

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Центр післядипломної освіти, заочного та дистанційного навчання

Кафедра теоретичної психології

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У
СУЧАСНОЇ МОЛОДІ**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти

освітнього ступеня «бакалавр»

Тетяни ГОЛУБКИ

4 курсу заочної форми навчання

спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Психологія»

Науковий керівник

доктор психологічних наук, професор

Зоряна КОВАЛЬЧУК

Рецензент:

кандидат психологічних наук

Ольга ЗАВЕРУХА

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«04» квітня 2022 р., протокол № 9

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів

2022

ЗМІСТ:

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ	6
1.1 Харчова поведінка як предмет психологічного та міждисциплінарного дослідження.....	6
1.2 Психологічний аналіз порушення патернів харчової поведінки серед сучасної молоді	14
1.3 Соціально-психологічні особливості вибору харчової поведінки як потреби особистості	22
Висновки до Розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ	28
2.1. Методологічна основа емпіричного дослідження	28
2.2. Результати емпіричного дослідження	32
2.3. Практичні рекомендації щодо превенції проявів адиктивної харчової поведінки в осіб молодого віку.....	39
Висновки до Розділу 2.....	40
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	44

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Міністерство охорони здоров'я України, опираючись на оцінки експертів, переконує нас, що стан здоров'я та тривалість життя прямопропорційне способу життя у 70% випадках. Знаємо, що головною детермінантою цього є наше харчування. Інші 15% складають умови середовища, ще 15% – наша спадковість. Саме тому вивчення поведінки в харчуванні людини як чинника якості життя суто психологічного є зумовлено потребами сьогоdnішнього часу. Досліджуючи даний феномен, перед нами постає прикладне завдання осмислення механізмів та всебічний аналіз ставлення людини до споживання їжі.

Харчова поведінка є загальноживим терміном, який використовується для визначення різних структурних компонентів нашої активності, які у нормальному процесі приймання їжі беруть участь. Сюди належать такі поведінкові етапи як шукання їжі, її споживання та значна кількість процесів фізіології тіла, які задіяні у переробці того, що людина спожила.

Харчова поведінка також трактується через ціннісне ставлення до прийому їжі, відповідні стереотипи харчування в буденних умовах та ситуаціях стресу, активність, що зорєнтована на розуміння образу власного тіла, наша робота по формуванню такого образу, копіювання форми харчування суспільства та родинного оточення. Тому, під харчовою поведінкою розуміємо установки, відповідні форми поведінки, емоції та звички, які приналежні до їжі та притаманні кожній особі зокрема.

Харчова поведінка оцінюється як адекватна/гармонійна чи відхильна/девіантна залежно від безлічі параметрів, зокрема, від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей людини, від кількісних і якісних показників харчування. На вироблення стереотипів харчової поведінки, особливо в період стресу, істотний вплив чинять етнокультурні та соціальні чинники. Віддавна проблема цінності харчування є питання про зв'язок харчування з життєвими цілями («їсти, щоб жити, або жити, щоб їсти»).

Хоча харчування, безумовно, є фізіологічною потребою, психологічна мотивація також впливає на харчову поведінку. Наприклад, потреба поїсти може бути викликана не лише бажанням «нагодувати себе», але й позитивними (наприклад, щастя) і негативними (наприклад, злість, депресія) емоціями. Далеко не останню роль відіграють внутрішні соціальні настанови, норми та очікування щодо споживання їжі. Таким чином, харчова поведінка є і транстропічною потребою особистості (потреба у задоволенні, самостверженні, етноідентифікації тощо) та суспільства (соціально-інтегративна, соціодиференційна та соціоідентифікаційна).

Також, з кожним днем зростає кількість захворювань порушення харчової поведінки. Сюди належить нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, патологічне зригування.

Метою нашої кваліфікаційної роботи було встановлення психологічних особливостей харчової поведінки сучасної молоді. Зокрема, містить дослідницький інтерес в проведенні аналізу взаємозв'язку особливостей харчової поведінки та особистісної спрямованості сучасної молоді. Наш інтерес обумовлений насамперед тим, що розлад харчової поведінки формується на індивідуально-психологічних особливостях людини, а тип харчування залежить від впливу соціуму.

Об'єкт дослідження: харчова поведінка сучасної молоді.

Предмет дослідження: психологічні особливості вибору стилю харчової поведінки сучасною молоддю.

Гіпотеза дослідження:

- 1) стиль харчової поведінки залежить від індивідуальної спрямованості особистості;
- 2) тип харчової поведінки залежить від впливу соціальних факторів.

Завданнями нашого дослідження є:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз літератури з окресленої проблеми.

2. Виокремити психологічні та фізіологічні чинники регулювання стилю харчової поведінки.
3. Вивчити міру сприйняття образу свого тіла;
4. Визначити рівень психологічного благополуччя та емпірично дослідити взаємозв'язок психологічного й тілесного прийняття осіб;
5. Розробити практичні рекомендації превенції адиктивної харчової поведінки у молодих людей.

Теоретико-методологічну основу нашого дослідження складають теоретичні положення про харчову поведінку (І. Малкіна-Пих, В. Покровський), концепція резервів в організмі (Н. Агаджанян), пріоритетне значення психологічних факторів у генезі формування надмірної ваги і ожиріння (А. Вахмістров, Т. Вознесенська, С. Посохов), вплив соціуму на харчову поведінку (Марк Коннер, Кристофер Дж. Армітейдж).

Методи та організація дослідження: для проведення дослідження у межах даної наукової роботи ми використовували теоретичний аналіз, спостереження, тестування, методи експертних оцінок та авторську методику (опитувальник), бесіду. Одержані в результаті дослідження дані підлягали якісному та кількісному аналізу, зокрема, використовувався статистичний аналіз, проведений за критерієм знаків, який враховує показник кожного студента.

Наукова новизна. Полягає у виявленні впливу особистісної спрямованості молоді на стратегією харчової поведінки студентів та уточненню поняття харчування у психологічному сенсі.

Практичне значення: дана робота дає можливість використання отриманих результатів для корекційно-розвивальної та відтворювальної роботи педагогів, психологів, працівників соціальних служб, реабілітаційних центрів по роботі з молоддю, із ознаками порушення харчової поведінки.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечуються репрезентативністю вибірки, застосуванням методів, які відповідають меті і

завданням дослідження, якісному аналізу.

Обсяг та структура роботи: робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ

1.1. Харчова поведінка як предмет психологічного та міждисциплінарного дослідження

*«Ми живемо не для того, щоб їсти,
а їмо для того, щоб жити».*
Сократ

Упродовж значної кількості часу люди хочуть себе прогородувати, аби вижити у двобої зі смертю. Спершу примітивно люди просто збирали все, що дає їм природа, включаючи тваринний та рослинний світ. Проте згодом вони поступово опанували мистецтво кулінарії. Видатний вчений писав у своїх роботах по фізіології про таке, що понад усіма явищами у житті людини у топі є турбота про власне харчування. Це пов'язує усіх живих істот, серед яких є і людина, зі всім оточуючим людину довколишнім середовищем. Їжа, яка опиняється в організмі, зазнає змін, розкладається та вступаючи в нову зв'язки розпадається знову і знову. Все це уособлює загалом процес життя, починаючи від елементарних властивостей фізичного стану організму через закони інерції, тяжіння, і до ментальних особливостей особистості.

Харчовою поведінкою називають сукупність звичок особистості, які пов'язані з прийняття їжі. Це, зокрема, і дієти, і режим прийняття їжі, і смакові переваги і т.ін. Поведінка в харчуванні залежить відсімейних цінностей та традицій, етнічних, культурних особливостей, виховання та активностей членів родини, особливостей біології людей. Усе це роками складалось у відповідності з тим соціумом, де проживає людина, а також відповідно до еталонів та стандартів норми та краси. Такі звички мають тенденцію до змін упродовж років, проте не всі такі зміни можемо вважати хворобливими чи такими, що мають якісь порушення.

Харчова поведінка також передбачає і ціннісне ставлення до харчу та його прийому, деякі стереотипи харчування в побуті та стресовій ситуації. Така поведінка зорієнтована на відповідний образ свого тіла, а також активність відносно формування такого образу [31].

Тобто, у поняття харчової поведінки входять звички, емоції, поведінкові форми, установки, що належать до теми їжі, а також є індивідуальними відносно кожної людини зокрема. Поняття харчової поведінки можна розділити на адекватну (чи гармонійну) та відхильну (девіантну). Сам розподіл детермінується масою параметрів. Чинники етнокультуральні мають значний вплив на стереотипи харчової поведінки, зокрема під час стресу. Змістовна сутність значення харчування полягає в зв'язку харчування з метою життя [22].

Центральною умовою життєдіяльності є вживання пластичних та енергетичних речовин. Тварини вищого порядку не здатні їх синтезувати з неорганіки, саме тому є потреба в тому, щоб вони надходили із зовні. Якщо таке надходження припиняється на якийсь час, чий ого є в недостатній кількості, то це може призводити до порушення гомеостазу організму, його метаболізму тощо. Проте людський організм та організми вищих тварин не може засвоїти жири, білки та вуглеводи, а також інші поживні речовини без попередньої обробки фізико-хімічним шляхом. Саме цю таку важливу роль в нашому організмі виконує система травлення. Завдяки процесові травлення та всмоктування харчів в організмі людини підтримується відносно стійкий рівень поживних речовин. У випадку, коли людина позбавляється їжі, настає голод. На противагу цьому явищу, відчуття насичення відбувається під час споживання їжі.

В рамках понять насичення та голоду особи використовують поняття апетиту (прагнення, бажання). Це відчуття взаємопов'язане з прагненням людини до певної їжі. Апетит у людини виробляється індивідуально та відображає не лише потребу в їді загалом, а й потребу через специфіку обміну речовин та тих чи інших дифіцитарних речовин та компонентів їжі, групових та

індивідуальних звичок, особливостями національної кухні загалом та продуктів зокрема, чому саме надається перевага.

Вибірковим апетитом називають потяг особи до відповідного виду їжі, саме до того виду, якого в організмі є недостатньо.

Фізіологічний стан голоду варто розрізнити від поняття голодування, який ми характеризуємо як стан довготривалої відсутності харчування. Це вважається патологією та виражається у потребі організму у відповідних поживних речовинах, у яких організм мав дефіцит упродовж довгого часу.

Зовнішньо голод як харчова поведінка виявляється через пошук та прийом їжі. Вона також спрямовується на подолання причин, що спровокували виникнення голоду. Об'єктивно та суб'єктивно голод проявляється через збудження різноманітних відділів центральної нервової системи. Набір нервових елементів тих самих відділів вчений І. Павлов назвав харчовим центром; його функціями є регулювання поведінки в напрямку харчування.

Харчовим центром є непростий гіпоталамо-лімбіко-ретікулокортикальний комплекс. Експерименти на тваринах показали, що центральним відділом є латеральні ядра гіпоталамуса. У випадку їх ураження можна спостерігати відмову від їжі (афагію). Якщо подразнювати їх електрикою через вживлені у мозок електроди можна спостерігати підвищене споживання їжі (гіперфагію). Цю ділянку мозку називають центром харчування чи центром голоду.

У випадку руйнування ядра вентромедіального в гіпоталамусі відбувається гіперфагія, а його подразнення призводить до афагії. У тих ядрах існує центр насичення. Між центром голоду та ним існує реципрокна взаємозалежність. Тобто, у випадку, якщо один центр збуджений, то інший – гальмує [50]/

Робота головного мозку безпосередньо впливає на формування почуття насичення чи голоду. В гіпоталамусі центри насичення та голоду, а також відповідні їм утворення в корі великих півкуль та лімбічній системі. Харчова мотивація людини теж залежить від гіпоталамусу. Він паралельно із забезпеченням вегетативної основи емоцій та поведінки людини ще керує усіма

головними гомеостатичними процесами, зокрема, ліпостат системою, яка регулює постійність ваги тіла [22].

У позиції норми людина довільно регулює прийом їжі та свого апетиту, а також керує якістю та кількістю їжі, яку споживає. Втрата чи пониження апетиту провокує безліч чинників, зокрема такі, що відволікають особу від споживання їжі, це і емоції, в тому числі негативні.

Процес їжі з апетитом детермінує ефективне травлення. З давен-давен лікарі окрім основного лікування турбувались про вжиття заходів для покращення апетиту.

Щоденний раціон особи переважно має не лише потрібні поживні речовини та калорії. Кількість їжі, режим прийомів харчування, деякі харчові вподобання і відтак – перевага у деяких видах продуктів – усе це є своєрідним для кожної людини зокрема. Визначають харчову поведінку не лише потреби, а й одержані колись стратегії мислення та знання. Деяка нужда чи потреба в енергії формує такий біо-потяг у вигляді голоду, але на відповідну поведінку та вибір їжі мають вплив сформовані навички та відповідні стратегії мислення.

До фізіологічних потреб з врахуванням особистісного досіду та відповідних умов належать біологічні потреби. Тісно пов'язані з ними звички, які були сформовані під час онтогенезу через постійно однакові дії високого ступеню авторизації та міцності. Знаємо, що харчові звички визначаються особистісними причинами, економічними, модою, порадами лікарів, життєвим досвідом, релігійними переконаннями, традиціями суспільства та родини.

Їжа також має і соціальне значення, адже харчування від народження є міжособистісною взаємодією в родині. З часом харчування стає частиною спілкування та соціалізації, адже ми святкуємо події, формуємо та встановлюємо дружні та ділові стосунки паралельно приймаючи їжу та напої.

Усе це – харчові звички, традиції – демонструють стан розвитку релігійну та територіальну, національну та культурну приналежність, сімейне виховання в рамках харчової поведінки.

Якщо аналізувати соціально-психологічні сторони ожиріння, то можна виокремити такі функції харчової поведінки, як релаксація, підтримка гомеостазу, комунікація, отримання задоволення, самоствердження як подання престиж їжі й відповідної впливової зовнішності, підтримка звички чи ритуалу, пізнання, нагорода, компенсація, задоволення естетичної потреби та захист.

Бачимо, що харчова поведінка особистості спрямована на погашення не тільки фізіологічних та біологічних потреб, а й на задоволення соціальних та психологічних. Окрім почуття стимуляції та голоду, які викликаються їжею, є багато інших зовнішніх та внутрішніх стимулів, що провокують бажання поїсти чи спрямовують на обрання тієї чи іншої їжі. Споживання їжі та бажання поїсти є наслідком взаємодії поміж такими стимуляціями та постійними психологічними та фізіологічними особливостями людини.

Знаємо, що коли ми приймаємо їжу, ми не завжди є голодними. Проте ми часто зловживаємо з метою задоволеності дуже широкого спектру зовсім інакших потреб. Тут мотивація – це свідома причина, яка є в основі відбору вчинків та дій людини [54].

Відповідно до такого трактування мотивації можемо розглядати харчову поведінку як активність цілісну, яка пов'язана з мотивацією приймання їжі. Хоч споживання їжі вважається фізіологічною потребою, проте наша психологічна мотивація теж прямо впливає на досліджуваний нами феномен. Знаємо, що бажання їсти може бути спровоковане і негативними (депресія, злість), і позитивними (щастя, ейфорія) емоціями. Частота, якість та кількість споживання їжі напряму залежить від таких понять, як насичення, апетит та голод.

Наводимо рід чинників, які мають вплив на механізми організації харчових звичок та переваг в їжі у молодих осіб. Важливою причиною, що призводить до погіршення стану здоров'я молодої людини, є зміни структурованості харчування та зниження її якості. Безліч патологічних станів та захворювань, в тому числі, надлишки чи дефіцити вітамінів та мінеральних речовин призводять

до змін фізичного та навіть інтелектуального формування людини. Саме тому корекція та профілактика змін харчової поведінки мають важливого значення ще у дошкільному віці.

Західні науковці для визначення типів uzалежненої чи адиктивної поведінки все частіше застосовують поняття «поведінкової адикції». Одну з перших класифікацій адикцій саме нехімічних окреслив Ц. Короленко. Він виокремлював нехімічні адикції, у переліку яких є гемблінг як адикція азартних ігор, адикція сексуальна, стосунків, уникнення, любовна адикції, трудоволізм, шопоголізм, ургентра адикція, адикція до їжі (голодування чи переїдання). Вони характерні тим, що тут задіяні біохімічні процеси та механізми. Сучасний перелік адиктивної поведінки зараз доповнився різними комп'ютерними та інтернет-залежностями.

У випадку розвиненої адиктивної поведінки думки людини постійно зайняті методами реалізації адиктивних потреб, аперцепцією задоволення їх. Як тільки людина починає думати на такі теми, вона провокує у себе почуття емоційного збудження, релаксації чи підйому, хвилювання. Звідси – починаються такі бажані зміни емоцій, зароджується відчуття контролю себе та ситуації, а також відчуття задоволення життям. Адиктивна поведінка тим і підступна, що спершу вона створює ілюзію вирішення проблеми, рітування від стресу через втечу та його уникнення.

Така особливість адиктивної поведінки містить значну спокусу, адже хочеться іти шляхом найменшого опору. Суб'єктивно відчувається, що фіксуючись на якихось діях чи предметах можна не зважати на власні проблеми, тривоги, складні ситуації, пускаючи в хід різні стратегії адиктивної реалізації. Відволіктись треба будь-якій людині. Проте адиктивна поведінка згодом стає стилем життя, проживаючи яке особа не зовсім адекватно сприймає реальну дійсність та взаємодію з оточуючими [2].

Розроблено чотирикомпонентну модель, яка показує мотивацію харчової поведінки. Вона стала аналогом подібної моделі, яка стосувалася алкогольної

залежності і складається з:

1. Прийняття негативних емоцій;
2. Соціалізація;
3. Відповідність до очікування інших;
4. Отримання задоволеності [22].

Не лише потреби визначає харчова поведінка, а й одержані знання в минулому. Необхідна для функціонування та активності енергія формує біологічний потяг, відчуття голоду, проте на відповідну поведінку чинять вплив стратегії мислення та звички.

У ХХІ ст. порушення харчової поведінки виникають через недотримання відповідних норм харчування, а також через цілий ряд особистісних чи соціальних впливів та потреб.

Порушення харчової поведінки детермінуються у першу чергу спадковою дисфункцією церебральних систем, що прямо впливають на харчування, в другу – невідповідне виховання в дитинстві, в третю – особистісні властивості адикта.

Особа з відхиленнями в харчовій поведінці характеризується високою соціальною орієнтованістю, має хороший інтелект, знижену стресостійкість та високу стресодоступність, має схильність до тривожності та депресії, а також часто психічно нестійка. У таких осіб працюють менш досконалі механізми психологічного захисту, погано контрольована, підвищена емоційність, переважають пасивні поведінкові форми, адже у них прийом їжі відіграє роль захисного механізму щодо стресу. Адже такий спосіб захисту психіки є прийнятний соціально, простий, доступний, здійснюється легко, не потребує ні емоційного, ні розумового додаткового напруження. У ситуації конфлікту психічне напруження знижується не з причини адекватного переопрацювання змісту, а й з допомогою звичайної редукції дискомфорту переживання, яке не стосується ні суті, ні причин конфлікту. Така форма психологічного захисту від стресу є патологічною, позаяк вона призводить до соматичних захворювань, серед яких говоримо про ожиріння.

Ожиріння як харчова поведінка формується в результаті впливу різних психологічних чинників, серед яких наступні:

1. Емоційний стан фрустрації при втраті об'єкта любові. До прикладу, на ожиріння частіше хворіють жінки, що пережили смерть чоловіка чи розлуку з сексуальним партнером, навіть після переїзду з рідного дому, так званий «пансіон ожиріння». Знаємо, що втрата близької особи супроводжується пригніченням та водночас підвищеним апетитом, хочеться «заїсти гірку пігулку». Старші діти часто відреаговують підвищеним апетитом, коли в них народжуються молодші брати і сестри.
2. Загальна пригніченість, страх перед самотністю, гнів та почуття порожнечі можуть детермінувати імпульсивне переїдання.
3. Ті ситуації, що потребують додаткових зусиль та підвищеної напруженості, формують підвищені оральні потреби, що провокують посилене паління чи споживання їжі.

У багатьох людей при відмові від звичних харчових продуктів з'являються психовегетативні розлади, що дозволяє розглядати харчову залежність в одному ряді з ніотиновою, алкогольною, наркотичною та лікарською. Так, депресія під час дієти виглядає як синдром відміни, який підтверджується дослідженнями частого поєднання емоційної харчової поведінки з тягою до тютюну та алкоголю.

1.2. Психологічний аналіз порушення патернів харчової поведінки серед сучасної молоді

Науковці виокремлюють основні три види порушення харчової поведінки: обмежувальна, емоціогенна, екстернальна харчова поведінка.

Характерними особливостями екстернальної харчової поведінки є підвищена реакція не на гомеостатичні внутрішні стимули приймання їжі, а

навпаки – на зовнішні – до прикладу, сервіровка столу, реклама продуктів та страв тощо. Майже у всіх осіб, що страждають ожирінням, так чи інакше є цей вид поведінки.

Особи з даним видом адикції екстернального приймають їжу без режиму, не залежно від того, коли та як вони перед тим приймали їжу. Головне, щоб у вільному доступі були продукти. Така особливість є основою переїдань з друзями та близькими, легкі перекуси, переїдання в гостях, скупівлі зайвих продуктів тощо. Таким чином така особа буде їсти доти, поки в неї буде бачити їжу і вона буде їй доступна.

На противагу цьому, здорові люди з масою тіла в межах норми гостро реагують на зовнішні харчові стимули лише коли голодні, міра вираженості такої реакції залежить від інтервалів прийому їжі, а також від її кількості та хімічного складу. Люди з надмірною вагою поведуться інакше, у них підвищений апетит та невідповідне відчуття насичення, яке дуже повільно формується. Почуття насиченості у людей з надмірною вагою загальмоване в часі, про нього кажуть як про механічне заповнення шлунку.

Гіперфагічна реакція на стрес характеризується як емоціогенна харчова поведінка, як емоційне переїдання, «харчове пияцтво».

Такій харчовій поведінці притаманний не голод як стимул до їжі, а так званий емоційний дискомфорт: особа споживає їжу не тому, що голодна, а тому, що неспокійна, роздратована та тривожна, має поганий настрій, вона роздратована, ображена, пригнічена, зазнала невдачі, розчарована, їй самотньо чи нудно тощо. Тобто можна сказати, що така людина «заїдає» власні нещастя та прикрощі точно так само, як людина, яка запиває їх алкоголем.

Найбільш часто емоціогенна поведінка стає гострою при таких стресових ситуаціях як: тяжка хвороба близької людини чи смерть, новина про подружню зраду, розлучення, готування до екзаменів чи негативний результат на екзамені, тривале очікування значимої події та сумніви щодо позитивного

вирішення ситуації, гострі конфлікти на роботі чи вдома, етапи гострих переживань через нещасливе, невдале життя, некрасивості чи непотрібності [9].

Такий харчовий розлад може проявлятися як компульсивна поведінка чи переїдання з відхиленнями від режиму харчування, синдром нічного жору.

У людей з надмірною вагою 8% демонструють компульсивну поведінку. Люди, які хворіють ожирінням, така компульсивна поведінка зростає до 30%. Діагностичною властивістю компульсивної поведінки є втрачений самоконтроль прийому харчування.

Деякі молоді люди з переїданнями борються по-своєму, використовуючи проносні засоби чи інші механічні засоби позбавлення їжі. А деякі до таких методів не вдаються, проте багато з них згодом постійно воюють з надмірною вагою. Це синдром булімії, нервової булімії без розвантажень. Подібно до нервової булімії, приступи об'їдання чергуються з етапами самообмежування в харчуванні. Психопатологія тих захворювань також подібна, проте особи з переїданням компульсивним до лікаря звертаються значно пізніше за потреби схуднути. Вони трапляються частіше в звичайних клініках, аніж в психіатричних.

Поширеність компульсивного переїдання – 2%. Однак в осіб з ожирінням приступи обжерливості відзначаються в чверті або навіть в третині випадків, і частота їх зростає разом зі ступенем ожиріння. Тому можна вважати, що приступи обжерливості – фактор ризику ожиріння і що у чималій частині огрядних людей мається розлад харчової потягу. Напади обжерливості ускладнюють лікування ожиріння, підточують віру хворого в свої сили. Крім того, при ожирінні з нападами обжерливості ризик ускладнень ще вище, ніж при простому ожирінні. Так, часті коливання ваги – незалежний фактор ризику серцево-судинних захворювань, а приступи обжерливості, очевидно, сприяють таким коливанням.

Напади обжерливості у огрядних людей піддаються і лікуванню

антидепресантами, та методами психотерапії. Тому ці методи можна використовувати як доповнення до терапії ожиріння, хоча ефективність такої поєднаної терапії поки не вивчена.

Синдром нічної їжі зустрічається дещо рідше, ніж синдром компульсивної харчової поведінки і серед хворих на ожиріння досягає 9%. Синдром нічної їжі проявляється клінічною тріадою симптомів: ранкова анорексія, вечірня і нічна булімія, порушення сну.

В основному, цей синдром зустрічається у огрядних (тучних) жінок, схильних до депресії. Люди, які страждають на синдромом нічної їжі, як правило, не приймають їжу всю першу половину дня. Зранку їх апетит, вочевидь, знижений, вигляд їжі може викликати огиду, а спроба поїсти насильно може викликати нудоту. У другій половині дня апетит значно зростає і до вечора вони відчують сильний голод, який призводить до значного переїдання. Причому існує наступна закономірність: «чим сильніше був денний емоційний дискомфорт, тим більше виражено вечірне переїдання». Характерно, що хворі не можуть заснути, не з'ївши надмірної кількості їжі. Їх сон поверховий, тривожний, неспокійний, вони можуть кілька разів прокидатися вночі і знову приймати їжу.

За даними Т. Вознесенської і А. Вахмістрова [9]: «голод і ситість у залежних від синдрому нічної їжі є своєрідними модуляторами рівня неспання». Після прийому їжі активність і працездатність пацієнтів значно знижуються, з'являється сонливість, порушується професійна діяльність. Це є однією з причин відмови від прийому їжі перед робочим днем і протягом нього. Переїдання вечорами використовується пацієнтами в якості снодійного. Першочергова роль голоду і насичення в регуляції рівня неспання характерна для людини в період раннього дитячого віку. Саме голод пробуджує немовляти і робить його емоційно і моторно активним, і, навпаки, за прийомом їжі та ситістю настають релаксація і сон. У процесі дозрівання організму роль голоду і ситості як регуляторів рівня неспання значно

знижується, поступаючись місцем іншим стимулам і мотиваціями. У людей, які страждають на ожиріння такої заміни не відбувається. Таким чином, синдром нічної їжі при ожирінні можна віднести до варіанту онтогенетичної психофізіологічної незрілості.

Обмежувальна харчова поведінка – це надлишкові харчові самообмеження і безсистемні занадто строгі дієти, до яких час від часу вдаються всі хворі ожирінням. Періоди обмежувального харчової поведінки змінюються періодами переїдання з новим інтенсивним набором ваги. Зазначені періоди при обмеженому харчовому поведінці призводять до емоційної нестабільності. Емоційна нестабільність, що виникає під час застосування суворих дієт, отримала назву дієтичної депресії, яка в свою чергу визначається як комплекс негативних емоційних відчуттів, що виникають на тлі дієтотерапії: підвищені дратівливість і стомлюваність, відчуття внутрішньої напруги і постійної втоми, агресивність і ворожість, тривожність, понижений настрій, пригніченість і т.д. Дієтична депресія призводить до відмови від подальшого дотримання дієти і до рецидиву захворювання. Після таких епізодів у пацієнтів формуються почуття провини, зниження самооцінки, невіра в можливість лікування. Особливо погано переносять дієтотерапію хворі з переїданням у відповідь на стрес, які звикли нормалізувати свій емоційний дискомфорт прийомом їжі і для яких їжа стала своєрідним засобом релаксації.

За даними Т.Г. Вознесенської і А.В. Вахмістрова [9] люди, які страждають на ожиріння з наявністю емоціогенної харчової поведінки при застосуванні ізольованої дієтотерапії в 100 % випадків відчувають симптоми дієтичної депресії в тій чи іншій мірі вираженості. У 30% людей, які страждають на ожиріння без клінічно виражених форм порушення харчової поведінки вони вперше виникають на тлі дієтотерапії, що супроводжується відчутним емоційним дискомфортом і змушує їх відмовлятися від терапії.

Ожиріння може бути набуто при неправильному стилі харчової поведінки

батьків, тоді коли вони систематично на будь-яке зовнішнє вираження дитиною потреби відповідають пропозицією їжі і ставлять свій прояв любові до дитини в залежність від того, чи їсть він чи ні. Ці структури відносин ведуть до нестачі сили Я, в результаті чого фрустрації не можуть переноситися і опрацьовуватися і повинні лише стиратися за рахунок «підкріплення». У хворих з ожирінням часто спостерігається дуже тісна прихильність до матері, домінування матері в сім'ї, в якій батько грає лише підлеглу роль. Мати свою надмірну турботою затримує руховий розвиток і готовність до соціального контакту і фіксує дитину в пасивно - рецептивній позиції.

Психодинамікою підвищене надходження калорій пояснюється як захист від негативних, особливо від депресивно забарвлених емоцій і страху.

Була розроблена сучасна концепція накопичення надмірної ваги, не тільки пояснює причини труднощів в схудненні, а й дає реальний шанс з легкістю знизити вагу і зберегти жадану стрункість. Це так звана біопсихосоціальна модель. У відповідності з перерахованими функціями їжі в ній виділяється три групи причин, що призводять до зайвих кілограмів: по-перше, фізіологія організму, або біологічні причини: малорухливий спосіб життя, спадкова схильність, стан енергетичного обміну. Далі ми докладно розглянемо взаємозв'язок обмінних процесів з душевним станом, поки ж тільки підкреслимо, що біологічна складова надмірної ваги в чому залежить від складової психологічної.

По-друге, причини психологічні. Зараз же коротко нагадаємо, що психологічні причини характеризуються двома моментами.

1. Психологічна залежність від їжі, коли їжа використовується для корекції настрою, подібно алкоголю або нікотину. І якщо чоловікам властиво «залити» горе або нудьгу спиртним, то для жінок найбільш соціально прийнятний спосіб «втішитися» – це можливість переплавити свої негативні емоції в жир. Торти та шоколадки підвищують настрій, не викликаючи осуду

з боку суспільства.

2. Так звана гіперфагічна (грец. hyper – phagia , гіпер + phagein – їсти, поїдати , пожирати) реакція на стрес, коли їжа використовується під час або після стресу. У цьому випадку переїдання свого роду предмет заботи, прагнення сховатися від реальності. Але робити висновок про повноцінний антистресовий ефект передчасно, оскільки в цьому випадку створюється лише видимість душевного благополуччя. Проблема, не знаходячи рішення, заганяється глибоко всередину і періодично дає про себе знати.

Третя група причин надмірної ваги – це соціум. Іншими словами, використання їжі і, внаслідок цього, переїдання для поліпшення спілкування з близькими, друзями, колегами. У даному випадку зайві кілограми можуть бути і результатом виховання в надто хлібосольтній родині, і наслідком звички розслаблятися в дружній компанії за столом, що ломляться від страв, і засобом спілкування в робочому колективі.

Однією з гіпотез поширення розладів прийому їжі є величезний вплив суспільства на норми і цінності індивіда. Останні десятиліття наше суспільство віддає перевагу стрункості. У свідомості людей міцно закріплений стереотип про те, що бути худим – значить бути успішним, здоровим, привабливим, дисциплінованим та інше. Повнота асоціюється з непривабливістю, лінню, некомпетентністю [61].

Існує думка, що збільшення кількості харчових розладів за останні 40-50 років пов'язано з усе більшим поширенням у суспільстві ідеалу худорлявості. Ця думка ґрунтується на зайвій стурбованості пацієнтів з нервовою булімією і нервовою анорексією своєю вагою і тілом.

З «соціальної» гіпотези випливає припущення, що саме через прийнятих у суспільстві ролей і стереотипів, розладами прийому їжі страждають в основному жінки, тоді як чоловіки схильні до трудоголізму [60].

Пріоритети в суспільстві такі, що жінка повинна бути приваблива зовні для успішної взаємодії з чоловічою статтю, тоді як чоловік повинен бути

насамперед реалізований соціально, в суспільстві і на роботі. За даними західних психіатрів розладами харчової поведінки страждає 4% жінок у віці від 14 до 20 років. У чоловіків такі розлади зустрічаються значно рідше.

У підлітковому віці часто відзначається підвищена увага до своєї зовнішності, а також думку оточуючих про неї. Велике значення мають прийняті в суспільстві стандарти краси, які в ХХІ столітті можна визначити як тендітну, повітряну, граціозну фігурку. Немає нічого поганого в тому, що дівчина стежить за своєю вагою, якщо це не виходить за межі норми. Але іноді лише злегка надмірна вага або просто особа з широкими вилицями викликають хворобливе ставлення до «свого дефекту»: знижується настрій, з'являється відчуття, що оточуючі помічають це «потворність» і підсміюються, обмінюються багатозначними поглядами. Тобто розвивається дисморфобічний синдром – болісне переживання свого «фізичного недоліку». Тоді починаються пошуки найбільш прийнятної для себе способу схуднення, при цьому болюча боротьба із зайвою вагою може приймати різні форми.

Обидва цих захворювання можна розцінювати як гіперболізацію прийнятих в соціумі цінностей.

Нервова булімія, може супроводжувати нервову анорексію, але може виникнути і самостійно. Пацієнти з нервовою булімією стежать за своєю вагою, багато займаються фізкультурою, регулярно дотримуються дієти, але принаймні два рази на тиждень у них виникають напади обжерливості. За короткий час вони можуть з'їсти величезну кількість висококалорійної їжі, при цьому часто буквально заковтують їжу, що не пережовуючи її і не відчуваючи смаку. Це закінчується, коли від переїдання починає боліти живіт, і тоді жертва хвороби намагається викликати блювоту або використовує велику кількість проносних або сечогінних засобів. Такий цикл може повторюватися кілька разів на тиждень, а у важких випадках кілька разів на день. Друзі та родичі можуть і не знати, що близька їм людина страждає цим розладом, тому що бенкетують такі пацієнти, як правило,

поодинці. На відміну від людей які страждають на нервову анорексію, вони не втрачають вагу так швидко, вони можуть важити трохи менше або навіть трохи більше норми для їх росту, але їх соматичний стан погіршується.

Розлади харчової поведінки ясно ілюструють зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям. Психічні порушення при нервової анорексії та нервової булімії безпосередньо впливають на фізичне здоров'я пацієнта, призводять до серйозних порушень соматичного стану пацієнта.

1.3. Соціально-психологічні особливості вибору харчової поведінки як потреби особистості

Динамічний розвиток сучасного суспільства ставить перед нами нові вимоги у витратах особистісних ресурсів у вигляді енергії. До того ж депресії та стреси постійно присутні в нашому житті та поступово його рунуть, а саме тоді, коли людина не знає, як собі давати з ними раду. Саме тому їжа уже не виконує свою першочергову функцію насичення організму людини, а перетворюється на деякі форми фетишу; їжею людина намагається заглушити власні психологічні проблеми. Часто люди вживаючи їжу зовсім не відчують морального задоволення від неї та фізичної користі. І коли немає можливості відпрацювати свої психологічні проблеми ніяким іншим методом, включаються механізми «заїдання». Тепер бачимо, що адиктивна поведінка в харчуванні є способом уникнення суб'єктивної дійсності.

Приготування їжі було одним з найдавніших занять людини. Упродовж багатьох століть в різних націй та народів формувались не лише вміння та навички в кулінарії, а й відповідні вподобання та схильності. Особливості в харчовій поведінці людей складались на підставі різних чинників: кліматичних особливостей, географічного розташування, економічні можливості, деякі традиції і т.ін. Люди, що проживали біля водойм, споживали більшою мірою рибу та морепродукти. Кочові народи – їли те, що давало тваринництво

(молоко та м'ясо). Мешканці лісостепу застосовували в їжі тваринництво та продукти лісу. Країни півдня – овочі та фрукти.

Отже, саме так визначався комплекс продуктів, з яких в подальшому готували їжу. Ще один чинник, який впливав на вигляд національної кухні, – це методи та техніки приготування їжі, зокрема, способи її обробки.

Режим харчування та смакові вподобання теж склалися відповідно до географічних та кліматичних особливостей. Так, народи півдня вподобали використовувати різноманітні гострі соуси та приправи, народи півночі полюбляють відносно прісну їжу. Переважна більшість народів споживають їжу тричі в день. Проте південні народи вранці їдять мало, а в обід та вечерю – трохи більше.

На національне харчування впливає також і релігія. Переважно її ідеологія органічно впліталась у вже сформовані національні традиції в кулінарії. Але все ж вплив церковного чинника загалом щодо національної кухні є визначальним та незаперечним фактором.

Знаємо, що мусульмани не вживають свинину, народи Індії, що сповідують індуїзм, зовсім не їдять м'яса тваринного походження, серед них є багато вегетаріанців. Саме тому кожен народ має свою властиву лише йому кулінарію з її специфічними властивостями. Так формувались національні кухні, істотною частиною яких до тепер є приписи релігії.

Особливо цікавим є факт, що в стародавньому Римі була традиція споживання їжі раз в день в час вечірньої прохолоди. У час Римської імперії аристократи мали кількаразовий прийом їжі, для власного задоволення. Проте вони відразу після споживання їжі звільняли власний шлунок блюванням.

У XVI столітті в Західній Європі послуговувались приказкою про те, що вставати вранці треба о 6 год., обідати в 10 годині, вечеряти в 6 годині, спати лягати о 10 годині. Таким чином можна продовжити власне життя 10 разів по 10.

Англія ще 200 років назад в полудень був перший прийом їжі. Не

визнавався сніданок, його спочатку ввели відомі дами, що в ліжко брали шоколад.

Складаючи добовий раціон їжі поруч з дисципліною точного часу прийому є ще й інакший критерій, такий як відчуття гострого голоду.

Йоги також мали цікавий погляд на те, що вони їли, у них і справді можна повчитися. Їхня їжа поділялась на три категорії: саттва, раджас і тамас. Вони переконані, що гармонія духу і тіла, зорових уявлень, розсудливості, психічної рівноваги можливі за умови вживання плодів, овочів, злаків, зелені та молочних продуктів. Іншого виду їжа, така як пісне м'ясо, риба, цукор, сіль, гострі приправи, кава, чай та какао, впливає на емоційний стан, зокрема, дратівливість, не дозволяє концентрувати думки. Їжа, що створює ледачу та загальмовану людину, понижує її інтелектуальні здібності – це алкоголь та м'ясо. Йоги визнають їжу лише першого типу, саттва, яка підтримує психічну та фізичну досконалість..

У Японії буддійські ченці щоб досягнути психічної досконалості по системі дзен вживають в їжу тільки рослинну свіжу їжу, таку як овочі, боби, сою, ячмінь, рис. У процесі споживання їжі вони мають «5 роздумів про їжу». Це:

1. Звідки це підношення;
 2. У чому я сьогодні не досяг досконалості;
 3. Стежити за своїми переживаннями та не припускати в собі жадібності та злості;
 4. Саме ця їжа вживається як ліки для підтримки здоров'я;
 5. Саме ця їжа вживається з метою досягти духовної досконалості.
- Звичайно, що тут є раціональне зерно, адже наша свідомість є матеріальним продуктом нашого мозку, і йому не все одно що саме ми споживаємо.

Дуже точно з приводу вибірковості вживання їжі сказав В. Вересаєв: «Ми є те, що ми їмо». Споживання сирих рослинних продуктів сприяє не тільки швидкому насиченню. Така людина має більш розвинений смак і нюх, починає

звертати більшу увагу на нові нотки запахів та ароматів, досліджує смакові відчуття.

Отже, бачимо, що кожний етнос несе власні традиції та особливості харчування. Це, звичайно, впливає на деякі особливості харчової поведінки особистості. Сучасний космополітизм призвів до обміну кулінарними традиціями поміж різних народів. Динаміка життя детермінує популяризацію харчування Північної Америки у багатьох країнах світу. Ця кухня руйнує культурні традиції прийому їжі та все більше в меню з'являється швидко приготовлена чи готова їжа довготривалого зберігання. А це більша кількість закусок, що рекламують ресторани та бари бістро, газовані напої та енергетики.

Висновки до Розділу 1

Взаємодія з їжею є дуже постійним типом взаємин у житті будь-якої особистості. Адже харчування – це усі процеси, які скеровані на добування, вибір, підготовку, споживання й засвоєння їжі. Усе це створює деякі умови щодо забезпечення енергією та поживними речовинами з метою життя та діяльності організму. Споживання їжі також забезпечує деякі інші особистісні потреби особистості, серед яких етноідентифікація, самоствердження, задоволення. Також забезпечує й соціальні потреби людини, серед яких соціоідентифікаційна, соціодиференційна, соціоінтегративна.

Споживання їжі задовольняє не лише фізіологічні потреби, а й служить добрим способом психологічного захисту, компенсує брак любові, є способом зниження напруженості та тривоги, лікує вражене самолюбство, а також традиційно є способом спілкування в усіх культурах та народах світу в застіллях, де є коло людей, що споживають їжу та тепло спілкуються. Часто до такого спілкування додають алкоголь, що піднімає настрій, розв'язує язика та розпалює апетит.

Порушення харчової поведінки належать до розладів прийомів їжі. Це тип

психологічно обумовлених синдромів поведінки, які пов'язані з деякими хибами у прийомах їжі. Серед таких виокремлюють психогенне переїдання, нервову анорексію, нервову булімію та інші. Таким відхиленням харчової поведінки страждає 3-5% усіх людей на планеті.

Порушення харчової поведінки належать до розладів психіки. Під час порушень харчової поведінки можна спостерігати наступні ознаки:

1. Страх повноти, що обумовлений модою на струнку фігуру. Тут про відхилення можна говорити у випадку, якщо особа тривожиться за власну фігуру більше, ніж інша людина тієї ж етногрупи. Цьому відхиленню сприяють перфекціонізм, нарцисизм, навіюваність. Усі ці особливості діагностують різними методами.
2. Обмеження себе в їжі і, як наслідок, страх повноти. Найбільші обмеження є при нервовій анорексії, найменшими – при компульсивних переїданнях в людей з ожирінням. Такі особи випрацьовують окремі правила та стараються їх дотримуватись, проте вони досить часто не є обгрунтованими. В обидвох випадках періоди обмеження їжі чергуються з приступами обжерливості.
3. Приступи обжерливості – це втрата контролю щодо тяги до харчування, в ході чого людина не здатна покерувати бажанням з'їсти вибрані продукти. Такі напади обжерливості є дещо іншим феноменом та відрізняється від звичайного переїдання, до прикладу, у свята..

Коли молодь обирає стиль свого харчування, важливу роль відіграє її етнічна ідентичність, зокрема, правила та традиції харчування етнічної групи. Відкриті кордони призвели до обміну традиціями в культурі харчування, саме тому дуже популярною в багатьох країнах є стиль харчування Північної Америки. Мова йде про фастфуд, швидкі перекуси, газовані солодкі напої та енергетики..

Однією з важливих детермінант вибору стилю харчової поведінки теперішньою молоддю є їх задоволення соціальних потреб. Адже людина – це соціальна істота. Упродовж життя вона намагається виокремити собі свою нішу в соціумі та відбутися в колективі.

Знаємо, що молоді люди застосовують харчування для гасіння своїх потреб у психологічній сфері. Мова йде про потреби в релаксації, комунікації, самоствердженні тощо. Дуже важливим в харчовій поведінці є доступність та простота тих продуктів, що вони обирають. Широка інформативність у цій темі у XXI столітті часто також призводить споживання їжі на користь особистісних потреб в сенсі символічному.

Досліджувана нами тема на цьому не вичерпується. Надзвичайно цікавою є емпірична частина вивчення цього феномену.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ

2.1. Методологічна основа емпіричного дослідження

Теоретико-методологічний аналіз феномену харчової поведінки сучасної молоді зумовив потребу в емпіричному вивченні цього питання. Наше дослідження направлене на вивчення зв'язків психологічного благополуччя, прийняття свого тіла та вияву харчової поведінки сучасної молоді.

Ми поставили наступні завдання:

1. Вивчити рівень сприйняття образу свого тіла молодих людей;
2. Визначити рівень психологічного благополуччя;
3. Дослідити взаємозв'язок психологічного й тілесного прийняття осіб;
4. Розробити практичні рекомендації превенції адиктивної харчової поведінки молодих людей.

Емпіричний матеріал збирався через скайп-опитування волонтерів осіб молодого віку. Вікова категорія 25-44 років у кількості 109 людей, з яких 75 жінок, 34 чоловіків.

Ми припускаємо, що наступне дослідження окреслено теми дасть можливість долучити більшу кількість осіб для валідації одержаних результатів та визначення зв'язків рівнів псих. благополуччя та особливостями харчової поведінки молоді в Україні.

Ми обрали комплекс методик, що допомогли визначити взаємозв'язок прийняття образу свого тіла, власного благополуччя, схильності до адикції в харчуванні осіб молодого віку.

Наше дослідження проводилось методом опитування на підставі таких методик (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Зміст дослідження	Методичний матеріал	Літературні джерела
Рівень прийняття образу власного тіла	«Опитувальник образу власного тіла»	О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки // Психологический журнал, 2006, № 2. стр. 41-48
Індекс маси тіла	Методика Адольфа Кетеле (Adolphe Quetelet) затверджена ВООЗ	http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
Рівень психологічноно благополуччя	Опитувальник «Шкала психологічного благополуччя» К. Рифф.	Т.Д. Шевеленкова, Т.П. Фесенко. Психологическое благополучие личности. Психологическая диагностика, 2005 г., №3, стр. 95-121.

«Опитувальник образу власного тіла» О. Скугаревського, С. Сивухи спрямована на вивчення рівня невдоволення своїм тілом у людей, які схильні до розладів харчової поведінки. Когнітивна теорія психіки пояснює незадоволеність своїм тілом через 2 структурні складові: перцептивну, яка заснована на сприйнятті, та оцінну, яка заснована на мисленні. Результати клінічних досліджень нас переконують в тому, що більшого значення має друга структурна складова – оцінна, зокрема, незадоволення своїм тілом слабо пов'язане з реальними змінами у відчуттях та маси тіла. Оцінна структурна складова відображає:

- Загальну оцінку тіла (незадоволеність чи задоволеність власним тілом чи його частинами);
- Почуття та емоції щодо свого зовнішнього вигляду;
- Когнітивну складову (власні переконання та установки відносно

зовнішності, схема тіла);

- Деяку поведінку, до прикладу, не дивитись у дзеркало, постійно зважуватись, ходити до тренажерного залу і т.ін.

Усі досліджувані опитували індивідуально. На початку роботи ми давали відповіді інструкцію. Сирі бали згодом сумувались за усіма позиціями шкали. Кількість балів 13 і більше – свідчення очевидної незадоволеності своїм тілом. Найбільший результат – 48 балів. Автори методики для зручності запропонували застосувати у статистичному моделюванні перевести бали у стени у відповідності до поданої нижче таблиці.

Таблиця 2.1 а.

Переведення сирих балів у стенайни за методикою «Опитувальника образу власного тіла» О.О. Скугаревського, С.В. Сивухи

Отримані бали	0	1-2	3-4	5-7	8-10	11-14	15-18	19-23	24 +
Стенайни	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Результати дослідження ми виконували методами математичної статистики. Щоб співвіднести дані суб'єктивного сприйняття наших досліджуваних відносно об'єктивних подій і з метою перевірки валідності ми оцінили антропометричні дані за методом А. Кетеле, що діагностує відносний розвиток ожиріння і захворювань, що з ним асоціюються.

Аббревіатуру ІМТ – індекс маси тіла – це відношення маси тіла до росту. Цим індексом визначають надмірну, нормальну чи недостатню вагу тіла.

ІМТ розраховуємо так: $ІМТ = m/h^2$

де m – це маса тіла, кг; h – зріст, м.

Градація цього індексу наступна:

- ІМТ від 16 до 17,9 свідчить про недостатню вагу, дефіцит маси тіла.
- ІМТ в діапазоні 18-24,9 вказує на нормальну вагу.
- ІМТ в діапазоні 25-29,9 свідчить про надлишкову вагу.

- ІМТ в діапазоні 30-34,9 вказує на ожиріння першого ступеня.
- ІМТ в діапазоні 35-39,9 вказує на ожиріння другого ступеня.
- Якщо ІМТ вище 40, то це вже третя ступінь ожиріння, серйозна загроза життю.

Усі досліджувані діагностувались окремо, застосовуючи відповідну інструкцію.

Психологічне благополуччя молодих осіб здійснювалось опитувальником «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф. Ця шкала є однією з найпоширеніших методик і сформована з 6-ти шкал: самоприйняття, життєвих цілей, особистісного зросту, керування середовищем, позитивних стосунків, автономності. Вимірює ця методика актуальне благополуччя та не стосується благополуччя потенційного. Загалом психологічне благополуччя тісно пов'язане з життям свідомим, мотивацією та ціннісно-смісловою сферою особистості. Методика містить 18 питань та розроблена для великих досліджень та інтерв'ю телефоном. Обробка результатів здійснювалась за допомогою методів математичної статистики та програми SPSS (версія 22.0).

2.2. Аналіз результатів дослідження

Результати опитування дали змогу нам поділити наших досліджуваних на 2 групи: осіб, що приймають своє тіло та осіб, що не приймають образ свого тіла. У таблиці можна побачити дані щодо молодих осіб, що 61% респондентів приймають образ свого тіла (гр.1). Нам видається, це тому, що 76% осіб цієї групи мають показник ІМТ в межах норми. Проте, група 2 з нормальним ІМТ у 60% має рівень неприйняття 100%. Група 2 складає 39% від загальної кількості молодих осіб. Подібне дослідження проводили вчені О. Скугаревський та С. Сивуха, в якому висловлена думка про те, що незадоволеність власним тілом має слабкий зв'язок з дійсною вагою.

Таблиця 2.2.

Рівень прийняття образу власного тіла у осіб молодого віку

Загальна вибірка	Група 1 Приймають образ власного тіла		Група 2 Не приймають образ власного тіла	
	Абсолютне значення	%	Абсолютне значення	%
109				
Загальна кількість респондентів	67	61%	42	39%
Знижений ІМТ (в т.ч. дистрофія)	6	9%	6	14%
Нормальний ІМТ	51	76%	25	60%
Завищений ІМТ (в т.ч. ожиріння)	10	15%	11	26%

Наступний статистичний аналіз результатів груп 1 та 2 за t-критерієм Вілкоксона дав змогу одержати наступні результати (рис. 1).



Рис. 1. Рівень благополуччя осіб молодого віку

Порівнюючи дані першої групи, зокрема, прийняття образу власного тіла, та другої групи, зокрема, неприйняття власного тіла, бачимо, що високим є показник власної автономності (1 гр. – 6,9; 2 гр. – 6,5). Нам видається, що це може свідчити про уже сформовану здатність витримувати соціальний тиск у вчинках та думках, сформовану незалежність, можливість давати оцінку собі, виходячи зі своїх стандартів.

Результати за шкалою «Позитивні стосунки з оточуючими» чи товарицькість в обидвох групах становлять 6,4 та 6,3 відповідно, що підтверджує наявні приємні, близькі, довірливі стосунки з оточуючими, намагання виявляти турботу щодо інших, здатність до близькості, любові та емпатії, вміння віднаходити деякі компроміси у стосунках.

Дані шкали «Керування середовищем» чи компетентність та комфорт свідчать про деяку диференціацію цифр у групах 1 та 2. Досить високі значення у групі 1 (6,6) підтверджують впевненість та компетентність в керуванні побутовими справами та обставинами, можливість самому вибирати та формувати відповідні умови, що задовольняють особистісні потреби, а також цінності.

З іншого боку, низькі показники другої групи (5,2) підтверджують нездатність давати собі раду в рутинних справах, відчуття неможливості покращити чи зарадити умови свого життя, безсилля в керуванні оточуючим світом.

Шкала цілеспрямованості «Цілі в житті» теж показує диференціацію в групах. Досить високі цифри в гр.1 (6,3) на нашу думку може підтверджувати наявність мети та відчуття усвідомленості в житті, відчуття, що минуле та сьогодення осмислене, що існують переконання, які наповнюють життя цілями. Показники групи 2 (5,2) свідчать про розмиті мету в житті та відчуття відповідних життєвих ритмів. Сьогодення та минуле не відчувається змістовним, немає переконань, які додають мети життю.

Шкала самовдосконалення «Особистісне зростання» в групах 1 та 2

демонструє деякі розбіжності (5,9 і 5,5 відповідно). Це може показувати намагання досліджуваних обидвох груп стежити своє власне зростання та почувати самовдосконалення упродовж часу. Є потреба реалізувати свій потенціал. Сформований адекватний механізм самооцінки, є уникнення переживання стагнації та відчуття неможливості опанувати новітні навички та відсутність власного поступу.

Показники шкали «Самоприйняття» у нашій роботі мають значну роль та ще раз підтверджують цифри першого аналізу. Тут спостерігається найбільша диференціація показників між двома групами. Досліджувані гр.1 показують високий рівень самоприйняття 6,5, що свідчить про позитивне ставлення щодо себе, прийняття себе, своїх позитивних та негативних якостей, існує позитивна оцінка власного минулого.

Низькі показники групи 2 (5,1) демонструє незадоволення собою. Розчарування своїм минулим, переживання щодо своїх рис характеру, неприйняття себе, стремління стати іншим, не тим, що є зараз.

Остання шкала – «Схильність до вияву адиктивної харчової поведінки» – спровокована стресовими факторами. Диференціація поміж тими групами (4,1 і 5,3 відповідно) дає змогу в подальшому перевіряти гіпотезу щодо прямопропорційного зв'язку адиктивної харчової поведінки з неприйняттям образу власного тіла.

За допомогою дисперсійного аналізу статистично значимі відмінності ($p > 0,001$) показників «прийняття» по шкалі психол. благополуччя образу свого тіла (рис. 2.4).

На цьому графіку бачимо, що прямопропорційний зв'язок самоприйняття особистості та прийняття власного тіла. Це свідчить про те, що міра задоволеності власною зовнішністю забезпечує якість психологічного існування особистості. Оцінна складова образу тіла інтегративно показує: загальну оцінку тіла, зокрема, незадоволеності чи задоволеності вагою, формою, частинами тіла, емоціях та почуття, когніції щодо зовнішності та побудови тіла, деяку поведінку,

таку як бажання важитись чи дивитись в дзеркало.

Рівень взаємозв'язку тілесного та психологічного прийняття у осіб молодого віку

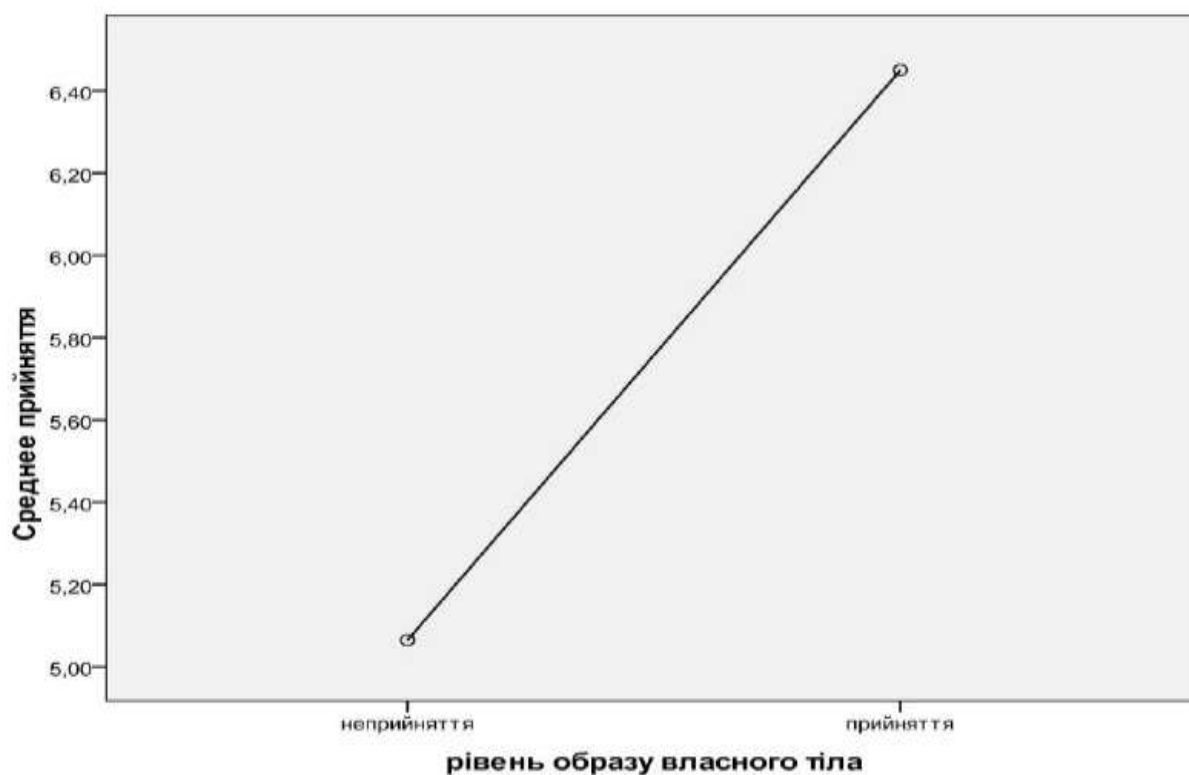


Рис. 2.4. Взаємозв'язок тілесного та психологічного прийняття в осіб молодого віку

За допомогою дисперсійного аналізу статистично значимі відмінності (на рівні $p > 0,06$) значення шкали «цілеспрямованості» відповідно до шкали псих. благополуччя від прийняття образу власного тіла (рис. 2.5).

Малюнок показує, що найвищі середні показники щодо цілеспрямованості в образі Я можна побачити в досліджуваних, які приймають образ свого тіла. Нам видається, що ці дані свідчать про сформованість в гр. 1 механізму ефективної поставки мети та усвідомленості життя, тоді як цифри гр. 2 досліджуваних, що не приймають своє тіло, свідчать про розмитість мети в житті та відчуття життєвих ритмів, немає переконань, які б додавали життю мети.

Рівень взаємозв'язку цілеспрямованості та прийняття образу тіла у осіб молодого віку

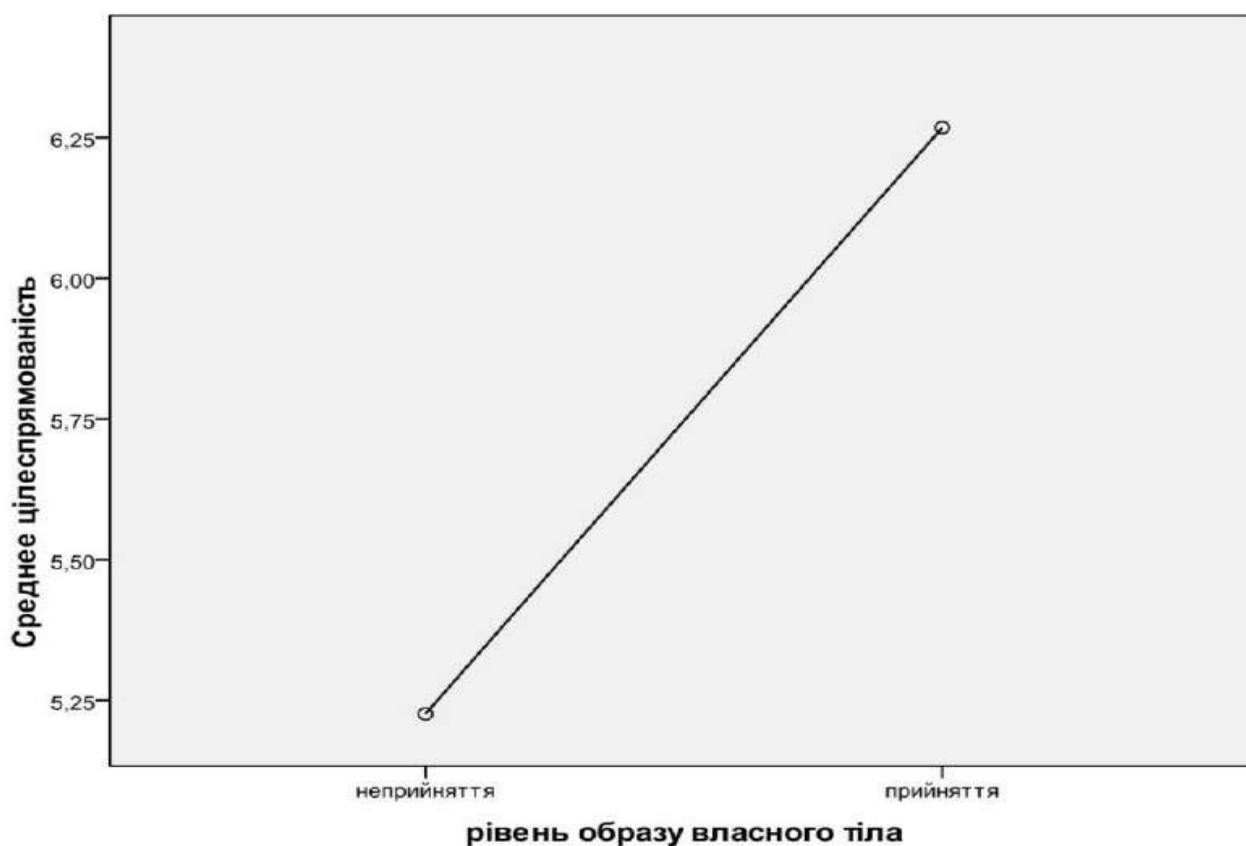


Рис. 2.5. Взаємозв'язок цілеспрямованості та прийняття образу тіла в молоді

Цей малюнок також свідчить про те, що існує пряма залежність цілеспрямованості людини з прийняттям образу свого тіла, тобто з підвищенням рівня прийняття, підвищується показник цілеспрямованості. Такий самий висновок є і за даними нашого аналізу Е-критерію Вілкоксона по шкалі цілеспрямованості «Цілі в житті».

За допомогою дисперсійного аналізу встановлено статистично значущі відмінності ($p > 0,001$) значень цифр шкали «комфорт» відповідно до псих. благополуччя щодо прийняття образу свого тіла (рис. 2.6).

Значення показника «комфорт» залежно від рівня прийняття образу власного тіла у осіб молодого віку

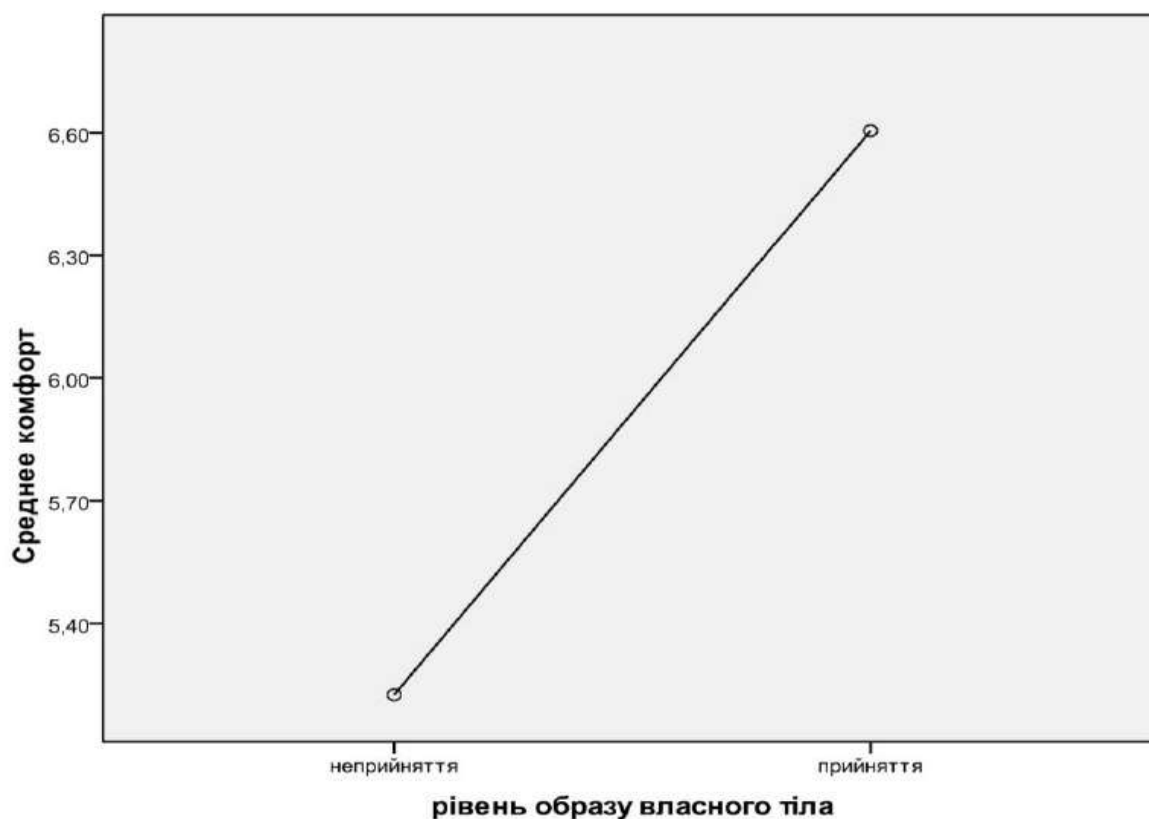


Рис. 2.6. Значення показника «комфорт» відповідно до рівня прийняття образу свого тіла

На цьому графіку спостерігаємо прямопропорційність відчуття психол. комфорту щодо прийняття свого тіла. Якщо рівень прийняття підвищується, то зростає середній по групі показник комфорту. Ці дані співпадають з результатами нашого аналізу за Т-критерієм Вілкоксона по шкалі «Керування середовищем». Високі цифри у гр.1 (6,6) підтверджують відчуття впевненості та компетентності в керуванні рутинними справами, можливість добре використати різноманітні життєві ситуації, вміння самостійно створювати та обирати комфортні умови, які покривають свої цінності та потреби.

Низькі показники гр.2 (5,2) можуть свідчити про неможливість дати собі раду зі щоденними справами, неможливість покращити свої життєві умови,

почуття безсилля в керуванні світом.

Результати первинного аналізу дали змогу розділити досліджуваних на 4 групи (рис. 2.7).

Рівні проявів харчової поведінки осіб молодого віку під дією стресових факторів

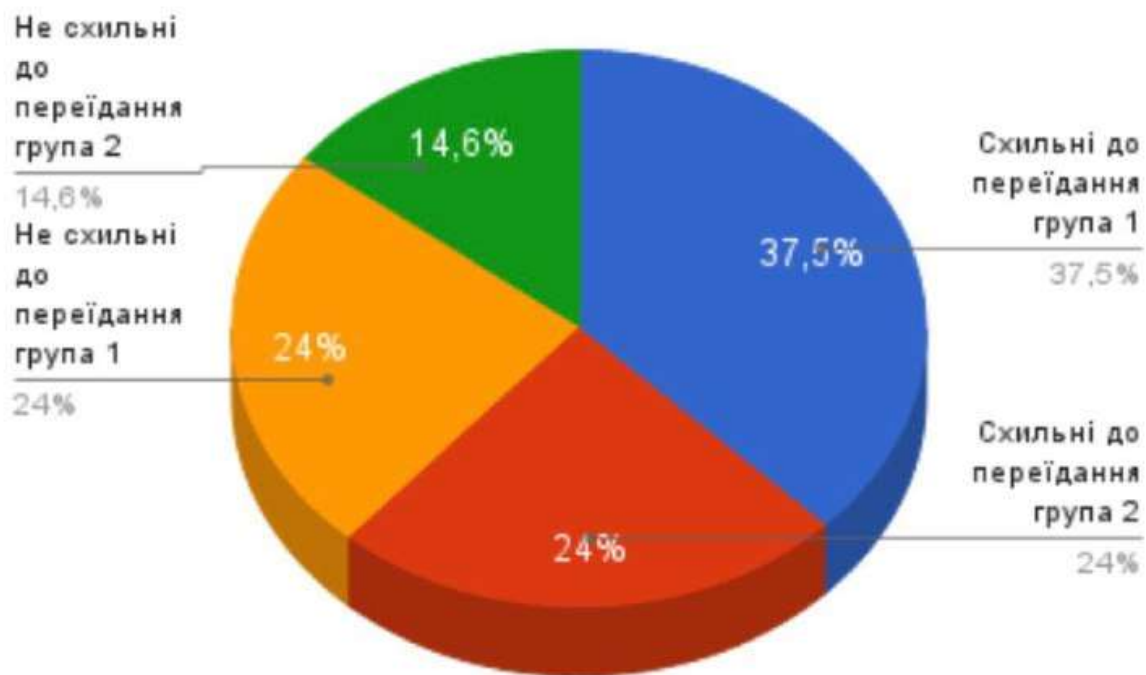


Рис. 2.7. Харчова поведінка осіб молодого віку

На діаграмі чітко бачимо загальну кількість досліджуваних, що оцінили себе як схильні до переїдання в часі стресу, та цифра складає 61,47%, тобто це більша її половина з обидвох груп. В обидвох групах відсоток досліджуваних, які схильні до переїдання майже однаковий (61% та 62,2% відповідно).

Ці дані дають змогу зробити висновок про те, що переважна більшість досліджуваних обидвох груп, незважаючи на те, приймають вони себе чи ні, визначають себе самих спрямованими до адиктивної поведінки в харчуванні.

Також ми припускали, що не впливає прийняття образу свого тіла на схильність під час стресу переїдати. На підставі наших даних дослідження

можна зробити висновок, що стан прийняття свого тіла як рівень психологічного благополуччя має дуже низьку кореляцію до проявів адиктивної харчової поведінки. Тому гіпотеза наша підтверджується.

Ми вперше співвідносили використані нами методики в нашому дослідженні, а тому питання щодо взаємозв'язку вияву адиктивної поведінки з прийняттям свого образу тіла повинне ще додатково підлягати подальшим дослідженням з використанням інших методик.

2.3. Практичні рекомендації щодо превенції проявів адиктивної харчової поведінки в осіб молодого віку

Результати теоретичного аналізу та емпіричного дослідження свідчать про необхідність створення системи заходів спрямованих на превенцію адиктивної харчової поведінки. На основі досліджень, ми сформуваємо деякі рекомендації.

1. Формування реального образу власного тіла. Воно досягається шляхом застосування тілесноорієнтованих методик (наприклад, М. Фельденкрайза). Усвідомлення різниці між уявним та реальним образом власного тіла є кроком до гармонізації психічного стану в системі «Я-реальне» — «Я-ідеальне».

2. Спостереження за своїми харчовими звичками за допомогою щоденника харчування. У щоденнику фіксується не лише опис кількості та якості продуктів харчування, але й стан голоду до насичення та після їжі, емоційний стан особистості до і після прийому їжі. Фіксація з подальшим аналізом веде до усвідомлення взаємозв'язків між емоційним станом та кількістю і частотою вживаної їжі.

3. Підтримка зі сторони значущих людей у намаганні відслідкувати та організувати свою харчову поведінку.

4. Відновлення психологічного благополуччя за допомогою консультацій психолога.

Висновки до розділу 2

Результати нашого дослідження, що стосувались вивчення прийняття образу свого тіла ми встановили, що переважна більшість досліджуваних молодого віку (61%) позитивно приймають образ свого тіла, від загальної кількості більше третини досліджуваних (39%) існують з неприйняттям свого образу тіла.

Ми довели з допомогою Т-критерію Вілкоксона, що в обидвох групах не залежить прийняття свого тіла від показників «товариськості» та «автономності».

У представників гр.1 є вищими показники за шкалами «цілеспрямованість» та «комфорт», що свідчить про прийняття свого образу тіла, впевненість та компетентність в керуванні рутинними справами, здатність використовувати різноманітні життєві ситуації, вміння самостійно вибрати та створити собі комфортні умови, що відповідають власним цінностям та потребам, трохи більше розвинені, мають мету та усвідомленість життя.

За шкалою «самовдосконалення» показники Т-критерію Вілкоксона нам кажуть про те, що досліджувані гр.2 переймаються цією проблематикою. Саме тому беручись до психокорекції людей, що не приймають образ свого тіла, цей показник варто враховувати через встановлення відповідного рівня домагань та корекції адекватної самооцінки та рівня домагань.

За шкалою «самоприйняття» показники вказують на цифри попереднього аналізу, зокрема, бачимо значну відмінність між досліджуваними обидвох груп у показниках прийняття позитивного ставлення щодо себе, визнання себе у всій палітрі іншості, що включає як позитивні, так і негативні особистісні якості для групи 1 та навпаки, незадоволення собою та розчарування у своєму минулому досвіді, переживання з приводу деяких особистісних рис та особистісне неприйняття, намагання стати іншим – для групи 2.

З допомогою дисперсійного аналізу встановлено статистично значимі показники ($p > 0,001$) взаємозв'язків цифр шкали «прийняття» у психологічному

благополуччі з прийняттям образу свого тіла. Тому міра задоволеності власним зовнішнім виглядом дає змогу дати оцінку якості функціонування психіки людини.

За допомогою дисперсійного аналізу встановлено статистично значимий зв'язок ($p > 0,06$) цифер «цілеспрямованості» шкали психологічного благополуччя, а також цифри «прийняття образу свого тіла». Тобто з підвищенням рівня прийняття образу свого тіла підвищується середній груповий показник цілеспрямованості.

Дисперсійний аналіз дав змогу встановити статистично значущий взаємозв'язок ($p > 0,001$) цифри «комфорту» шкали психічного благополуччя прийняття образу свого тіла. Тобто з підвищенням рівня прийняття підвищується середній груповий показник комфорту.

Порівняльний аналіз показав, що значна частина досліджуваних переїдають під час проживання стресу, і становить 61% у гр.1 та грішить дещо більшою кількістю з'їденого у гр. 2. Отже, можна підсумувати, що факт заїдання стресу зовсім не залежить від того, чи приймає людина образ власного тіла, чи ні. Переважна більшість досліджуваних зізнаються в тому, що схильні до виявів адиктивної харчової поведінки.

Отримані результати нашого дослідження підтверджують потребу формування системи превентивних заходів, які були б спрямовані на адиктивну харчову поведінку.

ВИСНОВКИ

Харчування є сукупністю усіх процесів, які направлені на відбір, добування, підготовку, поглинання й засвоєння їди, що в свою чергу формує всі умови для забезпечення організму людини енергією та речовинами, що потрібні для життя та діяльності організму. Цей процес пов'язаний з їжею та іншими потребами особистості, зокрема, задоволенням, самоствердженням, етноідентифікацією і т.ін., а також потребами суспільства, зокрема, соцінтегративна, соціоідентифікаційна та соціодиференційна.

Не лише потреби визначає харчова поведінка. Вона детермінована також отриманими в минулому стратегіями мислення та знаннями. Щоб вижити, людина має споживати пластичні та енергетичні речовини.

Харчову поведінку оцінюють як гармонійну/адекватну чи девіантну/неадекватну, що залежить від багатьох чинників, в тому числі ролі, яку їжа відіграє в житті людини, від кількісних та якісних показників, естетики та етики харчування. Детермінантами харчових адикцій є не лише переїдання, але й знижена фізична активність та загальна пасивність. Порушення харчової поведінки призводить до формування соматичних захворювань. На особливості харчової поведінки мають вплив виховання, особливості культури, біологічні особливості, матеріальний рівень.

Для запобігання розвитку адикцій харчової поведінки варто формувати грамотно культуру раціонального харчування з раннього дитинства. Адже харчування є не тільки фізіологічним, але й культурним та соціально зумовленим процесом. Саме тому безпосередньо організувати раціональне харчування через призму психологічних особливостей дуже важливо. Раціональне харчування закладається з дитинства, а тому впливає на загальний стан організму і в дорослому віці.

Особа вибирає собі харчування як варіант життя в побуті та згідно його вимог, обов'язків та регламенту. Вона має сформований феномен «спраги гострих відчуттів» через різкі зміни харчової поведінки. До прикладу, особа

може отримувати незвичайні нові відчуття від іншої звичної їй якості та кількості їжі, сполучення інгредієнтів, які раніше в такій комбінації не зустрічались (сало в шоколаді, огірки з медом і т.ін.). Мотивацією є втеча від набридлої реальності у світ постійного харчового задоволення.

Отож відбір психотерапевтичних методів у профілактиці чи виявленні відхилень харчової поведінки залежить від самого клієнта, а також терапевта та отриманих психодіагностичних результатів.

Проблема регулювання надмірної ваги була відома ще у Стародавній Греції, проте ще тоді можна було не так часто зустріти огрядних людей, як у теперішніх розвинених європейських країнах. Таку ситуацію можемо пояснити тим, що тепер усувається наслідки ожиріння, а не їх причини. Бо спекатись справжньої причини відхилень харчової поведінки вкрай складно, аніж з'їсти рятівну пігулку, яка буде працювати, коли ви споживаєте їжу чи відпочиваєте та дозволить їсти все, що захочеш. Адже це просто бізнес.

А психологія та психотерапія володіють цілком реальними відповідними методами та підходами допомоги особистості, що має відхилення у харчовій поведінці. Саме практична психологія дає можливість отримати стійкі результати переформатування зовнішності. У розвинених європейських країнах ще 100 років назад відмовились від багатьох медикаментозних способів лікування, а для вирішення цієї проблеми звертаються саме до психотерапевтів та психологів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаджанян Н. А. Адаптация и резервы организма. - М.: Физкультура и спорт, 1983. - 176 с.
2. Аддиктивное поведение / С.Ф. Смагин <http://lichnost-kultura.narod.ru/2006/20061/2006118/2006118.htm>
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1993.
4. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М., 1975
5. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — СПб.: Речь, 2002.
6. Арт-терапия — новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. - М.:Когито-Центр, 2006. - 336 с.
7. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. Пер. с англ. — СПб.—М.: Университетская книга, АСТ, 1998.
8. Берне Р. Развитие Я-концепции и воспитание. — М.: Прогресс, 1986.
9. Вознесенская Т. Г., Вахмистров А. В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова. М. - 2001. - № 12. — С.19-24.
10. Гаврилов М.А. Взаимосвязь психологических и физиологических особенностей при нормализации массы тела у женщин, имеющих избыточный вес. — Автореферат дисс... канд. мед. наук. — Томск, 1998.
11. Газенко О.А. (отв. ред.) Словарь физиологических терминов. — М.: Наука, 1987.

12. Дорожевец А. Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией (рус.) : диссертация. — МГУ, 1986.
13. Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) //Аддиктология, 2005, № 1. — С.
14. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов. Учебник – 2 е изд. испр. – М.: Московский психологический социальный институт Флинта 2003 – 336 с. (Библиотека психолога).
15. Калиниченко О.Ю. Социальные факторы формирования зависимого поведения в подростковом и юношеском возрасте. Вестн новых медтехнол 2006;13:2:188—190.
16. Кнастер М. Мудрость тела. – М.: Эксмо, 2002.
17. Колошина Т. Ю., Трусъ А. А. Арт-терапевтические техники в тренинге: характеристики и использование. Практическое пособие для тренеров – СПб.: Речь, 2010. — 189 с.
18. Копытин А.И. Основы арттерапии. СПб, 1999.
19. Копытин А.И. Руководство по групповой арт-терапии. СПб., 2003..
20. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії // Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. – Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. – Вип. 5. – Ч. 1. – С. 160-165.
21. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф . Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб., 2000.
22. Малкина-Пых И. Г. М 18 Терапия пищевого поведения /И.Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2007. — 1040 с. — (Справочник практического психолога).

23. Малкина-Пых Ирина. Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда.
http://fictionbook.ru/author/irina_malkina_piyh/lishniyi_ves_osvoboditsya_i_zabiyt_navsegda/read_online.html?page=0
24. Малкина-Пых И.Г . Психосоматика. – М.: Эксмо, 2004.
25. Малкина-Пых И.Г Психология поведения жертвы. М.: Изд-во Экс-мо, 2006. 1008 с.: ил. (Справочник практического психолога).
26. Малкина-Пых, И.Г . Телесная терапия. – М.: Эксмо, 2005.
27. Марк Коннер, Кристофер Дж. Армитейдж. Социальная психология пищи. - Х.: Гуманитарный Центр, 2012. - 264 с.
28. Матвеев А. А. Репрезентация эмоций у больных нервной булимией // Вестн. Моск. ун-та. – №4. – 2008. – С. 38-53.
29. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств. - СПб.: Адис, 1994. - 300 с.
30. Менделевич В.Д . Клиническая и медицинская психология. – М.: МедПресс-информ, 2005.
31. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. - СПб.: Речь, 2005. - 445 с.
32. Методы дигностики нарушения пищевого поведения. Инструкции по применению. А. Скугаревский. Регистрационный №28-0206 от 21.06.2005 г. Белорусский государственный медицинский университет.)
33. Минвалеев Р. Коррекция веса. – СПб.: Питер, 2001.
34. 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.

35. Музика О.Л. курсові роботи з психології: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – 2-ге вид., перероб. і доп. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І Фрака, 2007. – 1044 с.
36. Окорочкова И.А, Бабий А.Т., Федорцова Л.П. К вопросу о диагностике, лечении и обучении больных алиментарным ожирением с нарушением пищевого поведения. Здоровое питание: воспитание, образование, реклама. Всероссийская конференция, 6-я. М 2003;144—145
37. Оксфордський тлумачний словник з психології» під ред. А.Ребера, 2002 г.
38. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
39. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — СПб.: Речь, 2002.
40. Радченко А.В. Психотерапия психосоматических заболеваний и расстройств // Методы современной психотерапии. Л.М. Кроль, Е.А. Пуртова (сост.). – М.: НФ «Класс», 2001.
41. Рудестам К. Групповая психотерапия. М., 1990.
42. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. - №3.- с.41-44.
43. Смолянский Б.Л., Григоров Ю.Г. Религия и питание. - К.: Здоровье, 1995. - 176 с.
44. Сергеева Л. С. Телесно-ориентированная психотерапия. Хрестоматия. — СПб.: СПб РОФ «Практическая психотерапия», 2000.
45. Столин В.В. Самосознание личности. – М., 1983.
46. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. – СПб.: Социально-психологический центр, 1996.

47. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 2. – М., 1996.
48. Теоретичні і прикладні проблеми психології № 3(32) 2013 (Збірник наукових праць)
49. Усков А.Ф. Неистребимая аддикция к жизни. / Психология и лечение зависимого поведения. – М.: «Класс», 2000. – С. 5–8.
50. Физиология человека: Учебник /В двух томах./ В.М. Покровский, Г.Ф. Коротько, В.И. Кобрин и др.; Под ред. В.М. Покровского, Г.Ф. Коротько. — М.: Медицина, 1997. — 448 с:
51. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). – СПб.: Питер Пресс, 1997.
52. Чурилов Л.П. Новое о патогенезе ожирения// Мир медицины. – 2001. – № 3–4. – С. 19–20.
53. Шапиро Д. Телоразум: рабочая книга. Как тело и разум работают вместе. М.: Астрель-АСТ, 2004.
54. Шостак В.И., Лытаев С.А. Физиология психической деятельности человека. – СПб.: Деан, 1999.
55. Эриксон Э. Г. Детство и общество. СПб.: Речь, 2000.
56. Юнг К.Г. Психологические типы. М.: Ювента; СПб.: Прогресс-универс, 1995.
57. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 1999.
58. Якубанец Б.(сост.). Руководство по телесно-ориентированной психотерапии. СПб.: Речь, 2000.
59. Abraham S.F., Beumont P.J. How patients describe bulimia or binge eating // Psychol Med. — 1982. — № 12(3). — С. 625-35.
60. Dozier M., K. Chase Stoval, Kathleen E. Albus. Attachment and Psychopathology in adulthood. — 1998.
61. Somatic approaches for treating eating disorders: towards filling the empty space. — Нью-Йорк: Basic books, 1997.