

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Невмержицька Ольга Степанівна

УДК 159.9

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК
ДОРΟΣЛОГО ВІКУ

053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

О.С. Невмержицька

Керівник роботи

Коломієць Тетяна Володимирівна
кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри психології

Житомир – 2025

Висновок кафедри психології

за результатами попереднього захисту Невмержицької Ольги Степанівни
допущено до захисту
засідання кафедри психології № __ від « » листопада 2024 р.

Завідувач кафедри психології

к.психол.н., доцент _____

Литвинчук А.І.

«__» листопада 2024 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Невмержицька Ольга Степанівна захистила
кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

Каріна ГОЛОЩУК

АНОТАЦІЯ

Невмержицька О. С. Психологічна корекція харчової поведінки жінок дорослого віку – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». – Поліський національний університет, Житомир, 2025.

У кваліфікаційній роботі презентуються результати дослідження психологічних чинників корекції харчової поведінки жінок дорослого віку. У роботі визначено підходи до поняття харчової поведінки, обґрунтовано її психологічну природу, проаналізовано причини порушень харчової поведінки жінок. На основі здійсненого теоретичного аналізу побудовано теоретичну модель психологічних чинників харчової поведінки жінок, що пройшла експериментальну перевірку. Запропоновано, обґрунтовано та апробовано авторську корекційну програму 30-денного мультифункціонального супроводу гармонізації харчової поведінки жінок. Статистично доведено наявність взаємозв'язків між емоційним станом жінок та їх харчовою поведінкою.

Ключові слова: харчова поведінка, корекція, чинники, модель, гармонізація харчової поведінки.

SUMMARY

Nevmerzhytska O. Psychological approaches to eating behavior modification in adult women - Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualification work for the master's degree in speciality 053 «Psychology» - Polissia National University, Zhytomyr, 2025.

The thesis presents the results of a study of psychological factors in the correction of eating behavior in adult women. The work defines approaches to the concept of eating behavior, substantiates its psychological nature, and analyzes the causes of eating disorders in women. Based on the theoretical analysis, a corresponding theoretical model was constructed and experimentally verified. An original corrective program of 30-day multifunctional support for the

harmonization of women's eating behavior was proposed, substantiated, and tested. The existence of interrelationships has been statistically proven.

Keywords: eating behavior, correction, factors, model, harmonization of eating behavior.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПСИХОЛОГІЇ	9
1.1. Психологічна природа харчової поведінки особистості.....	9
1.2. Психологічні особливості жінок, які мають порушення харчової поведінки.....	12
1.3. Теоретична модель психологічних чинників порушень харчової поведінки жінок.....	20
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК.....	25
2.1. Огляд психодіагностичного інструментарію для дослідження розладів харчової поведінки	25
2.2. Організація та планування експерименту.....	27
2.3. Аналіз результатів констатувального етапу експерименту з психологічної корекції харчової поведінки жінок.....	28
Висновки до розділу 2	38
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГАРМОНІЗАЦІЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК.....	39
3.1. Обґрунтування та зміст програми психологічної гармонізації харчової поведінки жінок.....	39
3.2. Аналіз результатів апробації програми мультифункціонального супроводу гармонізації харчової поведінки жінок.....	41
3.3. Статистичний аналіз результатів дослідження психологічних чинників харчової поведінки жінок у ході реалізації програми мультифункціонального супроводу гармонізації харчової поведінки	43
Висновки до розділу 3	45
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	48

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Харчова поведінка є багатогранною поведінковою проблемою, що ґрунтується на біопсихосоціальному підході. За останні декілька десятиліть у світовій науці та практиці розуміння феномена харчової поведінки істотно змінилося: якщо раніше вивчали, насамперед, її клініко-біологічні механізми, то зараз на перший план вийшла психологічна її складова.

Наші багаторічні спостереження доводять, що більш схильними до різного роду порушень харчової поведінки є жінки. Нині ми спостерігаємо загострену увагу дівчат і жінок, особливо молодого віку, до свого тіла, непохитне дотримання завищених еталонів зовнішньої привабливості, культ їжі, прихильність до дієт. Жінки завжди більше уваги приділяли своїй зовнішності, але сьогодні ця тенденція все частіше має негативний характер, крайні варіанти харчової поведінки виходять на перший план. Захопленість ідеєю схуднути деколи підштовхує жінку на крайні заходи - періодичне голодування, відмова від вуглеводної їжі, важкі спортивні тренування, що відбивається на психічному стані цих жінок.

Феномен харчових розладів в різні періоди вивчали Г. Аммон, В. Бройтігам, Ф. Данбар, Дж. Енджел, У. Кеннон, З. Фрейд, М. Фрідман та ін. Серед українських авторів неабиякий внесок у розуміння психологічних аспектів розладів харчової поведінки зробили праці Л.Бурлачука, Л. Найдьонові, Т. Титаренко, В.Шебанова та ін.

Не дивлячись на постійну зростаючий інтерес до проблем розладів харчової поведінки і досить широкий спектр досліджень, що так чи інакше стосуються даного питання, на сьогодні воно все ще залишається маловивченим: з одного боку, немає однозначної відповіді на питання про причини і механізми розвитку цього захворювання, а значить, і ефективної стратегії його терапії та профілактики.

Об'єкт дослідження – корекція харчової поведінки.

Предмет дослідження – психологічна корекція харчової поведінки жінок.

Метою дослідження є теоретичне вивчення та експериментальна перевірка корекційного впливу психологічних чинників на харчову поведінку жінок.

Для досягнення зазначеної мети в роботі поставлено такі основні **завдання**:

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

1. Проаналізувати теоретичні аспекти проблеми харчової поведінки у сучасній психології.
2. Розробити теоретичну модель психологічних чинників харчової поведінки жінок.
3. Провести емпіричне дослідження харчової поведінки жінок.
4. Розробити та апробувати корекційну програму психологічної гармонізації харчової поведінки жінок.

Теоретико-методологічна база дослідження ґрунтується на основних принципах психології (системності, детермінізму, історизму), теоріях емоційного інтелекту та саморегуляції, концепціях позитивної психології та психології здоров'я.

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань було використано дві групи методів: теоретичні (аналіз та узагальнення наукових джерел); загальнонаукові (аналіз, синтез, індукція, дедукція, метод узагальнення), емпіричні (психодіагностичні методики, авторські анкети), статистичні (t-критерій Стьюдента). Статистична обробка результатів експерименту проводилась з використанням пакету IBM SPSS Statistics.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає у визначенні та уточненні психологічних чинників, які впливають на харчову поведінку жінок на різних етапах дорослості.

Практична значущість полягає у можливості використання результатів у процесі психологічного консультування щодо проблем порушень харчової поведінки, в психологічних програмах розвитку звички здорового способу життя, при розробці програм групової роботи з корекції харчової поведінки, а також у системі підготовки психологів.

Апробація результатів дослідження відбувалася на науково-практичній конференції науково-педагогічних працівників, докторантів, аспірантів та молодих вчених ННІ менеджменту, бізнесу і права Поліського національного університету «Наукові читання – 2024» (Житомир, 2024) та на науково-практичних семінарах кафедри психології.

Основні результати дослідження відображені в наступних **публікаціях** :

Невмержицька О. Дослідження та терапія розладів сприйняття тіла засобами віртуальної та доповненої реальності // Scientific Multidisciplinary Monograph «Theoretical and Applied Foundations of Innovation in Modern Science». 2024. С. 49–67.

Невмержицька О. Адаптація психотерапевтичних методик лікування розладів сприйняття тіла до застосування у віртуальній та доповненій реальності // Наукові читання – 2024: зб. наукових праць працівників, докторантів, аспірантів та молодих вчених ННІ менеджменту, бізнесу і права Поліського національного університету. – Житомир: Поліський національний університет, 2024. – С. 141–146.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Психологічна природа харчової поведінки особистості

Під харчовою поведінкою сучасні науковці [3; 7; 14; 20; 29 і т.д.] розуміють ціннісне ставлення до їжі та її споживання, деякий стереотип харчування в умовах повсякденного життя і в стресових ситуаціях, поведінку, спрямовану на образ власного тіла й процес його формування.

З аналізу як вітчизняних, так і зарубіжних джерел [1-45] випливає, що харчові звички - це індивідуальне ставлення конкретної людини до їжі та її споживання. Харчові звички виробляються впродовж життя людини, на них суттєво впливає проживання стресу, обмежувальні переконання, зовнішні обставини, життєві цінності та переконання, а також ситуації, пов'язані з образом власного тіла. Крім того, на харчову поведінку особистості суттєвим чином також впливають емоційний стан людини та її звички. Харчова поведінка безпосередньо залежить від самої особистості та має індивідуалістичний характер. Іншими словами, харчова поведінка реалізується через переконання, звички, емоції та поведінкові патерни, що стосуються їжі, що є індивідуальними для кожної людини.

За характером впливу науковці розрізняють гармонійну та девіантну харчову поведінку. Девіантна харчова поведінка репрезентується через широкий спектр поведінкової активності: від обмежувальних дій до переїдання, що можуть призводити до розвитку таких розладів як анорексія, булімія, компульсивне переїдання та ін. [9].

Адекватна форма харчової поведінки - це вживання їжі, спрямоване на задоволення потреби в поживних речовинах, коли їжа виступає як джерело поживних речовин та енергетичного забезпечення функціонування організму. Однак, харчова поведінка виконує не тільки функцію задоволення біологічних потреб, а ще й психологічних. Дуже часто прийом їжі може

виступати як засіб розрядки психоемоційного напруження, спосіб компенсації незадоволених потреб, джерело чуттєвої насолоди, форма самоствердження, показник ставлення до іншої людини, ритуальна дія. Крім того, залежно від її особливостей можна говорити про нормотипові харчові патерни, епізодичні харчові розлади та патологічну харчову поведінку.

Низкою авторів [9; 15; 22; 29] порушення харчової поведінки розглядається у контексті адикцій. Інші [8; 20; 25], говорять про порушення харчової поведінки як біопсихосоціальний розлад, своєрідну фіксацію на використанні будь-якого об'єкта (в нашому випадку - їжі), пов'язаним із психотравмувальними переживаннями і травмами (імовірно, на першому році життя), що здебільшого пояснює особливу стійкість симптоматики і труднощі в терапії цих розладів.

Клінічна психіатрична практика [21; 27; 31] розглядає порушення харчової поведінки як широкий спектр проявів у рамках простору між нервовою анорексією і нервовою булімією. Як правило, порушення харчової поведінки характеризуються яскраво вираженим фокусуванням на масі та формами власного тіла, що супроводжується надмірними спробами їх контролю. При цьому, змінене ставлення до їжі ґрунтується не на реальній вазі тіла, а на суб'єктивних уявленнях про надмірну вагу, які часто є відображенням сімейних переконань щодо норми. Так, образ власного тіла є найважливішим чинником, що підштовхує людину до дієти.

У рамках психоаналітичного підходу [38] порушення харчової поведінки розглядають як дезадаптивний спосіб розв'язання внутрішньоособистісного конфлікту. Для осіб із порушеннями харчової поведінки їжа виступає засобом символічної комунікації з власним негативним Я-образом, що переноситься на соціальну взаємодію особистості.

Природу порушень харчової поведінки сучасні дослідники пояснюють різними причинами. Існують теорії, що пояснюють девіації харчової поведінки через фізіологічні чинники. Серед них проблеми, пов'язані з неправильним харчуванням, метаболістичні порушеннями, надмірними

фізичними навантаженнями, виснаженням організму тощо [8]. Інший підхід пов'язаний з акцентуванням уваги на психологічній складовій, у якості ключового джерела розвитку даних розладів [15]. Це пов'язано з тим, що споживання їжі людиною, на відміну від інших живих істот, далеко не завжди пов'язане з утамуванням голоду, більше того їжею досить часто зловживають задля задоволення зовсім інших потреб: зняття емоційної напруги; отримання чуттєвої насолоди; додаткового атрибуту спілкування; з метою самоствердження; реалізації ритуальної поведінки; компенсації інших незадоволених; задля естетичних переживань тощо [6].

Порушення харчової поведінки зумовлені низкою чинників. У формуванні порушень харчової поведінки провідне значення мають:

- фізіологічні передумови - зокрема спадкова дисфункція церебральних систем, коли через фізіологічні особливості організму індивід може досягти емоційного комфорту, позбутися пригніченості, тривоги та дратівливості, які є його провідними станами, лише шляхом вживання високо вуглеводної їжі;

- особливості виховання: їжа в сім'ї є головним джерелом задоволення; на будь-який соматичний або психологічний дискомфорт дитини мати реагує як на голод; гіперопіка матері; наявність в анамнезі психотравмуючих ситуацій в сім'ї;

- особистісні особливості - схильність до тривожно-депресивних реакцій, психічна незрілість, переважання примітивних механізмів психологічного захисту, низький рівень саморегуляції та підвищена емоційність;

- соціокультурний аспект - певні культурні, національні особливості, а також популяризація засобами ЗМІ соціально-бажаного образу стрункого тіла, який інтеріоризується індивідом, чия поведінка спрямовується на досягнення цього образу шляхом харчових обмежень, поведінкових порушень (блювота) тощо [1].

Порушену харчову поведінку деякі дослідники та науковці розглядають як окрему самостійну стратегію подолання стресових ситуацій. Зокрема,

ознаки порушення харчової поведінки (прагнення до втрати ваги, переїдання, системне дотримання дієт тощо) можуть являти собою деякі форми копінг-стратегій. Такі риси порушень харчової поведінки, як бажання схуднути, мати струнку фігуру, виступають спонукою до виникнення специфічної поведінки (вживання проносних препаратів, виснажливі тренування, голодування тощо) [12].

З іншого боку, порушення харчової поведінки пов'язані з використанням низки неадаптивних копінг-стратегій для розв'язання фруструючих ситуацій. Такі риси осіб, схильних до порушення харчової поведінки, як складність у розпізнаванні емоцій, у контролі своєї поведінки, надмірна вимогливість і самокритичність, призводять до посилення емоційного стресу. У сукупності це породжує незадоволеність собою, своїм тілом, що виступає однією з основних ознак порушення харчової поведінки [11].

Таким чином, харчові розлади можуть бути викликані фізіологічними передумовами, специфікою сімейного виховання, особистісними особливостями, соціальними детермінантами. Порушення харчової поведінки тісно пов'язані з надмірною фокусованістю особистості на масі і формами власного тіла, що супроводжується спробами їх контролю. Розлади харчування можуть виступати як дезадаптивний спосіб подолання стресу.

1.2. Психологічні особливості жінок, які мають порушення харчової поведінки

Порушення харчової поведінки серед жінок молодого віку - досить поширене явище. Серед найтипівіших є поєднання емоціогенного та обмежувального типів харчової поведінки. У жінок із порушеннями харчової поведінки більш вираженими є показники прагнення до худорлявості, булімії та незадоволеності власним тілом, соматизації, obsесивності та

компульсивності, міжособистісної сензитивності, депресивності, тривожності, порівняно з жінками без подібних порушень [6].

Багато жінок дотримуються обмежувальної харчової поведінки. У них після випадків переїдання, зазвичай, виникає почуття провини, знижується самооцінка, активізується процес самозвинувачення. Намір у короткий термін втратити значну кількість кілограмів лише призводить до компенсаторного збільшення вживання їжі та збільшення ваги ("синдром рикошету") [32].

Жінки з емоціогенною харчовою поведінкою вживають їжу задля подолання емоційного дискомфорту, "заїдаючи" у такий спосіб стрес або власні проблеми. Для такої категорії жінок процес споживання їжі виступає своєрідними ліками, оскільки окрім насичення приносить відчуття задоволення, заспокоєння, розслаблення, знижує рівень емоційної напруги, сприяє покращенню настрою. Так, притаманна жінкам емоційність є передумовою, на основі якої розвивається емоціогенний тип харчової поведінки [32].

Жінки, які мають екстернальну харчову поведінку, надають великого значення зовнішньому оформленню їжі, звертають увагу на рекламу, людей, які приймають їжу. Прийняття їжі спричинене фактором доступності. Причиною підвищеної харчової збудливості жінок є не стільки їх надмірний апетит, скільки знижений рівень насичуваності [32].

Жінки залежно від схильності до того чи іншого типу розладів харчової поведінки мають свої особистісні особливості. Так, жінки з розладами емоціогенного харчового типу мають позитивне ставлення до людей, відчуваючи потребу бути поруч з іншими людьми. Вони чуйні, емпатійні, толерантні, відповідальні, підтримуючі, співпереживючі, соціально активні, активні учасники громадського життя і суспільних заходів [4]. При цьому, у взаємодії з іншими людьми представниці даного типу харчової поведінки намагаються згладжувати розбіжності, схильні співпрацювати з людьми, а не конкурувати з ними. Вони - типові екстраверти.

Жінки з обмежувальним типом поведінки характеризуються легким ставленням до життя, нерідко справляючи враження безвідповідальних. Виявляють інтерес до різних сторін життя, задовольняючи тим самим свою цікавість. Самодостатність і впевненість у своїх силах, емоційна зрілість, спокій і сталість у своїх планах й прив'язаностях, що не піддаються випадковим коливанням настрою, сприяють тому, що вони можуть відносно спокійно переносити харчові обмеження, прагнучи досягти своєї мети - схудненню в будь-який спосіб [32].

Жінки з екстернальним харчовим типом нездатні тримати свої емоції під контролем та стримувати імпульсивні потяги. Зовні це проявляється як безвідповідальне ставлення до себе та інших, примхливість, відсторонення від реальності, потурання своїм імпульсивним бажанням. Вони частіше за інші типи схильні переживати почуття безпорадності та неспроможності у ситуаціях життєвих труднощів. Їхня поведінка характеризується ситуативністю. Оскільки в них частіше підвищена тривожність, у разі невдачі вони мають схильність впадати у відчай або навіть страждають на депресію. Крім того, представницям даного виду харчової поведінки притаманні занижена самооцінка, образливість, життя одним днем.

З підвищенням ваги у жінок зростає незадоволеність собою, своїми можливостями; знижується цінність власної особистості, з'являється відстороненість і байдужість до свого Я, втрачається інтерес до свого внутрішнього світу. Також у жінок з'являється бажання щось у собі змінити, відповідати ідеальному уявленню про себе, що викликано незадоволеністю собою [4].

У жінок з ожирінням сприйняття образу власного тіла характеризується спотворенням і незадоволеністю, уявлення особистості про своє реальне та ідеальне "Я" суттєво різняться. У дослідженні З. Я. Ковальчук показано [6], що в жінок з ожирінням в образі "Я ідеального" домінують характеристики самосхвалення, прийняття, задоволеності собою, своєю зовнішністю, сексуальної привабливості тощо, що вказує на потребу прийняття як самою

собою, так і оточуючими. При цьому, структуру образ "реального Я" утворюють: неприйняття, незадоволеність своїм тілом, зовнішністю, що відбивається на їхніх особистісних особливостях і взаєминах з іншими людьми.

У літературі є відомості про зв'язок тривожності та порушень харчової поведінки. Зокрема, у жінок із порушеннями харчової поведінки вищий рівень як особистісної, так і ситуативної тривожності. При цьому, у них більш виражена особистісна тривожність. Крім того, розвиток порушень харчової поведінки пов'язаний з тим набором захисних механізмів, які використовують жінки з даним типом харчових порушень. Так, О.В. Давидовою встановлено, що в разі раціоналізації ризик прояву ознак нервової анорексії або булімії знижується [12].

Передумови порушення харчової поведінки різноманітні. Але багато вчених віддають визначальну роль саме психологічним чинникам. Так, психологічними передумовами порушення харчової поведінки називають переживання фіксованих негативних емоційних станів і зниження емоційно-вольової саморегуляції. Зниження вольової саморегуляції та контролю емоційних реакцій у жінок із надлишковою масою тіла проявляється в таких сферах: особистісній (психологічні захисти), емоційній (особливі емоційні реакції (агресивність, тривожність тощо), вольовій (слабкість сили волі, астения) [14]. Однак наростаюча ізоляція і відмова від контактів призводять до замісного задоволення на оральному рівні, таким чином виникає своєрідне "замкнене коло".

Сам процес їжі покликаний замінити акт смоктання грудей, який уже став нездійсненним. Тому боротьба за психологічну незалежність своєї особистості від матері виражається в неоднозначному ставленні до їжі.

В основі екзистенціальної мотивації лежить відчуття внутрішньої порожнечі та нудьги. Їжа заповнює рот і живіт, викликаючи ейфорію, яка не може замінити наповненого внутрішнього життя.

Збільшення кількості їжі викликає відчуття надлишку, важкості, нездатності перетравити її, відчуття втрати самоконтролю, розчарування в цьому способі компенсації. Кожна булімічна атака посилює почуття неповноцінності та потребу в самопокаранні. Такою каральною насолодою стає наступний напад.

Агресивне поїдання їжі демонструє всепоглинаючий контроль, проте через неможливість зупинитися виявляється залежність. Зрештою, "переїдання може символізувати сповільнене прогресуюче самогубство" [33, с. 214].

У результаті мета-аналізу А.А. Ліфінцева зі співавторами змогли визначити провідні психосоціальні чинники, що впливають на формування і розвиток розладів харчової поведінки [1]. Найчастіше досліджуваними факторами стали депресивні симптоми, негативний афект, сприйняття образу тіла, стрес і особистісні предиктори (тривожність, запальність, імпульсивність тощо). У разі депресії розлад харчової поведінки може бути пов'язаний із недостатньою диференціацією відчуттів або неповного розуміння людиною свого стану. У такому разі відсутність інтересу до життя, прояви агедонії та загальна пригніченість можуть бути переплутані людиною з відчуттям порожнечі в шлунку. Унаслідок цього їжа вживається з метою отримання відчуття повноти, однак, навіть у разі переїдання аж до виникнення хворобливих відчуттів у шлунку задоволення людина не отримує. Найчастіше епізоди переїдання можуть призвести до подальшого почуття провини і сорому, що створює замкнуте коло, коли людина, намагаючись впоратися з негативними емоціями, знову вдається до їжі.

Сприйняття образу власного тіла також може впливати на виникнення розладів харчової поведінки. Спотворене сприйняття може породжувати тенденції до дотримання різних дієт для набуття або підтримки гарної фігури. За наявності порушень сприйняття образу тіла після переїдання може виникнути страх настання ожиріння, а також сором і вина за "зрив" [2].

Тривожність також може слугувати чинником, що провокує поглинання підвищеної кількості їжі. Постійна напруга, як на емоційному, так і на фізичному рівні, не знаходячи конструктивного виходу, виражається у вигляді поїдання їжі, яке стає схожим за механізмом з невротичними симптомами. Крім того, за тривожності під час прийому їжі увага людини не фокусується на їжі, через що сам процес їжі стає збідненим, бо не відчувається смак їжі, відсутнє відчуття насичення, підвищується темп поїдання.

Винагорода за допомогою їжі, особливо в ранньому віці, може бути фактором ризику виникнення булімії або компульсивного переїдання [16]. У разі винагороди їжа набуває підвищеного значення, пов'язаного з визнанням, любов'ю і приємними емоційними станами.

Більшість людей із симптомами розладів харчової поведінки відчують сильне почуття сорому і провини після епізодів поглинання підвищеної кількості їжі. Імпульсивність і запальність також найбільш притаманні людям із розладами харчової поведінки. За наявності цих якостей людина схильна діяти під впливом миттєвих спонукань, без попереднього розгляду наслідків своєї поведінки [32].

Отже, психодинаміка розладів харчової поведінки полягає в тому, що вона виникає у відповідь на депресивний стан, слугує механізмом подолання емоційних переживань, які не обов'язково є травмувальними. Це може бути одноманітність, нудьга та відсутність задоволень. Чим менше людина "годує" себе іншими емоціями, тим вищим є ризик розвитку розладів харчової поведінки [33]. Інша причина - труднощі з можливістю проявляти почуття, коли людина не визнає або заперечує свій емоційний розлад, не знає, як з ним впоратися, не має підтримки, не може виговоритися. Розлади харчової поведінки також може бути наслідком порушення сімейних стосунків [36].

Дослідження іноземних авторів показують, що більш ніж половина дівчат і молодих жінок із розладами харчової поведінки позначають характер стосунків між членами сім'ї як "занадто близькі", "заплутані" [36]. Отримані

дані можуть свідчити про те, що для цих родин характерні надмірно тісні зв'язки, які перешкоджають розвитку автономії членів сім'ї, насамперед підлітків. Більшість дівчат, які не мають девіацій харчової поведінки, характеризують стосунки в сім'ї як близькі. При цьому в групі жінок із РХП вказували на прагнення в дитинстві їхніх матерів опікати, що тягне за собою обмеження їхньої свободи та здатності самостійно ухвалювати рішення. У дослідженні виявлено, що для жінок з РХП і без порушень характерний прояв турботи всіх членів сім'ї один про одного. Однак половина жінок із РХП зазначили, що здебільшого турботу в їхній сім'ї проявляла мати, а батько любив, щоб про нього дбали. У третини жінок із групи ризику батьки зневажливо ставилися до їхньої зовнішності, вживаючи при цьому неприйнятні слова. Це, своєю чергою, негативно відбивається на оцінці жінкою своєї зовнішності. Виявлені характеристики сімейних стосунків можуть бути пов'язані з формуванням певних специфічних рис особистості. Виявилось, що дві третини жінок із РХП (68%) відчують генералізоване почуття провини. Про це свідчать їхні відповіді на запитання "У дитинстві я відчувала провину за те, що...". Досліджувані давали такі відповіді, як "приношу людям біль", "винна, що я взагалі існую", "часто роблю щось не так", "що накоїла щось погане", "не змусила тата піти на роботу". Таким чином, жінки з РХП відчують провину не за конкретний вчинок, це почуття у них не має конкретного предмета [36].

Переважна більшість жінок із РХП схильні відчувати почуття провини, тривоги та напруження в сім'ї, що, своєю чергою, вказує на несприятливі стосунки в сім'ї, в яких відсутнє розуміння та довіра [7]. Тривожна і напружена обстановка свідчить про відсутність близькості, тепла і психологічного комфорту між учасниками дослідження та їхніми членами сім'ї. Відповідно, така обстановка не може не чинити негативний вплив на розвиток розладу. Було також виявлено, що такі жінки частіше відчують тривожність і напруженість, хоча нерідко відчують і почуття провини. Це свідчить, що жінки з РХП практично однаковою мірою схильні відчувати всі

перераховані почуття. Рівень загальної тривожності в сім'ї вищий у жінок із розладами харчової поведінки. Відчуття загальної тривожності ще раз підкреслює дискомфорт, який жінки з РХП відчувають, перебуваючи в сім'ї [6].

Хворі на булімію часто походять із сімей з імпульсивною комунікацією та значним потенціалом насильства. Структура стосунків у сім'ях відзначена високим рівнем схильності до конфліктної поведінки, імпульсивністю, слабким емоційним зв'язком між людьми, стресогенністю та малоуспішними стратегіями розв'язання проблем. Під час порівняння уявлень жінок з різним рівнем схильності до булімії, про свою сім'ю, було виявлено, що жінки, які страждають на булімію, сприймають свою сім'ю як неблагополучну [33].

Хворі на булімію говорили про неконструктивність стосунків у сім'ї, підвищену емоційну залученість її членів до справ один одного, у поєднанні зі зниженим рівнем здатності до адекватного емоційного реагування, послабленим рівнем вербальної взаємодії в сім'ї. Різні дослідження показують, що сім'ї хворих на нервову булімію володіють високим рівнем конфлікту, ворожості та надають мало значення самовираженню, у таких сім'ях часто трапляється взаємне нерозуміння та звинувачення, небажання допомагати одне одному, дезорганізація, відсутність виховання. Жінки, які страждають на нервову булімію, отримували недостатньо батьківського піклування (тепла, афектації, емпатії) за відносно високого рівня опіки з боку батька, яка виражається в контролі та нав'язуванні своєї думки [33].

Для сімей хворих на нервову анорексію, за даними наукових і клінічних джерел, також характерні певні дисфункціональні процеси [31]. Так, контроль, прагнення до гармонії та гіперопіка багато в чому визначають процес взаємодії в сім'ї хворої на нервову анорексію. Такі сім'ї схильні заперечувати наявність будь-яких конфліктів і не докладаються зусилля для вироблення адекватних способів розв'язання конфліктів. Унаслідок цього в сім'ї постійно панує напружена атмосфера, проте зовні оточенню демонструється картина цілковитої гармонії та злагоди.

Таким чином, психологічні особливості жінок із різними видами харчових розладів різні. Сприйняття свого тіла створює внутрішній образ власного тіла, який найчастіше в разі порушень харчової поведінки вирізняється спотворенням і незадоволеністю. З підвищенням ваги у жінок зростає незадоволеність собою, своїми можливостями; знижується цінність власної особистості, з'являється відстороненість і байдужість до свого "Я". Передумови порушення харчової поведінки у жінок часто лежать в емоційно-вольовій сфері, зокрема, у зниженні емоційно-вольового контролю. У жінок із порушенням харчової поведінки сімейне середовище в описаних випадках характеризується непродуктивністю і хаотичністю. Жінки з РХП можуть відчувати неадекватне почуття відповідальності за негативні події, що відбуваються в сім'ї, відчувати, що від них нічого не залежить або що виконання сімейних обов'язків є непосильною ношею. Причина часто криється у внутрішній невпевненості, яка, якщо витісняється і не усвідомлюється людиною, переростає в почуття тривоги.

1.3. Теоретична модель психологічних чинників порушень харчової поведінки жінок

На основі узагальнення проаналізованої літератури нами було побудовано теоретичну модель психологічних чинників харчової поведінки жінок (рис.1).



Рис.1. Теоретична модель психологічних чинників харчової поведінки жінок

Так, відповідно до моделі особливості харчової поведінки жінок пов'язані з їх індивідуально-психологічними особливостями, суб'єктивного відображення об'єктивних життєвих обставин та специфіка їх переживання та соціальна ситуація жінки.

Під індивідуально-психологічними особливостями вбачаються ті якості та характеристики особистості, які притаманні даній жінці. Серед них найбільш важливими у контексті предмету нашого дослідження є показники:

- самоставлення (самооцінка, Я-образ, самоповага);
- рівня перфекціонізму;
- рівня особистісної тривожності;
- рівня особистісної зрілості.

Так, невдоволення собою, образом власного тіла, залежно від інших якостей особистості, може або призводити до невпинного самовдосконалення (від виснажливих тренувань, жорстких дієт, голодування тощо до анорексії або булімії), або до знецінення, часто демонстративного, важливості власної зовнішності, що найчастіше проявляється у формі компульсивного переїдання.

Високий рівень перфекціонізму може призводити до жорсткого дотримання суворих правил щодо того, що і коли жінка повинна їсти, надмірного акцентуванні на досягненні ідеалу худорлявості та надмірної самокритики у випадку невиправданих очікувань.

Надмірна особистісна тривожність також може провокувати порушення харчової поведінки у випадку, якщо людина схильна до «заїдань» або прагне подобатись.

Низькі показники рівня особистісної зрілості, для якого притаманні імпульсивність, інфантильність, емоційність тощо, можуть призводити розладів харчової поведінки на рівні тенденції серед дівчат-підлітків (Killen та ін., 1994).

Щодо суб'єктивного проживання життєвих обставин, то даний чинник ми пов'язуємо не стільки з об'єктивними обставинами (війна, втрата, хвороба тощо), скільки з тим, як людина функціонує в даних умовах. Тут також наявна суттєва варіативність: від голодування через повної втрати апетиту, до компенсаторного пошуку задоволення, який людина намагається шукати в алкоголі, солодощах, їжі та їх надмірного споживання.

І третій чинник, який нами було виокремлено – це соціальна ситуація жінки. Сюди було віднесено:

- сценарії харчової поведінки, які були закладені найближчим соціальним оточенням жінки. Це може бути як в минулому, так і на актуальному етапі її життя. До даного показника належать традиційні кулінарні страви, які готуються/готувалися в сім'ї, міфи харчової поведінки (до прикладу, що вагітна має їсти за двох) тощо;

- звички харчової поведінки соціального оточення щодо частоти споживання їжі, її кількості, переліку основних продуктів і т.д. Даний показник стосується як сімейних звичок (до прикладу в сім'ї ніхто не снідає, або їсти усе потрібно з хлібом), так і з колегами (щоденно бургер/піца/хот-дог на обід), або окремими людьми (зустріч з подружкою обов'язково супроводжується кавою з тістечком).

- наявність підтримки соціального оточення щодо сценаріїв та звичок харчової поведінки.

Оскільки дана модель побудована на основі проаналізованої літератури та особистих спостережень автора, то вона потребує подальшої емпіричної перевірки.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз проблеми дозволив зробити наступні висновки:

1. Харчові розлади можуть бути спричинені фізіологічними передумовами, специфікою сімейного виховання, особистісними особливостями, соціальними детермінантами. Порушення харчової поведінки тісно пов'язані фокусуванням на масі і формами власного тіла, що супроводжується спробами їх контролю. Розлади харчової поведінки можуть виступати як дезадаптивний спосіб подолання стресу.

2 Основними типами порушення харчової поведінки є: емоціогенне, обмежувальне та екстернальне. Також виділяють нервову анорексію, нервову булімію та компульсивне переїдання.

3. Існує ціла низка психологічних теорій, що пояснюють механізм розвитку розладів харчової поведінки. Значення будь-якої психологічної моделі, навіть якщо вона не була емпірично доведена, полягає в тому, що вона звертається до внутрішніх почуттів та страхів пацієнта і може стати відправною точкою для самоприйняття і змін.

4. Сприйняття свого тіла створює внутрішній образ власного тіла, який найчастіше в разі порушень харчової поведінки вирізняється спотворенням і незадоволеністю.

5. З підвищенням ваги у жінок зростає незадоволеність собою, своїми можливостями; знижується цінність власної особистості, з'являється відстороненість і байдужість до свого "Я".

6. Передумови порушення харчової поведінки в жінок часто лежать в емоційно-вольовій сфері, зокрема, у зниженні емоційно-вольового контролю, порушеннях у сфері сімейних стосунків..

Усі ці та інші розвідки знайшли відображення в авторській теоретичній моделі психологічних чинників харчової поведінки жінок.

РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

2.1. Огляд психодіагностичного інструментарію для дослідження розладів харчової поведінки

Пошук психодіагностичних методик для емпіричного дослідження особливостей харчової поведінки особистості були проаналізовані наступні: "Стиль саморегуляції поведінки, ССПМ" В.І. Моросанової, "Шкала оцінки харчової поведінки" D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy, "Тест ставлення до прийому їжі" D.M. Garner, "Голландський опитувальник харчової поведінки" T. V. Strein.

Опитувальник "Стиль саморегуляції поведінки, ССПМ" В.І. Моросанової спрямований на діагностику процесу індивідуальної саморегуляції та її індивідуального профілю, який включає показники моделювання, планування, програмування, оцінювання результатів і показники регуляторно-особистісних властивостей - самостійності та гнучкості.

Методика "Шкала оцінки харчової поведінки" D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy дає змогу діагностувати схильність до розладів прийому їжі, насамперед до нервової анорексії та нервової булімії. Зокрема, розглядаються такі особливості, як прагнення до худорлявості, булімія, перфекціонізм, незадоволеність тілом, неефективність, інтероцептивна некомпетентність, недовіра в міжособистісних стосунках.

Опитувальник "Тест ставлення до прийому їжі" D.M. Garner в адаптації дає змогу діагностувати ймовірність розладу харчової поведінки та виявити певні поведінкові симптоми, внутрішні установки, які характерні для нервової анорексії, нервової булімії та інших розладів харчової поведінки.

Скринінгова методика, розроблена в Інституті психіатрії Кларка університету Торонто 1979 року. В 1982 року тест було змінено до 28

запитань, унаслідок чого отримав свою назву. Через високу надійність і валідність одержуваних даних, EAT-26 є гарним інструментом для початкової психодіагностики наявності проявів порушення харчової поведінки. Але ні цей тест, ні будь-який інший не є достатнім для постановки діагнозу. Вони якоюсь мірою дають змогу виявити певні поведінкові патерни і внутрішні установки, які характерні для булімії, анорексії та інших РХП.

Тест EDE-QS складається з 28 запитань. Бали за всіма пунктами підсумовуються, підраховується загальний бал.

Критерії оцінки: 0-25 балів - низький ступінь імовірності наявності розладів харчової поведінки; 26-51 балів - середній; 52-78 балів - високий.

За допомогою методики можна визначити ступінь ймовірності розладу харчової поведінки - імовірно, анорексії або булімії.

Анорексія характеризується навмисним зниженням ваги, яке викликає і/або підтримує індивід, з метою схуднення або для профілактики набору зайвої ваги. За анорексії спостерігається патологічне бажання втрати ваги, що супроводжується сильним страхом ожиріння. Спостерігається спотворене сприйняття своєї фізичної форми та присутнє занепокоєння про збільшення ваги, навіть якщо такого насправді не спостерігається.

Булімія характеризується різким посиленням апетиту, що зазвичай характеризується раптовістю і супроводжується нестерпним відчуттям голоду та загальної слабкості. Це порушення харчової поведінки проявляється здебільшого повторюваними нападами ненажерливості, за яким слідує процедура очищення шлунка і кишечника (штучний виклик блювоти або прийом сечогінних засобів).

Крім того, для проведення емпіричного дослідження не менш інформативними можуть бути такі методи, як бесіда і спостереження. У процесі бесіди і спостереження доречно з'ясувати інформацію про особливості харчування протягом дня, дотримання режиму дня, планування власної діяльності тощо. Важливим є попередня розробка індивідуального плану бесіди та спостереження, що включали б необхідні індикатори

планування та моделювання власної діяльності, особливості реагування в стресових ситуаціях, зокрема, особливості харчування за емоційно значущих обставин.

2.2. Організація та планування експерименту

З метою здійснення вивчення можливостей психологічного впливу на розвиток здорової харчової поведінки у жінок нами був запланований експеримент.

Для участі у експерименті було відібрано 30 жінок, які хотіли б відкоригувати власну харчову поведінку. З них було сформовано експериментальну групу. Вік досліджуваних жінок варіював від 23 до 60 років. Експериментальна робота здійснювалася на базі центру здоров'я та краси «Стевія» (м.Житомир).

Експеримент передбачав наступні етапи:

1. Комплектація психодіагностичного інструментарію та проведення вхідної діагностики харчової поведінки учасниць експерименту.
2. Розробка програми психологічного сприяння розвитку здоров'яорієнтованої харчової поведінки жінок.
3. Апробація програми.
4. Проведення вихідної діагностики харчової поведінки учасниць експерименту.
5. Аналіз ефективності програми.

Гіпотеза дослідження відображає припущення про те, що на харчову поведінку жінок впливають такі психологічні чинники, як загальний емоційний фон, інформаційна насиченість та стрес. Додатково, як психофізіологічний чинник розглядалася фізична активність.

Для досягнення мети та підтвердження висунутої гіпотези було використано такі методики:

1. Методика EDE-QS, що дає змогу оцінити домінуючі види харчової поведінки. "Голландський опитувальник харчової поведінки" T.V. Strein створений голландськими психологами Сільськогосподарського університету, спрямований для виявлення емоціогенної, обмежувальної та екстернальної харчової поведінки.

Під час розроблення методики метою виступало отримання доступного та валідного інструменту кількісної та якісної оцінки розладів харчової поведінки, які пов'язані з переїданням, що супроводжується розвитком ожиріння, задля розробки індивідуальної особистісно-орієнтованої стратегії роботи з даною категорією пацієнтів.

Обмежувальна харчова поведінка, показники якої варіюють в діапазоні 10-50 балів, характеризується цілеспрямованими зусиллями, які докладаються жінками для втрати ваги.

Емоційна харчова поведінка, діапазон показників якої становить 13-65 балів, характеризується тим, що бажання поїсти виникає у відповідь на стани з негативними (роздратування, пригніченість, гнів, тривога та інші.) та змішаними емоціями (коли нічого робити, самотньо, нудьга чи збудження).

Екстернальна харчова поведінка (діапазон:13-65)-бажання поїсти виникає у відповідь на стани з негативними (роздратування, пригніченість, гнів, тривога та інші.) та змішаними емоціями (коли нічого робити, самотньо, нудьга чи збудження).

2. Додатково був розроблений опитувальник, що містить блок запитань щодо соціальної ситуації та блок питань щодо суб'єктивного переживання життєвих обставин жінок, зокрема самооцінки рівня стресу, інформаційної насиченості, загального емоційного фону, настрою та задоволеності власною харчовою поведінкою.

2.3. Аналіз результатів констатувального етапу експерименту з психологічної корекції харчової поведінки жінок

Узагальнені результати дослідження особливостей харчової поведінки жінок показали, що майже 90% досліджуваних пробували обмежити кількість спожитої їжі задля впливу на власну вагу чи форму. З них понад 21% роблять це щоденно (рис.2).

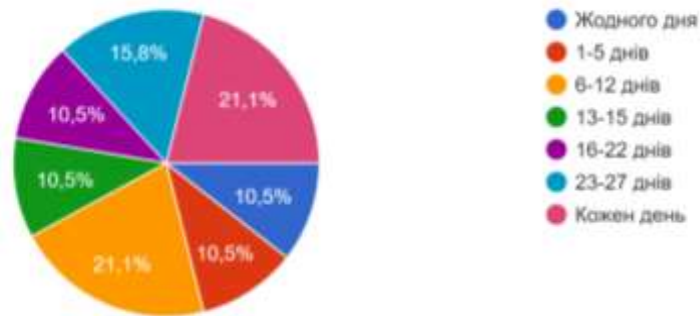


Рис.2. Відсотковий розподіл досліджуваних жінок, які практикують обмеження кількості спожитої їжі

З метою коригування власної фігури та/або ваги понад 42% досліджуваних жінок залишали себе без їжі на 8 годин і довше (без урахування годин сну). З них 5% роблять це щоденно на постійній основі (рис.3).

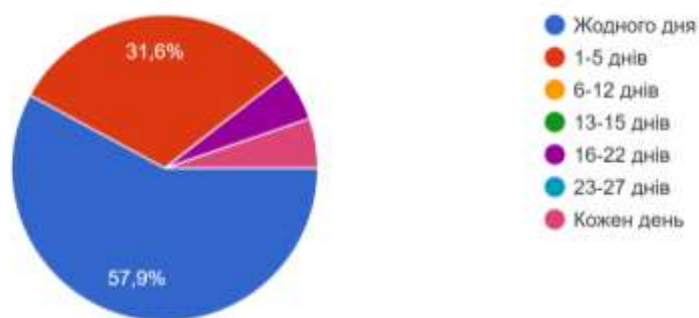


Рис.3. Відсотковий розподіл досліджуваних жінок, які практикують голодування.

Відмовлялися від споживання улюблених продуктів, щоб вплинути на розміри власного тіла та його вагу майже 95% усіх опитаних. Більше чверті з них роблять це кожного дня (див.рис.4).

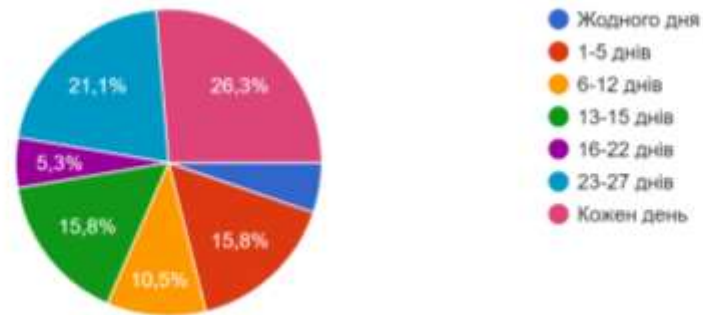


Рис.4. Відсотковий розподіл досліджуваних жінок, які практикують відмову від улюблених продуктів харчування.

Дотримання певних правил харчування (дієти, системи харчування, підрахунок калорій) не практикує трохи більше 15% досліджуваних жінок. Решта майже 85% роблять це з певною періодичністю, а більше чверті – на щоденній основі (див.рис.5).

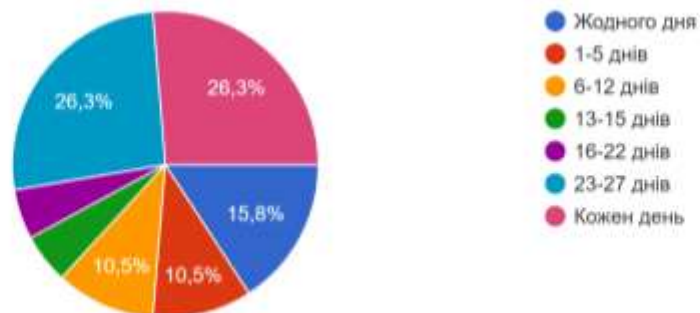


Рис.5. Відсотковий розподіл досліджуваних жінок, які практикують відмову від улюблених продуктів харчування

Чітке прагнення мати абсолютно плаский живіт на. Постійній основі відчуває 42,1% досліджуваних жінок. І лише близько 16% не мають такого бажання, прагнучи відкоригувати систему харчової поведінки (Рис.6).

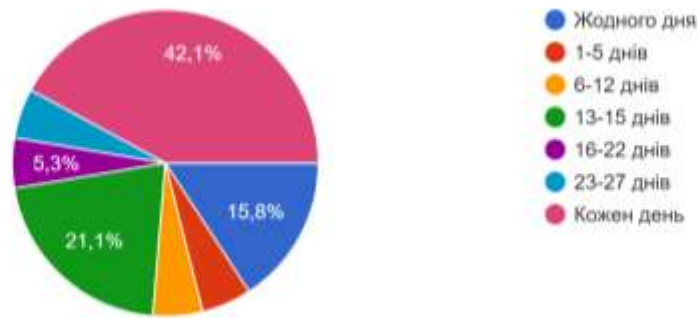


Рис.6. Відсотковий розподіл досліджуваних жінок, які мають чітке бажання мати плаский живіт

Хоча для переважної більшості досліджуваних думки про їжу не впливають на можливість концентруватися на тій чи іншій діяльності (виконання професійних обов'язків, спілкування, читання тощо), але для 22% жінок вони більшою чи меншою мірою заважають зосереджуватися (рис. 7).

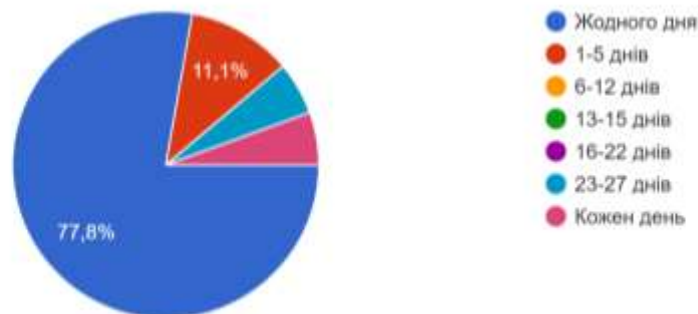


Рис.7. Відсотковий розподіл частоти відволікання на думки про їжу досліджуваних жінок

Аналогічна ситуація спостерігається відносно думок про власну вагу та форму. Для 79% жінок такі думки абсолютно не заважають реалізувати свою звичну діяльність. Втім для 21% вони є відволікаючим чинником, а для кожна десята досліджувана відволікається на подібні думки від 23 до 27 днів на місяць (рис.8).

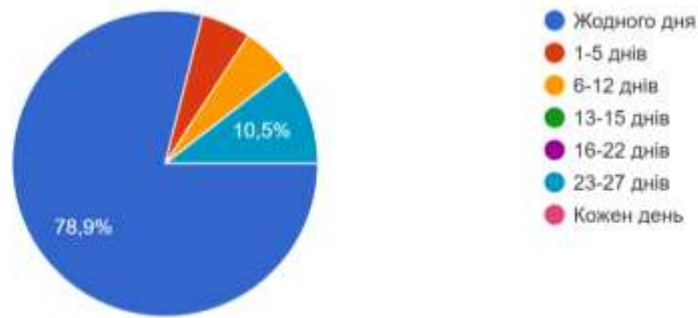


Рис.8. Відсотковий розподіл частоти відволікання на думки про вагу та форму досліджуваних жінок

Разом з тим, страх втратити контроль над кількістю спожитої їжі з різною частотою переживає понад чверть досліджуваних жінок, а 10% з них переживають дане почуття щоденно або майже щоденно (рис.9).

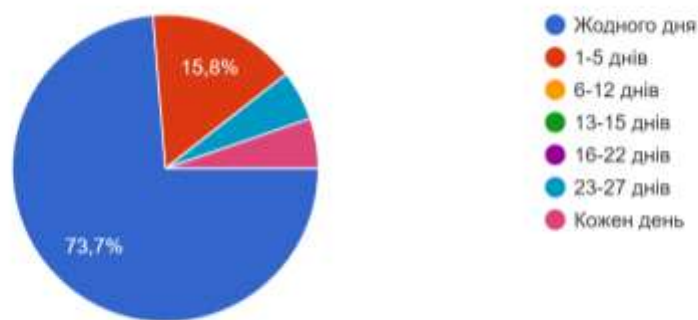


Рис.9. Відсотковий розподіл частоти переживання страху втрати контролю над кількістю спожитої їжі досліджуваних жінок

Ще більш тривожні показники виявлено стосовно страху набрати вагу. Його відчуває понад 60% досліджуваних жінок. Майже 37% з них переживають такий страх на постійній основі (рис.10).

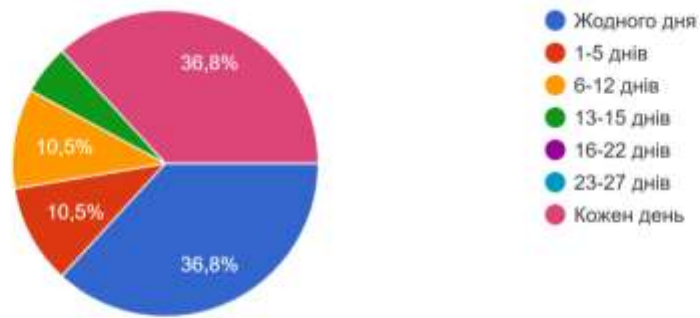


Рис.10. Відсотковий розподіл частоти переживання страху набрати вагу досліджуваних жінок

Очевидно, що вищевказані результати пов'язані з Я-образом власного тіла. Свідченням такого нашого припущення стали результати нашого дослідження, відповідно до якого 42% опитаних жінок щоденно почувають себе гладкими. Ще 21,1% почувають себе гладкими лише інколи, з різною періодичністю (Рис.11.).

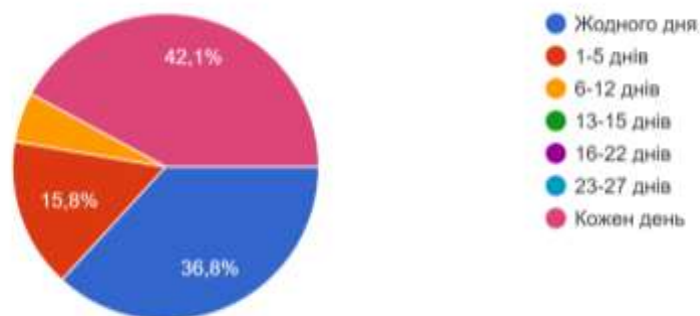


Рис.11. Відсотковий розподіл частоти переживання власної гладкості досліджуваних жінок

У майже 90% досліджуваних їх прагнення відкоригувати систему харчування пов'язане з прагненням схуднути. Результати опитування показали, що 58% опитаних мають чітке щоденне бажання втратити вагу. Ще 32% відчують подібне бажання з різною періодичністю. І лише 10% жодного дня не мали бажання схуднути (Рис.12).

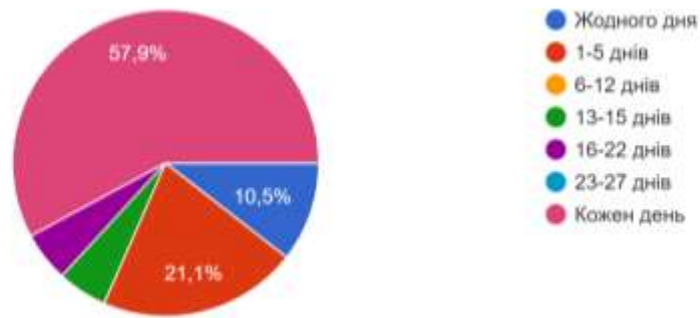


Рис.12. Відсотковий розподіл частоти переживання прагнення схуднути досліджуваних жінок

Страх набрати вагу та прагнення схуднути активізують появу деструктивного почуття провини внаслідок споживання їжі (не йдеться про переїдання). На його наявність вказало 84% досліджуваних, 12% з яких переживають дане відчуття більшу половину часу (Рис.13).

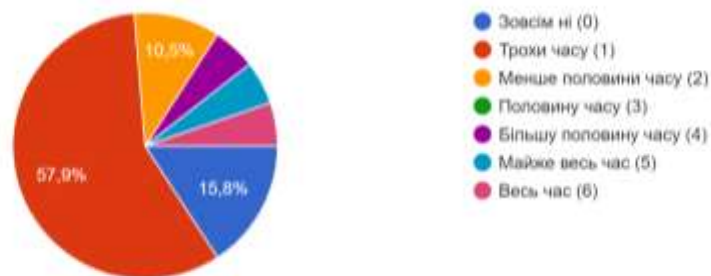


Рис.13. Відсотковий розподіл частоти переживання почуття провини внаслідок споживання їжі

Таке деструктивне ставлення до споживання їжі призвело до того, що майже третина досліджуваних споживала їжу крадькома (Рис. 14)

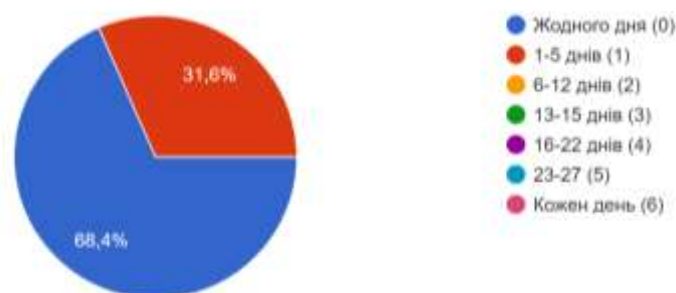


Рис.14. Відсотковий розподіл частоти споживання їжі крадькома

При цьому страх перед собою (докори сумління, самозвинувачення, зневага тощо) абсолютно переважає за частотою переживання порівняно зі страхом перед іншими. Як показали результати нашого дослідження, лише 20% мають відповідні страхи з частотою нижче середнього (Рис. 15).

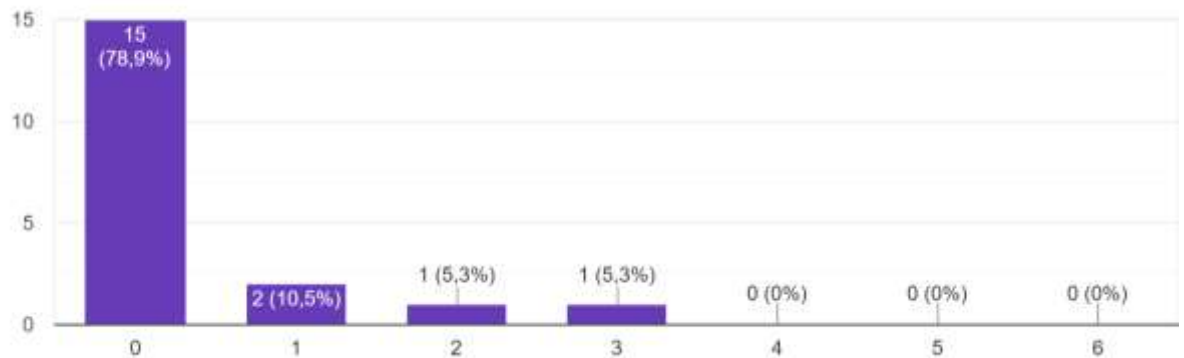


Рис.15. Відсотковий розподіл частоти виникнення страху перед іншими внаслідок споживання їжі

При цьому, чверть опитаних жінок вважають, що їх вага безпосередньо і сильною мірою впливає на їх самоствавлення. Майже половина опитаних має протилежну думку. Для чверті, вага є лише одним із чинників самоствавлення.

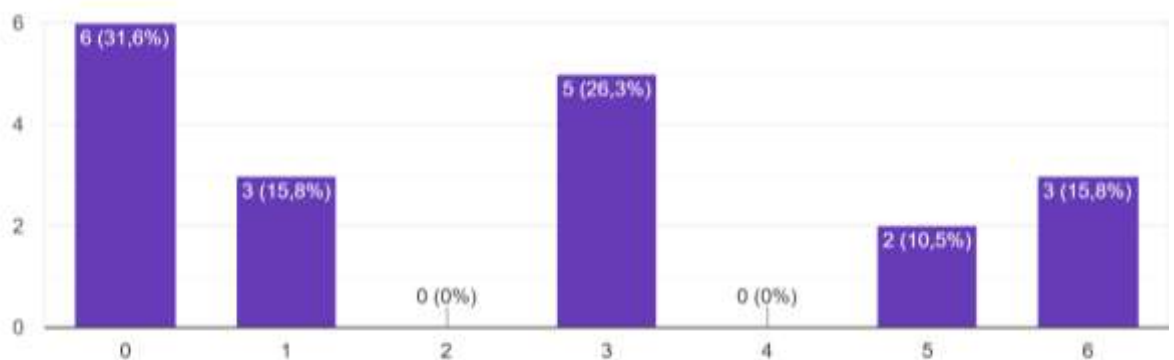


Рис.16. Самооцінка впливу ваги на самоствавлення

Дуже подібні відповіді було отримано й стосовно впливу форм на самоствавлення (Рис.17).

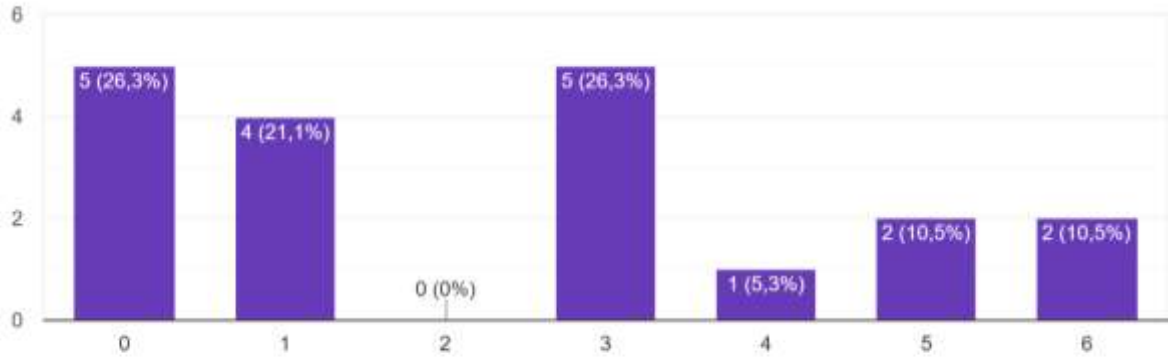


Рис.17. Самооцінка впливу форм на самоставлення

При цьому задоволеність власною вагою відчуває лише 10% досліджуваних жінок, рівень незадоволеності решти 90% опитаних варіює від незначного до вкрай сильного невдоволення (Рис.18).

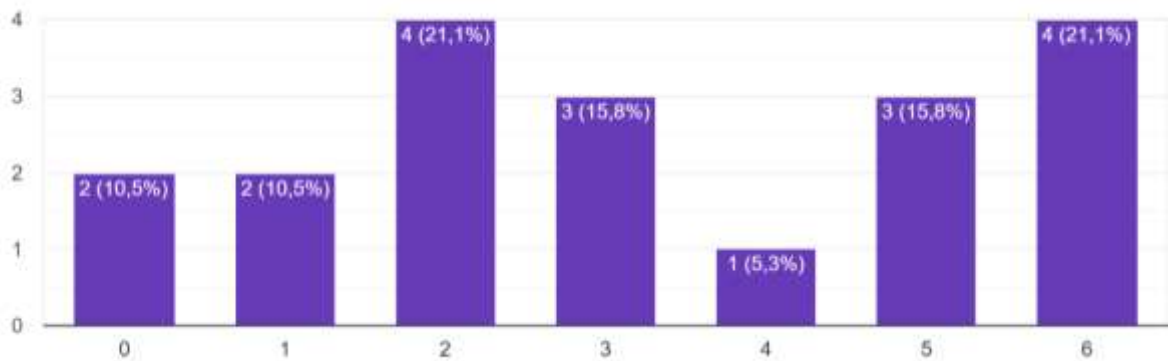


Рис.18. Рівень задоволеності власною вагою

Дуже подібні результати були отримані й стосовно самооцінювання задоволеності власними формами (Рис. 19).

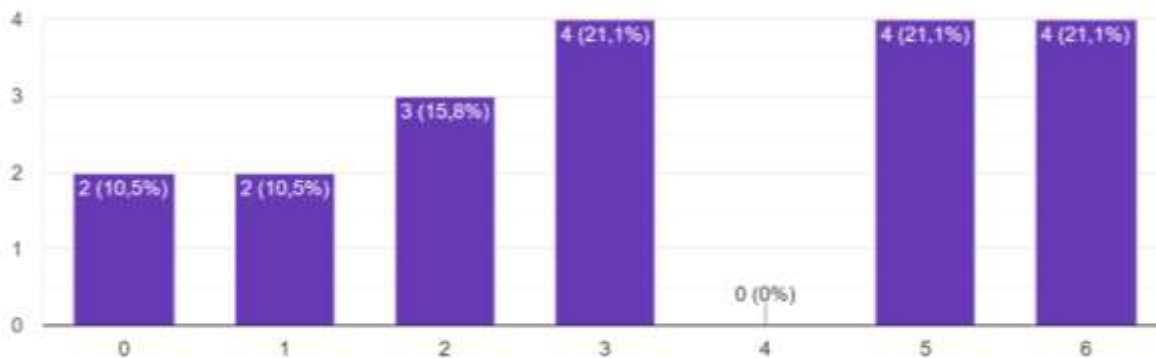


Рис.19. Рівень задоволеності власними формами

Рівень дискомфорту від відображення власного тіла також викликає занепокоєння. Лише 10% досліджуваних не відчувають дискомфорту, коли бачать власне тіло. Решта 90% дивлячись на себе почуваються не комфортно, з яких 30% мають високий або дуже високий рівень дискомфорту (рис. 20).

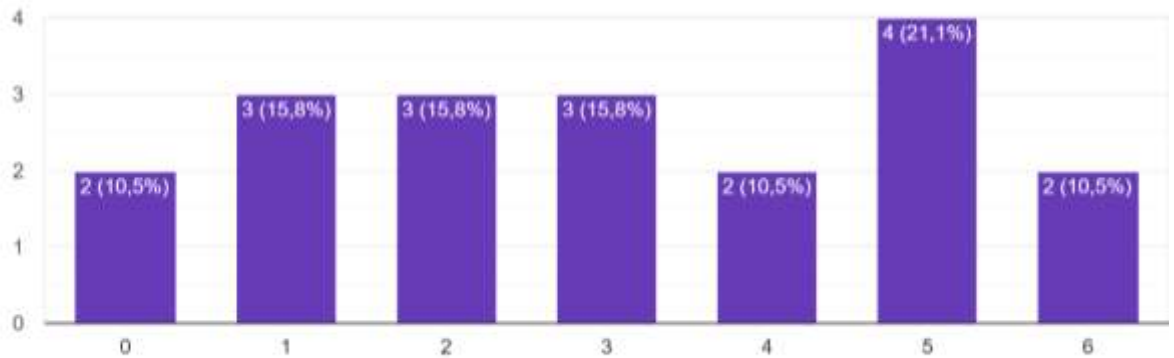


Рис.20. Рівень дискомфорту від відображення власного тіла

При цьому рівень дискомфорту від того, що тіло бачать інші (в басейні, роздягальні, біля водойми, в обтягуючому одязі тощо) у досліджуваних жінок є нижчим (рис.21).

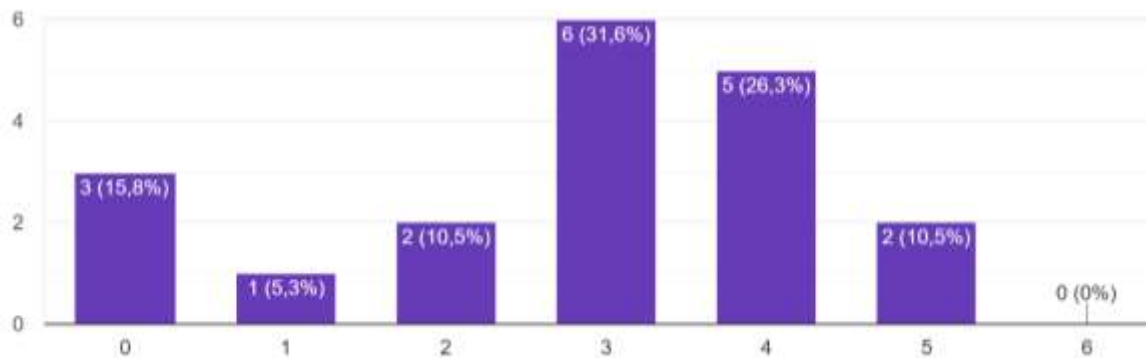


Рис.21. Рівень дискомфорту при демонстрації власного тіла іншим

Таким чином можемо підсумувати, що переважна більшість опитаних нами жінок є незадоволеними власною вагою та / або формами. Причинами відсутності плоского живота та наявності зайвих кілограмів жінки вважають недоліки власної харчової поведінки. Внаслідок цього у них виникає ціла низка деструктивних психологічних новоутворень на кшталт почуття

провини, страху, сорому тощо, що пов'язані зі споживанням їжі. Подібні новоутворення призводять до цілого спектру негативних наслідків для психічного здоров'я аж до розвитку серйозних розладів харчової поведінки. Перспективи профілактики подібних порушень вбачаємо в спеціально організованому психологічному впливові, що може відбуватися засобами цілеспрямовано розробленої програми психологічної корекції харчової поведінки жінок, оскільки повноцінне харчування є необхідною фізіологічною умовою повноцінного функціонування людини, а окреслені вище деструкції, маючи виключно психологічний характер, несуть безпосередню загрозу життю, здоров'ю та гармонійному функціонуванню особистості.

Висновки до розділу 2

Аналіз доступного психодіагностичного інструментарію дозволив спланувати емпіричне дослідження, яке включало психодіагностичну методику EDE-QS, а також авторський опитувальник. Дослідження проведене на базі центру здоров'я та краси «Стевія» дозволило виявити переважаючу незадоволеність жінок власною вагою та / або формами. Причинами відсутності плаского живота та наявності зайвих кілограмів жінки вважають недоліки власної харчової поведінки. Внаслідок цього у них виникає ціла низка деструктивних психологічних новоутворень на кшталт почуття провини, страху, сорому тощо, що пов'язані зі споживанням їжі. Подібні новоутворення призводять до цілого спектру негативних наслідків для психічного здоров'я аж до розвитку серйозних розладів харчової поведінки.

РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГАРМОНІЗАЦІЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

3.1. Обґрунтування та зміст програми психологічної гармонізації харчової поведінки жінок

Сучасна дієтологія має досить широкий спектр підходів до лікування розладів харчової поведінки. Водночас, коли йдеться про харчову поведінку, то передусім це стосується психології, оскільки ми говоримо не просто про зміни в системі харчування, а про зміну харчових звичок, що відбувається на основі змін у свідомості особистості так званої філософії харчування. Саме тому, на нашу думку, будь-яка корекція системи харчування потребує комплексного підходу, в якому поєднуюватимуться і медичні знання, і психологічні. Власне такий підхід і став засадничим при розробці нашої програми.

Виходячи з позицій індивідуального підходу констатуємо, що одна й та ж система харчування по-різному впливатиме на унікальний організм кожної конкретної людини. Генетика, гормональний фон, швидкість протікання метаболістичних процесів, хронічні захворювання – усе це далеко не повний перелік вихідних умов з якими доводиться працювати сучасному дієтологу. Якщо сюди додати психологічні передумови на кшталт харчових звичок, поведінкових патернів, рівня стресогенності середовища тощо, то кількість ймовірних результатів застосування однієї й тієї ж системи харчування зросте в рази. Саме тому ми намагалися розробити не якусь певну систему правильного харчування чи підходів до нього, а забезпечити мультифункціональний супровід гармонізації харчової поведінки особистості із урахуванням її індивідуальності.

Таким чином наша програма мультифункціонального супроводу гармонізації харчової поведінки особистості передбачала декілька етапів:

1 етап – діагностичний. На цьому етапі відбувається так звана вхідна міжгалузева діагностика, що передбачає збір анамнезу, проведення зважування та замірів, вивчення медичних передумов, попереднього досвіду, психодіагностику.

2 етап – самопізнання. Етап спрямований на виявлення психологічних чинників власної харчової поведінки та їх усвідомлення. Досліджуваним пропонується упродовж 30 днів вести електронний щоденник самопізнання, фіксуючи наступні показники:

Оцініть у відсотках від 0 до 100 рівень стресу впродовж дня

Оцініть у відсотках від 0 до 100 рівень інформаційної насиченості дня

Оцініть у відсотках від 0 до 100 рівень фізичної активності впродовж дня

Оцініть загальний емоційний фон Вашого дня: вкрай негативний (1), негативний (2), нейтральний (3), позитивний (4), дуже позитивний (5)

Оцініть Ваш настрій впродовж дня вкрай негативний (1), негативний (2), нейтральний (3), позитивний (4), дуже позитивний (5)

Оцініть у відсотках від 0 до 100 наскільки Ви дотримувалися програми харчування.

Напишіть свій сьогоднішній раціон харчування (включно з перекусами)

Напишіть скільки часу Ви сьогодні витратили на фізичну активність (вказати на яку саме) _____.

Оцініть у відсотках від 0 до 100 наскільки Ви задоволені своєю харчовою поведінкою цього дня.

Передбачається, що у процесі вечірнього заповнення кожна людина буде усвідомлювати причинно-наслідкові зв'язки між власним психологічним станом та особливостями харчової поведінки. Крім того, упродовж усього періоду можуть виникати певні інсайти, особисті «відкриття», а харчова поведінка ставатиме більш усвідомленою внаслідок

здіяння раціональної складової (прописування спожитих страв/продуктів харчування, аналітичної діяльності, рефлексії тощо).

Крім того, програмою передбачено дотримання рекомендацій дієтолога щодо індивідуально підбраної системи харчування та щоденних фізичних навантажень щонайменше у вигляді піших прогулянок. Ведення електронного щоденника самопізнання сприятиме підвищенню самоконтролю за дотриманням рекомендацій. А їх дотримання упродовж 21 дня (усього програма розрахована на 30 днів з урахуванням того, що інколи воля учасниць експерименту буде послаблюватися і будуть виникати «зриви», що є не бажаним, але закономірним процесом) сприятиме виробленню звички здорової харчової поведінки.

3 етап – діагностичний, що передбачає проведення «вихідної» діагностики, яка дозволить побачити наявність первинних змін одразу по завершенню програми. Передбачається, що для того, щоб досліджувані інтегрували принципи здорової харчової поведінки у власне життя, як своєрідну «філософію харчування», що має ціннісне навантаження, має пройти певний час. І тут також важливо дотримуватися індивідуального підходу, адже кожній конкретній людині, зважаючи на її унікальну життєву ситуацію та характер порушень харчової поведінки, після психологічної інтервенції потрібний різний проміжок часу для того, щоб поведінкові зміни під впливом усвідомленості стали внутрішнім утворенням. У зв'язку з цим, хоч і планується подальше лонгitudне дослідження індивідуальної динаміки змін, але в межах нашої кваліфікаційної роботи, зі зрозумілих причин, ми аналізуватимемо лише ті зміни, які відбулися одразу після проведення програми.

3.2. Аналіз результатів апробації програми мультифункціонального супроводу гармонізації харчової поведінки жінок

Програма 30-денного мультифункціонального супроводу гармонізації харчової поведінки жінок реалізовувалася упродовж травня-липня 2024 року. У програмі взяло участь 30 жінок віком від 23 до 60 років.

З метою перевірки ефективності корекційної програми 30-денного мультифункціонального супроводу гармонізації харчової поведінки жінок перед початком та по завершенні програми проводилася діагностика харчової поведінки досліджуваних осіб за допомогою Голандського опитувальника харчової поведінки. Достовірність відмінностей між показниками констатуючого та контрольного зрізів визначалися за допомогою t-критерію Стьюдента, після попередньої перевірки на нормальність розподілу показників у групах. Статистична обробка результатів експерименту проводилася з використанням пакету IBM SPSS Statistics.

Таблиця 2

Динаміка показників харчової поведінки жінок до та після реалізації корекційної програми

		Експериментальна група			Контрольна група		
		Обмежувальна харчова поведінка	Емоційна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка	Обмежувальна харчова поведінка	Емоційна харчова поведінка	Екстернальна харчова поведінка
До	\bar{x}	31,95	27,26	28	30,84	27,02	27,81
Після	\bar{x}	31,89	29,79	26,21	32,48	31,04	28,06

Примітки: ЕГ – експериментальна група (n=30 чол.), КГ – контрольна група (n=30 чол.)

Порівнюючи середні значення «до» та «після» впливу, спостерігаємо наступне: у досліджуваних жінок експериментальної групи у показниках усіх видів харчової поведінки статистично-значущих змін не відбулося. Жінки продовжують навмисні зусилля, спрямовані на досягнення або підтримку бажаної ваги у вигляді самообмеження в харчуванні. Їх бажання поїсти виникає у відповідь на стани з негативними (роздратування, пригніченість, гнів, тривога та інші.) та змішаними емоціями (коли нічого робити, самотньо, нудьга чи збудження), або стимулюється зовнішніми факторами: виглядом

їжі, її ароматом, текстурою або наявності поряд інших людей, які споживають їжу. Водночас, якщо показник експериментальної харчової поведінки у представників експериментальної групи дещо знизився, при майже незмінних показниках обмежувальної та емоційної харчової поведінки, то в контрольній групі в усіх показниках спостерігається тенденція до зростання.

Оскільки значеннями обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки для людей з вагою, яка знаходиться в межах визначеної норми, становлять в нормі становлять 2.4, 1 та 2.7 бали відповідно, то можемо зробити висновки про суттєве перевищення норми як у представників експериментальної групи, так і у представників контрольної групи.

3.3. Статистичний аналіз результатів дослідження психологічних чинників харчової поведінки жінок у ході реалізації програми мультифункціонального супроводу гармонізації харчової поведінки

За підсумками щоденного опитування щодо особливостей харчової поведінки з метою виявлення психологічних чинників її порушень було застосовано кореляційний аналіз. У результаті його проведення було виявлено двосторонні кореляційні зв'язки між рівнем задоволеності власною харчовою поведінкою та рівнем стресу (таблиця 1).

Таблиця 1

Матриця значущих коефіцієнтів лінійної кореляції між показниками самооцінювання стресу та задоволеністю власною харчовою поведінкою

		Оцініть у відсотках від 0 до 100 наскільки Ви задоволені своєю харчовою поведінкою цього дня	Оцініть у відсотках від 0 до 100 рівень стресу впродовж дня
Оцініть у відсотках від 0 до 100 наскільки Ви задоволені своєю харчовою поведінкою цього дня	Корреляція Пирсона Знач. (двухстороння) N	1 605	-,148** 603
Оцініть у відсотках від 0 до 100 рівень стресу впродовж дня	Корреляція Пирсона Знач. (двухстороння) N	-,148** 603	1 603

Примітка. ** - кореляція значуща на рівні 0, 01 (двостороння)

Виявлений статистично значущий обернений взаємозв'язок дозволяє констатувати наявність закономірності, що чим більш стресовим є період життя жінки в період дорослості, тим більше вона схильна до порушень харчової поведінки.

Враховуючи, що період війни характеризується надмірними стресовими переживаннями, то цілком закономірним є зростання кількості жінок, які мають порушення харчової поведінки у вигляді «заїдання» або відмови від споживання їжі (втрата апетиту), що є природнім інстинктом самозбереження. Очевидно, що саме цією особливістю і пояснюється відсутність статистично значимих результатів від реалізації даної програми.

Разом із тим, було виявлено якісні зміни в усвідомленні учасниками програми причин власної поведінки: рефлексія представників експериментальної дозволила констатувати, що у процесі її проходження був етап інсайтів, коли у жінок виникало розуміння того, що їх харчування є стереотипним і є своєрідною відповіддю на певні життєві обставини. Таке розуміння, як зазначила переважна більшість жінок, посприяло усвідомленню механізмів власної харчової поведінки і виробленню інструментів для зміни виявлених деструктивних патернів. Водночас в

контрольній групі змін фокусу сприймання власної харчової поведінки та ставлення до неї не виявлено, що дозволяє нам констатувати наявність якісних результатів впливу апробованої програми при відсутності кількісних показників (що, ймовірно, може бути пояснене тим, що інстинктивні форми поведінки є первинними і у стресових ситуаціях домінуючими, а також неможливістю миттєвої зміни власних харчових звичок).

Висновки до розділу 3

З метою корекції харчової поведінки жінок нами була розроблена програма 30-денного мультифункціонального супроводу гармонізації харчової поведінки жінок, апробація якої реалізовувалася упродовж травня-липня 2024 року. У програмі взяло участь 30 жінок віком від 23 до 60 років. Статистична перевірка її ефективності показала відсутність достовірних змін одразу після завершення програми, але у самозвітах учасниць було зафаксовано якісні зміни, які є умовою подальших змін їх харчової поведінки: усвідомлення психологічної природи патернів харчової поведінки, конкретні рішення та здійснені кроки щодо їх зміни. Крім того, у ході дослідження було виявлено взаємозв'язок емоційного стану жінок з їх харчовою поведінкою. Зокрема у ході констатувального експерименту статистично доведено наявність двостороннього кореляційного зв'язку між рівнем задоволеності власною харчовою поведінкою жінок та рівнем стресу.

ВИСНОВКИ

Відповідно до завдань кваліфікаційної роботи було сплановане та проведене дослідження, в результаті якого з'ясовано наступне:

1. Теоретичний аналіз сучасної психологічної літератури дозволив визначити харчову поведінку як стереотип харчування, який реалізується на основі ціннісного ставлення до їжі та образу власного тіла. Харчова поведінка залежить від багатьох факторів і умовно поділяється на здорову і патологічну (девіантну). Девіантна харчова поведінка включає субклінічні та клінічні форми розладів харчової поведінки. Розлади харчової поведінки характеризуються постійними порушеннями в харчуванні або пов'язаній з ними поведінці, що призводить до змін у споживанні або засвоєнні їжі та значно погіршує фізичне здоров'я та психосоціальне функціонування особистості. Основними і найбільш поширеними розладами харчової поведінки жінок є нервова анорексія і нервова булімія, які характеризуються заклопотаністю власною масою тіла і постійним її контролем, спотворенням образу власного тіла, зміною цінності їжі в ієрархії цінностей.

2. На основі узагальнення проаналізованої літератури нами було побудовано теоретичну модель психологічних чинників харчової поведінки жінок, яка враховує взаємодію таких ключових компонентів: низька самооцінка, негативний образ тіла, неадаптивні копінг-механізми (включаючи емоційне харчування), соціальний тиск щодо досягнення ідеалізованого образу тіла, історія травматичних подій та сімейні фактори, що в сукупності утворюють три основні чинники: індивідуально-психологічні особливості, суб'єктивне відображення об'єктивних життєвих обставин (в тому числі й специфіка їх переживання) та соціальна ситуація жінки. Дана модель підкреслює циклічну природу харчової поведінки, де один чинник підсилює інші.

3. Аналіз доступного психодіагностичного інструментарію дозволив спланувати емпіричне дослідження, яке включало психодіагностичну

методику EDE-QS, а також авторський опитувальник. Дослідження проведене на базі центру здоров'я та краси «Стевія» дозволило виявити переважаючу незадоволеність жінок власною вагою та / або формами. Причинами відсутності плаского живота та наявності зайвих кілограмів жінки вважають недоліки власної харчової поведінки. Внаслідок цього у них виникає ціла низка деструктивних психологічних новоутворень на кшталт почуття провини, страху, сорому тощо, що пов'язані зі споживанням їжі. Подібні новоутворення призводять до цілого спектру негативних наслідків для психічного здоров'я аж до розвитку серйозних розладів харчової поведінки.

4. З метою корекції харчової поведінки жінок нами була розроблена програма 30-денного мультифункціонального супроводу гармонізації харчової поведінки жінок, апробація якої реалізовувалася упродовж травня-липня 2024 року на базі центру здоров'я та краси «Стевія». У програмі взяло участь 30 жінок віком від 23 до 60 років. Статистична перевірка її ефективності показала відсутність достовірних змін одразу після завершення програми, але у самозвітах учасниць було зафаксовано якісні зміни, які є умовою подальших змін їх харчової поведінки: усвідомлення психологічної природи патернів харчової поведінки, конкретні рішення та здійснені кроки щодо їх зміни, що доводить її ефективність та окреслює потенціал відстрокованого ефекту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абсалямова Л. М. Аналіз ефективності методів та стратегій психологічної допомоги при розладах харчової поведінки. Психологічний часопис : збірник наукових праць / за ред. С.Д. Максименка. No 5 (9). Вип. 9. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2017. С. 9–20.
2. Абсалямова Л., Розлади та порушення харчової поведінки особистості. Проблеми сучасної психології. 2019. Вип. 25. С. 19-33.
3. Абсалямова Л.М. Психологія харчової поведінки людини. Харків: Видавництво «Смуґаста типографія». 2017. 181 с.
4. Антонова З.О., Ханецька Н.В., Кудла Т.В. Психологічні чинники ризику виникнення порушень харчової поведінки в жінок. Габітус. Сер. Психологія особистості. Вип. 27. 2021. С. 125-130.
5. Бурлачук Л. Ф., Шебанова В.І. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. Психологічні науки: Зб. наук. праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. .No1 С. 53–66.
6. Ворошиліна А. В. Особливості ставлення до тіла у особистості з різним типом харчової поведінки. Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей): збірник матеріалів ІV міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 31 жовтня 2020 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків: Діса плюс, 2020. С.66-68.
7. Капталан Н.М. Особливості самосвідомості жінок з порушеннями харчової поведінки/ Габітус.2022, Вип. 41. –С. 136-140.
8. Ковальчук З. Я. Психологічні аспекти порушення харчової поведінки у жінок. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2019. Вип. 2. С. 91-99.

9. Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 178–191.

10. Литвин-Кіндратюк С.Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії. Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ : Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. Вип. 5. Ч. 1. С. 160–165.

11. Михайлова, М. А. Психологічні особливості жінок з порушенням харчової поведінки. Молодий учений. 2020. № 3 (293). С. 296-298.

12. Мойріст О.М. Види порушень харчової поведінки. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К.-Подільського національного ун-ту ім. І. Огієнка. К.-Подільський, 2009. Вип. 6. Ч.2. С. 56-70.

13. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. Наукові записки. Серія «Психологія та педагогіка». 2013. Вип. 22. С. 136-140.

14. Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому їжі. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2012. Вип. 44. С. 184-191.

15. Серга Т.О., Білоусенко М.В. Психологічні фактори порушення харчової поведінки у жінок середнього віку. Перспективи та інновації науки. № 2(7) 2022. С. 968-979.

16. Фатєєва М.С. Психологічні особливості самоусвідомлення осіб з орторексією. Дис.... д. філос. за спеціальністю 053 «Психологія». Київський ун-т ім. Б. Грінченка, Київ, 2021. 236 с.

17. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки. Автореф. дис. доктора психол. наук. 19.00.01; Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с.

18. Шебанова В.І. Корекція розладів харчової поведінки за екстернальним типом. Український науковий журнал «Освіта регіону». №4, 2016. С. 256. <https://social-science.uu.edu.ua/article/1138>

19. Шопша О., Нагорна Д. Психологічні особливості порушень харчової поведінки. The 9th International scientific and practical conference Actual trends of modern scientific research. Publishing, Munich, Germany. 2021. С. 426-432.

20. Abraham S.F., Beumont P.J. How patients describe bulimia or binge eating // Psychol Med. — 1982. — No 12(3). — С. 625-35.

21. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

22. Bachar, E., Samet, Y. Self-Psychology in the Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa // Understanding Eating Disorders. Hauppauge, US: Nova Biomedical. 2011. P. 181-195.

23. Berandis D., Carano A., Gambi F. et al. Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample // Eating behaviors. 2007. № 8.

24. Brewerton, Timothy D. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD // The Journal of Treatment & Prevention. 2007. № 15 (4). P. 285-304. doi:10.1080/10640260701454311

25. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 / American Psychiatric Association. – 5th ed. – Washington, DC; London: American psychiatric publ. 2013. 947 p.

26. Fairburn, C.G., Harrison, P.J. Eating disorders // Lancet. 2003. № 361. P. 407- 416.

27. Frank, G.K. et al. Increased dopamine D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [(11) C] aclopride // Biological Psychiatry. 2005. № 58. P. 908-912.

28. Godart, N.T. et al. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for Eating disorders: A DSM-IV controlled study // *Psychiatry Research*. 2003. № 117 (3). P. 245-258.
29. Holman, C. Trauma and eating disorder // *Wiley Series in Clinical Psychology: Eating and its Disorders* (1). Somerset, GB: Wiley-Blackwell. 2012. P. 139-153.
30. Jean A., Conductier G. Anorexia induced by activation of serotonin 5-HT4 receptors is mediated by increases in CART in the nucleus accumbens // *Proceedings of the National Academy of sciences of the United States of America*. 2007. № 104 (41). P. 16335–16340.
31. Kane, C., Tomotake, M., Hamatani, S., Chiba, S., Kameoka, N., Watanabe, S., Nakataki, M., Numata, S., & Ohmori, T. Clinical factors influencing resilience in patients with anorexia nervosa. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2019. 15, 391–395. <https://doi.org/10.2147/NDT.S190725>
32. Keel, P.K., Klump, K.L. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology // *Psychology Bulletin*. 2003. №129. P. 747-769.
33. Latzer, Y., Stein, D., Witztum, E. A Historical Background to Current Formulations of Eating Disorders // *Understanding Eating Disorders*. Hauppauge, US: Nova Biomedical. 2011. P. 61-76.
34. Latzer, Y., Merrick, J., Stein, D. Eating Disorders: Diagnosis, Epidemiology, Etiology and Prevention // *Understanding Eating Disorders*, Hauppauge, US: Nova Biomedical. 2011. P. 1-11.
35. Oldershaw A, Startup H, Lavender T. Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Front Psychol*. 2019;10:219. Published 2019 Mar 4. doi:10.3389/fpsyg.2019.00219
36. Rogers P., Blundell P. Psychobiological bases of food choice. *The British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*. 1990. No15. Pp. 31–40.

37. Sim L., Zeman J. The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls // *Journal of youth and adolescence*. 2006. № 2.
38. Stein, D. et al. Familial aggregation of eating disorders: results from a controlled family study of bulimia nervosa // *International Journal of Eating Disorders*. 1999. № 26. P. 211-215.
39. Striegel-Moore R.H., Kearney-Cooke A. Exploring parent's attitudes and behaviors about their children's physical appearance // *International Journal of Eating Disorders*. 1994. № 15. P. 377–385.
40. Stunkard A., Coll M., Lindquist L., Meyers A. Obesity and eating style. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1980. Vol. 37. Pp. 1127–1129.
41. Tiggemann M. Body image across the adult life span: stability and change // *Body Image*. 2004. № 1. P. 29–41.
42. Vered, S., Walter, O. Mother-daughter relationship and daughter's body image. // *Health*. 2015. №7 (5). P. 547-559. doi: 10.4236/health.2015.75065
43. Wade, T.D. et al. Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study // *Psychosomatic Medicine*. 2008. №70. P. 239-244.
44. Wilksch, S. M., O'Shea, A., Ho, P., Byrne, S., & Wade, T. D. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 2019. doi:10.1002/eat.23198
45. Wiseman M., Moradi B. Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men. *Journal of Counselling Psychology*. 2010. 57 (2). Pp. 154– 166.