вони мають намір їм зашкодити. Внаслідок жорстких обмежень у харчуванні інколи можуть вважати себе винятковими особистостями, але до образ не схильні. Демонструють помірну активність, але вона є неспрямованою, неупорядкованою, інколи спонтанною. Для привертання уваги близьких людей або як захисну реакцію можуть реалізовувати непряму агресію. Часто переживають докори сумління, інколи переконані в тому, що є поганими людьми. Можуть проявляти пасивний опір, а до опозиційних форми агресії, спрямованої на відомі авторитети, прибігають дуже рідко.

Групі респондентів з *емоціогенним стилем порушень харчової поведінки* також характеризується помірною агресивністю. Їхня агресія реалізується переважно непрямым шляхом, але імпульсивні реакції представників даної групи більш контрольовані і цілеспрямовані. Непряма агресія респондентів з емоціогенним стилем порушень харчової поведінки є ситуативно

зумовленою: в одних ситуаціях вони демонструють її високий рівень, в інших ці прояви агресії є мінімальними або взагалі відсутні. Їм притаманна помірна демонстрація негативних почуттів та оцінок щодо інших людей або подій, що відбуваються. Особи з емоціогенним стилем порушень харчової поведінки здатні довіряти людям, вони помірно готові демонструвати запальність, різкість у міжособистісних відносинах. В цілому їхня поведінка пасивна, на жаль, вони не здатні, або не вважають за потрібне протистояти авторитетам. Мають помірну вираженість почуття провини, проявів докорів сумління.

Група респондентів з *екстернальним стилем порушень харчової поведінки* характеризується помірними проявами агресивності, але вони можуть застосовувати фізичну силу проти інших залежно від ситуації, відкрито демонструють негативні почуття у суперечках та сварках. Їм не притаманні завуальовані форми агресивної поведінки: плітки, злобні жарти і прояви непрямой агресії. Вони не побоюються злих намірів інших людей та схильні більше довіряти оточуючим, відносно яких прояви заздрощів або ненависті, незадоволеності їхніми діями помірні. Запальність та образливість у них є ситуативними. Вони активні та інколи здатні до проявів непокори.

Досліджено особливості суб'єктивного переживання самотності у респондентів з різними стилями порушень харчової поведінки, оскільки особлива роль самотності у розумінні специфіки порушень харчової поведінки полягає в тому, що вона може блокувати негативні емоційні переживання, настільки, що зв'язок між будь-якою подією та її емоційним забарвленням у свідомості не проявляється. Самотність активізує універсальний психологічний захист. Очевидний проблема психологічного захисту за механізмом самотності полягає в тому, що вона повністю виключає людину з активної участі у вирішенні міжособистісних, соціальних проблем. Головною позитивною характеристикою самотності як механізму психологічного захисту можна вважати те, що, допускаючи психологічний уход від реальності, вона майже не вимагає її спотворення: людина, схильна

до самотності, знаходить захист не у спотвореному сприйнятті світу, а у віддаленні від нього.

Завдяки цьому суб'єктивний оточуючий світ може бути надзвичайно приємний, нерідко на подив тих, кому він здається складним та небезпечним.

В групі з обмежувальним стилем порушень харчової поведінки констатовано 54% осіб з високим рівнем самотності, 22% осіб з середнім рівнем самотності, 24% осіб з низьким рівнем самотності. Середньостатистичний показник дорівнює $M=37,69$, $\sigma=16,07$.

Рівень суб'єктивного відчуття самотності у осіб групи з емоціогенним стилем порушень харчової поведінки характеризується наступними показниками. Високий рівень проявляється у 38% осіб, середній — у 28% осіб, низький — у 69% осіб. Середньостатистичний показник дорівнює $M=31,87$, $\sigma=16,68$.

В групі з екстернальним стилем порушень харчової поведінки констатується суттєво нижчий процент осіб з високим рівнем самотності — 23%. Середній рівень самотності спостерігається у 47% осіб і низький — у 30% осіб. Середньостатистичний показник дорівнює $M=29,33$, $\sigma=14,14$.

Отже, з урахуванням середньостатистичних показників самотності, представники групи з обмежувальним стилем порушень харчової поведінки характеризуються більш високим рівнем самотності, представники групи з екстернальним стилем порушень харчової поведінки - низьким, а представники групи з емоціогенним стилем порушень харчової поведінки - помірним рівнем самотності.

Досліджено особливості реалізації порушень харчової поведінки у складних обставинах, у специфіці виходу зі скрутних життєвих ситуацій.

В групі з обмежувальним стилем порушень харчової поведінки високі показники мають 59% респондентів. Особам з високими показниками складно адекватно реагувати на неприємності у їхньому житті. Зазвичай вони реагують на них неадекватно. 24% респондентів з обмежувальним стилем порушень харчової поведінки, які отримали середні значення не завжди гідно

витримують удари долі: часто зриваються, докоряють своїй долі, засмучуються при виникненні проблем самі та засмучують своїх близьких. Низький рівень констатовано у 17% респондентів цієї групи, які легко примирюються з неприємностями, адекватно оцінюють те, що трапилося і зберігають душевну рівновагу.

В групі з емоціогенним стилем порушень харчової поведінки високий рівень, тобто неадекватні реакції на складні життєві обставини, спостерігаються у 45% респондентів. Середній рівень - у 35% осіб. Низький рівень - у 20% осіб. Середньостатистичний показник дорівнює $M=23,61$, $\sigma=7,97$.

В групі з екстернальним стилем порушень харчової поведінки частка осіб з низьким рівнем залишається на рівні 20%; частка осіб з високим рівнем зменшується і становить 31%, за рахунок чого збільшується частка осіб з середнім рівнем — 49%. Середньостатистичний показник дорівнює $M=22,21$, $\sigma=7,52$.

Констатовано, що в усіх групах порушень харчової поведінки можна виокремити особистість, яка не завжди гідно витримує удари долі, інколи зривається і проклинає її, інколи засмучується сама та засмучує інших. Для осіб з обмежувальним та емоціогенним стилем порушень харчової поведінки дана тенденція виражена суттєво, для осіб з екстернальним стилем порушень харчової поведінки - помірно.

В результаті проведеного емпіричного дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки нами було виділено три групи, представники кожної з яких мають загальні стилі порушень харчової поведінки, емоційні, особистісні особливості та виражені ризики формування психологічної схильності до посилення порушень харчової поведінки

До першої групи увійшли респонденти, у яких домінуючим стилем харчової поведінки став обмежувальний стиль, яке проявляється у вигляді занадтих зусиль, спрямованих на досягнення або підтримку бажаної ваги за

допомогою жорсткого та постійного обмеження себе в харчуванні, часто за допомогою безсистемного дотримання надмірно суворих дієт.

На відміну від представників інших груп, респонденти, які складають першу групу, за особистісним фактором Q3-контроль бажань та самоконтроль поведінки оцінюють себе дуже високо, за фактором G-сила "Понад Я", сумлінність, совість, також мають високі оцінки, що підтримує їхню спрямованість на дотримання дієт. Зазвичай не залежно від порушень харчової поведінки високі оцінки за фактором самоконтролю поведінки мають продуктивні та надійні керівники, а фактор G - сила "Понад Я", сумлінність, негативно корелює з правопорушенням та асоціальною поведінкою, а позитивно - з успіхами в навчанні та загальними досягненнями.

У повсякденному житті представники першої групи працюють планомірно та впорядковано, вони наполегливо долають всі труднощі, не розкидаються по дрібницях, завжди розпочату справу доводять до кінця. Вони добре засвоюють вимоги до них соціуму та прагнуть їх ретельно виконувати, постійно дбають про враження, яке вони створюють власною поведінкою, піклуються про свою громадську репутацію. Але в складних життєвих ситуаціях (під впливом підвищеного стресу або перенапруги) у представників першої групи можуть бути спровоковані негативні емоційні переживання. Наприклад, на тлі постійного дотримання суворих дієт можливі прояви емоційної нестабільності, так званої «дієтичної депресії», яка супроводжується низкою негативних емоцій.

В поведінці «дієтична депресія» може реалізовуватися у вигляді підвищеної дратівливості та стомлюваності, внутрішньої напруги, агресивності та ворожості, тривожності, поганого настрою, пригніченості, тощо. Епізоди прийому їжі можуть виклимати почуття провини, зниження самооцінки, невіру у власні сили

Особливістю респондентів, які входять до першої групи, є тенденція до високих оцінок за особистісним фактором L-підозрілість (протилежність

довірливості). Високий рівень підозрілості притаманний людям, які звикли покладатися на себе у вирішенні відповідальних проблем.

Щодо особливостей соціальної поведінки, підозрілість негативно пов'язана зі ступенем згуртованості групи. Люди з високими оцінками за підозрілістю з початку знайомства підходять до всіх людей з упередженням, насторожено, у всьому шукають таємниці, чекають від усіх підстави, нікому не довіряють, вважають, що їхні друзі здатні на нечесність, невідвертість щодо них. В групі вони часто тримаються відокремлено, демонструють егоїстичні тенденції, дбають лише про себе, заздять успіхам інших людей, вважають, що оочуючі їх недооцінюють.

В міжособистісних відносинах проявляють себе як наполегливі, але дратівливі, такі, що не терплять конкуренції, не піддаються впливу інших, критично ставляться до моральної мотивації поведінки оточуючих.

Отже, низка особливостей їхньої поведінки, які традиційно пояснюють домінуванням, насправді відноситься до підозрілості. Тому, крім означених особливостей, респондентів цієї групи характеризує високий рівень тривожності.

Обмежувальний стиль харчової поведінки позитивно пов'язаний з перфекціонізмом, орієнтованим на себе. Тому респондентів, які належать до першої групи, можна схарактеризувати як людей з розвиненою внутрішньою вимогливістю до власної досконалості та набором високих особистісних стандартів.

Навіть у ситуаціях повного досягнення поставлених високих цілей, вони не можуть бути повністю задоволені, тому що їх суб'єктивне почуття досконалості та завершеності залишається на низькому рівні.

Припущено, що у представників першої групи, поєднання перфекціонізму, орієнтованого на себе, з домінуванням у відносинах з іншими людьми, зумовлене тим, що вони традиційно самотушки приймають рішення про необхідність дотримання певної дієти, не дотримуються рекомендацій фахівців.

Також вони пред'являють до себе явно надмірні вимоги з метою регуляції власної харчової поведінки.

Ведучим стилем харчування респондентів, які складають другу групу, є емоціогенна харчова поведінка, при якій бажання поїсти виникає як реакція особистості на негативні емоційні стани та переживання. Якщо емоціогенна харчова поведінка розвивається до рівня харчового порушення, то людина «заїдає» свої прикросі, нещастя та стреси, так само, як алкоголік їх «запиває».

Респонденти другої групи, демонструють особистісну тенденцію до екстраверсії, люблять спілкування (афектотимія), але оцінюють себе як керованих, таких, що йдуть за групою (соціабельність). Представникам цієї групи бракує самостійності. тому в своїй поведінці вони часто орієнтуються на колективну думку, потребують постійної опори, підтримки оточуючих, у них виражена потреба у порадах та схваленні.

Дуже часто представникам другої групи не вистачає впевненості у собі і вони схильні до переживання почуття провини (гіпотимія), інколи у них може домінувати тривожно-депресивний фон настрою. Вони часто чимось заклопотані, пригнічені, обтяжені поганими передчуттями, схильні до самодокорів, недооцінюють свої можливості, принижують власну компетентність та здібності.

Особливістю респондентів, які складають другу групу, є «внутрішнє автономне мислення» на відміну від практичності (мрійливість). Причому брак турботи про практичні справи – це не просто апатія, а результат високої напруженості внутрішнього життя і, можливо, суб'єктивності, які роблять зовнішні цінності та реальні події незначними та непривабливими.

Емоційна сфера представників другої групи характеризується соціально наказаним перфекціонізмом та імпульсивністю.

Соціально-наказаний перфекціонізм відображає потребу особистості відповідати стандартам і очікуванням інших людей, які сприймаються, індивідом, як такі, що пред'являють до нього занадто високі вимоги і

стандарти, занадто суворо оцінюють його та тиснуть на нього з метою змусити бути досконалим.

Соціально-наказаний перфекціонізму може корелювати з прокрастинацією – відкладанням початку роботи через потребу її бездоганного виконання.

Третю групу склали респонденти з екстернальним стилем харчової поведінки, яка пов'язана з підвищеною сензитивністю до зовнішніх подразників, які стимулюють споживання їжі, причому при повному ігноруванні індивідом внутрішніх стимулів (рівень глюкози, порожній шлунок тощо). Реакція на зовнішні стимули може бути пов'язана з привабливою вітриною продуктового магазину, красиво накритим столом, агресивною рекламою харчових продуктів тощо. У індивід проявляється звичка «їсти очима» – побачив, отже, з'їв.

Порівняно з представниками першої групи, які характеризуються високим контролем бажань та самоконтролем поведінки, представники третьої групи характеризуються слабкою волею та поганим самоконтролем (особливо, коли йдеться про контроль над бажаннями). Діяльність таких індивідів неупорядкована, хаотична, вони часто губляться, діють спонтанно, безладно, не володіють основами таймменеджменту – не вміють організувати свій час і порядок виконання справ. Часто залишають справу незакінченою, щоби без достатнього обмірковування взятися за щось інше.

Так само респонденти, які входять до третьої групи, мають підвищений рівень імпульсивності, що характеризує їх як людей з недостатнім самоконтролем у спілкуванні та діяльності. Вони часто мають невизначені життєві плани, не завжди мають стійкі сформовані інтереси та характеризуються частими змінами захоплень.

Не дивлячись на різноманіття науково-практичних підходів до корекції харчової поведінки особистості, максимально продуктивними є саме психологічні засоби корекції порушень харчової поведінки, оскільки вони спрямовуються на внутрішні механізми її формування та стійкого

функціонування є основополагаючими та максимально ефективними для досягнення позитивного результату та тривалого ефекту.

В українській та світовій психології дослідження можливих напрямків розробки та застосування психотерапевтичного впливу на корекцію харчової поведінки є одним з перспективних напрямків.

Тому при різноманітті наукових підходів до способів психологічного та психотерапевтичного впливу на особистість з порушеннями харчової поведінки необхідно враховувати важливі методичні аспекти, без яких жодний прийом не буде працювати, а саме: тип розладу харчової поведінки; конкретна причина розладу; основна спрямованість корекційних впливів (не стільки на корекцію тіла, скільки на формування продуктивних особистісних рис та закріплення позитивної харчової поведінки), виявлення особистісних особливостей суб'єкта з порушеннями харчової поведінки. Доцільною буде і індивідуальна робота, і тренінгова, ефективність застосування якої дозволяє активно застосовувати саме групові форми роботи, оскільки індивідуальні порушення харчової поведінки завжди обумовлюються попередніми або актуальними соціальними проблемами та міжособистісними відносинами.

ВИСНОВКИ

1. Здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми порушень харчової поведінки в зарубіжній та українській психології.

В науці зміст харчової поведінки формувався у органіко-психічному та психологічно-соціокультурному напрямках, згідно яким харчова поведінка як індивідуальне ціннісне ставлення до їжі формує орієнтацію на образ власного тіла та набуває різних соціальних форм: починаючи з ухилення від морального або естетичного контролю за власною поведінкою, та завершуючи сферою найбільшого «психологічного ураження» - самоактуалізації особистості та її адаптивних здібностей. Особлива роль у формуванні розладів харчової поведінки належить як соціальним, так і психологічним чинникам: підвищеній особистісній тривожності, віковим проявам дисморфофобії у підлітковому віці, хронічному стресу, внутрішньосімейній невротизації, домашньому насильству.

Стійкість харчових порушень пояснюється їхньою щільною кореляцією з емоційною сферою особистості та орієнтацією на підсвідомі способи психологічного захисту. Оскільки доклінічні етапи розвитку харчової залежності можуть бути досить тривалими, такими, що формуються під впливом батьківського програмування харчової поведінки, особливого значення набуває виділення особистісних патернів, які підвищують ризик порушень харчової поведінки особистості, яка може бути спровокована життєвими стресами та міжособистісними проблемами.

Для української науки дослідження психологічних особливостей порушення харчової поведінки є інноваційним, але доробки українських науковців доводять його значення та необхідність подальшої розробки. Термін «харчова поведінка» у вітчизняній психології визначається як сукупність проявів активності особистості в процесі харчування, відповідні якісно-кількісні характеристики та зміни раціону харчування, ціннісне ставлення до їжі та стереотипи її споживання у повсякденних та стресових

умовах, орієнтація на образ власного тіла та активність з його покращення тощо.

На формування харчової поведінки суттєво впливає низка чинників: етнокультурних та національних, життєтворчих, релігійних, індивідуально-особистісних, сімейних та суспільних, тобто, порушення харчової поведінки — це системні симптомокомплекси, які виникають внаслідок впливу означених чинників. Якість життя людини, її активність, суб'єктивне благопрлуччя та ін. — все це залежить від специфіки харчової поведінки, адекватність якої є запорукою гармонійного розвитку особистості.

2. Проведено емпіричне дослідження основних особистісних компонентів в структурі порушеної харчової поведінки. Констатовано, що група респондентів з високим ризиком виникнення порушень харчової поведінки характеризується вираженими перфекціоністськими тенденціями. Це проявляється не тільки у загальному показнику перфекціонізму, але й у тенденції завдяки різним проявам перфекцінізму переживати внутрішньоособистісний конфлік, коли особи, психологічно схильні до порушень харчової поведінки, пред'являють собі та оточуючим високі вимоги, але вимоги оточуючих до них самих сприймають як нереалістичні або завищені.

Оскільки індивідуальні особливості порушень харчової поведінки завжди детермінуються суб'єктивно, імпульсивність розглядається як характеристика особистості, схильної до дій, без чіткого усвідомлення можливих наслідків для себе. Саме імпульсивність запускає механізми незапланованих вчинків, де часова характеристика психіки потребує негайного позитивного підкріплення. Імпульсивність виконує функцію одного з предикторів формування психологічної схильності до порушень харчової поведінки, яка щільно пов'язана з перфекціонізмом. Тобто, імпульсивність спрямовує поведінку на реалізацію без попереднього усвідомлення наслідків.

У представниками груп з помірним та сильним проявом порушень харчової поведінки констатована наявність спільних рис, як-от: переживання труднощів у реалізації відстроченої відповіді на стимули, пов'язані з отриманням миттєвих реакцій, потреба у позитивному підкріпленні вчинків з боку оточуючих тощо. Констатовано проблеми у пролонгованій оцінці власних вчинків, компульсивність, прагнення діяти за першим спонуканням та мотивувати власні дії емоціями. Респонденти з групи з високим ризиком формування порушень харчової поведінки на когнітивному рівні усвідомлюють, що це є для них серйозною проблемою, оскільки часто має небажані, а інколи і важкі наслідки.

Провідна роль імпульсивності як елементу порушень харчової поведінки полягає у складності контролю за харчовою поведінкою, коли їжа стає легким та перевіреним засобом відволіктися від психологічних проблем (тривога, занижена самооцінка, невпевненість, низка невдач та ін.). До можливих негативних наслідків імпульсивного споживання їжі можна віднести не тільки зниження самооцінки, але й появу негативного емоційного настрою відразу після вживання некорисних продуктів

3. Укладено психологічні портрети осіб з порушеннями харчової поведінки. В результаті проведеного емпіричного дослідження психологічних особливостей порушень харчової поведінки нами було виділено три групи, представники кожної з яких мають загальні стилі порушень харчової поведінки, емоційні, особистісні особливості та виражені ризики формування психологічної схильності до посилення порушень харчової поведінки

До першої групи увійшли респонденти, у яких домінуючим стилем харчової поведінки став обмежувальний стиль, яке проявляється у вигляді занадтих зусиль, спрямованих на досягнення або підтримку бажаної ваги за допомогою жорсткого та постійного обмеження себе в харчуванні, часто за допомогою безсистемного дотримання надмірно суворих дієт.

На відміну від представників інших груп, респонденти, які складають першу групу, за особистісним фактором Q3-контроль бажань та самоконтроль поведінки оцінюють себе дуже високо, за фактором G-сила "Понад Я", сумлінність, совість, також мають високі оцінки, що підтримує їхню спрямованість на дотримання дієт. Зазвичай не залежно від порушень харчової поведінки високі оцінки за фактором самоконтролю поведінки мають продуктивні та надійні керівники, а фактор G - сила "Понад Я", сумлінність, негативно корелює з правопорушенням та асоціальною поведінкою, а позитивно - з успіхами в навчанні та загальними досягненнями.

У повсякденному житті представники першої групи працюють планомірно та впорядковано, вони наполегливо долають всі труднощі, не розкидаються по дрібницях, завжди розпочату справу доводять до кінця. Вони добре засвоюють вимоги до них соціуму та прагнуть їх ретельно виконувати, постійно дбають про враження, яке вони створюють власною поведінкою, піклуються про свою громадську репутацію. Але в складних життєвих ситуаціях (під впливом підвищеного стресу або перенапруги) у представників першої групи можуть бути спровоковані негативні емоційні переживання. Наприклад, на тлі постійного дотримання суворих дієт можливі прояви емоційної нестабільності, так званої «дієтичної депресії», яка супроводжується низкою негативних емоцій.

В поведінці «дієтична депресія» може реалізовуватися у вигляді підвищеної дратівливості та стомлюваності, внутрішньої напруги, агресивності та ворожості, тривожності, поганого настрою, пригніченості, тощо. Епізоди прийому їжі можуть викликати почуття провини, зниження самооцінки, невіру у власні сили

Особливістю респондентів, які входять до першої групи, є тенденція до високих оцінок за особистісним фактором L-підозрілість (протилежність довірливості). Високий рівень підозрілості притаманний людям, які звикли покладатися на себе у вирішенні відповідальних проблем.

Щодо особливостей соціальної поведінки, підозрілість негативно пов'язана зі ступенем згуртованості групи. Люди з високими оцінками за підозрілістю з початку знайомства підходять до всіх людей з упередженням, насторожено, у всьому шукають таємниці, чекають від усіх підстави, нікому не довіряють, вважають, що їхні друзі здатні на нечесність, невідвертість щодо них. В групі вони часто тримаються відокремлено, демонструють егоїстичні тенденції, дбають лише про себе, заздять успіхам інших людей, вважають, що оочуючі їх недооцінюють.

В міжособистісних відносинах проявляють себе як наполегливі, але дратівливі, такі, що не терплять конкуренції, не піддаються впливу інших, критично ставляться до моральної мотивації поведінки оточуючих.

Отже, низка особливостей їхньої поведінки, які традиційно пояснюють домінуванням, насправді відноситься до підозрілості. Тому, крім означених особливостей, респондентів цієї групи характеризує високий рівень тривожності.

Обмежувальний стиль харчової поведінки позитивно пов'язаний з перфекціонізмом, орієнтованим на себе. Тому респондентів, які належать до першої групи, можна схарактеризувати як людей з розвиненою внутрішньою вимогливістю до власної досконалості та набором високих особистісних стандартів.

Навіть у ситуаціях повного досягнення поставлених високих цілей, вони не можуть бути повністю задоволені, тому що їх суб'єктивне почуття досконалості та завершеності залишається на низькому рівні.

Припущено, що у представників першої групи, поєднання перфекціонізму, орієнтованого на себе, з домінуванням у відносинах з іншими людьми, зумовлене тим, що вони традиційно самотужки приймають рішення про необхідність дотримання певної дієти, не дотримуються рекомендацій фахівців.

Також вони пред'являють до себе явно надмірні вимоги з метою регуляції власної харчової поведінки.

Ведучим стилем харчування респондентів, які складають другу групу, є емоціогенна харчова поведінка, при якій бажання поїсти виникає як реакція особистості на негативні емоційні стани та переживання. Якщо емоціогенна харчова поведінка розвивається до рівня харчового порушення, то людина «заїдає» свої прикросі, нещастя та стреси, так само, як алкоголік їх «запиває».

Респонденти другої групи, демонструють особистісну тенденцію до екстраверсії, люблять спілкування (афектотимія), але оцінюють себе як керованих, таких, що йдуть за групою (соціабельність). Представникам цієї групи бракує самостійності. тому в своїй поведінці вони часто орієнтуються на колективну думку, потребують постійної опори, підтримки оточуючих, у них виражена потреба у порадах та схваленні.

Дуже часто представникам другої групи не вистачає впевненості у собі і вони схильні до переживання почуття провини (гіпотимія), інколи у них може домінувати тривожно-депресивний фон настрою. Вони часто чимось заклопотані, пригнічені, обтяжені поганими передчуттями, схильні до самодокорів, недооцінюють свої можливості, принижують власну компетентність та здібності.

Особливістю респондентів, які складають другу групу, є «внутрішнє автономне мислення» на відміну від практичності (мрійливість). Причому брак турботи про практичні справи – це не просто апатія, а результат високої напруженості внутрішнього життя і, можливо, суб'єктивності, які роблять зовнішні цінності та реальні події незначними та непривабливими.

Емоційна сфера представників другої групи характеризується соціально наказаним перфекціонізмом та імпульсивністю.

Соціально-наказаний перфекціонізм відображає потребу особистості відповідати стандартам і очікуванням інших людей, які сприймаються, індивідом, як такі, що пред'являють до нього занадто високі вимоги і стандарти, занадто суворо оцінюють його та тиснуть на нього з метою змусити бути досконалим.

Соціально-наказаний перфекціонізму може корелювати з прокрастинацією – відкладанням початку роботи через потребу її бездоганного виконання.

Третю групу склали респонденти з екстернальним стилем харчової поведінки, яка пов'язана з підвищеною сензитивністю до зовнішніх подразників, які стимулюють споживання їжі, причому при повному ігноруванні індивідом внутрішніх стимулів (рівень глюкози, порожній шлунок тощо). Реакція на зовнішні стимули може бути пов'язана з привабливою вітриною продуктового магазину, красиво накритим столом, агресивною рекламою харчових продуктів тощо. У індивід проявляється звичка «їсти очима» – побачив, отже, з'їв.

Порівняно з представниками першої групи, які характеризуються високим контролем бажань та самоконтролем поведінки, представники третьої групи характеризуються слабкою волею та поганим самоконтролем (особливо, коли йдеться про контроль над бажаннями). Діяльність таких індивідів неупорядкована, хаотична, вони часто губляться, діють спонтанно, безладно, не володіють основами таймменеджменту – не вміють організувати свій час і порядок виконання справ. Часто залишають справу незакінченою, щоби без достатнього обмірковування взятися за щось інше.

Так само респонденти, які входять до третьої групи, мають підвищений рівень імпульсивності, що характеризує їх як людей з недостатнім самоконтролем у спілкуванні та діяльності. Вони часто мають невизначені життєві плани, не завжди мають стійкі сформовані інтереси та характеризуються частими змінами захоплень.

4. Укладено методичні рекомендації щодо організації корекційної роботи, спрямованої на оптимізацію харчової поведінки.

Показано, що в українській та світовій психології дослідження можливих напрямків розробки та застосування психотерапевтичного впливу на корекцію харчової поведінки є одним з перспективних напрямків.

Тому при різноманітті наукових підходів до способів психологічного та психотерапевтичного впливу на особистість з порушеннями харчової поведінки необхідно враховувати важливі методичні аспекти, без яких жодний прийом не буде працювати, а саме: тип розладу харчової поведінки; конкретна причина розладу; основна спрямованість корекційних впливів (не стільки на корекцію тіла, скільки на формування продуктивних особистісних рис та закріплення позитивної харчової поведінки), виявлення особистісних особливостей суб'єкта з порушеннями харчової поведінки. Доцільною буде і індивідуальна робота, і тренінгова, ефективність застосування якої дозволяє активно застосовувати саме групові форми роботи, оскільки індивідуальні порушення харчової поведінки завжди обумовлюються попередніми або актуальними соціальними проблемами та міжособистісними відносинами.

Перспективи подальших наукових пошуків полягають у розробці авторського опитувальника експрес-діагностики ризику виникнення порушень харчової поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л.М. Психологія харчової поведінки людини. Харків: Видавництво «Смугаста типографія». 2017. 181 с.
2. Абсалямова Л.М. Психологічні основи готовності до змін в харчовій поведінці. *Психологічний часопис: збірник наукових праць / за ред. С.Д. Максименка*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2018. № 7 (17). С. 108–121.
3. Абсалямова Л.М. Порушення харчової поведінки та якість життя: гендерний аспект. *Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей): збірник матеріалів IV міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди*. Харків: Діса плюс, 2020. С. 43-45.
4. Аврамчук О., Круц О. Особливості схильності до розладів харчової поведінки серед підлітків, які дотримуються дієти поза призначенням лікаря. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. №43. 2019. С. 9-32 <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2019-43.9-32>
5. Андрікевич І.І., Мантак Г.І., Звенігородська Г.Ю. Вивчення харчової поведінки дітей з надмірною масою тіла та ожирінням. *Вісник Вінницького національного медичного університету* 2017, №1, Ч.2 (Т.21). С.238-241.
6. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками. К.: Наукова думка, 2017. 271 с.
7. Антоненко І.Ю. Корекційно-розвиваюча програма щодо формування механізмів психологічного захисту в системі педагогічної взаємодії. *Вісник ОНУ*. 2010. Т.15. Вип.4. С.5-14.

8. Беляєва О. Е. Індивідуально-психологічні особливості дівчат-підлітків із порушеннями менструального циклу на тлі ожиріння. *Український журнал дитячої ендокринології*. 2018. № 2. С. 22-23
9. Берген Н.О., Алексеева С.І. Порушення харчової поведінки як чинник підвищення рівня тривожності студентів. *Студентський науковий журнал*. 2020. № 34(120). С.56-68.
10. Большаков В.Ю. Психотренінг: соціодинаміка, вправи, ігри К.: Наукова думка, 2016. 380 с.
11. Боришевський М.Й. Екстраполяція теоретичних принципів психологічної науки у контекст практичної психології. *Актуальні проблеми практичної психології: матеріали Міжнар.конф.(Херсон, 23-24 квітня 2009р.)/ МОН, Херсонський держ.ун-т. – Херсон, 2009. – С.113-120.*
12. Бочелюк В.Й., В.В.Бочелюк Методика та організація наукових досліджень з психології. Київ, «Центр учбової літератури», 2008. 357с.
13. Бочелюк В.В. Соціально-психологічний тренінг як напрям корекції віктимної поведінки дівчат-підлітків. *Вісник ОНУ*. 2013. Т.18. Вип. 4(30). С. 39-46.
14. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В.І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 12. Психологічні науки: Зб. наук. праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. .№1 С. 53–66.
15. Бутузов В.М. Системно-структурний аналіз як метод дослідження протидії комп'ютерній злочинності. *Правова інформатика*. 2011. 1(29). С. 67-78.
16. Вайтгед Л. Подолати розлад харчової поведінки / пер. з англ. Ігор Грицюк; наук. ред. Катерина Явна. Львів : Видавництво Українського Католицького Університету; Свічадо, 2014. 112 с.

- 17.Ваколюк Л. М., Сокур С. О., Секрет Т. В. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2015. Т. 19. № 21. С. 197–201. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vvnmu_2015_19_1_54
- 18.Велика українська енциклопедія. Київ: Рада. 2017. URL:<https://vue.gov.ua>
- 19.Вознюк О.В. Концепція цілісності як основа філософського синтезу знань. Житомир: Рута-Волинь, 2015. 388 с.
- 20.Володькіна А. В., Присяжнюк О. А., Фетісова В. В. Комплексний підхід до корекції форм тіла та профілактика розвитку целюліту. *Вісник Запорізького національного університету*. 2010. №1 С. 65–68.
- 21.Ворошилїна А. В. Особливості ставлення до тіла у особистості з різним типом харчової поведінки. *Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей)*: збірник матеріалів IV міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків: Діса плюс, 2020. С.66-68.
- 22.Выготский Л.С. Психология: монография. М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. 108 с.
- 23.Гаврилькевич В. К. Особливості емоційної саморегуляції дорослих з ішемічною патологією серця : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.04 : «Медична психологія»; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психології ім. Г. С.Костюка. К., 2011. 20 с.
- 24.Ганзуля А., Абсалямова Л. Психологія харчової поведінки жінок в умовах сучасного світу. *Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»*, (May 6, 2022; Vilnius, Lithuania), 18–20.
- 25.Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1998. 459 с.
- 26.Гриньова М. В., Коновал М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства. *Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка*. Серія: Педагогічні науки. Вип. 131. С. 3–5.

- 27.Грись А.М. Особливості функціонування «Образу Я» в результаті переживання психологічної травми. *Проблеми загальної та педагогічної психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені ГС Костюка НАПН України. К.: Гнозис, 2013. Т. IV. С. 97-111.
- 28.Данілова Е.І. Концепція управління економічною безпекою на основі системно-структурного підходу. *Підприємництво та інновації*, 2018 (6). С. 77-83.
- 29.Євтодюк А.В. Синергетичні засади моделювання освітніх систем: Дис...канд. філос. наук: 09.00.03 / АПН України; Інститут вищої освіти. К., 2002. 198 с.
- 30.Ємельянов Ю.М. Активне соціально-психологічне навчання. Київ: Наукова думка, 2000. 354 с.
- 31.“Запитай у лікаря про здорове харчування”: на найпоширеніші запитання відповів фахівець Олег Швець [Електронний ресурс] // МОЗ. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://moz.gov.ua/article/health/zapitaj-u-likarja-pro-zdorove-harchuvannja-na-najposhirenishi-zapitannja-vidpoviv-fahivec-oleg-shvec>.
- 32.Іваненко Б.Б. Психологічна травма як чинник самодеструктивної поведінки особистості. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України*. Серія: Педагогіка, психологія, філософія. К., 2016. Випуск 239. 95 с.
- 33.Ільницька Т. Розлади харчової поведінки: міфи та факти. *НейроNews*. 2018. № 4-5 (97). URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/4-5%2897%29/pages-6-7/rozladi-harchovoyi-povedinki-mifi-ta-fakti#gsc.tab=>
- 34.Келіна М.Ю., Марєнова О.В., Мешкова Т.А. незадоволеність тілом та вплив батьків та однолітків як чинники ризику порушень харчової поведінки серед дівчат підліткового та юнацького віку. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України*, 2011. Том 16. № 5. С. 44–51.

- 35.Ковальчук З.Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. *Інсайт*. 2020. Вип.2. С.91-98.
- 36.Колесникова И.С. Расстройство пищевого поведения как проблема здоровьязбережения. *Гуманитарные науки: сб. ст. по мат. XX междунар. науч.-практ. конф. № 5(20)*.
URL: [http://sibac.info/archive/guman/5\(20\)](http://sibac.info/archive/guman/5(20)).
- 37.Коннер М., Армитейдж К.Дж. Соціальна психологія їжі. Харків: Гуманітарний центр, 2012. 264 с.
- 38.Корольчук М.С., Осьодло В.І. Психодіагностика. К.: Ніка-Центр, 2004. 400с.
- 39.Костюк Г.С. Принцип развития в психологии. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1969. С.118-152.
- 40.Коцюба Г.О. Образ тіла та особливості його сприйняття жінками з синдромом залежного кохання. *Проблеми сучасної психології*. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. 2013. Випуск 20. С. 283-293.
- 41.Кононенко О.І. Перфекціонізм особистості [Монографія]. Одеса. ОНУ імені І.І.Мечникова. ТОВ "Удача", 2016. 374с.
- 42.Кочарян А.С., А.В. Коцарь. Синдроми невротичного кохання. *Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна*. Серія психологія. 2000, № 498. С.68-72.
- 43.Кочарян А.С., Коровицька В.В. Проблема єдності залежних розладів. *Журнал практикуючого психолога*. 2005, №11. С. 58-70
- 44.Кузьмінська О.В., Червона М.С. Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді Кн. 4.- К.: Державний ін.-т проблем сім'ї та молоді, 2015. С. 13-22.
- 45.Кульчітська А. Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. – URL: https://www.researchgate.net/publication/333712623_SOCIALNO-

PSIHOLOGICNI ASPEKTI FORMUVANNA HARCOVOI POVEDINKI
V PIDLITKOVOMU VICI

46. Лапіна М.Д., Бойко Є.В. Соціальна робота в системі допомоги особам з адиктивною харчовою поведінкою. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2021. Випуск 1(48). С. 216-220.
47. Лефтеров В.А. Психологический тренинг: механизмы влияния на человека и группу. *Психологічні тренінгові технології у правоохоронній діяльності: науково-методичні та організаційно-практичні проблеми впровадження і використання, перспективи розвитку*: Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції, Донецьк, 24-26 травня 2007 року. Донецьк: ДЮІ ЛДУВС, 2007. С. 120-125.
48. Литвин-Кіндратюк С.Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського університету, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160-165.
49. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 1999. 416с
50. Лукашевич М.П. Соціологія економіки. К.: Либідь. 2017. 145 с.
51. Лук'янченко Н.В. Експрес-тренінг упевненої поведінки: соціальний контекст, цілі, технології проведення. К.: Либідь, 2016.
52. Ляпин, В.А., Семенова, Н.В., Демчук, Э.А. Пищевое поведение студентов вузов разного профиля. *ОНВ*. 2014. №2 (134). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pischevoe-povedenie-studentov-vuzov-raznogo-profilya>.
53. Максимова Н.Ю. Психологічна травма як чинник адиктивної. *Актуальні проблеми психології*: Збірник наукових праць Інституту психології імені ГС Костюка НАПН України. 2017. Т. XI. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. К.: ТОВ" Талком". Випуск 15. С. 292-298

54. Максименко С.Д. Розвиток психіки в онтогенезі: [В 2 т.] К.: Форум, 2002. Т.1: Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології. 320 с.
55. Максименко К.С. Особистісно-орієнтована психотерапія емоційних розладів при соматогеніях у практиці сучасної медичної психології: дис. ... канд. пс. наук: 19.00.04 / Київський національний університет імені Тараса Шевченка. К., 2016. 414 с.
56. Малина О.Г., Чиганов С.Л. Психологічні особливості порушень харчової поведінки у дівчат. *Збірник наукових праць “Проблеми сучасної психології”* № 1(15). 2019. С. 78-88.
57. Малкина-Пых И.Г. Исследование влияния индивидуально-психологических характеристик на результаты коррекции пищевого поведения и алиментарного ожирения. *Психологический журнал*. 2008. № 30. С. 90-94. URL: [https:// elibrary.ru/item.asp?id=12837464](https://elibrary.ru/item.asp?id=12837464)
58. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения К: Эксмо, 2007. 104 с..
59. Маслюк А. М. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості. Проблеми сучасної психології: *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України* / Заред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам’янець-Подільський : Аксіома, 2011. Вип. 11. С. 454–463.
60. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии: монография. СПб.: Речь, 2007. 768 с.
61. Михайлова, М. А. Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки. *Молодий учений*. 2020. № 3 (293). С. 296-298. URL: <https://moluch.ru/archive/293/66390/>
62. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К.-Подільського національного ун-ту ім. І.Огієнка. К.-Подільський*, 2009. Випуск 6.Ч.2.

63. Мойзріст О.М. Аспекти дефініцій тілесного Я у психологічних дослідженнях. *III Всеукраїнський психологічний конгрес з міжнародною участю «Особистість у сучасному світі»*. К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2014. С. 221-225.
64. Моляко Р. В. Психокорекційні стратегії деформації Я-образу зовнішності в юнацькому віці. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. № 6. С. 78-80.
65. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. *Наукові записки*. Серія: Психологія та педагогіка. Острогоз : Вид-во Національного університету «Острозька академія», 2013. Вип. 22. С. 136–141.
66. Підкурманна Г.О. Теоретико-методологічні та методичні основи художньо-педагогічної підготовки студентів дошкільного виховання педагогічного університету : дис. ...д-ра пед. наук : 13.00.04. К.: Ін-т педагогіки АПН України, 2003. 424 с..
67. Пінчук І. Розлади харчової поведінки – це серйозна медична проблема, а не свідомий вибір чи стиль життя. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.unn.com.ua/uk/blog/190-roztladi-kharchovoyi-povedinki-tse-seryozna-medichna-problema-a-ne-svidomiy-vibir-chi-stil-zhittya>
68. Пирлик М.А. Організація психологічного тренінгу з формування адекватної самооцінки як умови зниження агресії у підлітків. *Вісник ОНУ*. 2013. Т.18. Вип.22. Ч.3. С.31-38
69. Приленський Б.Ю. Стадійність розвитку харчової залежності. *Міжнародний журнал*. 2010. № 1. С. 260-266.
70. Професійна педагогічна освіта: системні дослідження : монографія / за ред. О. А. Дубасенюк. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015. 308 с.
71. 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. С. 184–191.
- 72.Рождественський А. Ю. Рефлексія тілесного потенціалу в життєвому самовизначенні старшокласників: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». К., 2002. 19 с.
- 73.Романчиков В.І. Основи наукових досліджень. К.: Центр учбової літератури, 2007. 254 с.
- 74.Рябова Н. М. Психологічні особливості харчової поведінки студентської молоді. *Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей)*: збірник матеріалів ІV міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків: Діса плюс, 2020. С.174-177.
- 75.Салмина-Хвостова О.И. Профилактика нарушений пищевого поведения среди студентов Новокузнецка с применением психологического тренинга. *Профилактическая медицина*. Москва: Медиа Сфера, 2010. С.13-16.
- 76.Самойленко І. Війна з їжею. К.: ФОП Маслаков, 2020. 57 с.
- 77.Самсонова К. А. Порушення харчової поведінки та регуляція емоцій. *Акмеологія*. 2015. № 3 (55). С. 213-218
- 78.Серга Т.О., Білоусенко М.В. Психологічні фактори порушення харчової поведінки у жінок середнього віку. *Перспективи та інновації науки*. No 2(7) 2022. С. 968-979.
- 79.Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд. *Архів психіатрії*. 2012. Т. 18. No3 С. 32
- 80.Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. *Проблеми харчування*. No 3-4 2010. С. 16–25. URL: <http://www.medved.kiev.ua>
- 81.Сурмін Ю. П. Майстерня вченого: підручник для науковця. К.: Навчально-методичний центр „Консорціум з удосконалення менеджмент – освіти в Україні», 2006. 302 с..

82. Татенко В.А. Про «еґолоґічний генезис» у Е.Гуссерля та проблему суб'єктних перетворень психіки в онтогенезі. *Психолоґія і суспільство*. 2004. № 4. С.13-37.
83. Толмачев Д. А., Мусаев С. А., Шайдуров К. А., Попова Н. М. Медико-соціальна значимість депресивного стану студентів в зв'язі з довгою психическою травматизацією і порушенням пищевого поведіння. *Научний журнал*. 2017. № 5 (18). С. 94-97.
84. Травенко О.С. Психолоґічні механізми емоційної саморегуляції у жінок з доклінічними формами порушення харчової поведінки. *Актуальні проблеми психолоґії*. Том XI. Випуск 14. С.205-214.
85. Удалова Е. А. Особенности образу тела у девушек с нарушенным и ненарушенным пищевым поведением. *Вестник Института психологии и педагогики*. 2016. № 20. С. 259-263.
86. Фадєєва М. І., Савельєва Л. В. Корекція порушень харчової поведінки у пацієнтів з ожирінням. *Ендокринологія: Новини. Думки. Навчання*. 2018. № 2 (23). С. 51-59
87. Фрідман О.В. Психолоґічні особливості концептуалізації особистісного досвіду- індивідуально-типолоґічний підхід: автореф. дис. на здобуття наук.ступеня канд.психол.наук: спец. 19.00.01 «загальна психолоґія, історія психолоґії». Київ, 2010. 20с.
88. Фромм Э. Бегство от свободы /Э.Фромм. М., 1995. 123с.
89. Харрис Т. Э. Я – о'кей, ты – о'кей. К.: Либідь, 2006.
90. Хомуленко Т. Б. Основы психосоматики. Вінниця: Нова Книга, 2009. 120 с.
91. Шальнова С.А. Розповсюдженість тривоги та депресії. *Терапевтичний архів*. 2014. № 12. С.119-128
92. Шебанова В. І. Іпохондричний дискурс сучасності як базова основа викривленої турботи про себе, нав'язливе праґнення зниження ваги. *Проблеми сучасної психолоґії: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психолоґії*

- ім. Г. С. Костюка НАПН України.; за наук. ред. С.Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 25. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. С. 638–651.
- 93.Шебанова В.І. Психологія харчової поведінки. Автореф. дис... доктора психол. наук. К., 2017. 40 с.
- 94.Шебанова В.І. Корекція розладів харчової поведінки за екстернальним типом. *Освіта регіону*. 2013. №3. С.256.
- 95.Шебанова В. І. Синергетична модель розвитку розладів харчової поведінки. *Практична психологія та соціальна робота*. 2014. № 12. С. 1-18
- 96.Шебанова В. И. Тренинг нормализации пищевого поведения: Программа психологического сопровождения на пути к свободе от переедания. Практическое руководство. Херсон : ПП Вишемирский В.С., 2014. 394
- 97.Шебанова В. І. Психологічні умови та технології формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки. Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості: монографія / за ред. : С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 506-530.
- 98.Шебанова В. І. Сучасні напрями надання психологічної допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою. *Актуальні проблеми теоретичної та консультативної психології*: матеріали V Міжнародної науково-практичної інтернет- конференції (21-22 квітня 2021 року) / укладачі : І. С. Булах, Н. В. Гузій, Ю. М. Кашпур. Вип. 2. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021.С.156-160.
- 99.Шейко В. М., Кушнарєнко Н.М. Організація та методика науково-дослідницької діяльності : підручник. К.: Знання-Прес, 2003. 295 с.
100. Етнопсихологічний словник [под. ред.. В.Г.Крисько]. К.: Академвидат 1999. 437 с.

101. Юдина С. Д., Чернова И. И. Пищевое поведение как часть образа жизни. *Медицина Кыргызстана*. 2015. Т. 1. № 2. С. 106-108.
102. Юрченко В.М. Психічні стани людини: системний опис. Рівне, 2006. 574 с.
103. Abraham S.F., Beumont P.J. How patients describe bulimia or binge eating // *Psychol Med*. 1982. No 12(3). С. 625-35.
104. Alsaker F. & Flammer A. Pubertal maturation. In Jackson, S. & Goosens, L. *Handbook of adolescent development*. Hove: Psychology Press Ltd. 2006.
105. American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM- IV-TR» Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.
106. Alvarez-Rayón, G.; Mancilla-Díaz, J. M.; Vázquez-Arévalo, R.; Unikel-Santoncini, C. Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2013. 9 (4): 243–248.
107. Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health*. 2015. 27 (3): 281–91.
108. Bratman, S. (2000). *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa- Overcoming the obsession with healthful eating*. New York, NY: Broadway Books.
109. Cash T. F. *Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice* / T.F. Cash, T. Pruzinsky. New York: Guilford Press, 2002. 503 p
110. Carver C. S., White T. L. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of personality and social psychology*. 1994. Т. 67. №. 2. С. 319.
111. Cenin M. Podstawy teoretyczne stosownych metod treningu psychologicznego // *Acta Bratisl.Pr.* 1990/ - №22, p. 35-64.

112. Chisuwa N. Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents: A review of the literature. *Appetite*. 2009. №900. P. 1-11.
113. Culbert K., Burt A., Culbert K. Puberty and the Genetic Diathesis of Disordered Eating Attitudes and Behaviors. *Journal Abnormal Psychology*. 2009. Vol. 118. №4. P. 788-796
114. Di Patrizio NV, Astarita G, Schwartz G, Li X, Piomelli D. Endocannabinoid Signal in the Gut Controls Dietary Fat Intake. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2011 in press. doi 10.1073/pnas.1104675108. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150876>
115. Ekern, J. Dieting and Eating Disorders. 2012 Retrieved from <https://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/special-issues/dieting>.
116. Garner et al. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 2013. 12, 871—878.
117. Greeson J.M. Mental Health Foundation. *Cheers Report*. – 2016 / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/cheers-understanding>
118. Golden, N. H., Schneider, M., & Wood, C. (2016). Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics*, 138 (3). DOI 10.1542/peds.2016-1649.
119. Geert Hofstede and Associates. Masculinity and Femininity. *The Taboo Dimension of National Cultures*. Sage Publications, 1998, pp. 16-17, 175.
120. Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 46 (5). DOI 10.1002/eat.22094.
121. Keski-Rahkonen A., Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016. Vol. 29. № 6. P.340-345.

122. Limburg K. The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis: Perfectionism and Psychopathology Limburg K., Watson H. J., Hagger M. S., Egan, S. J. (2016). Article in Journal of Clinical Psychology 73 (10) December 2016.
123. Mantell M. Is There Psychology Behind Healthy Eating? [Электронный ресурс]. ACE Healthy Living. 2012. Режим доступа до ресурсу: <https://www.acefitness.org/education-and-resources/lifestyle/blog/2866/is-there-psychology-behind-healthy-eating/>.
124. Marcher L. The Bodydynamic Character Structure Model. *Energy and Character*. 1989. V. 20, No 1.
125. Martínez-Gras I. et al. Adicciones sociales: ¿ son distintas de las adicciones a drogas. *Presentación interna*. 2012. T. 12.
126. Mintz L. B., O'Halloran M. S. The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess*. 2012. Jun; 74 (3):489-503.
127. Nederkoorn C. et al. Impulsivity in obese women. *Appetite*. 2006. Vol. 47. P. 253-256.
128. Nemiah J., Freiberger H., Sifneos P. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. *Modern trends in psychosomatic medicine* Butterworths, 1976. P. 430-440.
129. Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W., & Henderson, K. (2013). Exploring avoidant / restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorder*, 47 (5). DOI 10.1002/eat.22217.
130. Oenema A., Brug J. Exploring the occurrence and nature of comparison of one's own perceived dietary fat intake to that of self-selected others. *Appetite*. 2003. №41. C. 259–264.
131. Orbach S. *Bodies* London : Profilebooks, 2009. 182 p

132. Patton J. H., Stanford M. S., Barratt E. S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*. 1995. Т. 51. №. 6. С. 768-774.
133. Psychology of Healthy Eating [Электронный ресурс] // Argosy University. 2011. Режим доступа до ресурсу: <https://www.slideshare.net/HelpingPsychology/psychology-of-healthy-eating>
134. Pinaquy S. et al. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity research*. 2003. № 11(2). P. 195-201.
135. Plooy, G. N. Candidate Declaration «Perfectionism: An exploratory analysis of treatment resistant eating disorder clients during intervention». 2017. Retrieved from http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/23184/thesis_walters-du%20plooy_g.pdf.
136. Renshaw B. *Bodydynamic Analysis: A New Somatic Psychology*. Интернет-джерело: <http://www.bodydynamicusa.com/renshaw.html>.
137. Rey J.M, Martin A. Eating disorders. In J. M. Rey, & A. Martin (Eds.), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (Н. 1). Geneva: IACAPAP, 2016. 22 p.
138. Rogers P., Blundell J. Psychobiological bases of food choice. *The British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*. 1990. No 15. P. 31–40
139. Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2014). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorder*, 48 (2). DOI 10.1002/eat.22270.
140. Ryden A., Sullivan M., Torgerson J. et al. Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *International Journal of obesity*. 2003. Vol. 27. P. 1534–1540.
141. Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A. Effect of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1968. 10(2), P. 91-97.

142. Schulz S., Laessle R.G. Stress-induced laboratory eating behavior in obese women with binge eating disorder. *Appetite*. 2012. Vol. 58, №. 2. P. 457-461.
143. Selassie M., Sinha A.C. The epidemiology and aetiology of obesity: a global challenge. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2011. Vol. 25, №. 1. P. 1-9.
144. Smink, F. R. E., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorder*, 46 (6). DOI 10.1002/eat.22316.
145. Solmi, F., Hotopf, M., Hatch, S. L., Treasure, J., & Micali, N. (2015). Eating disorders in a multi-ethnic inner-city UK sample: prevalence, comorbidity and service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51 (3). DOI 10.1007/s00127-015-1146-7.
146. Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (3), 209–219.
147. Stewart M. E., Ebmeier K. P., Deary I. J. The structure of Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire in a British sample. *Personality and Individual Differences*. 2004. T. 36. №. 6. C. 1403-1418
148. Sternberg R.J. & Barnes M.L. Triangulating Love. *The Psychology of Love*. New Haven, ST: Yale University Press, 1988. P.119-138.
149. Stoller R.J. Sex and Gender Vol. 2, *The Transsexual Experiment*. London: Hogarth Press. 1975.
150. Stunkard A. Obesity and eating style / Stunkard A., Coll M., Lindquist L., Meyers A. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1980. Vol. 37. P. 1127–1129.
151. Tuthill A., Slawik H., O'Rahilly S., Finer N. Psychiatric comorbidities in patients attending specialist obesity services in the UK. *Quarterly Journal of Medicine*. 2006. № 99. P. 317–325.

152. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 40. № 2. P. 129-135.
153. Thompson-Brenner H. Improving psychotherapy for anorexia nervosa: Introduction to the special section on innovative treatment approaches. *Psychotherapy (Chic)*. 2016. № 53(2). Pp. 220-230.
154. Fairburn, C. G. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York : Guilford Press.
155. Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. The clinical features of bulimia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 144(3), 1984. 238–246. doi:10.1192/bjp.144.3.238
156. Friedman M.A., Brownell K.D. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychologi Bulletin*. 1995. № 117. P. 3–20.
157. Frost R.O. et al. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990. V. 14, No 5. P. 449-468
158. Hart K., Herriot A., Bishop J. Promoting healthy diet and exercise patterns amongst primary school children: a qualitative investigation of parental perspectives. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2003. No 16. P. 89–96
159. Holmqvist K., Lunde C., Frisen A. Dieting behaviors, body shape perceptions, and body satisfaction: Cross-cultural differences in Argentinean and Swedish 13-year-olds. *Body Image*. 2007.
160. Hoorens V., Buunk B. Social comparison of health risks: locus of control, the person positivity bias, and unrealistic optimism. *Journal of Applied Social Psychology*. 1993. №23. C. 291–302
161. Josselson R. Finding Herself: pathways to identity development in women. London: Jossey-Bass. 1987
162. Van der Merwe M.T. Psychological correlates of obesity in women. *International Journal of obesity*. 2007. Vol. 31, №. 2. P. S14-S18.

163. Van Strien T., van der Zwaluw C. S. & Engels R. C. M. E. Emotional eating in adolescents: A gene (SLC6A4/5-HTT)-depressive feelings interaction analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2010. № 44. Pp. 1035-1042
164. Van Strien, T., Herman C. P., & Verheijden M. W. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample: Does external eating play a role? *Appetite*. 2008. 52 (2). P. 380-387.
165. Verdejo-García A., Lawrence A. J., Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2008. T. 32. №. 4. C. 777-810.
166. Vögele C., Gibson L. "Mood, emotions and eating disorders," in *Oxford Handbook of Eating Disorders*. Series: Oxford Library of Psychology, ed. W. S. Agras (New York: Oxford University Press), 2010. 180–205.
167. Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., & Russell, K. (2007). *Cognitive behavioural therapy for the eating disorders: a comprehensive treatment guide*. Cambridge University Press. DOI 10.1017/CBO9781139644204.
168. Wilson G.T., Grilo C.M., Vitousek K.M. Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*. 2007. No 62 (3). PP.199–216.
169. Winkielman P. Unconscious affective reactions to masked happy versus angry faces influence on consumption behavior and judgements of value / P. Winkielman, K.C. Berridge, J.L. Wilberger. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2005. No 31. P. 121–235.
170. Wonderlich-Tierney A.L., Vander Wal J.S. The effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders. *Eating Behaviors*. 2010. Vol. 11. № 2. P.85-91
171. WHO. Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions. – 2003 // Geneva: World Health Organization /

[Электронный ресурс]. Режим доступа:

http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf.

172. Whiteside S. P., Lynam D. R. The five-factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*. 2001. Т. 30. №. 4. С. 669-689.
173. Zuckerman M. et al. A comparison of three structural models for personality: the big three, the big five, and the alternative five. *Journal of personality and social psychology*. 1993. Т. 65. №. 4. С. 757.