МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Психологічні чинники формування типів порушень харчової поведінки самотніх жінок

Виконала:
студентка 2-го курсу групи ПМ - 211
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Гавенко Ольга Дмитрівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:
к.психол.н.
(наукова ступінь, вчене звання)

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

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № ____ від «____» червня 2023р.

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

Київ – 2023

ВСТУП …… 3

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ САМОТНІХ ЖІНОК

1.1. Феномен самотності……..7

1.2. Психологічні чинники порушення харчової поведінки……...…19

1.3. Аналіз наукової літератури харчової поведінки жінок……30

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ І…….. 36

РОЗДІЛ ІІ. Дизайн дослідження.

2.1. Методичне забезпечення……39

2.2. Характеристика вибірки…….45

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ ІІ ……..……49

РОЗДІЛ ІІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

3.1. Результати емпіричного дослідження та їх обговорення. Вибірка та описові статистики …… 51

3.2. Зв’язки досвіду близьких стосунків з типами харчової поведінки ……... 54

3.3 Типи харчової поведінки в залежності від соціально-демографічних особливостей досліджуваних ……63

3.4. Програма коригування порушень харчової поведінки. Рекомендації……. 68

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ ІІІ ……..… 77

ВИСНОВКИ …….. 79

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ …… 81

ВСТУП

Харчова поведінка – система специфічних взаємодій людини з оточенням, яка спрямована на задоволення потреби людини в їжі. Харчова поведінка зумовлюється єдністю психологічних, біологічних, та соціокультурних факторів, що є міжфункціональною психологічною системою, яка є не лише задоволенням потреби, а й самим процесом вживання їжі. Таким чином, існує зворотній вплив процесу харчування на відповідну вітальну потребу.

Актуальність роботи. Проблеми розладів харчової поведінки жінок посідають особливе місце в актуальній проблематиці сучасної психології. Психологічна думка, на жаль, не завжди вчасно та в повному обсязі оцінює загрози, що несуть в собі розлади харчової поведінки. Станом на сьогодні вивчення симптоматики розладів є недостанім та відсутні стандарти їх визначення.

За останні роки жінки в Україні відчувають вплив великої кількості негативних чинників, починаючи з пандемії COVID-19, яка спричинила вагомі зміни психологічного стану людей, закінчуючи останніми подіями під час військового стану в країні, що викликали серйозний травматичний стрес та різке погіршення внутрішнього стану. Реакція на стрес, втрату, самотність та вимушене переміщення у різних жінок відрізняються, проте зниження напруження, переїдання та інші порушення харчової поведінки, є однією з поширених форм.

Втікаючи від неприємних переживань та дискомфорту, жінки доволі часто можуть бути схильні до переїдання висококалорійної їжі та набору ваги. Розлади харчової поведінки спричиняють погіршення здоров’я через неконтрольоване вживання їжі, можуть призводити до зниження імунітету, відчуття загальної втоми, загострення хвороб шлунково-кишкового тракту та зменшення рівня працездатності. Надмірна повнота сприяє розвитку таких хвороб як ішемічна хвороба серця, атеросклероз, гіпертонія, хронічний холецистит, цукровий діабет та ін. Також порушення харчової поведінки

призводять до значних психічних та соціальних проблем і перешкоджають гармонійному розвитку особистості. Саме тому станом на сьогодні, дослідження та сучасні методи діагностування та психологічної допомоги жінкам з порушеннями харчової поведінки є актуальними та значимими.

Проблематика вивчення вживання їжі набула власного значення після того, після відокремлення від вивчення проблем процесів травлення, тому, харчова поведінка індивіда обумовлена біологічними, соціальними та психологічними потребами, що висвітлюється у таких роботах наукових дослідників - С. Броннікова, Л.Ф. Бурлачук, Л. М. Ваколюк, О.М. Варипаєв, С.О. Сокур, В.І. Шебанова, Л.М. Асамблямова, Т.В. Секрет та ін.

При аналізі харчової поведінки людини виділяють декілька різновидів адиктивних мотивацій:

- Субмисивна мотивація – це неможливість відмовитися від їжі запропонованої оточенням, що безумовно відображає прагнення до підпорядкування та залежності від думки інших.
- Атарктична мотивація – пов’язана з бажанням зменшити вплив емоцій, напруження та тривожних станів.
- Гедоністична мотивація – це можливість отримання тимчасового задоволення, що супроводжується бажанням покращити своє життя.
- Псевдокомунікативна мотивація – це схильність до компульсивного переїдання під час святкових урочистостей або в компанії людей і різномаїття страв.

Важливо зауважити, що адиктивні мотивації при порушеннях харчової поведінки можуть бути комплексними і включати комбінацію різних факторів. Крім того, вони можуть варіюватися в залежності від індивідуальних розпорядків і контекстуальних умов.

Сучасними дослідниками розглядається проблематика РХП як певного дезадаптивного способу врегулювання конфліктних ситуацій. Людина яка має порушення харчової поведінки, може використовувати їжу в якості

певної комунікації з власними почуттями неспроможності по відношенню до будь-чого. Дане почуття може розвиватися в зв'язку з відсутністю нормальних соціальних зв'язків з соціумом, близькими людьми та дефіцитом життєво необхідних навичок і вмінь.

З методологічної позиції генетико-моделюючого підходу, була необхідність вихідної дефініції харчової поведінки, яка б враховувала виникнення та ґенез харчової поведінки людини. Методологічно ми опираємося на положення Л.С. Виготського про суто людський характер будь яких потреб і дій людини. С.Д. Максименко показав, що конкретна поява будь-якої активності суб'єкта, має суто людський характер і поведінка визначається єдиним енергетично-інформаційним носієм, тобто потребою, яка конкретизується в окремих потребах і одразу ж набуває соціального характеру, оскільки активність людини, в нормі витікає із зустрічі вітальних потреб із соціальним оточенням.

Об'єкт дослідження. Порушення харчової поведінки.

Предмет дослідження. Психологічні чинники формування типів порушень харчової поведінки самотніх жінок.

Мета. Дослідити вплив психологічних чинників на формування типів порушень харчової поведінки самотніх жінок.

Завдання дослідження.

1. Вивчити поняття порушень харчової поведінки у психології.

2. Виявити психологічні основи регуляції стилів харчової поведінки

3. Дослідити взаємозв'язок між особистісною спрямованістю та певним стилем харчової поведінки у самотніх жінок;

4. Проаналізувати психологічні відмінності харчової поведінки.

5. Розробити програму коригування порушень харчової поведінки.

Методи дослідження. Для проведення дослідження у межах даної дипломної роботи ми використовували:

- Голландський опитувальник харчової поведінки;

- Тест відношення до прийому їжі - EAT 26;

- Методика досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі;

- Опитувальник часової перспективи Ф.Зімбардо;

- Пятифакторний особистісний опитувальник (велика п’ятірка).

Теоретико – методологічна основа дослідження: теоретичні положення про харчову поведінку (Малкина-Пых И. Г. М, Покровский В.М.), концепція резервів в організму (Агаджанян Н. А.), пріоритетне значення психологічних факторів в генезі формування надмірної ваги і ожиріння (Вахмістрів А.В., Вознесенська Т. Г., Посохов С.І.), вплив соціуму на харчову поведінку (Марк Коннер, КристоферДж. Армитейдж).

Надійність і вірогідність: Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувалась репрезентативністю вибірки, застосуванням методів відповідних меті та завданням дослідження.

Теоретична та практична значущість роботи: дослідження впливу психологічних чинників на формування типів харчової поведінки самотніх жінок.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ САМОТНІХ ЖІНОК

1.1. Феномен самотності.

Самотність - це досить поширений і важливий психологічний феномен нашої сучасності, ця тема широко вивчається в психології і соціальних науках. Він відноситься до почуття відсутності близьких емоційних зв'язків або соціальної підтримки, коли людина посуває себе відокремленою і ізольованою від інших людей.

Самотність – це психічний стан людини, який виявляється в дефіциті спілкування та ізольованості від інших людей.

Самотністю називають важкий психічний стан, який супроводжується, відсутністю гарного настрою та наявністю важких переживань. Проблематика самотності представлена у роботах вітчизняних та зарубіжних вчених, таких як: Р. В. Шмельов, Г. А. Гаврилова, Т. Ю. Довбій, Б. М. Мастеров, Т. І. Гольман, М. А. Іванов, Я. О. Овсяннікова, С. Г. Корчагіна, Л. Дж. Вайт.

Усамітнення та соціальна ізоляція - це структурні елементи самотності, які взаємопов’язані між собою, але не є ідентичними.

Усамітнення - це стан, коли людина відчуває себе відокремленою від інших людей і відсутністю підтримки та зв'язків у своєму житті. Усамітнення може бути важливою тимчасовою потребою для відновлення психіки, в той самий час одній людині достатньо кількох годин, а інша потребує днів, тижнів і навіть місяців.

Соціальна ізоляція - це стан, коли людина відчуває відсутність або обмеження соціальних контактів та взаємодії з іншими людьми і соціальним середовищем. Це може статися як у результаті внутрішніх чинників (наприклад, обраної самотності), так і зовнішніх обставин (наприклад, віддаленості, фізичних обмежень, стигми, конфліктів тощо).

Американські дослідники Л. Пепло та Д. Перлман визначали емоційну ізоляцію, як таку, що пов’язується зі станом втрати чи відсутністтю будь-якої емоційної прив’язаності.

Соціологи У. Бек та Дж. Янг виділили наступні типи самотності: хронічна самотність, ситуативна самотність, тимчасова самотність. Зважаючи на обставини, які стаються в житті людини, виділяють також добровільну та вимушену самотність.

Соціальна ізоляція має доведений значний негативний вплив на емоційне та фізичне благополуччя людини. Соціально ізольовані жінки мають вищий рівень смертності у цілому в порівнянні з тими, які мають усталені соціальні зв'язки.

Соціальна ізоляція може бути досить гнітючою, важкою та мати широкий спектр наслідків для фізичного і психологічного благополуччя людини. Тому, для зменшення почуття дистресу, жінки можуть піддаватися психогенному харчуванню, щоб отримати комфорт і задоволення. Тож самотність, соціальна ізоляція та властиві їм стресори, теж можуть бути причинами переїдання.

Також існує поняття гострої самотності, основними ознаками, якої являється сенсорна та соціальна деривація.

Деривація — це процес і результат. За змістом, деривацію можна поділити на: сенсорну, емоційну, психомоторну, духовну, соціальну, пізнавальну (когнітивну), психокультурну . За тривалістю деривація буває – короткотривалою, затяжною, довготривалою.

Психічна деривація може проявлятися у різноманітних змінах особистості, які можуть варіюватися від легких, що не виходять за рамки нормального емоційного діапазону, до дуже вагомих уражень розвитку інтелекту та характеру. Психічна деривація може виявити певну картину невропатичних ознак, а іноді — вираження соматичних особливостей. Різні форми психічної деривації можуть траплятися одночасно. Виявлення форм

психічної деривації можливе за допомогою експерименту. Найчастіше виділяються такі форми психічної деривації [1]:

- Стимульна деривація «сенсорна»: це зменшена кількість сенсорних стимулів або їх обмежена різноманітність.
- Деривація емоційного ставлення «емоційна»: це недостатня можливість встановлення інтимного емоційного зв'язку з іншою особою або недостатнє розвиток подібного емоційного зв'язку, якщо такий вже існує.
- Деривація ідентичності «соціальна»: це обмежена можливість засвоєння самостійної соціальної ролі.

Розглядаючи прояв деривації, її види та наслідки, варто зазначити, що деривація — це тимчасова або постійна, повна або часткова, штучна або зумовлена життєдіяльністю ізоляція людини від взаємодії її внутрішнього психічного із зовнішнім психічним.

Будь яка деривація має різні рівні розвитку: високий, середній та низький.

Високий рівень деривації наявний, коли ізоляція людини досягла повної замкнутості, тобто цілковито відсутня взаємодія її внутрішнього психічного із зовнішнім психічним відповідного характеру.

Середній — коли взаємодія людини із зовнішнім психічним відповідного характеру здійснюється або рідко, час від часу та в достатньо малому обсязі.

Низький — коли взаємодія із зовнішнім психічним відповідного характеру здійснюється систематично, хоча й не активно та не в повному обсязі.

Також деривацію розрізняють як: сенсорну, духовну, емоційну, психомоторну, соціальну, пізнавальну, психокультурну [2].

Зауважимо, що найважливішими причинами самотності на сьогодні є: стан здоров’я, розлука, побудова кар’єри, втрата сенсу життя, невпевненість в собі, зацикленість на негативному досвіді, низька самооцінка, нездатність

до взаємостосунків, комунікативні проблеми, егоїстичність чи надмірна критичність, категоричність.

Небезпечними наслідками самотності є негативні емоційні стани, поширення депресій, розчарування в людях, знецінення близьких стосунків, спроби самогубства.

Самотність і харчова поведінка можуть взаємодіяти між собою у багатьох жінок. Нерегулярність їжі, переїдання або неправильне харчування можуть виникати внаслідок почуття самотності або супроводжувати його. Їжа може стати способом заспокоєння або заповнення емоційної порожнечі. Це може призводити до надмірної ваги або проблем зі здоров'ям.

З іншого боку, існує і протилежна ситуація, коли самотність може призводити до втрати апетиту або недостатнього харчування. В таких випадках людина може відмовлятися від їжі або не звертати на неї належну увагу через відсутність мотивації або бажання.

Важливо зазначити, що це не є універсальними правилами, і реакції на самотність і харчову поведінку можуть бути індивідуальними. Кожна людина може реагувати по-різному на почуття самотності, і реакція може залежати від багатьох факторів, таких як особистість, характер, контекст і стиль життя.

У випадку виникнення проблеми з харчовою поведінкою, пов'язані з самотністю, рекомендується звернутися до фахівця, такого як психолог або дієтолог. Вони зможуть надати індивідуальну консультацію, підтримку, поради та стратегії для керування цими проблемами.

Незалежно від статі, самотність може досить впливати на харчову поведінку людей. Особливо у жінок, можуть спостерігатися певні шаблони або тенденції пов'язані з харчуванням та самотністю.

Образ тіла та самооцінка: У жінок, які відчувають самотність, можуть спостерігатися зміни в сприйнятті власного тіла та недостатня самооцінка. Це може впливати на їх харчові звички, наприклад, спроби контролювати

вагу, обмежувати кількість прийомів їжі або вживати надмірну кількість "здорової" їжі.

Проблема самотності досить поширена в нашому сьогоденні і їй приділяється значна увага в сучасній філософській літературі: різні погляди та філософські трактування. Однак, для більш точного розуміння цієї проблеми є доцільним розглянути її, враховуючи отримані дослідження в різних наукових напрямках. Наприклад, у вітчизняній психології раніше досить рідко розглядався такий термін як «самотність» і відповідно існує замало напрацювань щодо даної тематики. У психіатрії проблема самотності розглядалась не повністю, а лише як наслідок певних психічних розладів. У демографічній літературі, можна було фіксувати самотність у статистичних даних. Було зафіксовано, що ті особи, які мають дітей та перебувають в шлюбі живуть довше, ніж самотні люди. Згідно вищезазначених даних, вченими було висунуте припущення, що почуття самотності, може мати вплив на тривалість життя людини. Але дане припущення, не розвивалось далі для глибинного аналізу [37, с. 62].

В західній літературі, а саме в роботах американських дослідників (психологи, філософи і соціологи) проблема самотності вивчається більш ґрунтовно. Проте, вітчизняна наука, на жаль не володіє такою кількістю, напрацювань та тез стосовно вивчення даного феномену [38].

Розгляньмо основні причини самотності, які виокремлюють психологи. Насамперед, це повна емоційна ізоляція від інших, відмова від будь-яких емоційних контактів. Другий варіант - це емоційне та змістовне відчуження (смуток та всеохоплююча нудьга). Такі різновиди самотності, досить часто є взаємодоповнюючими. Емоційна самоізоляція досить важко переживається індивідом, оскільки соціальну самотність легше виправити або нівелювати, а от емоційна самотність є вкоріненою на глибокому рівні. Соціальну

самотність, людина може певною мірою контролювати або розставляти для себе потрібні пріоритети в даному контексті.

Розглянемо чинники, які можуть впливати на відчуття самотності, а саме:

- Повна свобода від соціальної прихильності.
- Повне відчуження зі сторони інших людей.
- Відчуття самотності, яке викликане внаслідку переживання певної життєвої події.
- Вимушена самоізоляція (хвороба), вимушене переселення.

Разом з тим, важливими є емоційні реакції особистості на появу відчуття самотності, а саме:

- Розпач, апатія, депресія.
- Усвідомлене відсторонення (людина не переживає деструктивних емоцій, і самотність для неї звичне переживання, яке є необхідним, наприклад, для розвитку внутрішнього творчого потенціалу).
- Активне намагання поглибити свої соціальні контакти та знайти нові знайомства. У цьому випадку соціальна активність сприймається як єдиний шлях та метод заповнення внутрішньої порожнечі.

Беручи до уваги вищезазначені емоційні реакції, лише перша із всього запропонованого переліку, а саме – повна свобода від соціальних прихильності, є достовірною на появу самотності. Всі інші варіанти емоційних реакцій описують швидше відчуття тимчасової самотності.

Вчені виділяють наступні види самотності: зовнішню та внутрішню. Вони відзначають, що базовою ознакою у виокремленні таких видів самотності, є почуття провини в людини. Самотність в середині людини, як її відчуття, завжди виникає через вплив зовнішніх факторів. Така самотність

описується тим, що людина відчуває провину в зниженні своєї соціальної активності та робить намагання змінити цю ситуацію [38]. Ставлення людини до відчуття своєї самотності, залежить від індивідуально-психологічних особливостей особистості самої людини. Іншими словами, ступінь переживання самотності визначається самим індивідом. На базисі даного підходу вирізняють низку видів: позитивний внутрішній, негативний внутрішній, позитивний зовнішній світ (фізичне усамітнення), негативний зовнішній (втрата, розлука, смерть).

Враховуючи вищезазначене, нам важливо зауважити, що досить часто самотність сприймається як настрій людини або його емоційне забарвлення загалом. Часто самотність розуміють і сприймають як певний стиль чи спосіб життя людини. Проте, людина, яка справді обрала для себе самотність як стиль свого життя, може бути досить соціальною і мати систематичні та стійкі соціальні контакти. Вона може мати свою сім'ю чи працювати в певному колективі, належати до певної групи чи організації. Водночас людина може мати родину та працювати в колективі, але відчувати себе самотньою. Отже, взаємозв'язок між самотністю та соціальністю неоднозначний. М. Бердяєв зазначив, що наявність певних видів самотності і відчуття само-самотності людиною – це потрібний їй та активний стан внутрішнього «Я».

Науковці зазначають, що найчастіша причина переживання самотності – це дефіцит спілкування з іншими. Поява такого дефіциту може передбачена багатьма причинами: занижена самооцінка, наявність психологічних комплексів, можливі труднощі у встановленні комунікації з іншими людьми, надмірна сором'язливість або навіть надмірна егоцентричність. Проте, не завжди ті люди, котрі мають вищезгадані

проблеми є самотніми і не завжди ті люди, котрі їх не мають, володіють почуттям спів'єдності з соціумом.

Ще розглянемо варіант хронічної сором'язливості та варіант ситуативної сором'язливості. Люди, які часто соромляться, комфортніше і впевненіше себе почувають на одинці з самим собою [39]. Інколи, хронічна самотність в людини може бути причиною появи психосоматичних розладів та певних проблем зі здоров'ям. Сором'язливість, а особливо її надмірний прояв, має вплив на вибір людиною певних патернів поведінки. Часто надмірна сором'язливість перешкоджає людині в досягненні певної самореалізації та саморозвитку.

Цікавим постає питання щодо розуміння самотності окремих індивідів, так і їх способу життя з боку соціуму. Досить часто соціум не визнає усамітнення осіб, котрі прийняли рішення не мати дітей, не мають бажання одружуватись чи взагалі вести активний соціальний спосіб життя. Особистість, котра обирає для себе такий спосіб існування часто не сприймається суспільством та засуджується іншими людьми. Існує і інший прояв сприйняття таких людей. Вони сприймаються такими, які чимось обділені та вимагають співчуття.

Суперечність цих почуттів пояснюється тим, що виникає підвищений інтерес до життя самотніх людей і приховується з-поміж висловлення почуття жалю до них. Важливо зазначити, що саме від такої особливості сприйняття їх оточуючими, самотні люди ще більше страждають та ще більше почуваються самотніми. Самотні люди майже постійно перебувають неначе під наглядом суспільства і відчувають неначе воно намагається їх виправити, змінити чи перевиховати.

В нашому дослідженні ми розглядаємо саме жіночу самотність. Попри те, завжди слід розрізняти самотність юнацьку, свідому та самотність старості, як властивість особистості і самотність як стиль життя людини. Також варто розуміти відмінність у поняттях самотності, самоти та усамітнення як потреби особистості. Потреба в самотності чи усамітненні, не є для людини проблемою і не чинить деструктивного впливу на неї. Усамітнення з метою переживання самотності для особистості є значно ресурсним станом який допомагає заново віднайти себе, свій внутрішній баланс. Самотність в даному випадку сприяє самореалізації людини та самопізнанню самої себе. Такий процес в психологічній літературі був названий, як процес самосприйняття людини чи процес спілкування зі своїм внутрішнім світом. Такий процес притаманний саморозвитку лише самодостатнім особистостям [40]. Результатом такого усамітнення, людина може отримати натхнення, реалізацію творчої діяльності, результативність в створенні чогось нового. Лише за допомогою періодичного і систематичного усамітнення, людина може відновити свій внутрішній баланс та в подальшому ефективно комунікувати з оточуючими людьми.

Термінологія та поняття самотності, визначена не достатньо чітко. Самотність сприймається дуже по різному, в залежності від різних осіб та рівня переживання самотності як такої. Для розуміння того, наскільки людина є самотньою, немає чітких стандартів. Саме тому, коли людина говорить: «Я почуваю себе самотньою», це не обов’язково однозначний опис самотності. Кілька осіб одночасно можуть скаржитись на переживання відчуття самотності, проте насправді мати зовсім кардинально різні проблеми: одна людина відчуватиме труднощі у встановленні комунікативних зв’язків, а інша переживатиме глибинне почуття власної

неповноцінності, третя буде занурюватись в сенс людського буття і потреби у власному існуванні.

Самотність часто сприймається як важкий психічний стан, яке найчастіше супроводжується наявним поганим самопочуттям, відсутністю настрою та негативними емоціями. Проте дуже важливо не ототожнювати поняття самотності і усамітнення. Тому що, саме потреба в усамітненні є звичайним нормальним станом людини. Психологи стверджують, що усамітнення є нормальним станом на етапі екзестенційного розвитку людини і нормою є той аспект, що людина може усамітнюватись чи ізольовуватись від соціуму протягом кількох днів чи кількох тижнів [41]. А ось той стан, коли людина не має можливості побути на самоті, вимкнути себе на певний період із соціальної взаємодії з оточуючими, призводить до перенапруження нервової системи, астенії, апатії та емоційного і фізичного виснаження загалом. Такий стан може призвести до емоційного вигорання, особистісної деформації, агресивності, тривожних станів, появи конфліктних ситуацій.

Психологи ілюструють те, що чим вищий рівень розвитку інтелектуальних особливостей в людини, тим легше нею переноситься самотність чи усамітнення. І навпаки, чим вищим є рівень інтелекту, тим більше людина може прагнути до усамітнення. Такі особистості досить часто мають вагомий внутрішній потенціал, і їм не потрібен соціальний контакт, щоб його наповнити. Такі люди і так є досить самодостатніми. Таким чином, особи, які не мають достатнього рівня розвитку та інтелектуальних здібностей – мають страх до самотності через незрілість, невпевненість, інфантильність, недостатню сформованість ціннісної сфери.

Усамітнення – це насамперед певний вакуум для відновлення, для пошуку себе, перезавантаження власних думок, пошуку внутрішнього

спокою, рівноваги та балансу. Достатня кількість вчених, науковців, творчих особистостей, здатні використовувати усамітнення для пошуку себе, своєї музи та створення чогось нового, визначного і прекрасного. Душа людини прагне до сенсу буття та глибини, до постійного розвитку, яке можливе за умови усамітнення особистості. Герхарт Гауптман вважав, що людина на самоті починає усвідомлювати і проживати свою повноцінність [42].

Отже, термін «Самотність» на даний час трактується у різних варіаціях. Самотність – явище досить складне, яке може по-різному сприйматись. З одного боку – це може бути стан розпачу, безсилля та повної апатії, а з іншого – це тимчасове відчуття в результаті нестачі комунікації з іншими людьми. Ще одне трактування самотності ілюструє вищезазначене, як повну або часткову ізоляцію, відчуження від зовнішнього світу. Внаслідок цього, самотність має свій індивідуальний характер прояву в кожної людини.

Визначення самотності В.І. Сіляєвою полягає у тому, що самотність є важким емоційним досвідом, пов'язаним з розпадом глибоких очікувань особистості щодо реалізації її потенціалу, який вважається важливою складовою людського існування [3].

Згідно з Н.Є. Харламенковою та І.В. Бабановою, самотність можна розглядати як переживання стану відчуженості людини від суспільства [4]. В психологічному словнику під редакцією А. В. Петровського та М. Г. Ярошевської [5], самотність визначається як один з психогенних факторів, що впливають на емоційний стан людини, яка перебуває в умовах ізоляції від інших людей. З цих визначень можна зробити висновок, що самотність розглядається у двох аспектах: як внутрішнє емоційне переживання людини (психологічний стан) та як характеристика її фізичних відносин з іншими людьми (відчуження). При вивченні самотності як психологічного феномена важливо відрізняти його від схожих понять. Більшість дослідників, які

досліджують феномен самотності, підкреслюють відмінності між самотністю, "самотою" та "ізоляцією".

Ізоляція - це процес, коли людина знаходиться в стані відокремлення від соціального оточення, що більш визначається зовнішньою ситуацією, ніж внутрішнім переживанням людини. У відмінності від ізоляції, самотність відображає розлад зі світом і самим собою, супроводжується стражданням та кризами. Ізоляція та самотність не є тотожними поняттями, оскільки людина може бути самотньою, але не ізольованою від суспільства, або може бути ізольованою, але не переживати самотності.

Самота, як добровільна форма ізоляції, також відрізняється від самотності. Деякі дослідники, такі як Летиція Енн Пепло, Марія Міцеліо і Брюс Мораш, вважають, що люди можуть бути щасливими у самоті і не обов'язково переживати емоційний стан самотності. Вони відзначають, що «…Самотність – досить складне відчуття, що опановує особистістю в цілому – її почуттями, думками, вчинками» [6].

У контексті філософсько-психологічної думки, самотність має неоднозначне тлумачення, і можна виділити два основних напрямки. З одного боку, самотність розглядається як деструктивний фактор для особистості, а з іншого боку - як необхідна умова для розвитку, самопізнання і самовизначення. Цей розбіжний підхід свідчить про недостатню освіченість феномена самотності.

Відповідно до стверджень Н.В. Хамітова, самотність можна поділити на внутрішню та зовнішню. Внутрішня самотність відчувається людьми, які вважають себе глибоко самотніми. Хоча такі люди можуть бути оточені іншими людьми, вони суб'єктивно переживають відчуженість і відчувають ізоляцію, незважаючи на об'єктивну участь у міжособистісних відносинах. Зовнішня самотність - це фактичне відсутність конкретних близьких людей поруч, об'єктивна ізоляція від соціальної взаємодії з іншими людьми [7].

Таким чином, ми можемо побачити, що людина може бути самотньою, навіть коли перебуває серед інших людей. Самотність пов'язана не лише з

проблемами спілкування і міжособистісних відносин, але й з психологічними властивостями особистості. Це означає, що необхідно розрізняти поняття бути самотнім і перебувати наодинці з самим собою. Людина є соціальною істотою, але іноді їй потрібно бути наодинці з собою для розвитку свого "Я" та особистісного зростання.

Залежно від тривалості перебування у стані самотності, Е. Фромм розглядає його як постійне та універсальне переживання, характерне для свідомої особистості на всіх етапах її розвитку [8]. З іншого боку, Е. Еріксон вважає самотність тимчасовим відчуттям власної автономності, тому не вважає його універсальним феноменом [9]. Згідно з його поглядом, самотність може виникати лише в певні періоди життєвого циклу.

Таким чином, відомі філософсько-психологічні думки про самотність розходяться щодо її характеру та універсальності. Для Е. Фромма це постійне переживання, притаманне кожній свідомій особистості, тоді як для Е. Еріксона це тимчасове відчуття, що з'являється лише на певних етапах життя.

1.2. Психологічні чинники порушення харчової поведінки.

Харчова поведінка людини, згідно з пірамідою ієрархії А. Маслоу, є результатом необхідності забезпечення гомеостазу організму та задоволення основної потреби людини в їжі. Однак, ця поведінка включає в себе встановлення, форми, емоції, звички, пов'язані з харчуванням, які є унікальними для кожної особистості. Це пояснюється тим, що кожна людина надає особистий сенс, настрій і значення процесу споживання їжі.

Одразу кілька факторів можуть впливати на харчову поведінку і стимулювати споживання їжі понад потреби. Для багатьох людей споживання їжі використовується як засіб для управління негативними емоціями. Переїдання можна розглядати як дезадаптивний спосіб подолання з негативними емоціями.

Серед причин виникнення розладів харчової поведінки виділяються фізіологічні, соціальні та психологічні фактори. Фізіологічні причини включають в себе проблеми з метаболізмом, дисбаланс гормонів, недостатній рівень серотоніну та порушення механізмів насичення [10].

Серед соціальних причин виникнення розладів харчової поведінки найбільш помітний вплив на норми та цінності, пов'язані з ідеалом краси та харчовими звичками, відводиться суспільству. У нашій країні ідеал стрункості та худорлявості, який став поширеним явищем протягом тривалого часу, який асоціюється зі здоров’ям, привабливістю і успішністю, а також сприяє надмірній стурбованості жінок проблемою зайвої ваги та відповідності вищевказаним критеріям. Крім цього, молоде покоління часто бере за зразок фізичну форму співробітниць модельних агентств, які мають недостатню вагу та відчуття до анорексії. Згідно з даними А. Сидорова, 25% дівчат дотримуються дієт, які часто призводять до так званого "рикошетного переїдання" та збільшення ваги [11].

Оцінка харчової поведінки особистості залежить від багатьох параметрів і може бути гармонійною (адекватною) або девіантною. Однак, передусім, вона залежить від місця в ієрархії цінностей індивіда, якісних і кількісних показників харчування, культурних та естетичних норм (14).

Отже, харчова поведінка відображає не лише вподобання, схильності та цінності особистості, але також культурну, етнічну та релігійну приналежність, і вона відтворює психологічний портрет індивіда, передаючи приховану інформацію про його індивідуальні характеристики. Розлади в такій поведінці відображають внутрішні конфлікти, негаразди, образи, страхи, протести, комплекси та неправильні переконання [13].

Формування харчової поведінки розпочинається з раннього дитинства, тому має велике значення сприяти її правильному розвитку і запобігати формуванню небажаних звичок, таких як переїдання або недоїдання, однобічне або вибіркове харчування, харчові страхи та інші розлади [13].

Дитинство і дуже раннє дитинство (відразу після народження) – особливо важливі етапи життя, і те, як задовольняються потреби в стосунках на цьому етапі, часто впливає на прив’язаність в майбутньому. У деяких людей розвивається так званий розлад прив’язаності – психічне захворювання, яке формується у маленьких дітей з труднощами емоційної прив’язаності.

Ці проблеми часто виникають внаслідок емоційного, фізичного або психологічного насильства, травми або ігнорування. Подібний досвід впливає на здатність формувати надійний стиль прив’язаності, при якому дитина відчуває себе в безпеці і відчуває, що її потреби задовольняються. Надійна прив’язаність формує фундамент, і сприяють інтеграції нейробіологічних, когнітивних, афективних і поведінкових здібностей, які впливають на поточні та майбутні відносини, а також на розуміння себе.

Відсутність довірчих і надійних відносин не тільки відрізняє жінок з розладами харчової поведінки, але і викликає нездорову харчову поведінку в цілому. Вживання їжі може по-різному впливати на проблеми прив’язаності. Розлад харчової поведінки може розвиватися як дезадаптивний навик вирішення життєвих проблем, таких як травми і згубні звички, згадані вище.

Розлад харчової поведінки також використовується для задоволення потреб у відносинах. В цьому випадку жінки, які не знають, як висловлювати болісні або складні думки і почуття або намагалися зробити це раніше, але залишилися непочутими, можуть використовувати розлад харчової поведінки для того, щоб повідомити і задовольнити свої потреби в стосунках.

Можливість виникнення порушень харчової поведінки пов'язана зі складнощами у соціальній адаптації, встановленням міжособистісних відносин, родинною ситуацією та іншими факторами.

Враховуючи родину як ключовий фактор у формуванні особистості людини, важливо звернути увагу на взаємини між членами сім'ї, а також на уявлення батьків і дітей про свої ролі в сімейному контексті, узгодженість

потреб, емоційне благополуччя людини, сімейну харчову поведінку. Дослідники зауважують, що сімейні взаємини мають вплив не лише на негативні способи сприйняття себе та свідомого відчуття свого існування, але й на ризик виникнення розладів у харчувальній поведінці підлітків. Зокрема, недостатня підтримка батьків може призвести до почуття тривоги щодо себе і своєї майбутньої долі, а відсутність довірливого відношення з матір'ю може спричинити негативні та шкідливі прояви поведінки, такі як відмова від активностей, погіршення фізичного стану, штучне споживання стимулюючих речовин і т.д. Крім того, їжа досить часто використовується батьками як спосіб покарання або винагороди дитини, що визначає формування паттернів харчової поведінки [43]. Також може відбуватися відмова дитини від їжі як протесту проти батьківської авторитетності або надмірного контролю. З плином часу такі підлітки втрачають здатність бачити себе об'єктивно, і нав'язливі ідеї щодо харчування та ваги стають для них непереборними і переважають над усім іншим у їхньому житті.

Таким чином, як можна помітити, спектр проблем, пов'язаних з харчовою поведінкою, що опосередковується психологічними та соціокультурними факторами, потребує подальших ґрунтовних досліджень.

Загалом, поведінка людини може бути охарактеризована як "комплексна діяльність, спрямована на задоволення біологічних, фізіологічних, психологічних і соціальних потреб"[15]. У свою чергу, поняття "потреба" відноситься до об'єктивного стану, коли організм має необхідну потребу у чомусь, що знаходиться поза ним, і є важливою умовою його функціонування та джерелом його активності [16].

Харчова потреба людини є однією з основних та природних потреб, яка спрямована на забезпечення гомеостазу. Люди споживають їжу для того, щоб отримувати необхідну енергію для підтримки життєдіяльності, будування нових клітин в організмі і створення складних хімічних сполук, необхідних для підтримки життя, є важливою. Згідно з теорією А. Маслоу, потреби, пов'язані з біологічним виживанням людини, повинні бути

задоволені на найнижчому рівні перед тим, як будь-які потреби вищого рівня стануть актуальними. [17].

Проте, як правило, щоденний раціон людини, не обмежується лише життєво необхідними поживними речовинами та калоріями. Крім того, у кожної людини є своєрідність щодо кількості споживаної їжі, часу прийому їжі, вибору конкретних продуктів та їх комбінацій.

Харчова поведінка визначається не лише потребами, але також отриманими раніше знаннями та стратегіями мислення. Потреба в енергії створює такий біологічний потяг, як відчуття голоду, а на конкретну поведінку (що людина буде приймати в раціон) впливають звички і стратегії мислення, що сформувалися раніше.

Фізіологічні потреби, з урахуванням індивідуального досвіду і конкретних умов, включають біологічні потреби. З ними тісно пов'язані звички - стабільні та автоматизовані дії, що формуються протягом життя [16]. Харчові звички формуються під впливом сімейних і соціальних традицій, релігійних уявлень, особистого досвіду, консультацій з лікарями, моди, економічних та особистісних чинників [18].

Велика частота та регулярність стресів і конфліктів у особистих і сімейних відносинах, а саме в сфері міжособистісної взаємодії, є поширеним явищем серед людей, що страждають від ожиріння. Вони проявляють підвищену чутливість до міжособистісних конфліктів. У людей з ожирінням спостерігається помітне збільшення стійкої особистісної тривожності, яка розглядається як основна психологічна характеристика, що збільшує чутливість до стресових впливів. Ситуативна (реактивна) тривожність у людей, що страждають від ожиріння, досягає рівня, що характеризується невротичними проявами. Однією з особливостей психологічного захисту у цих людей є переважання механізму психологічного захисту в формі реактивних утворень (гіперкомпенсації). Змістовна характеристика цього варіанту психологічного захисту допускає, що особистість запобігає усвідомлення неприйнятних або неприємних для неї думок, відчуттів,

вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень та усвідомлень. Відбувається певна трансформація внутрішніх імпульсів, що приводить до їх суб'єктивно-розуміючої протилежності. Для таких людей характерними є незрілі та протективні механізми психологічного захисту, які можуть включати агресію та перенесення своїх власних негативних уявлень на оточуючих, а також перехід до інфантильних форм реагування та обмеження можливостей альтернативної поведінки. Намагаючись знизити свою вагу, хворі можуть посилено займатися фізичними вправами, прагнути постійно бути на ногах, вважаючи, що це збільшить витрату їхньої енергії. У той самий час, вони починають настійно обмежувати себе в їжі, навіть якщо відчувають голод. Постійне й активне обмеження у харчуванні призводить до значного зниження ваги і маси тіла, дистрофічних змін, які є особливо небезпечними для життєво важливих органів, соматоендокринних порушень і кахексії. Найважчі випадки нервової анорексії можуть мати трагічні наслідки і призвести до смерті.

Життя людини з анорексією досить часто пронизане прагненням отримувати схвалення і постійним страхом зробити помилку і не задовольнити очікування інших людей призводить до того, що шанси на отримання любові та поваги стають дуже невеликими. Багато дорослих людей відчувають подібні тривоги, але для хворих на анорексію, ці переживання визначають все їх життя. Таким чином, нервова анорексія може бути розглянута як спосіб залишатися залежною від дитинства, пригнічуючи можливість тіла розвиватися та набувати ознак дорослості, а з цим пов'язаною відповідальністю, яка неминуче настає зі зростанням.

Нервова булімія може бути сполучена з нервовою анорексією, але також може розвиватися як самостійний розлад. У пацієнтів з нервовою булімією спостерігається контроль за вагою, активна фізкультура та регулярні дієти, проте принаймні двічі на тиждень вони переживають епізоди компульсивного переїдання. Під час цих епізодів вони споживають великі кількості висококалорійної їжі, часто проковтуючи її без

пережовування і без насолоди від її смаку. Це закінчується, коли вони починають відчувати біль у шлунку від переїдання, і тоді особа намагається викликати блювоту або вживає велику кількість проносних або сечогінних препаратів. Цей цикл може повторюватися кілька разів на тиждень, а в деяких важких випадках навіть декілька разів на день. Друзі та родичі можуть не підозрювати, що особа, близька до них, страждає цим розладом, оскільки такі пацієнти зазвичай харчуються самі по собі. На відміну від людей, що мають нервову анорексію, вони не втрачають вагу так швидко, можуть трохи зменшувати або навіть трохи збільшувати свою вагу, але їх фізичний стан погіршується.

Для жінок, що мають булімію, важливим є залежність від позитивної оцінки оточуючих. Для зміцнення своєї самооцінки вони потребують впевненості у схваленні інших. Вони намагаються вести себе так, щоб задовольнити очікування оточуючих, підкорюючи свої власні бажання та ставлячи їх на другий план, віддавши перевагу бажанню зробити інших щасливими. Вони вважають, що для того, щоб бути коханими, вони повинні бути бездоганними. Одним з аспектів цієї бездоганності є худорлявість. Їм важко приймати себе такими, якими вони є, і це ускладнює адекватне сприйняття себе та взаємини з іншими. Оскільки пацієнтки з булімією прагнуть бути приємними для оточуючих, вони надають перевагу приховуванню своїх емоцій; висловлення гніву означає образити когось і не сподобатися. Тому вони роблять багато того, чого не хочуть, що призводить до низького рівня самовираження. Ймовірно, така поведінка має свої корені в ранньому дитинстві [36].

Оскільки більшість сучасних наукових досліджень зосереджені на медичному аспекті і відбуваються в галузі психіатрії, практична допомога людям з розладами харчової поведінки вимагає глибокого аналізу та розуміння саме психологічних механізмів, які призводять до виникнення та розвитку цього порушення. Незважаючи на проведені дослідження, психологічні особливості самоусвідомлення особистості залишаються

недостатньо дослідженими, тим часом як кількість людей з розладами харчової поведінки постійно зростає.

Діюче видання МКХ-10 містить розділ «Розлади прийому їжі» (F50), який охоплює нервову анорексію, нервову булімію, їх атипові варіанти, психогенне переїдання, психогенну втрату апетиту, а також блювоту, що пов'язана з іншими психічними розладами [44] . У DSM-5 (2013) знаходиться розділ, присвячений "Порушенням годування та харчування", в якому вказано наступні діагнози: нервова анорексія, нервова булімія, уникнення/обмеження прийому їжі, нападоподібне переїдання (Binge Eating Disorder, також відоме як "харчове пияцтво"), розлад румінації (пережовування) та піка (незвичайний апетит або поїдання неїстівних речей) [45].

Розлади харчової поведінки наочно демонструють взаємозв'язок між психічним та фізичним здоров'ям. Психічні розлади при нервовій анорексії та нервовій булімії безпосередньо впливають на фізичне здоров'я людини, та призводять до серйозних порушень соматичного стану пацієнта.

Вживання їжі не завжди пов'язане з вимогами голоду, і вона часто використовується для задоволення різних інших потреб. Мотивація - це "свідома причина, що лежить в основі вибору дій та поведінки особистості" [16].

Людина може наслідувати певну харчову культуру, зберігаючи адекватність власної харчової поведінки. Крім того, важливо розрізняти клінічні порушення харчової поведінки, які є серйозними медичними станами та вимагають медичного та психотерапевтичного втручання, і варіанти нестандартної харчової поведінки, що є в межах психічної норми.

Згідно з даним формулюванням, харчову поведінку людини можна розглядати як цілісний процес, пов'язаний з мотивацією прийому їжі. Незважаючи на те, що харчування безумовно випливає з фізіологічних потреб, психологічні мотиви також впливають на спосіб харчування. Наприклад, потреба поїсти може виникнути як унаслідок позитивних емоцій

(наприклад, радість, задоволення), так і негативних (наприклад, злість, розгубленість, депресія). Кількість, якість та частота вживання їжі залежать від таких феноменів, як апетит, почуття голоду і насичення.

Фізіологічним регулятором кількості споживання їжі є голод – це сукупність неприємних емоцій, які включають відчуття порожнечі і спазми в області шлунку, які викликають інстинктивне відчуття необхідності поїсти. Почуття голоду виникає у випадку недостатності поживних запасів організму для енергетичної рівноваги. Одним з факторів, який впливає на відчуття голоду, є скорочення порожнього шлунку, інформація про яке передається механічними рецепторами його стінок до кори головного мозку, де і формується почуття голоду. Іноді сильні скорочення м'язів шлунку можуть бути пов'язані зі зниженням концентрації глюкози в крові. За попередніми даними багатьох досліджень, відчуття голоду може залежати від температури навколишнього середовища. Проте важливо розрізняти фізіологічний голод від психологічного сприйняття і свідомого усвідомлення голоду. Останнє включає психологічне переживання, яке проявляється у неприємних і витягуючих увагу відчуттях, що виникають при відсутності їжі і призводять до бажання знайти харчові джерела для зняття дискомфорту. У більш позитивній формі це бажання називається апетитом, яке відіграє важливу роль у задоволенні від їжі і формуванні харчових звичок [16].

Голод виступає як спосіб виявлення потреби організму у живильних речовинах. Це фізіологічний стан, який виникає після певного періоду позбавлення організму необхідних поживних речовин, що призводить до їх зниження. Суб'єктивно голод виявляється через неприємні відчуття печіння, "смоктання під ложечкою", нудоти, іноді супроводжується запамороченням, головним болем і загальною слабкістю. Зовнішнім проявом голоду є харчова поведінка, яка полягає в пошуку і прийманні їжі з метою зняття голоду.

Ці суб'єктивні і об'єктивні ознаки голоду виникають внаслідок активації різних відділів центральної нервової системи. І. Павлов вважав, що сукупність нервових елементів цих відділів складає харчовий центр, який

регулює харчову поведінку та травні функції. Недостатнє або одноманітне харчування пригнічує різні функції організму, тоді як надмірне харчування може призвести до перенавантаження серця і судин, зношування залозистого апарату травної системи та прискореного старіння.

Апетит (від лат. appetitus — прагнення, бажання) - це внутрішнє відчуття, пов'язане з бажанням людини споживати певну їжу, потреба з'їсти щось особливе або бажане саме в цей момент. Апетит є індивідуальним і відображає не тільки загальну потребу в їжі, але також може мати вплив наступними чинниками або відображати: метаболічні особливості або потребу в конкретних складових їжі через їхній дефіцит в організмі; індивідуальні та групові звички; особливості національної кухні та переваги щодо певних продуктів.

Природа апетиту досить складна. Він залежить від смаку, запаху, температури та способу приготування їжі. Відношення до їжі формується з дитинства на основі сімейних традицій харчування, місцевих звичок, культурних особливостей тощо. Апетит може з'являтися незалежно від безпосередніх фізіологічних потреб, відображаючи індивідуальну схильність до певних видів їжі.

Розрізняються дві форми апетиту: загальний апетит, що виявляється до будь-якої їжі, і спеціалізований (вибірковий) апетит, який відображає потреби організму у білках, жирах, вуглеводах, мінеральних речовинах, вітамінах. Апетит збільшується під впливом різних чинників або подразників, таких як: звичайний час прийому їжі, думки про їжу, зовнішній вигляд, запах і смак їжі, підсилювачі смаку, такі як спеції, гострі й пряні приправи, які стимулюють смакові рецептори, закуски, які попереджують основні страви; умови прийому їжі, включаючи гарне сервірування столу, традиції, пов'язані з вишуканими застіллями та інше. Різницю між голодом і апетитом можна пояснити на простому прикладі: коли людина відчуває голод і з'їдає одну канапку, щоб заспокоїти його. Після цього у вас

з'являється апетит, і ви з'їдаєте ще і ще, не через голод, а через те, що канапки виявилися смачними і викликали апетит.

Розлади апетиту можуть виступати як симптомом різних захворювань. Зменшення апетиту (анорексія), навіть до повної його відсутності, спостерігається при порушенні функції харчового центру, травної системи, ендокринних, нейрогенних і психогенних розладах, а також при інтоксикаціях. З іншого боку, підвищення апетиту (булімія) або зміни в апетиті (перекручення, наприклад, бажання їсти неїстівні речовини) можуть спостерігатися при порушенні функції харчового центру та шлунково-кишкового тракту, ураженнях, пухлинах головного мозку, нервово-психічних розладах, авітамінозах і ендокринних захворюваннях.

Підвищена реакція на зовнішні стимули щодо приймання їжі часто пов'язана не стільки зі збільшеним апетитом, а зі зниженою насичуваністю організму.

Насичення, або стан ситості, виникає після приймання їжі і протилежний відчуттю апетиту та голоду. Цей стан не лише припиняє відчуття голоду, але й супроводжується відчуттям задоволення та повноти в шлунку. Насичення значно впливає на психологічний аспект, такий як звичка їсти мало або багато, у певний час і т. д.

Виділяють два типи насичення: первинне або сенсорне насичення, яке пов'язане з гальмуванням латеральних ядер гіпоталамуса від імпульсів, що надходять від рецепторів рота і шлунку під час їжі, і одночасно збудженням вентромедіальних ядер гіпоталамуса внаслідок поступового надходження харчових речовин до крові. Другий тип - вторинне або обмінне насичення, яке відбувається близько 1,5-2 годин після їжі, коли в крові з'являються продукти розщеплення поживних речовин.

Розлади харчової поведінки наочно демонструють взаємозв'язок між психічним та фізичним здоров'ям. Психічні порушення, такі як нервова анорексія та нервова булімія, безпосередньо впливають на фізичне здоров'я пацієнта та призводять до серйозних соматичних порушень.

Харчування – це комплекс процесів, спрямованих на вибір, здобування, приготування, споживання та засвоєння їжі, що створює умови для постачання організму необхідними речовинами та енергією для життєдіяльності. Воно також пов'язане з іншими транстрофічними потребами особистості, такими як задоволення, самоконтроль, етнічна ідентифікація і т.д., а також з потребами суспільства, такими як соціальна інтеграція, соціальна диференціація та соціальна ідентифікація.

Харчування — це не тільки фізіологічний процес, але й процес, що сильно залежить від соціальних та культурних факторів. Організація раціонального харчування включає в себе не лише аспекти фізіології, а й психологічні компоненти. Харчова поведінка, яка є неодмінною частиною способу життя людини, охоплює процеси пошуку, вибору, приготування та споживання їжі, а також усі супутні елементи. Ці звички формуються з дитинства і мають великий вплив на здоров'я в дорослому віці.

Взаємодія з їжею є постійно присутнім аспектом в житті кожної людини. Ці відносини не обмежуються лише задоволенням фізіологічного голоду, а також виконують роль психологічного захисту, компенсації відсутності любові, способу зняття напруги, а навіть можуть слугувати ліками для пошкодженого самопочуття. Взаємодія з їжею також включається в спосіб комунікації, що є традиційним для всіх культур і народів, наприклад, застілля. Розлади прийому їжі, або порушення харчової поведінки, належать до класу психогенно обумовлених поведінкових синдромів, які пов'язані з проблемами у сприйнятті та споживанні їжі. Серед них входять нервова анорексія, нервова булімія, психогенне переїдання та інші розлади. Розповсюдженість цих розладів вже давно виходить за межі статистичних показників 3-5% загального населення.

1.3. Аналіз наукової літератури харчової поведінки жінок.

За результатами дослідження Ковальчук З.С., виявлено, що у жінок з порушеннями харчової поведінки спостерігаються певні особливості.

Зокрема, ці жінки проявляють ознаки депресивності, істеричності, егоїстичності, переживання самотності, високі вимоги до себе та перфекціонізм. Вони також намагаються приховати свою бажання до їжі від інших людей і компенсувати проблеми з харчуванням шляхом досягнень в інших сферах життя. Згідно з автором дослідження, респондентки з порушеннями харчової поведінки не можуть визнати свої недоліки та невідповідність ідеалам. Для них значення харчування займає перше місце в ієрархії цінностей, а більшість їх занять та інтересів пов'язані з готуванням та споживанням їжі [25].

Згідно з емпіричними дослідженнями В. Шебанової, було встановлено, що сім'ї дівчат, які мають ризик розладу харчової поведінки, характеризуються емоційним дискомфортом, порушенням сімейних взаємин та домінуванням матері та бабусі з материнської лінії. Самі підлітки відчувають недостатній рівень захищеності й потребують батьківської любові [19].

Л. Пономарьова зауважує, що щоденний раціон та способи споживання їжі відрізняються у кожної людини й мають свої особливості, які відображають певні стилі харчової поведінки сім'ї. Це також відноситься до культури харчування, яка формується з раннього дитинства і супроводжує людину протягом її життя [20].

Р. Комер відзначає, що їжа виконує роль компенсатора задоволення, надаючи відчуття безпеки та послаблюючи біль. Це неусвідомлюваний досвід психосоматичних реакцій у дорослих, який формується ще у ранньому дитинстві (наприклад, коли дитині дають солодощі для заспокоєння, під час болю, заохочення до слухняності тощо) [21].

І. Малкіна-Пих звертає увагу на те, що хоча смерть від голоду є рідкісним явищем у сучасному суспільстві, страх голодної смерті залишається основою відчуття незахищеності та страху майбутнього [15]. Крім відчуття захищеності, насиченість асоціюється з відчуттям любові. Для дитини бути нагодованою є еквівалентом бути любленою. Таким чином,

відчуття ситості, захищеності та любові у дитини мають глибоку зв'язок, який неусвідомлюється, але значно впливає на харчову поведінку дорослої людини.

Серед найважливіших факторів, що сприяють порушенню харчової поведінки, Сичова Т.Ю. виокремлює особливості стосунків в ранньому дитинстві, підходи до харчування дитини до року, переживання депресії, стресу або тривоги, сімейні проблеми та конфлікти [22]. Людина формує неусвідомлювану реакцію на стресори та застосовує звичні автоматичні моделі харчової поведінки, не розуміючи їх справжніх причин.

У дослідженні Кисельової А.М. та співавторів показано, що схильність до порушень харчової поведінки у студентів пов'язана з наявністю депресивної симптоматики, а провідними акцентуаціями є емотивність та застрягання. Автор описує порушення харчової поведінки як звички, які мають нав'язливий, непереборний характер, автоматизуються та не усвідомлюються самою особою [23].

Абсалямова Л. показала обернений зв'язок рівня задоволеності своїм життям з індексом маси тіла. Інтерпретація виявленого зв’язку, на думку автора, може бути двоякою: людина з підвищеною масою тіла буде менше задоволена своїм життям, або людина, незадоволена життям, буде більше їсти та набирати вагу [24]. Також на її думку, на розвиток порушень харчової поведінки впливає занижена самооцінка, неможливість контролювати своє життя, негативні емоції, конфлікти, почуття самотності, глузування стосовно зайвої ваги, алекситимія та ін.

Гаранян Н. та співавтори вказують на визначальну роль перфекціонізму у порушеннях харчової поведінки. Прагнення до досягнення ідеальної фігури та дихотомічне мислення (товстий-стрункий) призводять до надмірної обуреності своєю вагою та зовнішнім виглядом у жінок з перфекціоністичними рисами характеру. Вони можуть ставити перед собою надмірні вимоги та намагатися дотримуватися надто суворих дієт, що призводить до подальших розладів [34].

Згідно з дослідженням Hewett P.L., Fiett G.L. та Ediger E., дотримання дієт дозволяє жінкам з розладами харчової поведінки відчувати позитивні емоції: вони почуваються успішними, вірять у свої сили, збільшується самооцінка та відчуття переваги над іншими. Проте, у випадку зриву та нападів переїдання, вони відчувають знецінення своєї особистості та скасування власних досягнень [26].

В 1957 році H.L. Kaplan та H.S. Kaplan розробили психосоматичну модель, яка пояснює емоційно зумовлену харчову поведінку шляхом поєднання соціального навчання та теорії стресу. За їхнім уявленням, людей спонукає до їжі не сам голод, а негативні емоції, такі як сум, тривога, сумнів або самотність. Крім того, переїдання може бути проявом нездатності особи розрізняти почуття голоду та тривоги, через що вона реагує на стресові ситуації, як на голод, споживаючи багато їжі та набираючи вагу [27]. Сучасні дослідження намагаються розкрити психологічні переваги переїдання.

Згідно з Polivy J. та Herman C.P., переїдання використовується людьми для того, щоб маскувати проблеми, які вони мають в інших аспектах свого життя, замість того, щоб звертатися до цих проблем напряму. Це означає, що переїдання і надмірна вага слугують як свого роду захисний механізм, який дозволяє відволіктися від інших неприємностей у житті. Існує ще одна гіпотеза, яка пояснює "користь" і бажання переїдання - це припущення про досягнення стану комфорту, який людина отримує від споживання великої кількості їжі. Цей стан заспокоює індивіда, дарує йому відчуття захищеності та полегшує дискомфорт. Згідно з гіпотезою відволікання, купівля продуктів, приготування їжі та сам процес смакування займають увагу людини, допомагаючи переключитися від проблем на приємний проведення свого часу.

Виникнення порушень харчової поведінки може бути пов'язане зі стосунками між дитиною і матір'ю, які в подальшому можуть впливати на поведінку дорослої людини. Якщо дитина харчується у відповідь на свої

негативні емоції або занепокоєння, вона може втратити здатність розрізняти почуття голоду і переживання страху чи тривоги [29].

Алекситимія, яка передбачає нездатність розрізнити тілесні відчуття і емоції, також може пояснювати, чому стрес і тривогу можна "заїдати" через переїдання. Friedman K.K. та співавтори підкреслюють важливу роль депресії у формуванні порушень харчової поведінки. Вони вважають, що надмірна вага та ожиріння можуть стигматизувати людей, що негативно впливає на їх соціальну адаптацію, взаємодію з іншими, самооцінку і спричиняє почуття вини та пригніченості, що може призводити до депресивних розладів [30]. Крім того, імпульсивність є ще одним фактором харчових порушень, зокрема зовнішньої харчової поведінки, і може викликати співвідносні активності, такі як зловживання алкоголем, куріння, наркотична залежність та інші [31].

Коморбідність в медицині та психіатрії відображає наявність одного або кількох захворювань, які спостерігаються разом з первинним захворюванням або мають вплив на нього. Коморбідне захворювання або розлад може бути викликане або прямо пов'язане з основним захворюванням.

У сучасній медичній літературі, концепція коморбідності визначається як наявність у пацієнта принаймні двох розладів, кожний з яких може бути розглянутий як самостійне захворювання та діагностуватися незалежно від інших [35].

Thompson-Brenner H. провів дослідження з метою класифікації хворих на ожиріння за допомогою кластерного аналізу. Згідно з його результатами, виявлено три групи хворих. Перша група включала в себе високо-функціонуючих хворих з вираженим перфекціонізмом, друга група - пацієнтів з обмежувальною поведінкою, а третя група - емоційно неврегульованих хворих, які не контролюють себе та мають високий рівень імпульсивності [32].

Цікаво, що пацієнти з другої групи мають схильність до надмірного контролю над собою, вони обмежують себе в задоволенні потреб у позитивних емоціях, близьких відносинах та сексуальності, що потім відображається у порушеннях харчової поведінки.

Смірнова Я. К. та Любімова О. М. підкреслюють важливу роль емоційно-вольових характеристик у формуванні порушень харчової поведінки. Вони виявили, що у жінок з надмірною вагою та схильністю до порушень дієт характерні ознаки гіперестезії, такі як збільшена чутливість, збудливість, швидке виснаження, знижена працездатність, дратівливість та емоційна лабільність [33]. Також виявлено знижений поріг збудливості щодо стимулів, що викликають тривогу, а також ознаки занепокоєності, напруження, невпевненості у спілкуванні, низьку терпимість до очікувань, нетерплячість та нерішучість.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ І

Враховуючи те, що на даний час самотність є досить поширеною проблемою, вона ілюструє соціальну динаміку розвитку суспільства загалом. Але, оскільки самотність як явище відчувається кожним по різному, в силу індивідуально-психологічних особливостей людини – то подолати її негативні наслідки можна лише враховуючи індивідуальний підхід. В одному випадку будуть дієвими одні методи профілактики переживання самотності. В іншому, для іншої людини, зовсім інші методи. Психологи, фізіологи та лікарі висловлюють думку про те, що люди, котрі є самотніми більш схильні до появи у них різноманітних захворювань та проблем зі здоров'ям.

Таким чином, основні детермінанти самотності різняться в залежності від соціальної ситуації, в котрій перебуває особистість (самотність в подружніх стосунках, самотність через втрату, самотність через власні індивідуально-психологічні особливості особистості).

У жінок спостерігається високий рівень непрямої агресії, вони виявляють опозиційну манеру спілкування, проявляють недовіру до інших людей та виявляють обережність у міжособистісних взаєминах. Таким чином, порушення харчової поведінки є складним розладом, що виникає під впливом соціальних, сімейних та психологічних факторів.

Вчені з'ясували, що почуття самотності турбує близько 40-45% жінок. Решта можуть сказати про себе, що люблять усамітнення. Ймовірно, через частий розрив сімейних зв'язків, збільшення розлучень, більш частих переїздів і того, що люди менше зустрічаються в реальному житті і будують спільноти, почуття самотності все частіше входить в наше життя. Особливо зараз, коли в Україні йдуть бойові дії і мільйони пар фактично розділені територіально. Наше суспільство перебуває у вимушеному почутті самотності.

Порушення харчової поведінки відносяться до категорії психічних розладів. Внаслідок цього можна зробити висновок, що у випадку порушення харчової поведінки спостерігаються такі ознаки:

1) боязнь повноти, яка частково обумовлена модою на стрункy худу фігуру. Однак про розлади харчової поведінки можна говорити в тому випадку, коли тривога про власну вагу і фігуру сильніша, ніж у «нормальної» особи тієї ж етнічної приналежності. Захворюванню сприяють певні властивості особистості: патологічне прагнення до досконалості (перфекціонізм), нарцисизм, надмірна чутливість до думки оточуючих, що може визначатися різними способами психодіагностики.

2) самообмеження в їжі, як наслідок боязні повноти. Найбільш жорсткі ці обмеження при нервової анорексії, найменш - при компульсивном переїданні у осіб з ожирінням. Хворі виробляють різноманітні правила харчування і намагаються неухильно їх дотримуватися. Ці правила часто абсолютно не обгрунтовані. При нервовій булімії і компульсивному переїданні періоди самообмеження в їжі чергуються з нападами обжерливості.

3) Напади обжерливості - епізоди втрати контролю над харчовим потягом, під час яких хворий не може побороти бажання з'їсти певні продукти. Напади обжерливості слід відрізняти від звичайного переїдання - наприклад, в свята. Таке переїдання також у одних буває частіше, ніж у інших, але при цьому людина завжди може зупинитися. Оскільки переїдання рідко супроводжуєть почуттям провини або тривоги.

Ще однією особливістю вибору харчової поведінки сучасних жінок являється задоволення власних соціальних потреб. Вже давно психологами було встановлено, що людина являє собою соціальну істоту. На протязі всього життя особистість намагається зайняти певну нішу в соціумі, стати його частиною. При цьому, в сучасному світі, жінки використовують їжу для задоволення власних особистісних потреб психологічного характеру. Тут і потреба в самоствердженні, і в комунікації, і в релаксації і т.д. Доступність

продуктів харчування і широкий вибір стилів харчування в XXI столітті, що в свою чергу призводить до використання їжі для втілення власних потреб в символічному сенсі.

РОЗДІЛ ІІ. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ.

2.1. Методичне забезпечення.

Метою нашої роботи було дослідження психологічних чинників формування типів порушень харчової поведінки самотніх жінок. Відповідно до мети дослідження, нами було проведено опитування жінок за допомогою Google-форми, до складу якої входили авторська анкета та психодіагностичні методики.

Нами було сформульовано наступні задачі відповідно до мети дослідження:

- Проаналізувати наявні методики та методи дослідження;
- Провести емпіричне дослідження з допомогою обраних методик;
- Зробити аналіз та інтерпретацію отриманий результатів.

Вищевказані задачі визначили хід емпіричної частини дослідження, який складався з наступних етапів:

1. Підготовчий етап. На основі аналізу теоретичних джерел та наявних результатів емпіричних досліджень з теми було сформовано авторську анкету. Також на підготовчому етапі була здійснена підготовка необхідних для дослідження матеріалів, сформовано форму на платформі Google задля швидкого опитування респондентів в форматі онлайн.

2. Етап проведення дослідження. Онлайн опитування відбувалося за допомогою розсилки сформованої форми у соцмережах. Опитування проводилося за добровільною участю і за отримання згоди на застосування отриманих результатів у подальшому дослідженні.

3. Етап операціоналізації отриманих даних. Отримані за допомогою розісланих Google-форм результати було перекодовано і пораховано в таблицях програми MS Excel для зручності подальшого аналізу даних.

4. Етап математико-статистичної обробки даних. Після підготовки даних була проведена математико-статистична обробка даних, побудовано

діаграми й складено таблиці даних, описано результати, надано кількісний та якісний аналіз отриманих даних.

5. Заключний етап полягав в аналізі усієї сукупності отриманих даних, їх узагальненні та інтерпретації. Також у задачі цього етапу входило і підбиття висновків та формулювання подальшого напрямку дослідження.

Відповідно до мети нашого дослідження було обрано найбільш відповідні меті та завданням наступні методики:

1) Анкета;
2) Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire);
3) Тест «Відношення до прийому їжі EAT-26»;
4) Опитувальник «Досвід близьких стосунків» К. Бреннан і Р.К. Фрейлі
5) Опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо
6) П'ятифакторний особистісний опитувальник "Велика п'ятірка"

- Голландський опитувальник харчової поведінки **DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire)**, розроблений голландськими психологами опитувальник призначений для виявлення трьох типів харчової поведінки: обмежувальної, емоціогенної та екстернальної. Опитувальник складається з 33 запитань, на які можна відповісти за п'ятибальною шкалою від "ніколи" до "дуже часто".

У 1986 році в Голландії (Нідерланди) була розроблена методика з метою діагностики трьох типів порушень харчової поведінки: обмежувальної, емоціогенної та екстернальної. Дослідження проводилося на факультетах харчування та соціальної психології Сільськогосподарського університету. Основною метою методики була кількісна оцінка цих порушень харчової поведінки, які пов'язані з ожирінням та переїданням [84]. Валідація методики була проведена на вибірці з 1170 осіб, які були розділені на групи за статтю та наявністю ожиріння. Теоретичною основою тесту стали теорії, що пояснюють переїдання як результат емоційної, екстернальної або обмежувальної харчової поведінки.

Емоціогенна харчова поведінка описується як розлад, при якому їжа споживається не через почуття голоду, а як відповідь на негативні емоції. У такому випадку людина починає їсти не через фізичну потребу, а через тривогу, напруження, роздратованість, стрес і т.д. Зазвичай в цьому типі порушення харчової поведінки людина спрямовується на споживання великої кількості солодощів або випічки, щоб змінити свій емоційний стан і повернути спокій і впевненість.

Екстернальна харчова поведінка характеризується виникненням відчуття голоду від зовнішніх стимулів, таких як смачна їжа, реклама їжі, спостереження за іншими людьми, які їдять і т.д. У здорової людини відчуття голоду залежить від рівня глюкози в крові, наповненості шлунку і моторики. Але для осіб з цим типом харчового розладу визначальним стають зображення продуктів, їх запах та зовнішній вигляд, а також думки про їжу.

Обмежувальна харчова поведінка описується як непослідовні самообмеження в їжі, які індивід не може підтримувати протягом тривалого періоду, що призводить до декомпенсації в психічній та вегетативній сферах. В результаті суворих дієт, у людини виникає емоційна нестабільність, що зазвичай призводить до повернення до звичного режиму харчування або переїдання.

Методика включає 33 твердження, які досліджуваний має оцінити за шкалою від 1 до 5 балів: 1 бал - ніколи, 2 бали - рідко, 3 бали - іноді, 4 бали - часто, 5 балів - дуже часто.

Аналіз результатів включає обчислення показників для кожної з трьох шкал (емоціогенна, екстернальна та обмежувальна харчова поведінка). Це досягається шляхом підрахунку суми балів для кожної шкали та поділу цієї суми на кількість питань, що використовувалися, тобто обчислення середнього арифметичного.

Нормативними значеннями вважаються наступні бали: для обмежувальної харчової поведінки - 2,4 бали; для емоціогенної - 1,8 балів; для екстернальної - 2,7 балів.

Вищезазначені показники свідчать про присутність розладу в харчовій поведінці. Одним із цінних аспектів цієї методики є можливість надання рекомендацій щодо лікування пацієнтів, залежно від виявленого розладу харчової поведінки.

У випадку емоціогенного переїдання, психологічна допомога спрямовується на вирішення внутрішніх конфліктів, з основним акцентом на сфері почуттів. Для коре кції неправильних патернів поведінки, пов'язаних з екстернальною харчовою поведінкою, рекомендується використовувати когнітивно-поведінкову терапію та зосереджуватись на зміні шкідливих звичок. В разі обмеженої харчової поведінки рекомендується дієтологічне втручання.

- Тест відношення до прийому їжі **(Eating Attitudes Test, EAT-26)** був розроблений Девідом М. Гарнером в Інституті психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 році. У 1982 році тест був модифікований до 26 питань і отримав назву EAT-26. Пізніше він був адаптований О.А. Скугаревським і С.В. Сивухою. Завдяки високій надійності та валідності результатів, EAT-26 є цінним інструментом для початкової діагностики симптомів розладу харчової поведінки. Він дозволяє виявити конкретні поведінкові симптоми та внутрішні установки, що є характерними для анорексії, булімії та інших розладів харчової поведінки.

Ця шкала, як і більшість подібних, містить симптоми, які вважаються ненормальними у відношенні харчової поведінки. Симптоми охоплюють когнітивну, поведінкову та емоційну сфери, але в тесті не виділяються окремі підшкали.

Тест EAT-26 складається із 26 питань, кожне з яких має такі варіанти відповіді: «ніколи», «рідко», «іноді», «досить часто», «зазвичай» чи «завжди». При відповіді 5 додаткових питань обстежуваний вибирає одне із двох варіантів відповіді - «так» чи «ні». Іноді до тесту включається ще 5 додаткових питань, які мають варіанти відповіді «так» і «ні».

Тест призначений для заповнення самим пацієнтом/випробуваним, фахівець не повинен брати участь у цьому. Перед початком дослідження рекомендується ознайомити випробуваного принципи роботи зі шкалою.

Інтерпретація. Усі запитання тесту, крім 26-го, оцінюються за такою шкалою: "завжди" - 3 бали; "як правило" - 2 бали; "досить часто" - 1 бал; "іноді" - 0 балів; "рідко" - 0 балів; "ніколи" - 0 балів. Для 26-го запитання застосовується інша шкала оцінювання: "завжди" - 0 балів; "як правило" - 0 балів; "досить часто" - 0 балів; "іноді" - 1 бал; "рідко" - 2 бали; "ніколи" - 3 бали. Бали за всі запитання сумуються, і обчислюється загальний результат.

Клінічна значимість. Тест EAT-26 є скринінговим і не може встановити діагноз, навіть попередній. Однак, високий результат в цьому тесті вказує на високу ймовірність серйозного розладу харчової поведінки, зокрема анорексії або булімії (тест був розроблений саме для виявлення цих розладів). Деякі пункти в тесті специфічні для інших розладів харчової поведінки, таких як обмежувальна або компульсивна поведінка. Тому тест дозволяє виявити "групу ризику", яка потребує консультації фахівця з психічного здоров'я, хоча він не охоплює всі наявні сьогодні розлади харчової поведінки.

- **Опитувальник «Досвід близьких стосунків» К. Бреннан і Р.К. Фрейлі (ECR-R)** створений для оцінки індивідуальних варіацій у якості стосунків прив'язаності дорослих людей. Опитувальник містить 36 тверджень, які складають дві шкали: шкалу тривожності у стосунках прив’язаності (тобто рівень впевненості або невпевненості у надійності і чуйності значущої особи) та шкалу уникнення близькості у стосунках прив’язаності (тобто ступеня дискомфорту, який переживається при психологічному зближенні з іншою людиною і формування залежності від неї). Респондентам пропонується згадати когось зі своїх близьких, кохану людину, родича чи друга і те, як складаються з ними стосунки. Респонденти мають оцінити чи відповідає кожне із наведених тверджень їхнім почуттям у цих відносинах. Напроти кожного висловлювання респонденти мають

позначити, чи згодні чи ні зі змістом тверджень, поставивши знаки (+) або (-) відповідно.

Розробники оригінальної методики спочатку припускали на підставі значень, отриманих за кожною шкалою, класифікувати випробуваних за одним із чотирьох типів уподобання. Відповідно до цього низькі оцінки по обидві шкали дають підставу віднести досліджуване ставлення до надійного типу прихильності, високі - до боязкого типу; високі оцінки за шкалою тривожності та водночас низькі за шкалою уникнення близькості описують залежний тип; високі оцінки за шкалою уникнення та водночас низькі за шкалою тривожності описують тип уникаючої прихильності. Згодом автори перейшли від поділу на категорії до континуального виміру двох факторів, обґрунтовуючи це рішення вищою прогностичною точністю даних, що витягуються.

- **Опитувальник ZTPI** містить 5 шкал часової перспективи. Перший фактор - "Негативне минуле" - відображає загальне негативне сприйняття власного минулого, яке може бути обумовлене як справжнім досвідом неприємних або травмуючих моментів, так і негативною перебудовою минулих ситуацій або комбінацією обох.

Другий фактор - "Гедоністичне теперішнє" - відображає гедоністичне, ризиковане ставлення до власного життя в данний момент, яке передбачає отримання насолоди зараз, незважаючи на подальші наслідки.

Третій фактор - "Майбутнє" - вимірює загальну орієнтацію на майбутнє, вказуючи на домінування волі до досягнення мети і можливих нагород у майбутньому.

Четвертий фактор - "Позитивне минуле" - відображає тепле, сентиментальне ставлення до минулого, коли минулий досвід та час сприймаються приємними, з позитивним настроєм і ностальгією.

Останній, п'ятий фактор - "Фаталістичне теперішнє" - виявляє фаталістичне, безпорадне ставлення до життя, коли люди з такою часовою

орієнтацією вірять в долю і впевнені, що не можуть впливати на події свого життя, незалежно від теперішнього чи майбутнього.

- **П'ятифакторний особистісний опитувальник**, більш відомий як **"Велика п'ятірка"**, був розроблений американськими психологами Р. Маккраї і П. Коста протягом періоду з 1983 по 1985 роки. Автори вважають, що виділення п'яти незалежних змінних (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співробітництво, сумлінність) на основі факторного аналізу є достатнім для адекватного опису психологічного портрета особистості.

Опитувальник складається з 75 протилежних за значенням висловлювань, які потрібно оцінити. Для вираження згоди з лівим висловом використовуються символи -2 і -1 на шкалі, а для згоди з правим висловом - +2 і +1. Числами відображається ступінь виразності оцінюваної ознаки, де 2 означає сильно виражену ознаку, 1 - слабко виражену, а у разі сумнівів у виборі слід обрати 0.

2.2. Характеристика вибірки.

Вибірка нашого дослідження склалася з 60 осіб жіночої статі віком від 20 до 57 років. Отже, результати проведеного емпіричного дослідження висвітлюватимуть особливості формування типів харчової поведінки у жінок.

Гістограма віку досліджуваних представлена на (рис. 2.1.) Як бачимо, найбільша кількість досліджуваних знаходиться в межах 30-40 років.

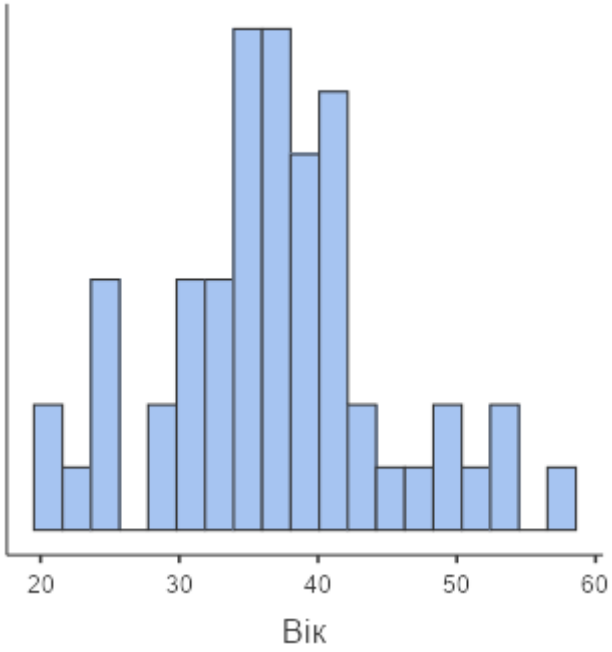

Рис. 2.1. – Гістограма віку досліджуваних

Відповідно до результатів опитування за створеною для дослідження анкетою (рис.2.2.) було визначено особливості сімейного статусу респондентів. Зокрема, визначено, майже більша половина осіб від загальної сукупності респондентів вибірки 53,3% знаходиться в шлюбі, частина респондентів 18,3% зазначили, що наразі знаходяться в цивільному шлюбі, 10% не знаходяться в стосунках («вільні»), інша частина респондентів позначила свій статус 13,% як «у стосунках». Найменші за чисельністю презентації серед респондентів категорії сімейних статусів, «розлученні» 5%.

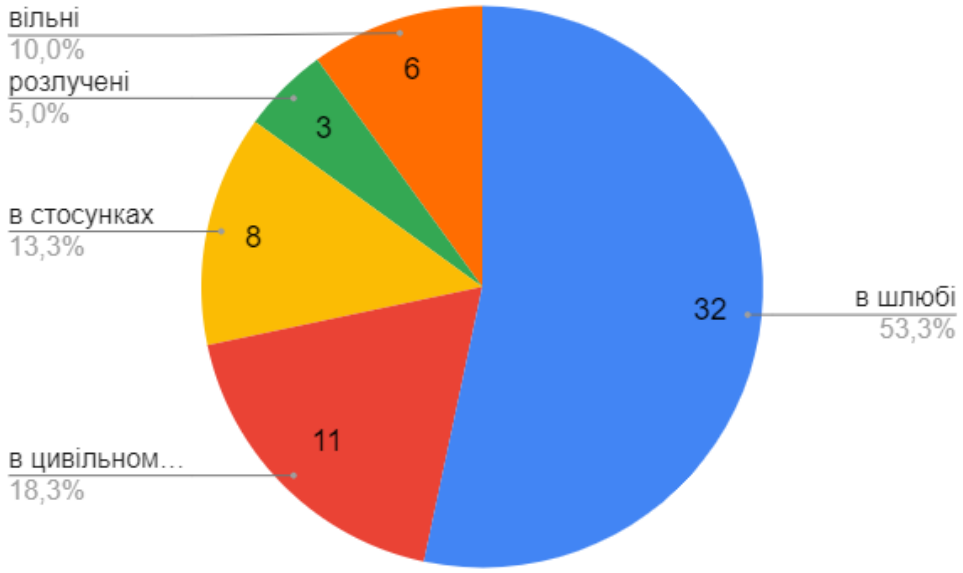

Рис. 2.2. – Розподіл вибірки за сімейним статусом

Отже, за ознакою сімейного статусу більша частина респондентів цього дослідження перебуває у шлюбі на момент взяття участі в опитуванні.

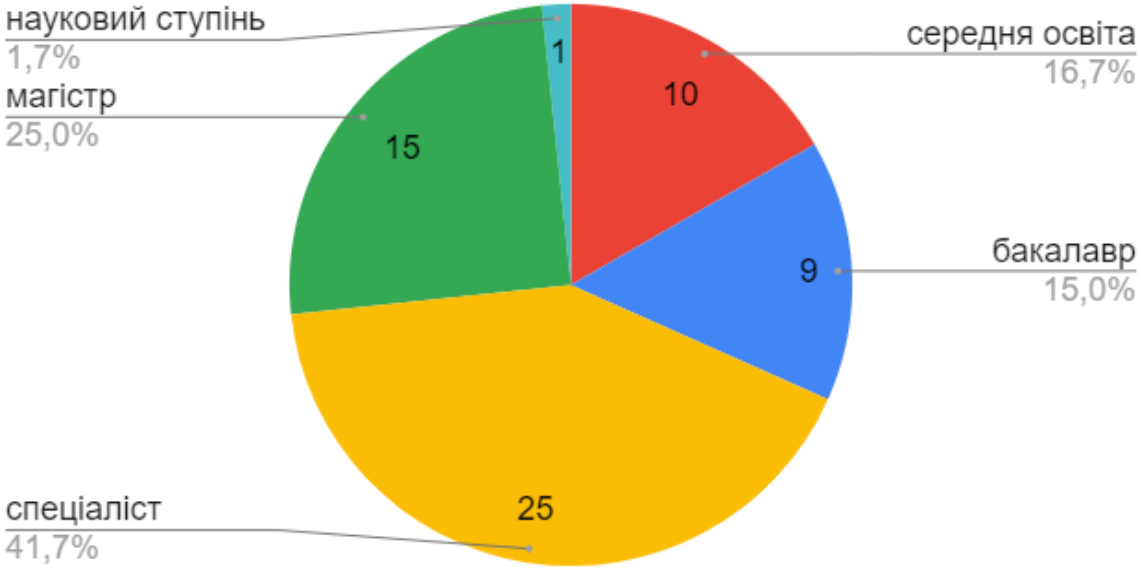

Рис. 2.3. – Розподіл вибірки за рівнем освіти

Відповідно до отриманих даних за питанням, щодо рівня освіти респондентів (рис.2.3.), 16,7% мають середню освіту, близько половини учасниць дослідження 41,7% – мають ступінь спеціаліста, значно менша

частка має ступінь магістра 25%, ступінь бакалавра 15%, і найменший відсоток 1,7% мають науковий ступінь освіти.

Отже, здебільшого респонденти нашого дослідження мають стосунки, і лише 15% є вільними або розлученими. Найбільш чисельна частка респондентів на момент участі у дослідженні мають вищу освіту.

Відповідно до отриманих результатів анкетування попередньо можна підсумувати, що респонденти нашого дослідження переважно характеризуються перебуванням у шлюбі та наявністю вищої освіти.

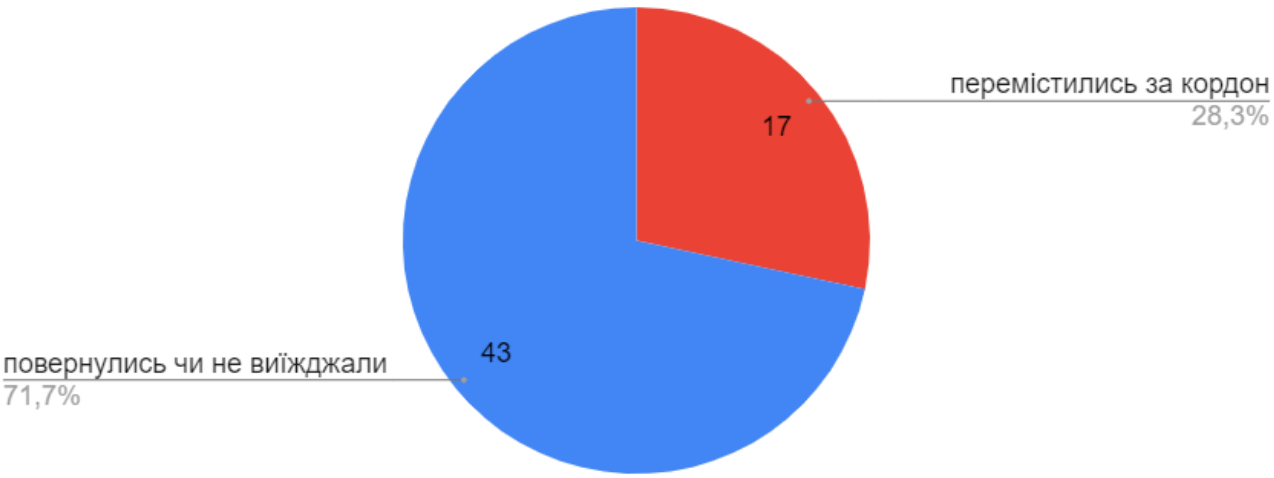

Рис. 2.4. Розподіл вибірки за типом переміщення

Відповідно до результатів опитування за створеною для дослідження анкетою (рис.2.4.) було встановлено, що з звязку з початком повномаштабної війни в Україні 28,3% респондентів вимушено перемістилися за кордон, а 71,7% повернулися чи не виїзджали зовсім.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ ІІ

Отже, у другому розділі кваліфікаційної роботи було описано організацію здійсненого емпіричного дослідження, описано особливості сформованої вибірки і методів, які застосовувалися для досягнення мети роботи.

Відповідно до мети дослідження на підготовчому етапі його організації було підібрано психодіагностичний інструментарій, який дозволив перевірити сформульовані гіпотези. До інструментарію дослідження увійшли найбільш відповідні меті та завданням методики:

1) Анкета;
2) Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire);
3) Тест «Відношення до прийому їжі EAT-26»;
4) Опитувальник «Досвід близьких стосунків» К. Бреннан і Р.К. Фрейлі;
5) Опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо;
6) П'ятифакторний особистісний опитувальник "Велика п'ятірка".

Порівнюючи середні значення, отримані з вибірки за допомогою Голландського опитувальника харчової поведінки, з нормативними значеннями, було виявлено, що кожна з шкал у вибірці має вищі значення, ніж у нормі. Ми припускаємо, що це пов'язано з інтересом до дослідження осіб, яким цікава тематика харчової поведінки. Зокрема, найбільш виражені відхилення від норми спостерігаються на шкалах "Екстернальна харчова поведінка" та "Обмежувальна харчова поведінка".

Наша вибірка, хоч і не є великою, виявляє певну закономірність: чим більше особи вільні від узаконених стосунків, тим вищий рівень екстернальної харчової поведінки вони мають. Втім, кількість осіб з високим балом за шкалою "Свобода від узаконених стосунків" у вибірці є обмеженою.

Під час дослідження кореляційних зв'язків між типами харчової поведінки та розладами харчової поведінки з використанням шкал опитувальника часової перспективи Ф. Зімбардо, було виявлено дві кореляції. Зокрема, Екстернальна харчова поведінка позитивно корелює з шкалою Гедоністичного теперішнього, так само як і Обмежувальна харчова поведінка. Не було виявлено інших кореляцій між типами харчової поведінки та розладами харчової поведінки з шкалами опитувальника часової перспективи.

Під час дослідження кореляційних зв'язків між типами харчової поведінки та розладами харчової поведінки з використанням шкал п'ятифакторного особистісного опитувальника, було встановлено кореляції лише для розладу харчової поведінки. Розлад харчової поведінки негативно корелює з шкалою Екстраверсія, що означає, що у осіб з вищим рівнем розладу харчової поведінки спостерігається вищий рівень інтроверсії.

Крім того, розлад харчової поведінки позитивно корелює зі шкалою Самоконтроль, що означає, що особи з більшим рівнем розладу харчової поведінки мають вищий рівень самоконтролю. Не було виявлено кореляційних зв'язків зі шкалами особистісного опитувальника для будь-якого з типів харчової поведінки.

РОЗДІЛ ІІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

3.1. Результати емпіричного дослідження та їх обговорення. Вибірка та описові статистики.

За результатами зібраних даних можемо представити опис вибірки за допомогою описових статистик. Середні за вибіркою та середні квадратичні відхилення представлені в кожній з таблиць. Оглянемо отримані розподіли за шкалами на нормальність, оскільки в певній мірі характеризує якість зібраних даних, а також необхідно для визначення коефіцієнту, котрий обиратимемо в кореляційному аналізі.

За екстернальною та обмежувальною харчовою поведінкою розподіли виявились нормальними, а за емоціогенною отримано не нормальний розподіл. За шкалою розладу харчової поведінки розподіл не нормальний.

Таблиця 3.1.

Описові статистики за шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки та за опитувальником відношення до прийому їжі

	Середнє	Середнє квадратичне відхилення	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Емоціогенна харчова поведінка	2.66	0.884	0.950	0.022	не нормальний
Екстернальна харчова поведінка	2.52	0.980	0.964	0.088	не нормальний
Обмежувальна харчова поведінка	3.11	0.559	0.972	0.211	Нормальний
Розлад харчової поведінки	7.77	8.83	0.770	< .001	не нормальний

Розподіл виявився не нормальним за обома шкалами методики досвіду близьких стосунків.

Таблиця 3.2.

Описові статистики за шкалами методики досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі

	Середнє	Середнє квадратичне відхилення	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Тривожність	4.46	3.17	0.939	0.007	не нормальний
Уникання близькості	4.52	2.82	0.897	< .001	не нормальний

За всіма шкалами опитувальника часової перспективи Ф. Зімбардо, окрім шкали майбутнього, розподіл нормальний.

Таблиця 3.3.

Описові статистики за шкалами опитувальника часової перспективи Ф. Зімбардо

	Середнє	Середнє квадратичне відхилення	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Негативне минуле	2.63	0.643	0.975	0.338	Нормальний
Гедоністичне теперішнє	3.32	0.415	0.983	0.664	Нормальний
Майбутнє	3.63	0.515	0.952	0.033	не нормальний
Позитивне минуле	3.56	0.454	0.968	0.171	Нормальний
Фаталістичне теперішнє	2.70	0.535	0.956	0.047	не нормальний

Розподіл виявився нормальним лише за двома шкалами п’ятифакторного особистісного опитувальника: екстраверсія та емоційна нестабільність.

Таблиця 3.4.

Описові статистики за шкалами п'ятифакторного особистісного опитувальника

	Середнє	Середнє квадратичне відхилення	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Екстраверсія	50.4	6.87	0.922	0.124	Нормальний
Прив'язаність	55.3	11.0	0.817	0.002	не нормальний
Самоконтроль	52.8	9.56	0.879	0.021	не нормальний
Емоційна нестабільність	48.7	11.8	0.963	0.624	Нормальний
Експресивність	55.7	9.12	0.787	< .001	не нормальний

Порівнюючи середні значення, отримані по вибірці, за шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки з нормативними значеннями, було встановлено, що за кожною зі шкал значення в вибірці вищі ніж в нормі. Припускаємо, що це пов’язано з інтересом до дослідження тих, кого тематика харчової поведінки цікавить. При цьому відмітимо, що найбільш разюче відхилення від норми спостерігається за шкалами Екстернальна харчова поведінка та Обмежувальна харчова поведінка.

Таблиця 3.5.

Перевірка гіпотез про середні для шкал Голландського опитувальника харчової поведінки

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Емоціогенна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	2.18	55.0	0.017	Середнє > 2.4
Екстернальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	5.50	55.0	< .001	Середнє > 1.8
Обмежувальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	5.55	55.0	< .001	Середнє > 2.7

3.2. Зв’язки досвіду близьких стосунків з типами порушень харчової поведінки

Основна мета нашої роботи – дослідити вплив досвіду близьких стосунків на формування типів харчової поведінки, тому в першу чергу ми застосували кореляційний аналіз. Оскільки обидві шкали Голландського опитувальника харчової поведінки, а також шкала розладу харчової поведінки опитувальника відношення до прийому їжі, не виявились нормально розподіленими, ми використовували скрізь коефіцієнт кореляції Спірмена.

За результатами кореляційного аналізу, що був застосований до шкал методики досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі та шкал Голландського опитувальника харчової поведінки було встановлено:

- Тривожність позитивно корелює зі шкалами Екстернальна харчова поведінка (коеф. Спірмена = 0.266*, p = 0.048) та Обмежувальна харчова поведінка(коеф. Спірмена = 0.364**, p = 0.006).
- Уникання близькості позитивно корелює зі шкалами Емоціогенна харчова поведінка (коеф. Спірмена = 0.285*, p = 0.033) та Екстернальна харчова поведінка(коеф. Спірмена = 0.315*, p = 0.018).

Таблиця 3.6.

Кореляційні зв’язки шкал методики досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки

		Тривожність	Уникання близькості
Емоціогенна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.039	0.285 *
	Р	0.776	0.033
Екстернальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.266 *	0.315 *
	Р	0.048	0.018
Обмежувальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.364 **	0.050
	Р	0.006	0.714

Для шкал, між якими не було встановлено кореляції, ми вирішили також порівняти групи, утворені за рівнем тривожності та уникання близькості. Проте також не було встановлено достовірних відмінностей між групами.

Рис. 3.1. Схема кореляційних зв’язків шкал методики досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки
та опитувальника відношення до прийому їжі.

Для шкал, між якими не було встановлено кореляції, ми вирішили також порівняти групи, утворені за рівнем тривожності та уникання близькості. Проте також не було встановлено достовірних відмінностей між групами.

Таблиця 3.7.

Перевірка гіпотез про середні для шкал Голландського опитувальника харчової поведінки

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Емоціогенна харчова поведінка	U критерій Манна-Уітні	277		0.098	вищий рівень тривожності > нижчий рівень тривожності
Обмежувальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	0.517	54.0	0.303	вищий рівень уникання близькості > нижчий рівень уникання близькості

Досліджуючи кореляційні зв’язки шкал методики досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі з опитувальником відношення до прийому їжі, було встановлено, що Уникання близькості позитивно корелює зі шкалою Розлад харчової поведінки (коеф. Спірмена = 0.368**, p = 0.005).

Таблиця 3.8.

Кореляційні зв’язки шкал методики досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі з опитувальником відношення до прийому їжі

		Тривожність	Уникання близькості
Розлад харчової поведінки	коеф. Спірмена	0.196	0.368 **
	P	0.149	0.005

Оскільки зі шкалою тривожність не було встановлено кореляції, ми вирішили порівняти між собою групи тих, хто мають вищий та нижчий рівні тривожності. При перевірці гіпотез про середні було встановлено, що ті, у

кого вищий рівень тривожності (≥ 6), мають вищий рівень за шкалою Розлад харчової поведінки ніж ті, у кого він нижчий.

Таблиця 3.9.

Перевірка гіпотез про середні для опитувальника відношення до прийому їжі

	Критерій	Статистика	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Розлад харчової поведінки	U критерій Манна-Уітні	218	0.010	вищий рівень тривожності > нижчий рівень тривожності

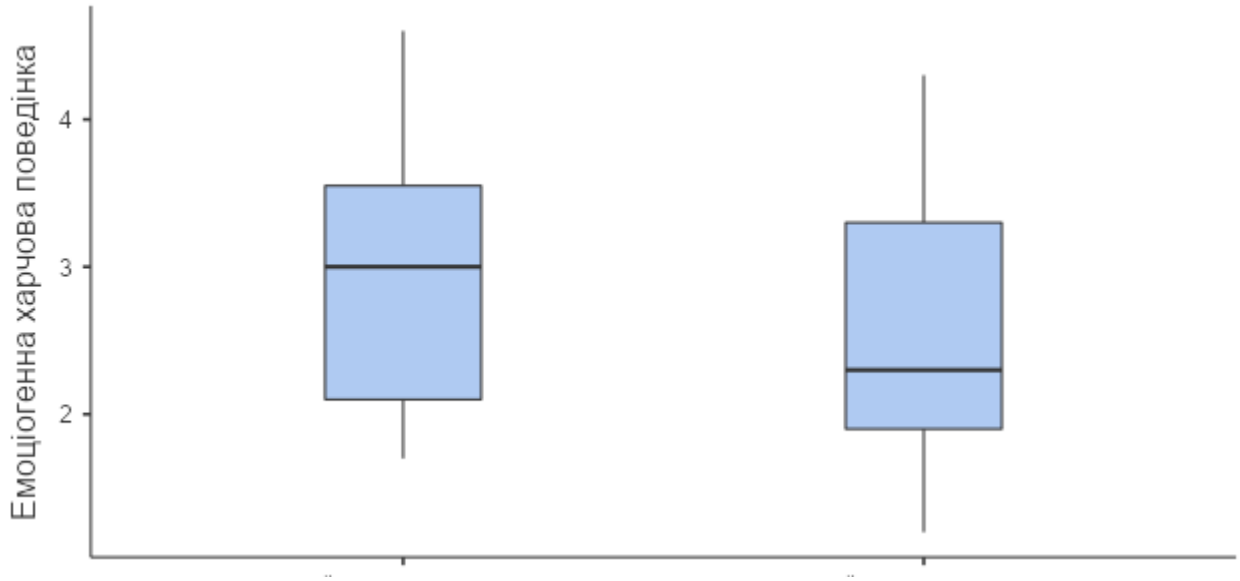

Рис. 3.2. Коробкові діаграми за шкалою Емоціогенна харчова поведінка

Відмінності в групах візуально представлені на рис. 3.3.

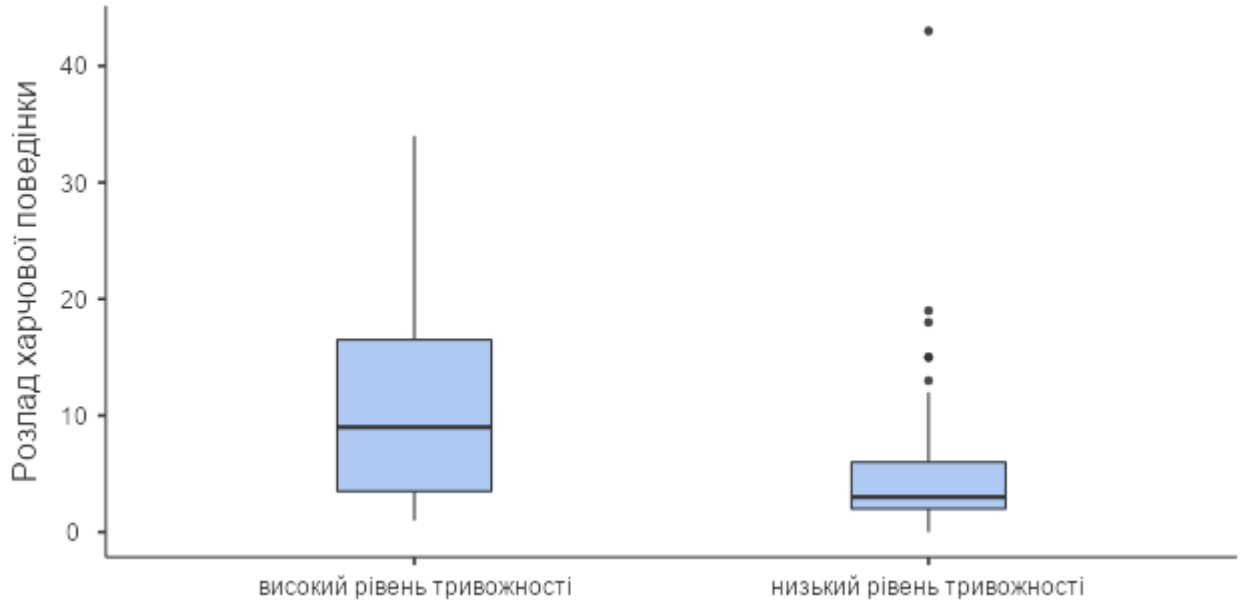

Рис. 3.3. Коробкові діаграми за шкалою Розлад харчової поведінки

Досліджуючи кореляційні зв’язки типів харчової поведінки та розладу харчової поведінки зі шкалами опитувальника часової перспективи Ф. Зімбардо, було встановлено дві кореляції: Екстернальна харчова поведінка позитивно корелює зі шкалою Гедоністичного теперішнього (коеф. Спірмена = 0.345*, p = 0.011), так само як і Обмежувальна харчова поведінка (коеф. Спірмена = 0.271*, p = 0.05).

Інших кореляцій типів харчової поведінки та розладу харчової поведінки зі шкалами опитувальника часової перспективи не було встановлено.

Таблиця 3.10.

Кореляційні зв’язки шкал опитувальника часової перспективи Ф. Зімбардо зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки та з опитувальником відношення до прийому їжі

		Нега-тивне минуле	Гедоні-стичне теперішнє	Майбу-тнє	Пози-тивне минуле	Фаталісти-чне теперішнє
Емоціогенна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.119	0.157	0.122	-0.073	0.117
	P	0.395	0.261	0.384	0.605	0.404
Екстернальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.139	0.345 *	-0.202	-0.081	0.206
	P	0.322	0.011	0.148	0.563	0.138
Обмежувальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.095	0.271 *	0.035	-0.011	-0.022
	P	0.501	0.050	0.805	0.939	0.874
Розлад харчової поведінки	коеф. Спірмена	0.118	0.029	-0.025	-0.050	0.078
	p	0.399	0.836	0.858	0.724	0.579

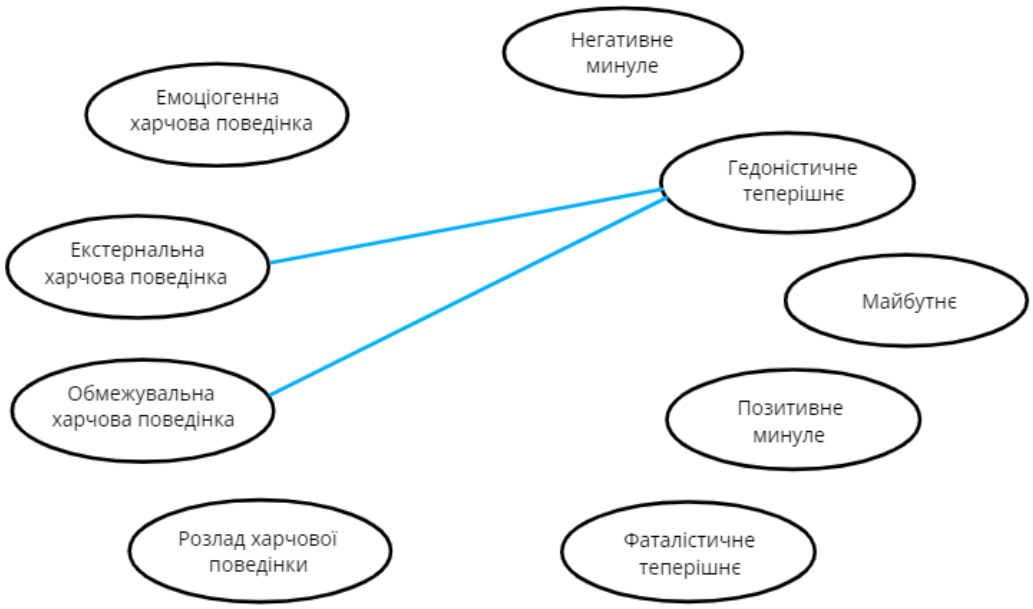

Рис. 3.4. Схема кореляційних зв’язків шкал опитувальника часової перспективи Ф. Зімбардо зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки та опитувальника відношення до прийому їжі.

Досліджуючи кореляційні зв’язки типів харчової поведінки та розладу харчової поведінки зі шкалами п'ятифакторного особистісного опитувальника, було встановлено кореляції лише для розладу харчової поведінки.

Розлад харчової поведінки негативно корелює зі шкалою Екстраверсія (коеф. Спірмена = -0.509*, p = 0.026), тобто у досліджуваних з вищим рівнем за шкалою розладу харчової поведінки вищий рівень інтроверсії.

А також розлад харчової поведінки позитивно корелює зі шкалою Самоконтроль (коеф. Спірмена = 0.456*, p = 0.05), отже досліджувані з більшим рівнем розладу харчової поведінки мають вищий рівень самоконтролю.

Не встановлено кореляційних зв’язків зі шкалами особистісного опитувальника для жодного з типів харчової поведінки.

Таблиця 3.11.

Кореляційні зв’язки шкал п’яти факторного особистісного опитувальника зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки та з опитувальником відношення до прийому їжі

		Екстра-версія	Прив'я-заність	Само-контроль	Емоційна нестабільність	Експре-сивність
Емоціогенна харчова поведінка	коеф. Спір.	-0.415	-0.019	0.056	-0.089	-0.146
	p	0.077	0.938	0.821	0.717	0.552
Екстернальна харчова поведінка	коеф. Спір.	-0.073	-0.074	-0.129	-0.140	0.223
	p	0.768	0.762	0.598	0.568	0.358
Обмежувальна харчова поведінка	коеф. Спір.	-0.039	-0.298	-0.357	0.020	-0.155
	p	0.875	0.216	0.134	0.935	0.528
Розлад харчової поведінки	коеф. Спір.	-0.509 *	-0.058	0.456 *	0.072	0.163
	p	0.026	0.815	0.050	0.768	0.506

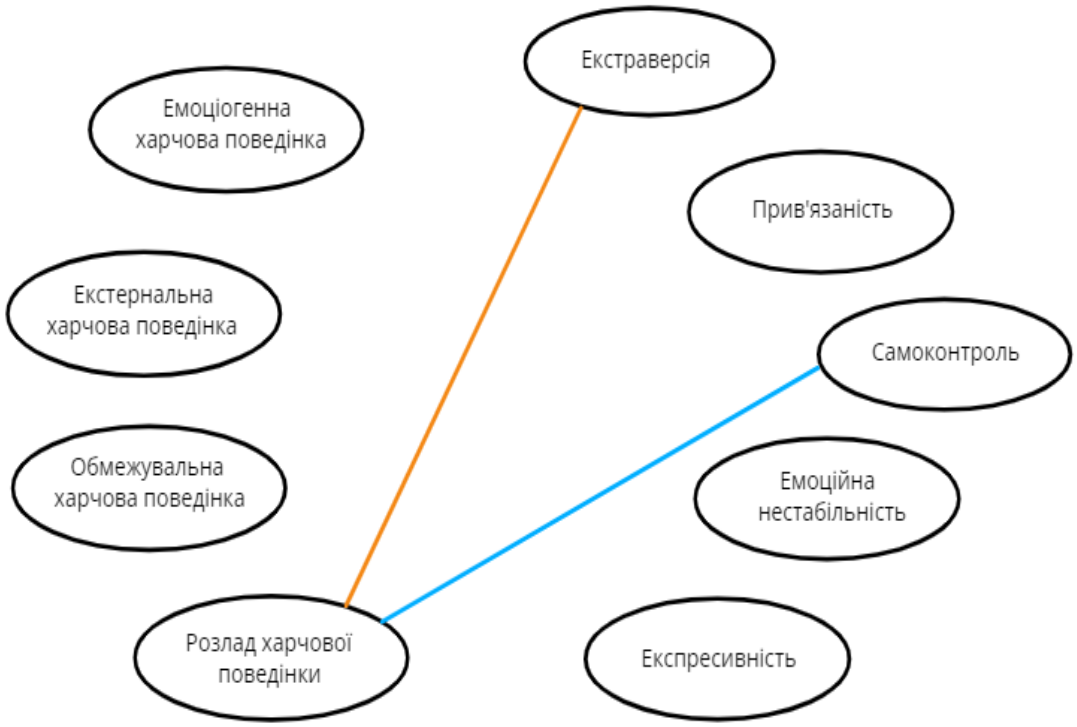

Рис. 3.5. Схема кореляційних зв’язків шкал п'ятифакторного особистісного опитувальника зі шкалами Голландського опитувальника харчової поведінки та опитувальника відношення до прийому їжі

3.3. Типи харчової поведінки в залежності від соціально-демографічних особливостей досліджуваних

Окрім заповнених методик досліджувані відповідали на низку анкетних питань, що цікавили нас як для характеристики самої вибірки, так і для встановлення закономірностей стосовно типів харчової поведінки.

До анкетних даних, котрі були представлені в вигляді метричних змінних, ми застосували кореляційний аналіз.

За результатами кореляційного аналізу було встановлено:

- Вік негативно корелює зі шкалою Екстернальна харчова поведінка (коеф.Спірмена = -0.267 *, p = 0.046).
- Свобода від узаконених стосунків позитивно корелює зі шкалою Екстернальна харчова поведінка (коеф.Спірмена = 0.275 *, p = 0.040).

Пояснимо, що шкала свобода від узаконених стосунків складалась з варіантів відповідей: 1 – в шлюбі, 2 – в цивільному шлюбі, 3 – в стосунках, 4 – вдова, 5 – в розлученні, 6 – вільна.

Таблиця 3.12.

Кореляційні зв'язки анкетних даних з опитувальником відношення до прийому їжі

		Вік	Свобода від узаконених стосунків	Рівень освіти
Емоціогенна харчова поведінка	коеф. Спірмена	-0.117	-0.124	0.142
	P	0.391	0.363	0.295
Екстернальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	-0.267 *	0.275 *	0.063
	P	0.046	0.040	0.646
Обмежувальна харчова поведінка	коеф. Спірмена	0.057	0.144	-0.087
	P	0.678	0.290	0.524
Розлад харчової поведінки	коеф. Спірмена	-0.149	0.082	-0.092
	P	0.273	0.547	0.502

Як бачимо з діаграми розсіювання, вибірка містить не так багато людей, котрі мають високий бал за шкалою Свобода від узаконених стосунків, тим не менш прослідковується закономірність: чим більш вільні досліджувані від стосунків, тим вищий рівень екстернальної харчової поведінки мають.

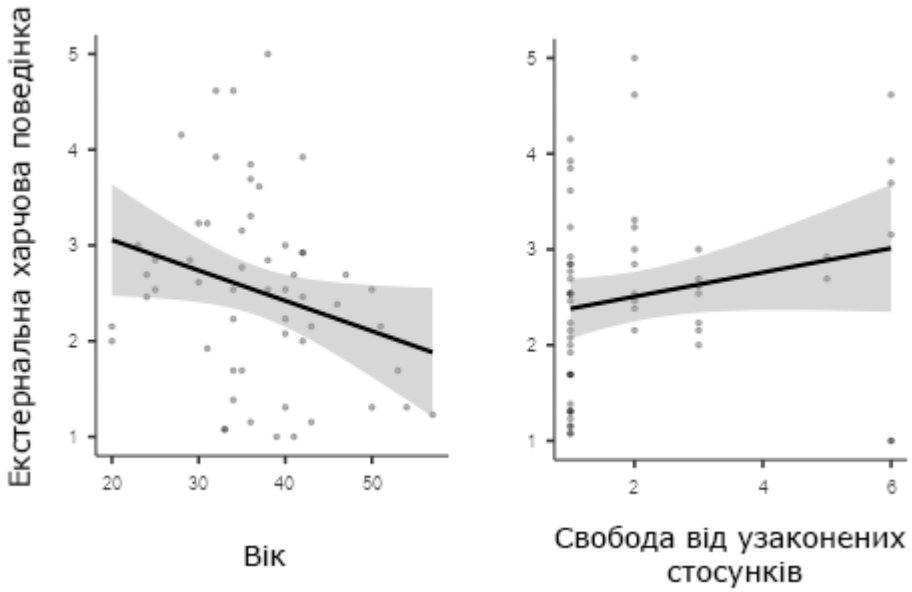

Рис. 3.6. Діаграми розсіювання між Екстернальною харчовою поведінкою, віком та свободою від узаконених стосунків

Не було встановлено залежності типів та рівня розладу харчової поведінки з рівнем освіти. Не було встановлено також відмінностей при порівнянні двох груп: хто мають середню освіту чи бакалавра (19), або ж рівень спеціаліста, магістра чи науковий ступінь. (41)

Ми спробували також порівняти групи, утворені за сімейним статусом, проте так само було встановлено лише одну відмінність: ті, хто знаходяться в шлюбі (32 особи, відрізняються за екстернальною харчовою поведінкою від тих, хто не знаходяться в шлюбі (28 осіб), а саме: ті, хто знаходяться в шлюбі, мають нижчу екстернальну поведінку ніж ті, хто не знаходяться в шлюбі.

Таблиця 3.13.

Перевірка гіпотез про середні для шкал Голландського опитувальника харчової поведінки та опитувальника відношення до прийому їжі між тими, хто в шлюбі та хто не в шлюбі

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Емоціогенна харчова поведінка	U критерій Манна-Уітні	318		0.255	В шлюбі ≠ не в шлюбі
Екстернальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	-2.516	54.0	0.015	В шлюбі ≠ не в шлюбі
Обмежувальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	-1.081	54.0	0.285	В шлюбі ≠ не в шлюбі
Розлад харчової поведінки	U критерій Манна-Уітні	368		0.753	В шлюбі ≠ не в шлюбі

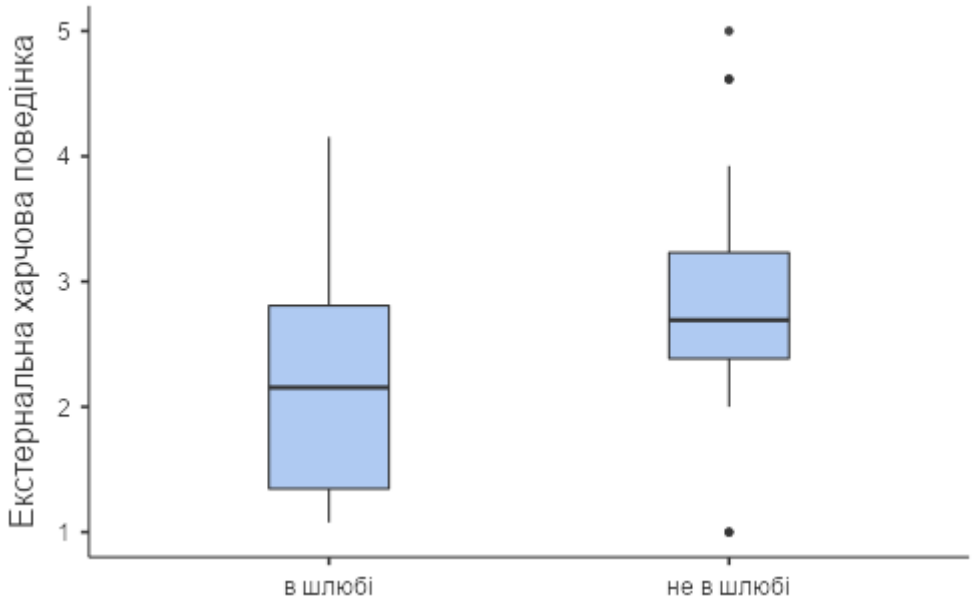

Рис. 3.7. – Коробкові діаграми за Екстернальною харчовою поведінкою між тими, хто знаходиться та хто не знаходиться в шлюбі

Окрім цього ми досліджували також відмінність між двома групами за освітою: між тими, хто мають середню освіту або ж бакалавра та тими, хто є

спеціалістом і вище, а також між тими, хто має до однієї освіти або ж дві освіти чи науковий ступінь, проте відмінностей також не було встановлено.

Досліджуючи відмінність між тими, хто лишились в Україні після повномасштабного вторгнення або ж виїхали та повернулись (43 особи), та тими, хто перемістились по Україні чи закордон (17 осіб), не було встановлено статистично-достовірних відмінностей, проте припускаємо, що може мати місце відмінність за шкалою Екстернальна харчова поведінка (t-критерій Стьюдента = -1.667, p = 0.051), проте обсяг вибірка виявився недостатньо великим або ж розподіл на підгрупи недостатньо рівномірним для того, щоб відмінність стала достовірною.

Таблиця 3.14.

Перевірка гіпотез про середні для шкал Голландського опитувальника харчової поведінки та опитувальника відношення до прийому їжі між тими, хто лишились жити в своєму місті, та хто повернулись

	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Емоціогенна харчова поведінка	U критерій Манна-Уітні	252		0.297	лишились чи повернулись < перемістились
Екстернальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	-1.667	54.0	0.051	лишились чи повернулись < перемістились
Обмежувальна харчова поведінка	t-критерій Стьюдента	-0.913	54.0	0.183	лишились чи повернулись < перемістились
Розлад харчової поведінки	U критерій Манна-Уітні	230		0.169	лишились чи повернулись < перемістились

Потенційні відмінності між групами можна спостерігати на рис 3.8.

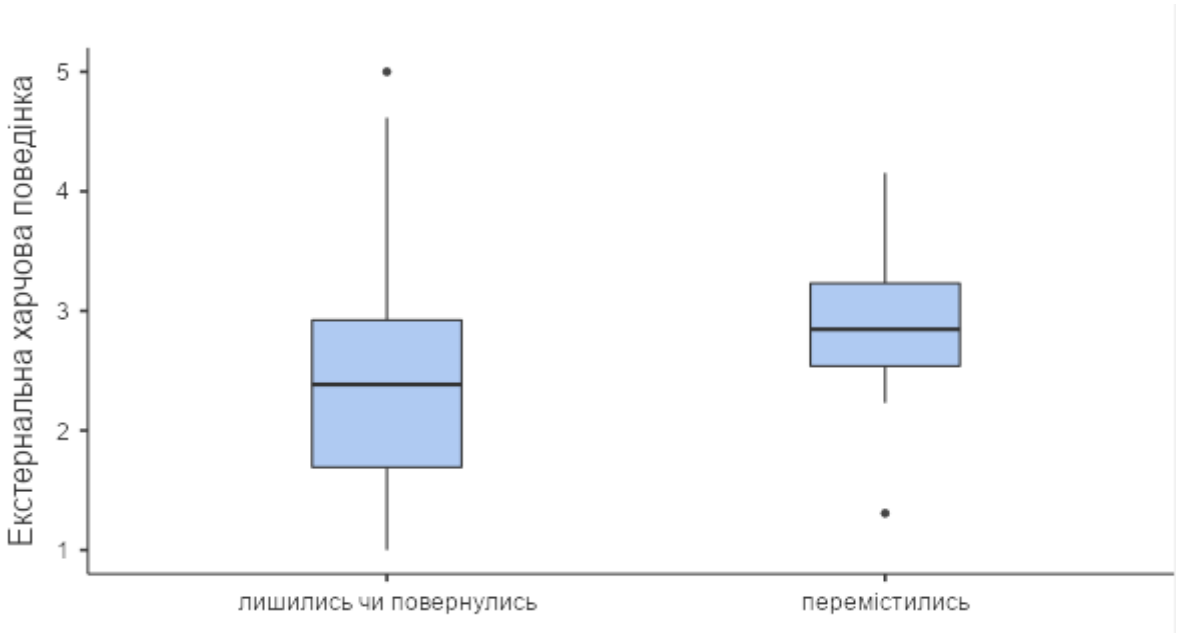

Рис. 3.8. – Коробкові діаграми за шкалою Екстернальної харчової поведінки між тими, хто лишились в своєму місті чи повернулись та тими, хто перемістились закордон

3.4. Програма коригування порушень харчової поведінки. Рекомендації.

З метою формування нових патернів харчової поведінки та зменшення чинників, що зумовлюють порушення харчової звичок, було розроблено програму коригування, яка створена згідно отриманих результатів встановлення психологічних особливостей самотніх жінок з порушенням харчової поведінки.

Програма коригування містить наступні етапи:

1. Психокорекція харчової поведінки
2. Практичні рекомендації, спрямовані на зменшення впливу психологічних чинників, на формування харчової поведінки.

Етап 1. ПСИХОКОРЕКЦІЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ.

Включає в себе 3 індивідуальні консультації протягом 1 години.

Консультація 1:

Мета: виявити вид порушення харчової поведінки, мотивувати жінку на зміну звичок харчування.

- знайомство;
- формування запиту клієнта;
- усвідомлення клієнткою патернів харчової поведінки;
- встановлення типу харчових порушень;
- діагностика індексу маси тіла та постановка мети щодо корекції.

Першим етапом індивідуальної консультації є аналіз результатів Голландського опитувальника харчової поведінки та визначення рівня вираженості трьох типів харчових порушень: емоціогенна, екстернальна і обмежувальна харчова поведінка. Під час консультації пояснюються механізми виникнення харчових розладів кожного з цих типів.

Другим етапом є контрольний крок, який спрямований на уточнення та оцінку ступеня наявного порушення харчової поведінки протягом останніх 6 місяців. Для цього потрібно відповісти на 5 питань з простою відповіддю "так" або "ні".

1. Ви мали нестримне об'їдання їжею протягом останніх 6 місяців, відчуваючи, що не можете зупинитися?
2. Ви спровокували блювання з метою контролю ваги або поліпшення фігури протягом останніх 6 місяців?
3. Ви використовували сечогінні, проносні засоби або спеціальні дієтичні препарати для контролю ваги або поліпшення фігури протягом останніх 6 місяців?
4. Ви займалися спортом або фізичними вправами протягом останніх 6 місяців протягом понад 60 хвилин на день з метою поліпшення фігури або контролю ваги?
5. Ви скинули 5 або більше кілограмів протягом останніх 6 місяців?

На основі відповідей на ці питання буде здійснено оцінку стану харчової поведінки. Проводимо підрахунок балів та інтерпретуємо їх за такими критеріями:

• 0-15 балів: ймовірність наявності розладів харчової поведінки низька.

• 16-30 балів: ймовірність наявності розладів харчової поведінки знижена.

• 31-45 балів: ймовірність наявності розладів харчової поведінки середня.

• 46-60 балів: ймовірність наявності розладів харчової поведінки підвищена.

• 61-75 балів: ймовірність наявності розладів харчової поведінки висока.

При обчисленні відповідей на останні 5 питань, які виявляють симптоми поведінки, характерні для харчових розладів, вважається, що наявність 2-3 відповідей "так" свідчить про психологічні проблеми у ставленні до їжі у клієнта і, отже, про наявність розладу харчової поведінки.

Також розраховується індекс маси тіла (ІМТ) за Кетле формулою, яка включає вимірювання зросту та ваги жінки. Формула ІМТ використовує вагу в кілограмах в чисельнику та квадрат зросту в метрах в знаменнику.

ІМТ може бути інтерпретований наступним чином: ІМТ менше 18,5 вказує на знижену вагу, в проміжку між 18,5 і 24,9 - нормальна вага, ІМТ між 25 і 29,9 вказує на надмірну вагу, значення від 30 до 40 вказує на схильність до ожиріння, а значення більше 40 свідчить про ожиріння.

$$\text{ІМТ} = \frac{\text{вага (кг)}}{\text{зріст (м}^2\text{)}}$$

ІМТ може бути інтерпретований наступним чином: ІМТ менше 18,5 вказує на знижену вагу, в проміжку між 18,5 і 24,9 - нормальна вага, ІМТ між 25 і 29,9 вказує на надмірну вагу, значення від 30 до 40 вказує на схильність до ожиріння, а значення більше 40 свідчить про ожиріння.

Результати зважування та розрахунку ІМТ обговорюються з клієнтом та ставляться наступні питання:

- Чи задовольняє Вас ваша вага?
- Чи заважає вона Вам рухатися, вести активний спосіб життя, підійматися сходами?
- Які виникають незручності через зайву вагу?
- Як Ви підбираєте собі одяг, чи подобається він Вам?
- Чи відчуваєте Ви потребу у схудненні?
- Чи були раніше спроби схуднути? Якого результату вдалося досягти?

Консультація 2:

Мета: диференціація понять «голод», «апетит», «насиченість», виявити рівень задоволення комунікації з оточуючими, визначити наявність та рівень самотності.

Консультація проводиться індивідуально, другим кроком є аналіз результатів методики досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі та Голландського опитувальника харчової поведінки, за допомогою даних результатів кореляційного аналізу встановлюється рівень тривожності та уникання близькості, який позитивно чи негативно корелює зі шкалами Екстернальна харчова поведінка, Обмежувальна харчова поведінка, Емоціогенна харчова поведінка.

Результати аналізу даних методик обговорюються з клієнтом та ставляться наступні питання:

- Які емоції передують вживанню їжі?
- Чи виникає почуття голоду коли клієнтка відчуває емоційний дискомфорт: страх, злість, сум, розчарування.
- Чи працює їжа як заспокійливе у випадку коли трапляється певна подія?
- Чи дійсно відчувається гостре відчуття голоду, коли виникає ідея негайно поїсти?
- Яким чином окрім їжі, можна покращити свій настрій?
- Як можна уникнути негативних емоцій, щоб утриматись від їжі

Психолог проводить обговорення, запитуючи про події та емоції, які стимулюють більше їсти або які утримують від споживання надлишкової їжі.

Консультація 3:

Мета: роз’яснення правил ведення щоденника харчової поведінки, зміна харчових патернів.

- заповнення щоденника харчової поведінки;

- розвиток мотивації до зміни патернів харчової поведінки;
- вироблення чіткого плану зменшення ваги та зміни харчових звичок.

Психолог проводить аналіз звичних патернів харчової поведінки клієнтки, зокрема розглядаємо режим харчування, час прийому їжі, спосіб сервірування столу, споживання їжі на самоті або в компанії, а також настрій під час їжі.

Далі, клієнтка отримує інструкції щодо ведення щоденника харчової поведінки і заповнює першу сторінку як зразок, аналізуючи події зранку. Вона реєструє, що саме спожила, у якій кількості, який був її настрій, які думки супроводжували прийом їжі, скільки води випила, а також розраховує калорійність спожитого.

Як домашнє завдання, клієнтку просять протягом наступного тижня вести щоденник харчової поведінки та готуватися до обговорення результатів. Крім того, їй рекомендують щоденно фіксувати свою вагу та відстежувати її зміни.

Наступним кроком є генерація ідей щодо винагород за дотримання харчових обмежень протягом наступного тижня. Винагороди можуть мати матеріальний або духовний характер, а також включати подорожі, прогулянки, відвідування цікавих місць чи подій. Іноді клієнтка може винагороджувати себе калорійними продуктами, від яких відмовилась, але в невеликих порціях.

Етап 2. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ, СПРЯМОВАНІ НА ЗМЕНШЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ, НА ФОРМУВАННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Припинення прийому їжі при відчутті раннього ситості є ідеальним фізіологічним моментом під час харчування. Повне насичення настає, коли рівень поживних речовин у крові підвищується після засвоєння значної кількості їжі. Переїдання й набір надлишкової ваги є неминучими, якщо регулярно зупиняти їжу тільки на етапі повного насичення.

Знаючи цей механізм, можна рекомендувати клієнтам з розладами харчової поведінки зосередитися на посиленні стимуляції першинного насичення для запобігання переїдання:

- Щодня вести харчовий щоденник і раз на тиждень аналізувати свої досягнення та помилки в харчуванні.
- Приймати їжу у приємній обстановці, не поспішаючи й уважно пережовуючи.
- Створювати приємну атмосферу за столом, сервіруючи їжу на красивому посуді.
- Під час харчування насолоджуватися самим процесом, уважно вживаючи їжу, не відволікаючись на розмови, телепередгляд або читання, які можуть заважати нормальному насиченню.
- Зберігати віру в свої потенційні можливості. Якщо зустрічаються труднощі під час психологічної корекції (психотерапії), важливо розуміти, що це лише тимчасове явище.

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

Психологічна допомога може бути вагомим кроком у подоланні порушень харчової поведінки. Ось декілька типів психологічної підтримки жінок, які можуть бути корисними:

1. Індивідуальна терапія: Регулярні сеанси з досвідченим психологом або психотерапевтом, можуть допомогти жінкам зрозуміти причини та приховані мотиви порушеної харчової поведінки. Психолог посприяє в тому, щоб розпізнати шкідливі шаблони переконань та поведінки, а також допоможе розвинути здорові стратегії для управління емоційними станами та харчуванням.

2. Групова терапія: Участь у груповій терапії, допоможе жінкам усвідомити, що вони не на одинці зі своєю проблемою. Це безпечний простір де сміливо можна обговорювати свій досвід з іншими людьми, які також мають порушення харчової поведінки, і це може бути корисним та надати підтримку, взаєморозуміння та нові способи подолання проблеми.

3. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – досить ефективний підхід до лікування порушень харчової поведінки. Він спрямований на ідентифікацію і зміни негативних думок, переконань і патернів поведінки, пов'язаних з харчуванням. В рамках КПТ можливо навчитися впроваджувати нові, здорові стратегії харчування, розпізнавати та управляти емоціями, пов'язаними з харчуванням.

4. Консультація нутриціолога: Співпраця з досвідченим дієтологом або нутриціологом, може бути корисною для отримання інформації про збалансоване харчування. Вони можуть надати індивідуальні поради та рекомендації щодо правильного харчування, враховуючи потреби людини, стан здоров'я, особисті уподобання та мету. А також, розробити збалансований харчовий режим, що включає всі необхідні макро- та мікроелементи, вітаміни та мінерали, усвідомити ваші харчові звички та відкоригувати їх для досягнення підтримання загального здоров'я.

5. Розвиток здорових стратегій копінгу: Навчання здоровим стратегіям управління стресом та емоціями може бути корисним для уникнення

емоційного харчування. Це може включати фізичну активність, творчість, прогулянки, нові звички чи спілкування з друзями.

6. Регулярне харчування: Створення регулярного і індивідуального розкладу харчування, щоб забезпечити правильну харчову раціономію. Регулярні прийоми їжі допоможуть уникнути пристрасті до переїдання або відмови від їжі.

7. Зосередження на саморозвитку: Саморозвиток і нові інтереси допомагають заповнити вільний час і відволіктися від негативних думок та емоцій.

8. Збереження здорового середовища: Створення навколо себе позитивного та підтримуючого середовища позитивно впливає на психологічний стан людини. Уникаючи негативних впливів, які можуть посилювати проблеми з харчуванням, і спроба залучити позитивних людей в своє життя.

9. Прийняття позитивного ставлення до тіла: Розгляньте своє тіло як інструмент здоров'я і добробуту, а не просто як засіб для досягнення певного зовнішнього вигляду. Розвивайте позитивне ставлення до свого тіла, приймаючи його таким, як воно є, і дбайте про нього через здорове харчування та фізичну активність.

10. Використання підтримуючих додатків та ресурсів: У сучасному світі існує багато мобільних додатків, веб-сайтів та онлайн-ресурсів, які можуть надати корисну інформацію, підтримку та інструменти для подолання порушень харчової поведінки. Їх можна використовувати для відстеження їжі, мотивації, нагадувань та отримання корисних порад.

11. Збереження здорового режиму дня: Регулярний режим сну, впровадження фізичної активності та здорової їжі у свій розклад дня. Це допоможе покращити фізичне і психічне самопочуття, а також забезпечить більш стабільний емоційний стан.

12. Підтримка з боку близьких: Розмови зі своїми близькими про проблеми з харчуванням і самотністю, підтримка та розуміння від цінних людей, може бути дуже корисним.

13. Терпіння до себе: Подолання порушень харчової поведінки і самотності - це процес, який може тривати досить тривалий час, тому важливо бути терплячим і м'яким до себе. Відсутність очікувань миттєвих результатів і віра в свою здатність змінити свої звички та покращити своє самопочуття стануть надійними помічниками на цьому шляху.

Важливо пам'ятати, що кожна людина має індивідуальні потреби і може знадобитися унікальний спосіб подолання розладів харчової поведінки.

Разом з тим, потрібно розуміти, що вибір здійснення альтернативної моделі харчування та відповідне дотримання правильного раціону є добровільним, але вимагає від людини значних зусиль, бажання, самодисципліни та самомотивації. Харчові обмеження самі по собі, а також протидія традиційним уявленням про "правильне" харчування і суспільний тиск, який виникає в ситуаціях спільного прийняття їжі, сприяють цьому.

Людина може наслідувати альтернативну харчову культуру, зберігаючи гармонійність і адекватність власної харчової поведінки. Також слід розрізняти клінічні розлади харчової поведінки, що є серйозними захворюваннями і вимагають медичного та психотерапевтичного втручання, та варіанти нестандартної харчової поведінки в межах психічної норми.

Порушення самоусвідомлення є важливим, хоча й неочевидним діагностичним критерієм багатьох РХП. Відомо, це може супроводжуватись перебільшеним впливом характеристик зовнішності і маси тіла на самооцінку людини

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ ІІІ

В цьому розділі ми розглянули підходи до дослідження феномену впливу психологічних чинників формування харчової поведінки. Нами був здійснений огляд методик - голландський опитувальник харчової поведінки, EAT 26, методика досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі, опитувальник часової перспективи Ф.Зімбардо; п'ятифакторний особистісний опитувальник (велика п'ятірка).

Аналізуючи отримані результати, ми в першу чергу дослідили взаємозв'язки шкал методики досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі та шкал Голландського опитувальника харчової поведінки. За допомогою кореляційного аналізу було встановлено, що Тривожність позитивно корелює зі шкалами Екстернальна харчова поведінка та Обмежувальна харчова поведінка, а Уникання близькості позитивно корелює зі шкалами Емоціогенна харчова поведінка та Екстернальна харчова поведінка. Отже кожен з типів харчової поведінки корелює хоча б з однією шкалою методики близьких стосунків, і Екстернальна харчова поведінка виявилась найвиразнішим типом харчової поведінки в нашому дослідженні, оскільки корелює як з Тривожністю, так і з Униканням близькості.

Досліджуючи взаємозв'язки шкал методики досвіду близьких стосунків К. Бреннан і Р. К. Фрейлі з опитувальником відношення до прийому їжі, було встановлено, що шкала Розлад харчової поведінки позитивно корелює зі шкалою Уникання близькості та не корелює зі шкалою Тривожність. Проте встановлено, що підгрупа тих, хто мають вищий рівень тривожності, має в середньому вищий рівень за шкалою Розлад харчової поведінки, ніж ті, у кого нижчий рівень тривожності.

Досліджуючи зв'язки типів харчової поведінки та рівня харчового розладу зі шкалами опитувальника часової перспективи Ф. Зімбардо, було встановлено, що гедоністичне теперішнє корелює як з екстернальною, так і з обмежувальною харчовою поведінкою.

Досліджуючи зв’язки зі шкалами п'ятифакторного особистісного опитувальника, було встановлено, що розлад харчової поведінки негативно корелює зі шкалою Екстраверсія, а також позитивно корелює зі шкалою Самоконтроль.

Встановлюючи зв’язки типів харчової поведінки з соціально-демографічними показниками, було виявлено, що чим старші досліджувані, тим менший вони мають рівень Екстернальної харчової поведінки; ті, хто знаходяться в шлюбі, мають нижчий рівень Екстернальною харчової поведінки ніж ті, хто вільні або знаходяться в стосунках чи цивільному шлюбі. Втім не було встановлено кореляційних зв’язків типів харчової поведінки з рівнем освіти.

Зрештою ми встановлювали також особливості досліджуваних в залежності від типу переміщення після повномасштабного вторгнення. І хоч не було встановлено статистично-достовірних відмінностей в групах, можемо припустити, що ті, хто перемістились після повномасштабного вторгнення та проживають в іншому місці, мають вищий рівень за шкалою Екстернальної харчової поведінки, ніж ті, хто лишились чи повернулись у своє місто. (t-критерій Стьюдента = -1.667, p = 0.051).

ВИСНОВКИ

Порушення харчової поведінки може розвиватись в жінок різного віку в залежності від способу життя, соціального статусу, підвищеної тривожності, уникання близькості. Проведене дослідження дозволило окреслити низку психологічних чинників, що сприяють розвитку порушень харчової поведінки у жінок різного віку.

Як видно з нашого дослідження, нервова анорексія і нервова булімія мають багато спільних рис, що свідчить про існування загального комплексу порушень харчової поведінки. Однак, на відміну від анорексії, нервова булімія може бути включена в адитивний тип девіантної поведінки. Якщо відмова від їжі є хворобливим спротивом реальності, то нездолане бажання їсти може відображати як спротив (зокрема, зняття симптомів тривоги або депресії при невротичних розладах), так і уникнення реальності. У разі адитивної поведінки підвищення значущості процесу харчування і переїдання стає єдиним джерелом задоволення в нудному і одноманітному житті. Жінки обирають харчування як альтернативу їх повсякденному життю з усіма його вимогами, обов'язками та регламентаціями. Вони досліджують феномен "спраги гострих відчуттів", що проявляється у зміні харчової поведінки. Наприклад, такі особи можуть отримувати нові і незвичайні відчуття від комбінацій кількості і якості їжі, поєднання непоєднуваних інгредієнтів. Прагнення досягнути "харчового задоволення" стає мотивом для втечі від "нудної" реальності до світу безкінечних "харчових насолод."

Розлад харчової поведінки є складним захворюванням, викликаним безліччю факторів. Виявлення корінних причин, що спонукають жінок до порушення харчування, може допомогти почати вести більш здорове і повноцінне життя.

Жінки можуть відчувати відокремленість та самотність через свій розлад прив’язаності і, щоб впоратися з цим, можуть вдатися до розладів

харчової поведінки. Насправді, причин для розвитку розладів харчової поведінки безліч.

Мозок невпинно навчається і змінюється. Відновлення здорового харчування та ваги поряд з психотерапією, розвитком навичок і підтримуючим середовищем можуть сприяти ослабленню або зникнення симптомів порушеної харчової поведінки.

Отже, підтримка в харчуванні може бути життєво важливою для одужання від розладу харчової поведінки, зокрема через емоційну підтримку, структуровані плани приймання їжі і відновлення харчування. Підтримка під час приймання їжі може допомогти жінкам розвинути здорові стосунки з їжею, подолати страх, впоратися з тривогою та негативними емоціями під час їжі.

Подальші дослідження можуть допомогти вдосконалити профілактичні заходи для жінок, що знаходяться в групі ризику розвитку розладів харчової поведінки. На нашу думку, виявлення додаткових клінічно значущих маркерів, включаючи аспекти особистісного функціонування, може мати суттєві наслідки для лікування та покращення прогнозу у випадку розладів харчової поведінки, а також для визначення психосоматичного благополуччя жінок. Незважаючи на можливу нейробіологічну основу розвитку харчових розладів у даній групі респонденток, важливо зауважити, що на початкових стадіях змін у харчуванні значну роль відіграють саме психологічні особливості особистості.

З огляду на це, необхідно провести подальші дослідження на великій вибірці, які включатимуть оцінку різних клінічних показників, залучаючи групу жінок з вираженими клінічними розладами харчової поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Варій М. Й. Загальна психологія — К.: «Центр учбової літератури», 2007.- 968 с.
2. 3. Фурманов И.А. Психология депривированного ребенка : Пособие для психологов и педагогов / И.А.Фурманов , Н.В.Фурманова . – М.: Гуманитар .изд .Центр ВЛАДОС , 2010
3. Сіляєва В.І. Жіноча самотність як психологічна проблема / В.І. Сіляєва // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. – №4. – С 33-35.
4. Харламенкова Н.Е., Бабанова И.В. Стратегиисамоутверждения и ценностныепредпочтения одинокого человека. / Н.Е.Харламенкова, И.В.Бабанова // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20. – №2. – С 21-28.
5. Психология. Словарь / Подобщ. ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 1990.
6. Пепло Л.Э., Мицели М., Мораш Б. Одиночество и самооценка /Л.Э.Пепло, М.Мицели, Б.Мораш // Лабиринтыодиночества: Пер. с англ./ Сост., общ. ред. и предисл. Н.Е.Покровского. – М.: Прогресс, 1989. – С. 169-191.
7. Хамитов Н.В. Философияодиночества. Опытвживания в проблему. Одиночествоженское и мужское. / Н.В. Хамитов. – К.: Наук. думка, 1995. – 170 с.
8. Фромм Э. Бегство от свободы. / Э. Фромм. – М., 1964.
9. Эриксон Э. Детство и общество. / Э.Эриксон. – Санкт-Петербург, 1996.
10. Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки. Проблеми харчування. №3-4. 2010. С. 16-25. Режим доступу: http://www.medved.kiev.ua (дата звернення 09.10.2022 р.)
11. Сидоров А.В. Психологические модели переедания и ожирения. российский психологический журнал. 2011. Т. 8. № 3. С. 30-40.
12. Мухамедьяров, Н. Н. (2006). Образ фізичного Я – особистості як складова її Я – концепції. Педагогіка і психологія, 1, Харків, 84–90

13. Самойлова, О. В., Яблонська, Т. М. (2006). Дослідження ролі матері у формуванні психологічних проблем дитини. Шкільна бібліотека, 312
14. Кравченко, Т. (2007). Вплив сім'ї на соціалізацію підлітка. Соціальна психологія, 5, 181–188
15. Малкина-Пых, И. Г. Терапия пищевого поведения,. М. 2007.
16. Кнастер, М. Мудростьтела, М. 2002.
17. Мойзріст, О.М. Види порушень харчової поведінки, в: Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К.-Подільського національного ун-ту ім. І.Огієнка, Кам'янець-Подільський 2009, вип. 6, ч. 2. Музика, О.Л.
18. 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 Франка, 2007. – 1044 с.
19. Шебанова, В. І. (2013). Психокорекція екстернальної харчової поведінки методом аутогенного тренування. Теоретичні і прикладні проблеми психології, 3, 290–298
20. Пономарева, Л. Г. (2016). Современныепредставления о расстройствахпищевогоповедения. Молодойученый, 10, 274–276
21. Комер, Р. (2002). Патопсихологияповедения: нарушения и патологии психіки
22. Сычева Т.Ю. Клинико-психологические особенности лиц с нарушениями пищевого поведения. Материалы Всероссийской научнопрактической конференции «Наука и социум». 2020. № XI. С. 159-165.
23. Киселева А.М., Карамурзаев Н.К., Костина Л.А., Кубекова А.С. Психологическое состояние студентов со склонностью к расстройству пищевого поведения. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2022. Т. 11. № 2А. С. 359-367., с. 361
24. Абсалямова Л.М. Психологія харчової поведінки жінок: розлади та корекція. Автореф. дис… д. психол. н. 19.00.01. Київ, 2019. 32 с.

25. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2. С. 91-99.
26. Hewett P.L., Fiett G.L. and Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic selfpresentation in eating disorders attitudes, characeristics, and symptoms. International Journal of Eating Disorders. 1995. 18(4). P. 7-
27. Kaplan H.L., Kaplan H.S. The psychosomatic concept of obesity. Jornal of Nevrology. 1957. Vol. 125. № 2. P. 181-201.
28. Polivy J., Herman C.P. Distress and eating: Why do dieters overeat? International Jornal Eating Disorders. 1999. № 26. P. l53-164.
29. Kreipe R. E., Mou S. M. Eating disorders in adolescents and young adults. Obstetrics and Gynecology Clinics. 2000. T. 27, № 1.
30. Friedman K.K., Reichrnann S.K., Coslanzo P.R., Musantc G.J. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. Obstetrics and Gynecology Clinics. 2002. Vol. 10. № 1. P. 33-41.
31. Corstorphine E., Waller G., Lawson R. at al. Trauma and multiimpulsivity in the eating disorders. Eating Behaviors. 2007. 8. P. 23-30.
32. Thompson-Brenner H. Personality subtypes in eating disorders: validation of aclassification in a Naturalistic sample. The British Journal of Psychiatry. 2005. № 186. P. 516-524.
33. Смирнова Я. К., Любимова О. М. Особенности эмоциональноволевой сферы женщин с избыточной массой тела, ведущие к нарушению лечебной диеты. Вестник Марийского государственного университета. 2017. № 4 (28). С. 91-97. с. 95-96
34. Гаранян Н., Холмогорова А., Юдеева Т. Перфекционизм, депрессия и тревога. Психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18-48.
35. Марута Н. О., Ярославцев С. О. Шизофренія, коморбідна з іншими психічними та поведінковими розладами / Медична газета «Здоров'я України» 08.01.2017

36. Somatic approaches for treating eating disorders: towards filling the empty space. — Нью-Йорк : Basic books, 1997
37. Маралов В. Г. Основы самопознания и саморазвития: учебн. пособ В. Г. Маралов. – М: Академия, 2004. С. 121
38. Довбій Т.Ю. Проблема диференціації споріднених до феномену самотності понять у сучасній психологічній науці/ Т.Ю. Довбій Вісник Національного університету оборони України. 2011. №4 (23).
39. Беспалько В.П., Системно-методическое обеспечение учебно-воспитательного процесса подготовки специалистов В.П. Беспалько, Ю.Г. Татур. – М.: Высшая школа, 1989. С. 77
40. Пепло Л.М. Одиночество и самооценка Л. М. Пепло, Н. Мецелии, Мораш. – М: Прогресс, 1989. С. 88
41. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека К.Р. Роджерс. М.: Прогресс. Универс, 1994. С. 35
42. Слободчиков И.М. Современные исследования переживания одиночества Психологическая наука и образование. 2007. No 3.
43. Шебанова, В. І. (2016). Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма-патологія»: монографія. *Херсон: ПП Вишемирський ВС*
44. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровцем. Десятый пересмотр. (1995). *Женева: Всемирная организация здравоохранения*, 1 (1), 697. с. 355-356
45. *Feeding and Eating Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.dsm10.