

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА**

На правах рукопису

ШЕБАНОВА ВІТАЛІЯ ІГОРІВНА

УДК 159.9.019.4

ПСИХОЛОГІЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Дисертації
на здобуття наукового ступеня
доктора психологічних наук

Науковий консультант:
Бурлачук Леонід Фокович
доктор психологічних наук, професор,
дійсний член НАПН України

Київ – 2017

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	8
ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні підходи до психологічного аналізу харчової поведінки	23
1.1 Харчова поведінка в структурі тілесності	23
1.1.1 Психосоматика: від медичного до психологічного дискурсу	23
1.1.2 Теоретичні та методологічні основи тілесності: харчова поведінка людини як особливий досвід тілесності	29
1.1.3 Особливості харчової поведінки: фізіологічний та психологічний ракурси	36
1.2 Розмаїття проблемної харчової поведінки	46
1.2.1 Харчова поведінка у континуумі «норма – патологія»	46
1.2.2 Клінічний дискурс патологічного модусу проблемної харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі»	59
1.3 Харчова поведінка як психосоціальний феномен у дискурсі людського розвитку	66
1.3.1 Харчова поведінка як холістичний результат взаємодії індивідуального і колективного суб'єкта	66
1.3.2 Іпохондричний дискурс як передумова виникнення та розвитку проблемної харчової поведінки	73
Висновки до розділу 1	80
РОЗДІЛ 2. Синергетична модель розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»	84
2.1 Обґрунтування необхідності розробки синергетичної моделі	84
2.2 Структура концептуальної моделі біо-психо-соціо-духовного розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»	92
2.2.1 Проблемна харчова поведінка як результат функціонування адаптаційно-компенсаторних та захисних механізмів тілесності	95

2.2.2 Виникнення та розвиток проблемної харчової поведінки з позиції біо-психо-соціо-духовної синергетичної моделі	99
2.3 Фрактальна динаміка проблемної харчової поведінки	102
2.3.1 Фрактал предиспозиції: «аліментарна родина»	102
2.3.2 Фрактал латентного періоду: «аліментарний діатез»	110
2.3.3 Ініціальний фрактал: «продром розгорнутої клінічної картини»	118
2.3.4 Фрактал «розгорнута клінічна картина хвороби»	129
2.4 Модель допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою та порушеннями ваги	138
Висновки до розділу 2	145
РОЗДІЛ 3. Організація дослідження харчової поведінки у континуумі «норма-патологія»	149
3.1 Обґрунтування використання феноменологічного підходу щодо аналізу харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»	149
3.2 Завдання, етапи та характеристика вибірок	152
3.3 Організація проведення дослідження фракталу предиспозиції (аліментарної родини)	157
3.4 Організація проведення дослідження фрактальної динаміки моделі біо-психо-соціо-духовного розвитку харчової поведінки	171
3.4.1 Організація дослідження щодо визначення фіксації стратегії переїдання та зростання ваги	171
3.4.2 Організація дослідження особливостей суб'єктивної картини життєвого шляху вагітних з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної харчової поведінки та деформацій ваги	173
3.5 Організація дослідження дискурсу проблемної харчової поведінки в Інтернет-середовищі	176
Висновки до розділу 3	181

РОЗДІЛ 4. Психологічні передумови та наслідки проблемної харчової поведінки	183
4.1 Аліментарна родина як предиспозиція виникнення проблемної харчової поведінки та деформацій ваги	183
4.1.1 Різноманітні тактики примусу в ситуації «прийому їжі» як детермінація формування викривлених патернів харчової поведінки	185
4.1.2 Психологічні смисли їжі як відображення індивідуальних «відносин з їжею»	202
4.1.3 Особливості батьківських переконань і тактик контролю харчової поведінки дітей в ситуації прийому їжі	213
4.2 Обґрунтування дослідження впливу проблемної харчової поведінки на трансформації внутрішньої картини життєдіяльності	223
4.2.1 Вплив негативного тілесного досвіду на трансформацію внутрішньої картини життєдіяльності	223
4.2.2 Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з проблемною харчовою поведінкою	250
4.2.3 Ідентичність особистості як базова структура нормалізації харчової поведінки	258
4.3 Фіксація стратегії переїдання та зростання ваги як наслідок трансформації внутрішньої картини життєдіяльності	263
4.4 Особливості суб'єктивної картини життєвого шляху у вагітних з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної харчової поведінки та деформацій ваги	290
4.4.1 Вплив травматичного тілесного досвіду на суб'єктивну картину життєвого шляху особистості	291
4.4.2 Особливості егоцентризму вагітних жінок з травматичним досвідом тілесності	305

4.4.3 Реконструкція суб'єктивної картини світу як відображення своєрідності егоцентричної спрямованості особистості	312
4.4.4 Особливості сприйняття життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду	325
Висновки до розділу 4	334
РОЗДІЛ 5. Психодіагностика та психологічна підтримка осіб з проблемною харчовою поведінкою в інтернет-мережі	339
5.1 Онлайн-самопрезентація як дискурс існування-буття користувачів веб-форумів з різними типами проблемної харчової поведінки	339
5.1.1 «Нікнейм» як самопрезентація осіб з проблемною харчовою поведінкою на Інтернет-форумі	341
5.1.2 «Аватар» як самопрезентація осіб з проблемною харчовою поведінкою на Інтернет-форумі	348
5.2. Аналіз запитів на психологічну допомогу в Інтернет-середовищі учасників специфічних онлай-спільнот	360
5.2.1 Формат комунікації учасників онлай-спільнот	360
5.2.2 Психологічний аналіз актуальних запитань користувачів форумів для осіб з проблемною харчовою поведінкою	362
5.3 Можливості психологічної допомоги в Інтернет-мережі людям з проблемною харчовою поведінкою	365
Висновки до розділу 5	373
РОЗДІЛ 6. Концептуальні основи здоров'язбережувальної харчової поведінки та психокорекційні технології нормалізації харчової поведінки	375
6.1 Концептуальні основи формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки	375
6.1.1 Формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки як індивідуального ресурсу особистості	375

6.1.2	Умови формування здоров'язбережувальної компетентності щодо нормалізації харчової поведінки	389
6.1.3	Умови формування здоров'язбережувальної компетентності як базової основи культури харчової поведінки	392
6.2	Сучасні психотерапевтичні підходи до корекції проблемної харчової поведінки	398
6.3	Структура та особливості авторської програми нормалізації харчової поведінки	402
6.4	Сучасні психотехнології як інноваційний ресурс нормалізації проблемної харчової поведінки	421
6.4.1	Застосування інструментарію візуально-наративного підходу щодо нормалізації харчової поведінки	421
6.4.1.1.	Застосування техніки «складання віршів» щодо нормалізації харчової поведінки	428
6.4.1.2.	Застосування метафоричних асоціативних карт щодо нормалізації харчової поведінки	432
6.4.2	Застосування кінотерапії щодо нормалізації харчової поведінки	437
6.4.3	Особливості застосування аутогенного тренування як методу нормалізації харчової поведінки	439
6.4.4	Авторські методи психодіагностики та психотерапевтичної корекції щодо нормалізації проблемної харчової поведінки	443
Висновки до розділу 6		446
ВИСНОВКИ		450
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		456
ДОДАТКИ		516

А Функції раціонального харчування у процесі життєдіяльності людини	517
Б Анкета дослідження особливостей харчової поведінки	518
В Анкета «Батьківські переконання та тактики контролю харчової поведінки дітей у ситуації приймання їжі»	523
Г Анкета «Особливості самосприйняття свого тіла»	524
Д Характеристика методів емпіричного дослідження сприйняття життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду	526
Е Тренінг нормалізації харчової поведінки: основний етап: Психофізіологічна ось та вісь Прихильності	530
Ж Хід проведення аналізу харчового щоденника та приклади профілю харчової поведінки деяких учасниць тренінгу нормалізації харчової поведінки	537
З Відгуки учасниць тренінгу нормалізації харчової поведінки	540
К Основні поняття наративного підходу та приклади унікальних епізодів учасниць тренінгу нормалізації харчової поведінки	542
Л Приклади акровірші учасниць тренінгу нормалізації харчової поведінки та фрагмент психотерапевтичної корекції	544
М Перелік психологічних функцій метафоричних асоціативних карт	549
Н Приклад презентації методу аутогенного тренування учасникам тренінгу нормалізації харчової поведінки	552
П Приклад опису психодіагностичної та психотерапевтичної роботи з клієнтом за допомогою модифікованого тесту інверсії емоційного відображення	554
Р Авторський метод психотерапевтичної корекції проблемної харчової поведінки (на прикладі емоціогенної харчової поведінки)	558

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Загальні терміни

ХП – харчова поведінка

ХТ – харчова традиція

РХП – розлади харчової поведінки

НА – нервова анорексія

НБ – нервова булімія

КП – компульсивне переїдання

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ВКЖ – внутрішня картина життєдіяльності

СКЖШ – суб'єктивна картина життєвого шляху

КХП – культура харчової поведінки

ЗЗК щодо ХП – здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки

Психодіагностичні параметри та методики:

ІМТ – індекс маси тіла

МТРА – Методика тематичного ретроспективного аналізу

«Задов» – задоволені вагою

«НЗВзв» – незадоволені вагою, з реальною зайвою вагою, які прагнуть знизити вагу

«ННДВзв» – незадоволені вагою, які прагнуть знизити вагу, хоча вона відповідає нормі або навіть нижче нормативних показників

«ННДВнв» – незадоволені вагою, які прагнуть набрати вагу (у цю групу увійшли особи з реальним дефіцитом ваги або ті вага яких відповідає нормативним показниками)

ВСТУП

Актуальність теми дослідження психології харчової поведінки людини зумовлена насамперед соціальною значущістю проблеми. Масштаби і темпи поширення проблемної харчової поведінки та її наслідків у вигляді порушень ваги загрожують фізичному та психологічному здоров'ю населення. Фіксація на викривлених стратегіях проблемної харчової поведінки зумовлює виникнення та розвиток важких хвороб сьогодення (зокрема, ожиріння, психогенне переїдання, анорексія, булімія), котрі отримали статус соціальної неінфекційної епідемії сучасності (за даними ВООЗ та ЮНЕСКО). З іншого боку, розробка зазначеної теми має і значний науковий потенціал, вимагає комплексних досліджень, що поєднуюватимуть різні аспекти харчової поведінки – медичні, психологічні, педагогічні, культурологічні, валеологічні, філософські тощо.

Сучасна психологічна наука приділяє значну увагу проблемам повноцінного функціонування людини, її психологічному та фізичному здоров'ю; отже, вивчення особливостей харчової поведінки людини та розробка здоров'язбережувальних підходів і технологій є одним з найважливіших завдань сучасної психології.

Донедавна особливості проявів харчової поведінки (ХП) здебільшого досліджувалися як комплекс умовного і безумовного реагування на основі рефлексів з позицій біології, фізіології, гігієни (В. М. Бехтерев, Л. А. Левченко, І. П. Павлов, О. О. Покровський, І. М. Сеченов, О. О. Ухтомський, В. І. Шостак та ін.) або як виникнення та перебіг різних клінічних варіантів розладів харчової поведінки та ожиріння відповідно до тієї чи іншої теоретичної концепції психосоматичних захворювань з позицій психосоматичної медицини (Ф. Александер, Ю. А. Александровський, Г. Аммон, М. П. Білецька, В. Бройтігам, Ф. Данбар, Дж. Енджел, У. Кеннон, Д. М. Ісаєв, О. Мітчерліх, Р. Розенман, П. Сіфнеос, А. Б. Смулевич, В. С. Собенніков, З. Фрейд, М. Фрідман, М. Шур та ін.).

Впродовж ХХ–ХХІ століть значно збільшилася кількість досліджень, у яких висвітлювалися проблемні аспекти харчування та харчової поведінки, зок-

рема філософські (О. М. Варипаєв, Р. Барт, В. А. Косяк, М. Фуко, Л. М. Хавкіна та ін.), соціологічні (Т. І. Алексєєва, О. Ю. Барташук, П. Бурд'є, Н. Еліас та ін.), культурологічні (Л. Ф. Артюх, М. О. Бутінов, С. О. Кириленко, Н. І. Кошель, Л. Леві-Брюль, К. Леві-Стросс, Е. Пікон-Ретегю, В. В. Похльобкін, В. М. Розін, І. В. Сохань, К. фон Фербер та ін.), валеологічні (О. І. Міхеєнко, О. В. Тимчик, А. Робертсон, С. Тірадо та ін.), психологічні (О. І. Богучарова, С. Д. Литвин-Кіндратюк, Л. А. Найдьонова, Т. М. Титаренко, П. Д. Юркевич та ін.).

Вивчення та узагальнення наукового доробку щодо харчової поведінки з погляду сучасної науки і практики дозволяє виокремити два найважливіших напрями – біоприродничий та гуманітарний. Втім, найбільш уживаною дефініцією щодо ХП є визначення її як ціннісного ставлення до їжі, стереотипу харчування в звичайних умовах та умовах стресу, стилю поведінки, що орієнтується на образ власного тіла та спрямований на формування цього образу, а також включає індивідуальні установки, звички, емоції та форми поведінки щодо їжі (В. Д. Менделевич та ін.). Погляди дослідників з різних галузей наукового знання на здорову (нормальну, раціональну, гармонійну, адекватну) харчову поведінку є майже подібними оскільки всі її вважають основою цілісного здоров'я або складовою здорового способу життя, що містить адекватний пошук, вибір, приготування й способи споживання їжі (Д. Д. Айстраханов, О. Є. Бацилєва, О. І. Богучарова, М. В. Гриньова, Л. В. Дудар, Н. М. Зубар, В. О. Конишев, О. В. Кузьмінська, В. С. Лиходід, О. І. Міхеєнко, Я. В. Нікіфорова, Я. І. Олексієнко, В. І. Смоляр, Л. П. Товкун, М. С. Червона та ін.). Водночас стосовно проблемної харчової поведінки як такої, що відхиляється від норми, єдина позиція науковців відсутня.

До вивчення проблем, причин та класифікацій ризиків виникнення порушень харчової поведінки вчені підходять по-різному. Зокрема, у найбільш поширених концепціях розлади ХП трактують як: а) порушення інстинктивних потягів (Г. Т. Сонник, О. К. Напреєнко, А. М. Скрипніков та ін.); б) харчову адикцію, форму відходу від реальності, залежність від їжі й певних патернів ХП за типом анорексії та булімії (Г. Д. Золотова, Ц. П. Короленко,

Н. Ю. Краснопорова, Д. В. Култишев, А. В. Пріленська, І. І. Федорова та ін.); в) нозології/клінічні порушення, які розглядаються як перебіг психогенно зумовлених патологічних поведінкових синдромів, пов'язаних зі споживанням їжі (розлади прийому їжі/розлади ХП) та як перебіг порушення балансування процесів асиміляції/дисиміляції в організмі (ожиріння). Серед причин виникнення та розвитку означених патологій дослідники виокремлюють ендогенні та екзогенні чинники (Г. Ш. Ашурова, Л. М. Ваколюк, А. В. Вахмістров, І. В. Бабенко-Скоропуд, Ю. М. Дука, Є. І. Гетманчук, Т. І. Гряділь, О. К. Кіслова, Н. В. Ковальова, М. К. Коркіна, М. О. Цивілько, В. В. Марілов, О. Ю. Онєгіна, П. І. Сидоров, О. О. Скугаревський, В. К. Чайка та ін.); г) певні типи або стилі ХП (обмежувальний, екстернальний, емоціогенний), які розглядаються як проміжні / субклінічні / невротичні форми її порушень (Л. М. Абсалямова, Т. Г. Вознесенська, Я. В. Нікіфорова, А. Є. Нижник, О. В. Сидоров та ін.).

Харчову поведінку перестали вважати низинною, інстинктивною поведінкою, пов'язаною лише з задоволенням біологічної потреби, внаслідок чого вона стала повноцінним предметом уваги теоретичної і практичної психології (О. Е. Беляєва, М. П. Білецька, Є. С. Креславський, І. Г. Малкіна-Пих, А. М. Маслюк, В. Д. Менделевич, О. І. Міхеєнко, О. М. Мойзріст, В. С. Ротенберг, О. І. Салміна-Хвостова, А. Є. Нижник, О. С. Спахов та ін.). Разом з тим, значно збільшилася кількість людей, з так званими, аліментарно-залежними хворобами, якими є ожиріння, психогенне переїдання, анорексія, булімія. У зв'язку з чим у психологічній науці інтенсифікувалися пошуки ресурсів для відповідної допомоги (І. Ф. Аршава, В. Й. Бочелюк, О. Ф. Бондаренко, Л. Ф. Бурлачук, І. В. Ващенко, О. І. Власова, Л. П. Журавльова, Н. Є. Завацька, А. Б. Коваленко, О. С. Кочарян, А. М. Львовчкіна, Ю. Л. Савчікова, К. В. Седих, Л. В. Спицька, Г. В. Старшенбаум, К. Л. Мілютіна, В. П. Москалець, Л. А. Найдьонова, Е. Л. Носенко, В. І. Осьодло, Н. В. Родіна, Т. М. Титаренко, О. О. Фільц, О. О. Хаустова, О. С. Чабан, В. В. Чепак, О. В. Чуйко, Ю. М. Швалб, К. І. Шкарлатюк, Л. Ф. Щербина, Т. С. Яценко та ін.).

З усім тим, у межах традиційних лінійних класичних теорій щодо психосоматичного розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» відсутня теорія, яка могла б задовільно пояснити причини виникнення проблемної ХП як несистематичних деструктивних відхилень та нестабільної динаміки їх розвитку (як перебігу аліментарно-залежних хвороб). Розробка нелінійної динамічної теорії дозволить встановити, як взаємодія різних чинників впливає на еволюцію метасиндромного утворення харчової поведінки як феноменологічного явища тілесності – від стану відносної рівноваги до внутрішньосистемного ендегенного хаосу (як атрактора хвороби аліментарно-залежних хвороб). Також з'ясувати яким чином у цій системі розвиваються зворотні процеси, що сприяють нормалізації ХП.

Отже, актуальність розробки цього напрямку досліджень пов'язана:

- по-перше, з необхідністю вивчення феноменологічних особливостей онтогенетичного, психосоматичного розвитку ХП, що дозволить з'ясувати контекст виникнення та перебігу проблемних варіантів у спектрі «переїдання – обмеження їжі» та пояснити специфічність фрактальної динаміки психокультурних хвороб сьогодення (ожиріння, психогенного переїдання, анорексії, булімії) не як послідовну, цілісну, векторну траєкторію, а як каскад біфуркацій в системі тілесності;
- по-друге, зі значним зростанням кількості людей, хворих на аліментарно-залежні хвороби, які призводять до тяжких психосоціальних наслідків, що, відповідно, потребує нагального вирішення означеної проблеми шляхом застосування науково обґрунтованих засад щодо нормалізації ХП (розробки реабілітаційних, психотерапевтичних та психокорекційних заходів);
- по-третє, з потребою розробки нових методологічних підходів щодо формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки як психологічної готовності до вибору раціональної системи харчування та оптимальних стратегій ХП.

Отже, як теоретична, так і практична значущість означених проблем, їхня недостатня розробленість у психологічній науці зумовили вибір теми дослідження: «Психологія харчової поведінки».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана в межах напрямку наукових досліджень факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка: «Розвиток цілісної особистості в контексті соціальних змін: соціальні, психологічні та педагогічні аспекти» (номер державної реєстрації 0114U003481).

Тема дисертації затверджена (протокол № 6 від 14 січня 2014 року) та уточнена (протокол № 11 від 27 травня 2016 року) на засіданнях Вченої ради факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Мета дисертаційного дослідження полягає в теоретико-емпіричному обґрунтуванні та розробці концептуальної моделі біо-психо-соціо-духовного розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» як інтегративного утворення тілесності.

Для досягнення поставленої мети вирішувалися такі **завдання**:

1. Здійснити аналіз теоретико-методологічних підходів та концепцій щодо харчової поведінки людини як феноменологічного явища тілесності.
2. Обґрунтувати та розробити концептуальну модель біо-психо-соціо-духовного розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» на основі принципів синергетичної методології.
3. Емпірично визначити особливості формування і прояву проблемної харчової поведінки у спектрі патологічного модусу «переїдання – обмеження в їжі».
4. З'ясувати можливості отримання психодіагностичної інформації та надання психологічної допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою через Інтернет-комунікацію.
5. Обґрунтувати та розробити концептуальні основи здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки як психологічної готовності до вибору адекватної системи харчування.

6. Розробити, апробувати та впровадити у практику програму нормалізації харчової поведінки, зорієнтовану на індивідуальний підхід до особистості.

Об'єкт дослідження – харчова поведінка людини як системно-процесуальний феномен тілесності.

Предмет дослідження – психологічна детермінація феноменології харчової поведінки у континуумі «норма – патологія».

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань у роботі використовувалася система методів: а) *організаційні* – порівняльний та комплексний за допомогою яких здійснено міждисциплінарне вивчення феноменології харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»; б) *теоретичні* – логіко-психологічного аналізу, систематизації і моделювання (як засоби діалектичної логіки), наукової інтерпретації, що застосовувалися для узагальнення теоретико-методологічних основ харчової поведінки як феноменологічного явища тілесності та визначення концептуальних засад дослідження психології харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»; в) *емпіричні* – спостереження, опитування, анкетування, бесіда, аналіз продуктів діяльності, метод експертної оцінки, метод аналізу документів (аналіз медичних карток), тестування. Зокрема, психодіагностичні методики: авторський комплекс методик психодіагностичного дослідження особливостей харчової поведінки особистості (методика тематичного ретроспективного аналізу – МТРА-їжа, анкета «Батьківські переконання і тактики контролю харчової поведінки дітей у ситуації приймання їжі»; анкета «Особливості самосприйняття свого тіла»; Анкета дослідження особливостей харчової поведінки, незавершені речення, асоціативний тест інверсії емоційного відображення (О. І. Ніколаєва, А. М. Сафонова, модифікація В. І. Шебанової), за допомогою яких визначались особливості особистісного досвіду та харчової поведінки, які визначають специфіку викривленого ставлення до їжі, свого тіла, «Інших», життя в цілому; стандартизовані психодіагностичні методики, зокрема, «Рівень рефлексивності» (А. В. Карпов), «Смисложиттєві орієнтації»/СЖО (Д. О. Леонтьєв), «Опитувальник часової перспективи» (Ф. Зімбардо), «Фігури» (Г. Г. Філіппова), «Егоцентричні асоціації»

(Т. І. Пашукова), «Психологічна автобіографія» (Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова), що використовувалися для визначення особливостей сприйняття життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду; г) *математично-статистичної обробки даних* – процедури описової статистики первинні описові статистики (медіана, середнє арифметичне значення, стандартне відхилення, знаходження відсоткових співвідношень, графічне подання даних); визначення середніх значень (t-критерій Стюдента), F критерій Фішера. Обробка отриманих емпіричних результатів здійснювалася за допомогою стандартизованого пакета програм MS Excel та SPSS, Statistics 17,0.

Наукова новизна та теоретичне значення одержаних результатів полягає в тому що:

– *вперше:*

– запропоновано розв’язання проблем психології харчової поведінки з позиції єдності соматичного і психічного, індивідуального (внутрішнього) і колективного (зовнішнього) суб’єкта, інтерсеміотичної знаково-символічної системи й просторово-часової організації особистості у контексті суб’єктивної картини щодо ситуації приймання їжі як повсякденного аспекту існування-буття;

– обґрунтовано специфіку проблемної харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» як інтерсеміотичної системи дискурсів, що детермінують особливості проявів харчової поведінки, виконуючи функцію атрактора-метапрограми, та, по суті, є ексклюзивним персональним міфом конкретної особи (специфічною ментальною конструкцією, концептом стратегій поведінки, матрицею психологічних смислів як цілісної семіотичної системи внутрішніх предметних кодів щодо їжі);

– розроблено концептуальну модель біо-психо-соціо-духовного розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія», яка позиціонується багатовекторністю онтогенетичного розвитку та масштабністю фракталів, що визначають динаміку нелінійного розвитку у спектрі «переїдання – обмеження в їжі»; виникнення та перебіг проблемних варіантів харчової поведінки (до її

крайніх клінічних форм) є процесом фрактальної динаміки психокультурних хвороб сьогодення до атрактору хвороби-хаосу (ожиріння, психогенного переїдання, анорексії, булімії) через каскад біфуркацій в системі тілесності;

- показано, що харчова поведінка людини є інтегральним феноменологічним явищем, що виявляється у своєрідних взаємозв'язках соматичного, психічного, соціального та духовного рівнів тілесності, тобто є метасиндромним системно-процесуальним утворенням метакаузальної природи, що здатне до самоорганізації нелінійних зворотних зв'язків і саморозвитку в умовах хаотичного спонтанного структурування;

- висвітлено вплив іпохондричного дискурсу сучасних інформаційних мета-систем на формування проблемної харчової поведінки;

- емпірично визначено психологічні передумови виникнення та перебігу проблемної харчової поведінки у спектрі патологічного модусу «переїдання – обмеження в їжі», якими є: а) множинність психологічних смислів їжі – ексклюзивних персональних міфів або специфічних ментальних конструкцій, що детермінують особливості проявів харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»; б) невирішені психологічні проблеми, що пов'язані з неадекватним ставленням до їжі, тіла/ваги, себе як особистості та до «Інших»;

- проаналізовано можливості отримання психодіагностичної інформації та надання психологічної допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою через Інтернет-комунікацію.

– *додовнено* наукові уявлення про:

- культурні коди харчової традиції як базову основу харчової поведінки;
- проблемну харчову поведінку як компенсаторно-захисне реагування та стереотипно-ритуальні дії;

- специфічний досвід переживання безпорадності, який формується в ситуаціях примусового споживання їжі під впливом застосування арсеналу маніпулятивних технік, що провокує до фіксації на проблемних стратегіях харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та значно прискорює вихід на атрактор хвороби.

– *удосконалено систему* понять для характеристики проявів харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» та умов розвитку здоров'язбережувальної харчової поведінки. Зокрема, «харчова поведінка», «проблемна харчова поведінка у спектрі «переїдання – обмеження в їжі»», «іпохондричний дискурс», «іпохондричний синдром», «аліментарна родина», «аліментарний психосоматичний діатез», «здоров'язбережувальна компетентність щодо харчової поведінки» тощо.

– *розроблено:*

– концептуальні основи формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки як психологічної готовності до вибору адекватної системи харчування;

– теоретичні основи програми нормалізації харчової поведінки, авторські методи психотерапевтичної корекції проблемної харчової поведінки, що зорієнтовані на індивідуальний підхід до особистості;

– авторські методи психодіагностичного дослідження особливостей харчової поведінки особистості, зокрема, методику (МТРА-їжа) як якісний (феноменологічний) спосіб пізнання з метою реконструювання інтегративного Я-нарративу генетичної персоналістики та визначення дескриптивних суб'єктивних дискурсів існування-буття конкретної особи, специфіки її ставлення до їжі, психологічних смислів їжі й ситуації прийому їжі в цілому в їх взаємозв'язках зі ставленням до свого тіла/ваги, себе як особистості та до «Інших»;

– *подальшого розвитку набули* наукові положення щодо методології дослідження феноменологічних особливостей харчової поведінки у континуумі «норма – патологія», уявлення про причини виникнення та розвитку проблемної харчової поведінки (патологічного модусу спектра «переїдання – обмеження в їжі»), розуміння змісту й специфіки здоров'язбережувальної компетентності як умови формування відповідної харчової поведінки.

Практичне значення дослідження. Теоретичні та емпірично обґрунтовані положення дисертації можуть використовуватися при організації ознайомчої та виробничої практики студентів-психологів; практичними психологами – для

визначення змістового наповнення програм з психологічної допомоги осіб з проблемною харчовою поведінкою; як методичне підґрунтя у психологічному консультуванні, в психодіагностичній та психокорекційній роботі психологів, які працюють у навчальних закладах, центрах здоров'я, фітнес-центрах, центрах соціальної допомоги тощо. А також при викладанні навчальних дисциплін «Загальна психологія», «Психогігієна», «Клінічна психологія», «Психологія мотивації», «Основи психокорекції», «Психологія девіантної поведінки», «Психологічна корекція залежної поведінки», «Психологія здоров'я у практичній діяльності психолога», «Психосоматика у практичній діяльності психолога», «Проективні методи у клінічній психології», «Психологічна профілактика залежної поведінки».

Апробація авторських методів психодіагностики харчової поведінки та психотерапевтичної корекції проблемної харчової поведінки підтверджена патентами (№ 67962 від 12.03.2012; № 72773 від 27.08.2012) та авторськими свідоцтвами (№ 44602 від 9.07.2012, № 51003 від 28.08.2013, № 53609 від 11.02.2014, № 53920 від 04.03.2014, № 61595 від 09.09.2015, № 64424 від 10.03.2016, № 64425 від 10.03.2016, № 64531 від 18.03.2016, № 64530 від 18.03.2016, № 65092 від 26.04.2016).

Отримані результати роботи **впроваджено** в роботу Військової частини А1836, м. Херсон (довідка № 01/03/1314 від 18.12.2013 р.); Херсонської школи вищої спортивної майстерності (довідка № 171 від 24.12.2013 р.); Відділу психологічного забезпечення УКЗ УМВС України в Херсонській області (довідка № 2/1-456 від 26.02.2014 р.); Херсонської виправної колонії УДПтСУ в Херсонській області (№61) (довідка № 27/6/3-2302 від 24.03.2014 р.); Комплексної дитячо-юнацької спортивної школи, м. Херсон (довідка № 338 від 12.05.2014 р.); Центру ефективного розвитку людини, м. Херсон (довідка № 191 від 19.05.2014 р.); Запорізького державного медичного університету МОЗ України (протокол № 10 від 10.06.2014); Херсонського вищого училища фізичної культури (довідка № 15 від 04.12.2014 р.); Центру клінічної та прикладної психології, м. Владивосток, Росія (довідка від 12.02.1016); Пологового будинку Суворовського району ім. З. С. Клименко, м. Херсон (довідка № 204 від

21.03.2016 р.); Херсонського філіалу міжнародної мережі фітнес-клубів «Fitcurvers» (довідка № 01 від 02.04.2016 р.); Херсонського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (довідка № 01-02/188 від 22.04.2016 р.); Київського національного університету імені Тараса Шевченка (довідка № 016/236 від 17.05.2016 р.); Центру здоров'я та спортивної медицини, м. Херсон (довідка № 01-12/627 від 25.05.2016 р.); Херсонського професійного ліцею харчової промисловості (довідка № 225 від 02.06.2016 р.); Херсонської міської громадської Асоціації психологів та психотерапевтів (довідка № 78-в/р від 06.06.2016р.); Управління освіти Херсонської міської ради (довідка № 849/01-40 від 07.06.2016 р.); Херсонського державного університету (акт № 01-28/1172 від 10.06.2016); Комунального закладу «Херсонська обласна психіатрична лікарня» Херсонської обласної ради (довідка № 01-13/533 від 15.06.2016 р.); КВНЗ «Херсонської академії неперервної освіти» Херсонської обласної ради (довідка № 01-23/292 від 30.06.2016 р.); Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки (довідка № 03-29/01/1970 від 07.07.2016 р.); Торгівельного дому «Медтехніка Херсон» (довідка № 5 від 11.07.2016 р.).

Апробація результатів дисертації. Основні результати дослідження доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри психодіагностики та клінічної психології КНУ імені Тараса Шевченка, на 55 наукових форумах (конгресах, конференціях, конкурсах, семінарах), зокрема: 1st, 2nd International Scientific Conferences «European Applied Sciences: modern approaches in scientific research» (Штутгарт, Німеччина, 2012, 2013); V Міжнародній науково-практичній конференції «Здоров'я, освіта, наука та самореалізація молоді» (Луцьк, 2013); Міжнародних науково-практичних конференціях «Особистість в екстремальних умовах та кризових ситуаціях життєдіяльності» (Владивосток, Росія, 2013, 2014, 2015, 2016); V, VI, VII Міжнародних науково-практичних конференціях «Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин» (Кам'янець-Подільський, 2013, 2015, 2016); V Міжнародному конгресі «Молоде покоління XXI сторіччя: актуальні проблеми соціально-психологічного здоров'я» (Москва, Росія, 2013); Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні

проблеми психології розвитку особистості» (Гродно, Білорусь, 2013); I Міжнародній науково-практичній конференції «Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід» (Харків, 2013); Міжнародній науково-практичній конференції «Проблеми педагогіки і психології та їх роль в сучасному суспільстві» (Харків, 2013); IV Міжнародній науково-практичній конференції «Особистість у сучасному світі: проблеми розвитку та психологічної допомоги» (Ніжин, 2013); II Міжнародній науково-практичній конференції молодих учених, аспірантів і студентів «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (Луганськ, 2013); VII, VIII Міжнародних науково-практичних конференціях «Проблеми емпіричних досліджень у психології» (Київ, 2013, 2016); Міжнародному науково-практичному конгресі «IX Європейський науково-практичний конгрес психологів і педагогів» (Київ, 2013); XVIII, XX Міжнародних науково-практичних інтернет-конференціях «Проблеми та перспективи розвитку науки на початку третього тисячоліття у країнах СНД» (Переяслав-Хмельницький, 2013, 2014); Міжнародній науково-практичній конференції «Гуманітарні та суспільні науки в епоху глобалізації» (Київ, 2014); Міжнародному науково-практичному конгресі педагогів і психологів «The generation of a new stage» (Прага, Чехія, 2014); Міжнародній науково-практичній конференції «Перспективні напрямки розвитку сучасних педагогічних і психологічних наук» (Харків, 2014); VI Міжнародній науково-практичній конференції «Здоров'я, освіта, наука та самореалізація молоді» (Чернівці, 2014); Міжнародній науково-практичній конференції «Вплив досягнень психологічних і педагогічних наук на розвиток сучасного суспільства» (Харків, 2014); Міжнародних науково-практичних конференціях «Актуальні проблеми практичної психології» (Херсон, 2014, 2016); XI Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Соціально-психологічні проблеми гендерної стратифікації суспільства» (Луганськ, 2014); VIII Міжнародній науково-практичній конференції «Майбутнє клінічної психології – 2014» (Пермь, Росія, 2014); International scientific-practical conference of teachers

and psychologists «Science of future» (Прага, Чехія, 2014); XIII Всеросійській науково-практичній конференції, присвяченій пам'яті В. М. Дружиніна «Дружинінські читання – 2014» (Сочі, Росія, 2014); International scientific-practical conference of pedagogues and psychologists «Scientific genesis» (Женева, Швейцарія, 2014); International Scientific and Practical Congress «Global scientific unity 2014» (Прага, Чехія, 2014); V Міжнародній науково-практичній конференції «Психологія переживання кризових подій» (Ніжин, 2014); III Всеукраїнському психологічному конгресі з міжнародною участю «Особистість у сучасному світі» (Київ, 2014); International scientific-practical congress of teachers and psychologists «The generation of scientific ideas» (Женева, Швейцарія, 2014); Всеукраїнському конкурсі «Винахід року» Державної служби інтелектуальної власності України (Київ, 2014); Міжнародній науковій конференції «Педагогіка і психологія у епоху глобалізації – 2014» (PedPsy-2014) (Будапешт, Угорщина, 2014); Всеукраїнській науково-практичній конференції «Провідна роль освітнього досвіду в становленні особистості» (Дніпропетровськ, 2015); IX Міжнародній науково-практичній конференції (Чернівці, 2015); III Всеросійській конференції з психологічної діагностики «Сучасна психодіагностика Росії. Подолання кризи» (Челябінськ, Росія, 2015); IV Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальні виміри» (Сєверодонецьк, 2015); International scientific-practical congress of pedagogues, psychologists and medics «New Trends of Global scientific ideas 2016» (Женева, Швейцарія, 2016); Всеукраїнській науково-практичній літній школі з психології «Національні наукові психологічні школи: історія та сучасність» (Одеса, 2016).

Особистий внесок здобувача. У наукових роботах, написаних у співавторстві, автору належить аналіз літературних джерел, загальна проблематизація, добір та обробка емпіричного матеріалу, обговорення результатів, формулювання висновків. Розробки та ідеї співавторів у дисертації не використовуються.

Публікації. Результати дисертації викладено у 70 публікаціях. Серед них: 1 монографія, 1 колективна монографія, 1 практичне керівництво, 40 статей у

наукових фахових виданнях, включених до переліку, затвердженого МОН України (7 з яких входять до міжнародних наукометричних баз даних), 9 статей у фахових іноземних і міжнародних виданнях, 18 в інших наукових виданнях та матеріалах конференцій; також отримано 2 патенти та 10 авторських свідоцтв.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, шести розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Список використаних джерел містить 680 найменувань, у тому числі 97 – іноземними мовами. Рукопис містить 561 сторінку. Основний зміст дисертації викладено на 455 сторінках. Робота містить 20 таблиць (на 18 сторінках), 41 рисунок (на 20 сторінках) та 14 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1 Харчова поведінка в структурі тілесності

1.1.1 Психосоматика: від медичного до психологічного дискурсу. У нашому дослідженні харчова поведінка людини розглядається як самостійне цілісне феноменологічне явище та водночас як складова цілісної системи тілесності. Саме тому є необхідність розглянути теоретичні концепції тілесності, які аналізують складні взаємозв'язки між психікою та соматикою в їхній невід'ємній єдності.

Ідея психосоматичної єдності як базового підходу при вивченні будь-яких порушень у функціонуванні людини проголошувалася ще у давньогрецьких та давньосхідних вченнях. Але надалі ці ідеї у культурно-історичному розвитку людства були майже втрачені і тривалий час у суспільстві панували дві тенденції: 1) «соматичного негативізму», наслідком якої будь-які соматичні потреби вважалися низинними; 2) вузькомедичний підхід, з позиції якого будь-які відхилення від «норми» розглядалися як патологія.

Принципово змінити уявлення щодо розвитку тілесності дозволила концепція І. О. Сікорського, який стояв біля витоків антропологічного напрямку й наголошував щодо необхідності відмови від вузькомедичного аналізу як норми, так і патології, та поєднанні знань з психологічних й інших гуманітарних, природничих і медичних наук. Ці ідеї одержали подальший розвиток у наукових розвідках багатьох дослідників різних наукових течій, зокрема у культурно-історичній концепції розвитку психіки Л. С. Виготського. І хоча автор культурно-історичної теорії не мав на меті спеціальне дослідження проблеми відображення власного тіла, проте у його працях є цінні ідеї щодо цього аспекту. Зокрема, аналізуючи значення тілесного дефекту для дитини, Л. С. Виготський підкреслює: «свого дефекту дитина безпосередньо не відчуває. Вона сприймає ті труднощі, які виникають з дефекту...наслідок дефекту – це зниження соціальної позиції» [86, с. 13].

Однак, за твердженням О. Ш. Тхостова, ідея психосоматичної єдності все

ще залишається в психології тільки декларованою, але недостатньо підкріпленою конкретними дослідженнями. Незважаючи на свою очевидність «тілесність залишається ... чужою, натурально організованою і природно готовою до життя якості. «Безтілесний» підхід, що панує в психології зводить всю сутність людини до її свідомості...» [404, с. 4].

Близьку ідею висловлюють В. В. Ніколаєва та Г. О. Аріна: «...«безтілесна» психологія та педагогіка втрачають цілі пласти найважливішої реальності людського існування, зустрічаючись з нею лише у формі «ущербності», викривленого розвитку або патології [274, с. 8].

Спираючись на аналітичний огляд широкого спектру питань з позицій психосоматичного підходу в медицині, В. В. Ніколаєва та Г. О. Аріна, виразили думку про те, що *психосоматика як галузь медичного знання, є предтечею для виникнення нової області психологічного знання – психології тілесності* [327, с. 222]. Дійсно, взаємозв'язок між психічним змістом і різними патологічними тілесними феноменами досить довго знаходився у центрі уваги психосоматичної медицини (В. Бройтігам, П. Крістіан, М. Рад, F. Alexander, T. M. French, G. H. Pollock, A. H. Schmale та ін.).

У 70-ті рр. XX сторіччя Дж. Енджел (G. L. Engel, 1977; 1980), аналізуючи причини та можливості терапії психосоматичних розладів запропонував біопсихосоціальну модель як альтернативу біомедицинської моделі (яка на той період домінувала в медицині) [606; 594]. Модель Дж. Енджела базується на принципах системного підходу, інтегрує досягнення психосоматичної медицини і підкреслює значущість біологічних, психологічних та соціальних факторів у формуванні механізмів розвитку хвороби, закономірностей її перебігу, негативних наслідків різноманітних порушень на фізичному та психічному рівнях. Автор підкреслював взаємозв'язок і взаємодію рівнів один з одним: «будь-яка система нижчого рівня є складовою системи більш високого рівня. При цьому жоден з рівнів не є головним, оскільки опосередковується безліччю факторів, що впливають один на одного» [607, с. 536].

Системними теоріями, які підкреслюють складність перебігу психосоматичних захворювань і враховують взаємозв'язки між психологічними і соматичними чинниками є концепції С. Д. Максименка, А. Б. Смулевича, Д. М. Ісаєва, Н. Г. Гаранян,

А.Б. Холмогорової, О.О. Хаустової, О.С. Чабана, онтогенетична концепція структурного атрактора хвороби В.О. Ананьєва та ін. [13; 143; 226; 369; 424; 425; 437]. Подібні моделі формування психосоматичних захворювань на основі злиття біопсихосоціального та синергетичного підходів запропонували П. І. Сидоров та І. А. Новікова (2007); А. Б. Данілов та О. Б. Данілов (2008), котрі на основі інтегративної біопсихосоціокультурної концепції розглядають механізми формування хронічного болю; С. О. Кулаков, на основі поєднання біопсихосоціодуховного та синергетичного підходів, запропонував модель формування онкологічних захворювань (2010).

На сьогодні теоретичних концепцій, що пояснюють виникнення психосоматичних захворювань, відомо понад трьох сотень. Серед них можна виокремити: **психоаналітичні концепції** (S. Freud, 1895; F. Alexander, 1951 та ін.) у яких відповідно до конверсійної моделі тілесні порушення/розлади є символічним виявом пригнічених інтрапсихічних конфліктів; **характерологічно-орієнтовані** (F. Dunbar, 1943; M. Friedman, R. Rosenman, 1960 та ін.), що пояснюють природу виникнення психосоматичних захворювань через характерологічні особистісні особливості; **індивідуально-орієнтовані** (J. Ruesch, 1948; A. Mitscherlich, 1953; M. Schur, 1955; P. Sifneos, 1967 та ін.), що пов'язують порушення розвитку особистості та розвиток хвороби з особистісними факторами та домінуванням непродуктивних механізмів захисту (зокрема, з регресією та незрілістю особистості); **психофізіологічні** (H. Wolff, 1946; J. Lassy, 1955 та ін.), у яких виникнення порушень та їх перебіг пояснюються специфікою психофізіологічних порушень; **кортико-вісцеральна теорія** (К. М. Бикова, І. Т. Курцина та ін.); **нейрогуморальні теорії** (W. Cannon, 1932; H. Selye, 1953; R. Lazarus, 1976 та ін.) виходять з того, що психосоматична патологія є виявом загального неспецифічного адаптаційного синдрому; **гомеостатичні** (M. Sperling, 1955; G. Engel, 1962; M. Mahler, 1965; M. Hofer, 1984; Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстіцкас, 1999 та ін.), засновані на теоретичних засадах фізіології та self-психології, теорії психології розвитку, психології об'єктних відносин (серед них виокремлюється теорія сепарації-індивідуації, теорія об'єктних відносин), згідно з якими функціонування людської психіки можна зрозуміти тільки у системі міжособистісних стосунків.

Незважаючи на подібність предмета вивчення, зокрема, сфери психосомати-

ки (як єдності психічного та фізичного), В. В. Ніколаєва та Г. О. Аріна підкреслюють специфіку предмета вивчення в психології тілесності, що зумовлено іншим (відмінним від медичного) розумінням психосоматичного феномену.

У загальноприйнятому сенсі *психосоматичний підхід у медицині* розуміють як сферу вивчення психосоматичних захворювань – патологічних явищ у соматичній сфері людини під впливом та дією патогенних психологічних факторів (з часу введення терміна «психосоматика» J. Heinroth, 1818). Окрім того, у поле зору медичного підходу також потрапляють і соматопсихічні захворювання – патологічні зміни у психічному стані під впливом соматичних порушень (з моменту введення терміна «соматопсихічне» M. Jacobi, 1922). На основі ґрунтовного аналізу праць у сфері психосоматики, В. В. Ніколаєва та Г. О. Аріна, дійшли висновку, що *внаслідок обмеження медичного підходу лише дослідженням патологічних проявів поза науковим аналізом залишається значна кількість психосоматичних явищ, що складають континуум «норма – патологія»* [21, с. 222–223]. На думку авторів, «можливості приєднання проблеми психосоматики у систему психологічного знання перешкоджає імпліцитне уявлення, згідно з яким власне людське в людині обмежується психікою, а тілесність розглядається як біологічна умова розвитку психіки» [21, с. 223].

На сьогодні термін «тілесність» у психології не має однозначного розуміння, оскільки науковці по-різному сприймають сутність її об'єкта. Презентуємо основні позиції щодо трактування тілесності:

- тілесний досвід: зовнішня та внутрішня психологічна структура тілесності, границі тілесності (Д. О. Бескова, Г. Є. Рупчев, О. С. Язвінська та ін.) [36; 343; 580];
- досвід інтрацептивних відчуттів як результат соціокультурного означення (І.В. Журавльов, О.С. Нікітіна, Ю.О. Сорокін, Д.В. Реут, О.Ш. Тхостов та ін.) [128; 404];
- умова інтеграції суб'єкта зі світом та смислова копія тілесного досвіду (В.А. Косяк, О.В. Лаврова, В.М. Нікітін, В.О. Подорога та ін.) [176; 194; 273; 308];
- компонент самосвідомості, тілесне-«Я», образ тіла, образ фізичного «Я», образ «Я», границя «Я» (М. М. Бахтін, Д. О. Бескова, А. М. Дорожевец, Р. В. Моляко, Ю. Л. Савчікова, Н. М. Терещенко та ін.) [32; 36; 113; 256; 348; 391]. Дослідники підкреслюють різноманітні джерела формування власного «Я» та вказують

на залежність формування уявлень про власну тілесну привабливість внаслідок впливу різноманітних характеристик свого тіла: ваги, форм і об'ємів тіла тощо (Ч. Венар, П. Керінг, А. А. Налчаджян, О. Т. Соколова, Т. А. Нечитайло, М. Палуді, Т. М. Титаренко, Т. М. Яблонська та ін.) [78; 265; 374; 269; 295; 395; 579];

- одухотворене тіло, що опосередковане онтогенетичним та культурним розвитком, «живий рух», що забезпечує рефлексивне виокремлення моментів «Я» (В. П. Зінченко, Т. С. Леві та ін.) [137; 200];

- основа ідентичності (Т. А. Ребеко, М. Р. Levine, N. Piran та ін.) [333; 627];

- інтегральна характеристика перетину трьох просторів, у яких перебуває людське тіло, – культурного, соціального та природного (І. Б. Биховська, Л. І. Сидоренко, В. М. Шмаргун та ін.) [64; 65; 356; 570];

- детермінанта самопроєктування та життєвого самовизначення особистості (А. Ю. Рождественський та ін.) [335];

- культурно-історичний феномен, що співвідноситься із закономірностями розвитку та функціонуванням вищої психічної функції, а також результат онтогенетичного психосоматичного розвитку та соціалізації (Г. О. Аріна, Д. Б. Гудков, Т. С. Леві, В. В. Ніколаєва, Е. Г. Ракша, Є. М. Райзман та ін.) [21; 97; 200; 274; 329; 330];

- психофізіологічний, психосоматичний, біоенергетичний вияв людського тіла, який характеризується рухомою активністю та є результатом онтологічного і соціально-культурного розвитку людини та здійснюється в аксіологічному просторі соціуму (О. С. Язвінська) [580].

Разом з тим, багато авторів (Є. П. Ільїн, Н. О. Логінова, С. Д. Максименко, В. М. Нікітін, Н. Ф. Шевченко та ін.), аналізуючи проблеми співвідношення соматичного і психічного та роль тілесних феноменів у розвитку психіки, звертають увагу на необхідність розвитку нового напрямку психологічних досліджень у цій царині знань – психології тілесності, психосоматичного в психології (за В. М. Шмаргун) [570].

Спираючись на науково-методологічну позицію тілесності, вважаємо, що харчову поведінку людини як явище тілесності і психосоматичний феномен континууму «норма – патологія» необхідно досліджувати у цілісному (системному) розумінні нероздільного функціонування тіла й психіки, соціуму й культури,

індивідуального й колективного суб'єкта.

Водночас, серед відомих наукових праць, ми не зустріли досліджень, присвячених вивченню взаємозв'язків між *«відносинами з їжею»* (як соціальної ситуації приймання їжі), *вагою* (масою тіла як соматичною характеристикою тілесності) та *патернами харчової поведінки у континуумі «норма-патологія», психоемоційним станом* (зокрема, тривалим станом незадоволеності власною реальною або уявною зайвою вагою) та *індивідуальними психодинамічними характеристиками особистості у ракурсі її цілісного життя*. Крім того зауважимо, що у більшості наукових досліджень проблема розладів ХП розглядається з позицій психіатричної практики і відповідно має медичну спрямованість (Г. Ш. Ашурова, І. В. Бабенко-Скоропуд, Ю. М. Дука, Є. І. Гетманчук, О. К. Кіслова, Н. В. Ковальова, М. К. Коркіна, М. О. Цивілько, В. В. Марілов, О. Ю. Онєгіна, В. К. Чайка, Р. Ю. Шипачов та ін.), що робить наше *психологічне дослідження* нагально необхідним.

Водночас з реальністю такого тілесного досвіду як ХП та її наслідками людина зустрічається у повсякденному житті щодня. Серед них є як нормальні соматичні та психосоматичні вияви тілесності, так і вияви порушеного, «викривленого» характеру. При цьому тіло виявляє себе відповідно до природних психофізіологічних властивостей: почуттям голоду (в нормі після 3-5 годин перерви від останнього прийому їжі); почуттям ситості та комфорту (після споживання їжі); дискомфорtnими та хворобливими відчуттями ШКТ внаслідок переїдання (розпирання, важкість, печія, біль тощо); деформаціями ваги (надмірним збільшенням або зниженням маси тіла внаслідок домінування різноманітних аліментарних ексцесів) тощо. Серед найпоширеніших аліментарних ексцесів, які за своєю сутністю є антивітальними, аутодеструктивними стратегіями ХП, найбільш описаними є «втрата контролю над споживанням їжі» і «напади обжерливості» або, навпаки, «стратегія обмеження в їжі» і «стратегія повної відмови від прийому їжі» як нав'язливе намагання керувати вагою.

Отже, окрім соматичної складової ХП очевидною є її психологічна складова, зокрема відчуття переїдання має суцільно суб'єктивний характер (наприклад, особи, котрі страждають на нервову анорексію (НА), часто заявляють про «переїдання» навіть якщо замість 100 грамів їжі з'їли 150, і навпаки, особи, котрі страждають на

компульсивне переїдання (КП) навіть не помічають, яким чином за один раз можуть з'їсти об'єм їжі, що значно перевищує об'єм шлунку). Поза тим є багато людей, які не вписуються у діагностичні критерії традиційно описаних розладів ХП як нозологічних одиниць, але також страждають від властивих для них виснажливих патернів викривленої ХП. Всіх цих людей об'єднує *гостре відчуття незадоволеності власною реальною або уявною надлишковою вагою*. Зважаючи на негативний характер психоемоційних переживань щодо перебування у ситуації хронічного відчуття незадоволеності власною вагою та наполегливого прагнення до зниження ваги ми розглядаємо перебування у такій ситуації як *травматичний тілесний досвід*, як хронічний стрес або як проблемну, кризову, травматичну життєву ситуацію, що переживається особистістю у контексті її життєвого шляху.

З означеного випливає необхідність аналізу природи і характеру ХП як явища, що одночасно є і самостійним цілим, і часткою системи тілесності. Саме такий аналіз вважаємо центральною теоретичною проблемою психології харчової поведінки. На нашу думку, це можливо здійснити, відштовхуючись від поняття системи тілесності як певної вихідної точки, рухаючись від якої можна отримати безліч висновків у подальшому аналізі ХП як поведінкової системи, що дозволить значно розширити зону пошуку властивих їй закономірностей. При цьому взаємозв'язок соматичного та психічного доповнюється процесами вищих щаблів тілесності – соціокультуральними, духовно-моральними, що містить систему відносин особистості до себе і власного життя, у т.ч. внутрішньо буттєвих екзистенціальних смислів. Такий холістичний підхід дозволяє розглядати харчову поведінку як феноменологічне поле тілесності людини у всіх її взаємозв'язках або як феноменологічну повсякденну реальність тілесного самобуття. У зв'язку із цим виникає необхідність зупинитися на теоретичних і методологічних засадах психології тілесності як особливої області психологічного знання.

1.1.2 Теоретичні та методологічні основи тілесності: харчова поведінка людини як особливий досвід тілесності. Обмежений обсяг дисертації не дозволяє презентувати той докладний аналіз, який був висвітлений нами у публікаціях [521; 528; 560], тому оглядово розглянемо основні результати.

Формування теоретичних і методологічних основ психології тілесності як особливої області психологічного знання, безумовно, відбувалося на основі численних результатів досліджень, присвячених різним аспектам тіла, а також взаємозв'язкам між соматичними та психічними процесами.

Специфіка вивчення тіла та тілесних феноменів виявляється в тому, що переживання тілесного досвіду відрізняється від переживання будь-якого іншого досвіду взаємодії із зовнішніми об'єктами, оскільки «тіло» – це об'єкт, який «завжди зі мною», і відповідно, розділення на суб'єкт та об'єкт, що є необхідним для сприйняття предметного світу, не підходить для сприйняття та розуміння тіла. У зв'язку з цим М. Мерло-Понті, зауважує: «...тілесний досвід перероджувався в «уявлення» про тіло, це був вже не феномен, а психічний факт» [243, с. 54].

Спираючись на положення (М. М. Бахтіна, Г. Є. Рупчева, О. В. Лаврової, О. Т. Соколової, Р. Шонца та ін.) про виокремлення у структурі тілесності внутрішніх та зовнішніх компонентів тілесності ми вважаємо, що внутрішній тілесний досвід містить, з одного боку, *дискомфортні соматичні відчуття* (викривлене, хворобливе відчуття голоду, біль, розпирання, важкість, печію, нудоту), які виникають внаслідок переїдання або обмеження споживання їжі; з іншого – *дискомфортні емоційні відчуття*, що з'являються на тлі різноманітних обмежень у різних сферах життя внаслідок розвитку різноманітних порушень у функціонуванні тіла та *відчуття хронічної незадоволеності своїм зовнішнім тілом* – його об'ємами, розміром, вагою. Стан хронічної незадоволеності вагою свого тіла часто сполучається з незадоволеністю собою та життям загалом, що переживається як *психологічне неблагополуччя*.

Окрім вищевикладеного, вважаємо, що *виявлення закономірностей (взаємозв'язків) між зовнішніми та внутрішніми компонентами тілесності на основі осмислення переживань щодо тілесного досвіду* дозволило б зробити внесок у розробку єдиної концепції психології тілесності, що, своєю чергою, може сприяти більш глибокому розумінню тілесних (психосоматичних/соматопсихічних) процесів, а також створенню *єдиної здоров'язбережувальної концепції щодо здоров'я (здорового способу, стилю та варіанту життя, здорового харчування, здорової харчової поведінки тощо)*.

Беручи до уваги ідею впливу означування на сприйняття та результат тілесних процесів (І. Б. Биховська [64; 65], А. Б. Данілов, О. Б. Данілов [101], О. Ш. Тхостов [404], О. С. Язвінська [580] та ін.) вважаємо її важливою для розуміння та пояснення механізму болі у анорексиків у процесі споживання їжі та у людей з надлишковою вагою при виконанні навіть повсякденних фізичних навантажень, що виникають під час виконання звичайних рухів, пов'язаних з повсякденною життєдіяльністю.

Ми поділяємо точку зору О. Ш. Тхостова щодо «прозорості» тіла в умовах нормативного (здорового) психосоматичного розвитку [404, с. 3]. З цього випливає, що тіло та тілесні феноменологічні особливості, зокрема особливості власної харчової поведінки і споживання їжі, є «прозорими» в ситуації задоволеності образом свого тіла, тобто прийняття його таким яким воно є, та в ситуації нормалізованої харчової поведінки, котру забезпечує здорове (раціональне) харчування. Водночас ми вважаємо, що «прозорість» також зберігається у тих випадках, коли людина приймає свої викривлені харчові звички (стереотипно-ритуальну ХП) як «норму» та задоволена своїм тілесним образом, незважаючи на нормативні показники або зауваження «Інших». Отже, саме «прозорістю» внутрішнього тіла можна пояснити такі парадоксальні визнання осіб¹, коли вони розповідають як непомітно можуть з'їсти надмірну кількість їжі (в 3-5 разів більше, ніж звичайно); як непомітно для себе набрали вагу; як непомітно спричиняють у себе штучну блювоту.

Подібні факти дозволяють дійти висновку, що фокусуванню уваги та усвідомленню порушення («у мене щось не так», «це ненормально», «зі мною щось не те відбувається» тощо) сприяє не стільки поява дискомфортних відчуттів, зникнення «старих» або поява «нових» тілесних феноменів (відчуттів, бажань, намагань, дій тощо), скільки саме усвідомлення цих тілесних феноменів як обмеження в чомусь або певних перешкод в чомусь. З цього моменту порушення, а у цьому випадку, викривлені стратегії харчової поведінки та пов'язані з ними соматичні еквіваленти (зокрема деформація ваги) перестають бути «про-

¹ Як приклад, наведемо висловлювання дівчинки (13 років, вага 160 кг). На запитання: «Коли ти вперше звернула увагу на свою зайву вагу?», дівчинка відповіла: «Два роки тому, коли моя вага була вже понад 100 кг» (за результатами власного дослідження).

Аналогічно звучать висловлювання хворої на анорексію (35 років, вага 37 кг, ріст 160 см): «Для мене процес схуднення був як гра, азарт, наркотик... Уперше прийшло усвідомлення, що я роблю щось не так лише тоді, коли я «придбала» безліч хвороб та помітних зовнішніх дефектів – випадали волосся та зуби, відшаровувалися нігті та ін.» (за результатами власного дослідження).

зорими». Людина начебто пробуджується, виходить зі «стану сплячки» – «із сліпої» перетворюється на зрячу, з «глухої» – на ту, яка чує.

Отже, проблемну харчову поведінку спектру «переїдання – обмеження в їжі», що у крайніх варіантах зумовлює виникнення відповідних нозологічних категорій (аліментарно-залежних хвороб – ожиріння та розладів ХП) ми розглядаємо як *порушення механізмів автоматизації опосередковування тілесності* – механізмів адаптації, компенсації, захисту, ремісії, хронізації. Відповідно, вважаємо, що нормалізація проблемної харчової поведінки повинна бути спрямована на відновлення механізмів опосередковування тілесності та процесів автономії [522; 560].

Означені О. Ш. Тхостовим процеси міфологізації симптому виявляють взаємозв'язок внутрішніх тілесних відчуттів людини та соціокультурного розвитку [404, с. 101–110]. Міфологізація порушень забезпечує можливість розуміння та інтерпретації людиною того, що відбувається з її тілом, дає мову для опосередковування хворобливих дезадаптивних станів та є знаряддям оволодіння тілесністю. Підтвердженням є семантичний означувальний ряд щодо повного тіла як «величне», «розкішне», «царствене», «шикарне» або «аморфне», «потворне», «огидне», «відразливе» тощо. Зрозуміло, що суб'єктивне сприйняття змісту висловів «пишна врода» та «жирна корова» буде різним. При цьому, якщо дівчина (з нормальною вагою або вагою нижче нижньої межі норми) у якийсь момент свого життя (час «Х») доходить висновку: «Я товста, мені необхідно худнути» та приймає рішення відмовитися від їжі, то з цього моменту її «вага» стає для неї знаком неблагополуччя (симптомом), а «їжа» та нормальне фізіологічне відчуття голоду одержують статус «ворогів» і сприймаються як зовнішня та внутрішня загрози власному благополуччю. У цьому випадку обмежувальна харчова поведінка та інші поведінкові стратегії, які спрямовані на зниження ваги, ґрунтуються на тілесних інтрацептивних відчуттях. Останні здатні змінюватися у різні способи та переростати в більш-менш опредметнене сприйняття. Отже, перетворення тілесних відчуттів у внутрішні дискурси іпохондричної поведінки відбувається на тлі первинного означення та формування міфу [24; 32; 36; 128; 274; 303; 308; 327; 343; 373; 403; 404]. Іншими словами, усі поведінкові патерни спрямовуються на функціонування відповідно до створеного міфу (зокрема на

підґрунті ідеї, що обмеження в їжі та прагнення до естетичного тіла є найважливішими чеснотами людини, відображенням її духовної досконалості), що значною мірою визначає формування певних особистісних рис та стилю поведінки. Разом з тим втрата естетичної привабливості є значним травмуючим фактором, що порушує психологічну та соціальну адаптацію людини, зокрема зумовлює виникнення та розвиток психосоматичних викривлених виявів, у тому числі крайніх варіантів проблемної ХП у модусі патології (див. [457]).

Розвиваючи ідеї Д. О. Бескової та О. Ш. Тхостова щодо тілесності як особливої феноменологічної реальності, зокрема системи біопсихосоціальних аспектів тілесного буття суб'єкта у фізичному світі [36, с.133] та В. П. Зінченка, який зазначав, що тілесність на відміну від тіла як фізичного об'єкту, є одухотвореним тілом [137, с. 49], ми висуваємо тезу, що харчова поведінка людини, на відміну від фізіологічних актів споживання їжі та її перетравлення, *є одухотвореним феноменом тілесності*. Іншими словами, ХП, є сукупним продуктом природного, онтогенетичного і соціокультурного, а отже, поєднує в собі не тільки фізичні (певною мірою об'єктивні показники), але й такі якості (знаки), якими само тіло не володіє, але які надані йому іншими (символізація тіла).

Спираючись на культурно-історичну концепцію, В. В. Ніколаєва та Г. О. Аріна, наголошують, що тіло людини набуває знаково-символічного характеру та «може розглядатися як культурно перетворене, «вписане» у певну історично та культурно детерміновану перспективу» [21, с.224]. Розвиваючи ідеї означеного підходу, автори дійшли висновку, що «шлях соціалізації тілесних феноменів пролягає через засвоєння (означення) тілесних знаків та розширення тілесних дій» [21, с.225]. Це дозволило розглядати процес соціалізації «психосоматичного розвитку» тілесності людини відповідно до принципів, що описані Л. С. Виготським. Вчені зазначають: «окрім двох аспектів розвитку дитини – фізичного та психічного необхідно виокремити ще один – *психосоматичний розвиток*, який можна розглядати крізь призму культурно-історичного підходу, як процес закономірного розвитку механізмів психологічної регуляції тілесних функцій, дій та феноменів» [21, с. 225]. Відповідно автори виокремили «форми впровадження» знаково-символічної психологічної регуляції у тіле-

сні феномени: тілесні дії; когнітивні засоби (системи означення інтрацепції); смислові структури та емоційні переживання (ставлення щодо тілесних феноменів) [21, с. 225–226]. Дослідниці зауважують, що *розвинений психосоматичний феномен на відміну від натуральної органічної функції набуває рис вищих психічних функцій: соціальність, опосередкованість, можливість довільного контролю* [21, с. 226].

На підґрунті результатів аналізу власних досліджень В. В. Ніколаєва та Г. О. Аріна визначають тілесність як культурно-детермінований та психологічно опосередкований феномен [21; 275; 327]. За таких умов, предметом психології тілесності, на їхню думку, є: закономірності розвитку тілесності людини на різних етапах онтогенезу; структура та психологічні механізми функціонування тілесності як культурно детермінованого феномену; умови та чинники, які впливають на формування нормальних та патологічних явищ тілесності. Авторки наголошують, що таке розуміння психології тілесності зумовлює не тільки інше наповнення таких її основних понять як «психосоматична єдність», «психосоматичний симптом», «психосоматичний синдром», але й роль суб'єкта у трансформації та розвитку тілесних феноменів [275].

У науковій розвідці В. М. Шмаргун наголошується на взаємозв'язках між тілом та психікою на основі принципу відповідності та універсального закону розвитку (закону причинності та наслідків) [570, с. 10]. Окрім того, автор, відповідно до нового контексту психосоматичного вводить поняття «психосоматика норми». Поза тим науковець підкреслює, що тілесний розвиток людини (нормальний і аномальний) може розглядатися як процес, пов'язаний з загальним поступом психічного розвитку і внаслідок цього не обмежується тільки накопиченням фізіологічних змін, зростанням організму тощо. Виходячи з цього актуальним стає питання: «за яких умов в актуалігенез загального психічного розвитку «вплітаються» онтогенетично задані стереотипи психосоматичного реагування та регуляції, що фактично задає напрям розвитку наукових досліджень [570, с. 3].

Отже, на сьогодні можна виокремити три площини застосування категорії «психосоматичний феномен» як єдиного простору тілесності: 1) психосоматичний феномен як явище соматичних дисфункцій, які виникають під впливом психічних

факторів (відповідає предмету клінічної психології, психосоматичної медицини, психіатрії); 2) психосоматичний феномен як суб'єктивне явище (симптом) та як результат процесів первинного означення та міфологізації (відповідає предмету психології тілесності, що започаткував О. Ш. Тхостов); 3) психосоматичні феномени як вищі психічні функції (когнітивні та смислові регулятори, тілесні дії) та результат соціалізації (відповідає підходу В. В. Ніколаєвої та Г. О. Аріної).

У нашій роботі ми розглядаємо харчову поведінку як психосоматичний феномен єдиного континууму «норма – патологія». При цьому ми спираємося на методологічні принципи психології тілесності, зокрема: принцип розвитку, принцип активності суб'єкта в актуальному симптомоутворенні та принцип синдромного аналізу [21, с.229–274; 275; 327, с.28–32]. Екстраполяція означених принципів щодо харчової поведінки як явища тілесності (на підставі теорії множин, коли кожний елемент системи має властивості всієї системи) дає підстави розглядати ХП, по-перше, як культурно-детермінований та психологічно опосередкований феномен у структурі тілесності; по-друге, як психосоматичний синдром, який має метасиндромну структуру, тобто є мультикаузальною квазісистемою. Іншими словами, структура ХП як психосоматичного синдрому, за психологічною сутністю, є взаємопов'язаною ієрархічною системою механізмів опосередкування тілесності та процесів саморегуляції різних рівнів (психофізіологічного, інтрапсихічного), що поряд з механізмами розвитку містить механізми адаптивного функціонування з рівнями регуляції і дисрегуляції, а отже, може виявлятися у модусах нормального і проблемного психосоматичного розвитку. Разом з тим інтерпсихологічний рівень регуляції ХП реалізується власне через психологічні процеси та механізми, і розглядається як провідний чинник психологічних засобів регулювання тілесних потреб та формування психосоматичного синдрому. Останній, за В. В. Ніколаєвою, у генетичному плані відповідає мультикаузальності всього психосоматичного розвитку [328, с. 230]. Оскільки в останні роки «жива система» від клітинки до організму розглядається як система, що здатна до самоорганізації, то і ХП є системно-процесуальним феноменом, який характеризується певною низкою характеристик (цілісністю, структурністю, відкритістю, нестабільністю, нелінійними зворотними зв'язками тощо). Таке розуміння ХП

розкриває перспективи для наукового переосмислення методологічних засад щодо її розвитку [112; 114; 156; 191]. У наступному розділі ми обґрунтуємо і докладно розглянемо модель ХП, яка містить чотири рівні розвитку (вектори, напрями): соматогенезу, психогенезу, соціогенезу та екзистенціалгенезу.

1.1.3 Особливості харчової поведінки: фізіологічний та психологічний ракурси. Загалом поведінку людини можна визначити як «цілісну активність, спрямовану на задоволення біологічних, фізіологічних, психологічних і соціальних потреб» [571, с.99]. Іншими словами, джерелом активності людини є потреби над якими надбудовуються виконавчі дії для їхнього задоволення [45]. На думку Ю. Б. Гіппенрейтер, В. Я. Романової, потреба визначається як стан об'єктивної нестачі організму в будь-чому, що знаходиться поза ним та є необхідною умовою його функціонування [326]. *Потреба в їжі*, безумовно, належить до групи біологічних, вітальних потреб. Харчова потреба є посередником між повсякденним буттям людини та їжею, яка забезпечує існування людини. При цьому поняття «буття» відноситься до навколишнього щодо людини природного і соціального світу, а «існування» – до внутрішнього життя, індивідуального «Я» (Т. А. Денисенко, В. В. Знакова, З. С. Карпенко та ін.) [148, с. 183, 189]. Для будь-якої живої істоти, в тому числі людини, їжа – це основне джерело задоволення на рівні організму. Відповідно *харчовою поведінкою* називають діяльність, цілеспрямовану на пошук їжі. При цьому раціональна харчова поведінка (від лат. «rationalis» – розумний) забезпечує здорове раціональне харчування. Під останнім розуміється харчування, яке забезпечує сталість внутрішнього середовища організму та підтримує його життєві вияви на високому рівні при різноманітних умовах праці та побуту. Раціональне харчування – це визначальна умова гарного здоров'я, високої працездатності, творчої активності усіх вікових груп населення, довголіття, профілактики та лікування захворювань. Навпаки, нездорове (нерациональне) харчування та неадекватні стратегії харчової поведінки призводять до сотень аліментарних хвороб, що становить 30-40% від загальної захворюваності [140; 190; 253; 366; 367]. Але постає питання: яку харчову поведінку вважати раціональною/нераціональною? Що забезпечує раціональне харчування та які наслідки неадекватних стратегій харчової поведінки? Саме це і зумовило теоретичний аналіз

феномену харчової поведінки особистості. І хоча на сьогодні науковці розуміють багатоаспектність проблеми харчової поведінки, поки ще традиційно розглядають здебільшого її *фізіологічний та психологічний ракурси*. Віддаючи належне високому рівню наукових праць в означеному напрямі, презентуємо їх стисле викладення (більш докладний аналіз розглянуто у публікаціях автора [520; 516; 528; 560]).

Фізіологічна складова харчової поведінки містить два аспекти. Перший, пов'язаний з біологічною потребою в їжі та фізіологічними процесами, що відбуваються на рівні організму [130; 140; 160; 170; 224; 309; 389; 411]. Бажання або небажання їсти зумовлюються біологічними (фізіологічними) відчуттями *голоду, спраги, насиченості, ситості*. На цьому рівні означені відчуття майже не мають відмінностей у людини та тварини [41; 130; 170; 204; 389; 406; 411; 419]. Відсутність їжі та води викликає відчуття голоду і спраги, що ініціює харчову поведінку, яка спрямована на пошук їжі та води. Отже, голод і спрага – це гомеостатичний потяг, драйв, який спрямований на одержання організмом їжі та води у кількості достатньої для забезпечення виживання. Ці драйви належать до вроджених (інстинктивних) та не потребують спеціального навчання. Однак, впродовж життя вони можуть модифікуватися під впливом різноманітних чинників середовища. Зокрема, під час свого психосоматичного розвитку усі базові фізіологічні відчуття набувають психологічної опосередкованості, і відповідно, їх правильніше називати почуття (Ф. Блум, Н. М. Зубар, О. М. Кокун, М. Ю. Макаруч, Т.В. Куценко, В. І. Кравченко, С. А. Данилов, Я. Татонь, Р. Е. Френкін та ін.) [41; 140; 160; 224; 389; 419].

Найвідоміші фізіологічні та психофізіологічні концепції розглядають регуляцію ХП за рахунок підтримки гомеостазу, який зумовлюється чергуванням відчуттів голоду та насичення. Узагальнення наукових розвідок з означеного напрямку дозволяє визначити основні механізми регуляції: імпульсація механорецепторів шлунку (локальна теорія, Я. Татонь [389]); виникнення гіпоглікемії (глюкостатична теорія, Н. М. Зубар, І. О. Корешкін, Л. А. Левченко, М. Монтиньяк, В. М. Мухін, Р. Е. Френкін та ін. [204; 257; 260; 419]); порушення метаболізму та незбалансованого харчування (ліпостатична, метаболічна теорії, Ф. Блум, Н. М. Зубар, О. М. Кокун, А. Лайзерсон, О. О. Покровський, О. М. Уголева, Л. Хофстедтер та ін. [41; 140; 160;

170; 309; 406]); *порушення нейрогуморальної регуляції, вмісту нейрогормонів, нейротрансмітерів* (П. О. Карпенко, Н. О. Мельничук, [140]); *вегетативне керування емоційно-поведінковими реакціями і гомеостатичними процесами* (гіпоталамічна, термостатична, «ліпостат ваги» теорія [130; 140; 164; 170; 309; 406; 411; 419].

Другий аспект фізіологічної складової визначається особливостями процесу харчування, які впливають на формування харчової поведінки людини. Саме завдяки процесу споживання їжі підтримується гомеостаз та енергетичний баланс (за умови відповідності надходження енергії та її витрат на хімічні процеси, м'язову роботу, відновлення тканин, втрату тепла, зростання та формування усіх систем організму та ін.) [130; 140; 367; 411]. За допомогою харчування можна доволіно посилювати або послаблювати трофіку тканин, органів та систем, впливати та змінювати функціонування організму. Отже за умови здорового (раціонального) харчування, їжа (її склад), є багатокомпонентним чинником, що забезпечує фізичне та психічне здоров'я, подовжує тривалість життя людини, сприяє її гармонійному розвитку, підвищує адаптацію до негативного впливу оточуючого середовища тощо [233; 366; 367].

Сучасні дані науки про харчування (В. С. Лиходід, О. В. Владімірова, В. В. Дорошенко та ін.) дають змогу виділити чотири сторони біологічної дії їжі на організм і відповідно чотири різновиди харчування: 1) специфічна дія – запобігає виникненню і розвитку синдромів недостатнього та надмірного харчування, відповідає раціональному харчуванню; 2) неспецифічна дія – перешкоджає розвитку і прогресуванню неінфекційних захворювань – превентивне харчування; 3) захисна дія – підвищує стійкість організму до несприятливих впливів виробничих чинників, відповідає лікувально-профілактичному харчуванню; 4) фармакологічна дія – відновлює гомеостаз і діяльність функціональних систем організму – дієтичне (лікувальне) харчування [212].

За даними Н. М. Зубар, серед чинників, що формують здоров'я людини, на харчування припадає 45-40% (на цьому тлі інші чинники впливають значно менше: генетика людини – 18%; охорона здоров'я – 10%; чинники довкілля – 8%, інші – 19-24%) [140]. Отже, здорова харчова поведінка, що задовольняє найважливіші потреби організму людини через правильне, збалансоване харчу-

вання, є умовою здорового буття та ефективного виконання різноманітних функцій повсякденної життєдіяльності суб'єкта (див. додаток А).

На думку багатьох науковців (М. В. Гриньова, Н. О. Коновал, О. В. Кузьмінська, М. С. Червона, Я. І. Олексієнко, В. А. Шахматова, О. П. Верещагіна, О. І. Міхеєнко та ін.), здорове харчування дає організму усі необхідні нутрієнти та енергію, що забезпечується якісним складом їжі. Відповідно, *здорова/раціональна харчова поведінка* є цілеспрямованою діяльністю з організації повноцінного харчування, що забезпечує оптимальний ріст і розвиток організму, здоров'я, адаптацію до негативного впливу навколишнього середовища, збільшує тривалість активного життя, відновлює працездатність, забезпечує нормальну репродуктивну функцію тощо [94; 138; 233; 288]. Таким чином, раціональна ХП, є найважливішою стратегією у цілісній поведінці людини, що дозволяє забезпечити оптимальний рівень життєдіяльності й здоров'я.

Досліджуючи особливості сучасного харчування населення України, В. І. Смоляр, Г. І. Петрашенко, О. В. Голохова зазначають його неповноцінний характер (дефіцит тваринних білків, більшості вітамінів, мінеральних речовин тощо) [366]. Отже, неадекватні стратегії харчової поведінки щодо харчування призводять до серйозних негативних наслідків у стані здоров'я. Так, за даними ВО-ОЗ і багатьох фахівців (О. І. Богучарова, Л. М. Ваколюк, Є. І. Гетманчук, Л. В. Дудар, Ю. М. Дука, О. В. Кузьмінська, О. Є. Смашна, М. С. Червона та ін.) у стані здоров'я дитячого та дорослого населення України спостерігаються тривожні тенденції: поширюється кількість дітей та дорослих з надлишковою масою тіла й ожирінням; поширюється кількість підлітків та молоді з анорексичною поведінкою (понад 45–50% дівчат у віці між 13 і 15 роками вважають, що у них надлишкова вага, що не відповідає об'єктивним показникам); збільшується кількість порушень гуморального та імунного статусу, що зумовлює зниження резистентності до інфекцій, передчасне виснаження організму і зростання смертності; порушення репродуктивної функції; зростання захворюваності у дорослих та дітей, що зумовлено аліментарним дефіцитом тощо [43; 66; 89; 118; 119; 138; 365; 671].

Порушення (патологічні стани, розлади, хвороби), які виникають внаслідок неадекватної харчової поведінки та нераціонального харчування (на тлі недостат-

нього або надлишкового надходження живильних речовин впродовж тривалого періоду) називаються *аліментарними* [66; 96; 118; 119; 140]. Враховуючи той факт, що *група аліментарно-залежних хвороб* (ожиріння, психогенне переїдання, булімія, анорексія) набула в українському суспільстві надзвичайної актуальності, то найважливішим пріоритетом наукових розвідок сьогодення є оздоровлення умов життя у соціальному середовищі, що, насамперед, передбачає орієнтацію всього населення нашої країни на гармонічну ХП, тобто таку, що відповідає здоровим моделям та раціональним стратегіям у спектрі соціальної й індивідуальної норми [1; 33; 94; 118; 138; 190; 211; 212; 254; 270; 323; 365; 367; 574]. Одним із напрямів вирішення цієї проблеми є формування спеціальної компетентності як інтегральної здібності й готовності до самостійної організації здорового харчування й здоров'язберігаючої ХП, що відповідає завданням первинного рівня психопрофілактики та докладно розглянуто нами у 6 розділі.

На необхідності врахування системної єдності біологічного і соціального при вивченні процесу онтогенетичного розвитку людини наполягає більшість сучасних дослідників, оскільки саме системні моделі дозволяють врахувати детермінацію й взаємодію різноманітних чинників (генетичних, фізіологічних, інтрапсихологічних, соціально-культуральних тощо) [13; 191; 358; 359; 360; 426; 438]. Відповідно, цілісне розуміння харчової поведінки у континуумі «норма–патологія» неможливе без розгляду вектору біогенезу (соматогенезу), одним з ланцюгів якого є фізіологічна та психофізіологічна складові. Основні наукові розвідки, які розглядають особливості проявів ХП залежно від фізіологічних та психофізіологічних чинників презентовано нами у публікаціях [520; 528; 560]. Проведений нами аналіз низки фізіологічних та психофізіологічних концепцій [41; 130; 140; 160; 170; 204; 224; 257; 260; 309; 389; 406; 411; 419] щодо мотивації харчової поведінки, механізмів виникнення почуття голоду, регуляції та взаємовпливу почуттів голоду й насиченості, дозволив нам запропонувати наступну структурну схему взаємозв'язку між ХП та почуттям голоду (див. рис. 1.1). Узагальнюючий аналіз фізіологічних та психофізіологічних аспектів харчової поведінки дозволяє констатувати, що головними регуляторами споживання їжі є відчуття голоду, насиченості, ситості та спраги, які визначають особливості ХП, зокрема, кількість, якість та частоту споживання їжі [41; 130; 170; 204; 389; 406; 411; 419].

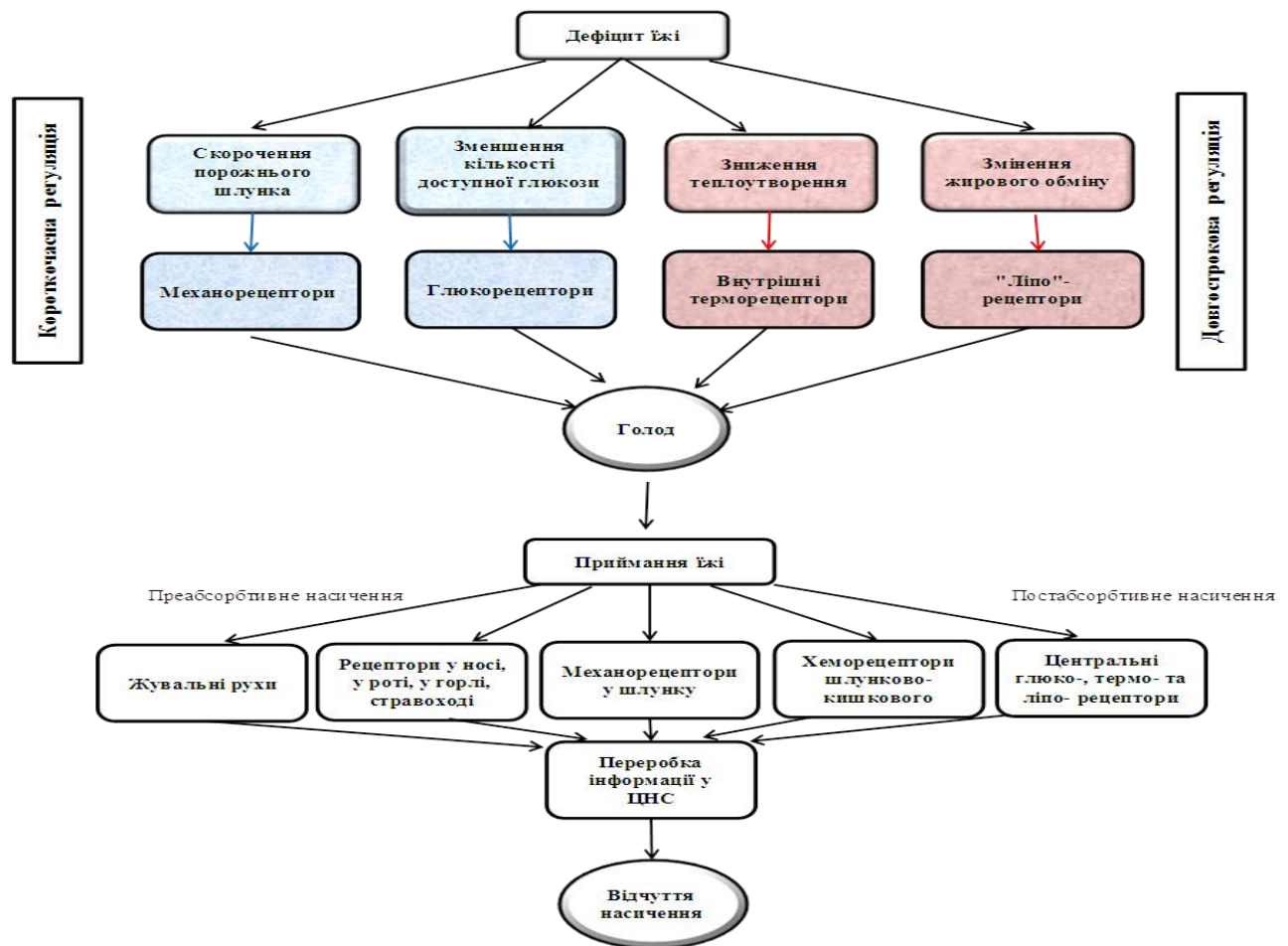


Рис. 1.1. Взаємозв'язок між харчовою поведінкою та відчуттям голоду

Проблемна харчова поведінка може виявлятися на проміжному/субклінічному рівні (реакції гіпер-, гіпо- та афагії) та клінічному (розлади харчової поведінки). У нормі основний сенс фізіологічної регуляції ХП спрямований на підтримку гомеостазу і забезпечення організму живильними речовинами та енергією для виконання різноманітної повсякденної життєдіяльності суб'єкта. Патологічні зміни у функціонуванні фізіологічних та психофізіологічних механізмів можуть відбуватися під впливом соматичних і психічних захворювань, порушень емоційного стану [25; 26; 130; 147; 151; 323; 406; 424; 441].

Водночас, аналіз наукової літератури з проблеми розладів харчової поведінки та ожиріння дозволяє стверджувати, що вирішення цієї проблематики можливе лише з урахуванням *психологічної складової ХП* [53; 89; 113; 118; 168; 228; 229]. Саме тому стисло розглянемо психологічний ракурс ХП у сучасних наукових дослідженнях, згідно з якими вона є актом перцептивного усвідомлення

неприємних афективних переживань та напруження потреби в їжі, що ініціює людину до її цілеспрямованого пошуку з метою редукції неприємних відчуттів.

У численних дослідженнях щодо різних аспектів харчової поведінки людини [1; 5; 37; 38; 43; 66; 94; 113; 118; 138; 170; 253; 288; 367; 571] зазначається, що окрім біологічної основи, особливості *харчової потреби* та *харчової поведінки* зумовлені *психологічними чинниками*. Зокрема, люди часто приймають їжу без відчуття голоду, щоденний раціон у більшості випадків не обмежується лише життєво необхідним споживанням калорій. Як психологічні чинники також розглядається індивідуальний досвід, конкретні умови приймання їжі та харчові звички, які формуються в процесі онтогенезу як стереотипні дії дуже високого ступеня автоматизації [41; 160; 366; 571]. При цьому цей досвід виявляється розмаїттям варіативних особливостей щодо прийому їжі або режиму харчування (кількість їжі під час одного прийому або за добу, вибір певних продуктів, тривалість та швидкість споживання їжі тощо).

Ряд авторів, як психологічний чинник регуляції харчової поведінки розглядають *apetum*. Так, Н. М. Зубар визначає апетит як потребу душі [140]. На думку І. О. Корешкіна, апетит – це «узагальнене почуття приємних емоційних відчуттів, пов'язаних з бажанням, прагненням людини до споживання певної їжі» [170, с.71]. Дослідник зазначає, що апетит може поєднуватися з відчуттям голоду, але може виникати самостійно. На відміну від голоду (фізіологічного стану), апетит, може підвищуватися або знижуватися під впливом різних умовних стимулів, таких як: запах, смак, естетична привабливість їжі; звичний час та умови споживання їжі; розмови та думки про їжу, згадування та уявлення їжі тощо.

Окрім того, апетит значною мірою залежить від ставлення суб'єкта до конкретного продукту та може зумовити надмірне споживання їжі, тобто у значно більшій кількості, ніж це необхідно для збереження енергетичної рівноваги [140; 170; 228; 366]. Отже, апетит відіграє важливу роль в отриманні задоволення від їжі й безумовно впливає на вибір стратегії ХП і формування харчових звичок. Саме тому корекційні програми, спрямовані на нормалізацію ХП, повинні враховувати особливості виникнення апетиту та психологічні аспекти щодо умов прийому їжі.

Більшість дослідників визнають, що під час нормального онтогенетичного розвитку харчова мотивація, як головний регулятор поведінки, займає домінуючу позицію лише у період немовляти. Згідно з теорією ієрархії потреб А. Маслоу, після задоволення біологічних потреб хоча б на мінімальному рівні, подальший розвиток актуалізує потреби вищих щаблів піраміди [234].

Р. Н. Френкін зазначає, що важливу роль у харчовій поведінці відіграють не тільки потреби, але й *отримані знання, інформованість, обізнаність та стратегії мислення*. На думку автора, «...хоча потреба в енергії створює біологічний драйв (відчуття голоду), рішення про те, що саме ми будемо їсти, зумовлюється сталими звичками та стратегіями мислення» [419, с. 39–40].

Плеяда дослідників різного фахового спрямування (О. Ю. Барташук, Д. Г. Бессесен, В. О. Конишев, Р. Кушнер, Т. Г. Вознесенська, В. О. Сафонова, Н. М. Платонова, М. С. Матусевич, В. Д. Менделевич, Е. Пікон-Ретегю, Л. Г. Пономарьова, К. І. Шкарлатюк, G. T. Wilson, C. M. Grilo, K. M. Vitousek та ін.) наголошують на *соціальних (соціокультурних) коріннях значень та смислів їжі* [31; 37; 81; 236; 239; 305; 311; 567; 677]. Із самого народження харчування людини пов'язане з міжособистісною взаємодією. Їжа є неодмінним атрибутом процесу спілкування та соціалізації. Цьому процесу сприяє щоденне приймання їжі у родинному колі, святкування різних подій, проведення заходів, ділових та міжособистісних контактів, які супроводжуються споживанням їжі та напоїв. Своєю чергою, традиції харчування та харчові звички є відображенням рівня розвитку культури, виявами національної, територіальної, релігійної належності та сімейного виховання. На думку В. О. Конишева, харчові звички визначаються традиціями родини та суспільства, релігійними настановами, життєвим досвідом, порадами лікарів, модними системами харчування, економічними та особистісними причинами [168].

Н. Пезешкіан з позицій диференційно-аналітичної концепції зазначає, що суттєвий вплив на оцінку адекватності харчової поведінки мають культурні особливості прийому їжі (цит. за В. Д. Менделевичем) [239, с. 382]. На його думку, особливості культури людей різних національностей формують відмінності у ціннісному ставленні до прийому їжі, краси тіла, особливостей харчової поведінки (стилів харчування, харчових звичок та ритуалів, пов'язаних з їжею). Автор розглядає особливості

східної психологічної моделі, відповідно до якої людина з гарним апетитом та пишними формами вважається більш здоровою та красивою. Більш того, за цією моделлю, хвороба, конфлікти або інші стресові чинники – це є привід для посилення харчування, тому що тільки висококалорійне харчування здатне дати додаткову енергію для одужання та додаткові сили для опору будь-яким негативним подіям. На рівні повсякденного спілкування у східній культурі панує «культ їжі» і саме тому дуже цінується така якість господарів як «гостинність», відповідно до якої гостя необхідно годувати ситно та смачно. Західна психологічна модель, на відміну від східної, характеризується майже протилежними ціннісними ідеалами щодо прийому їжі, краси тіла та особливостей харчової поведінки. Здоровою та красивою вважається струнка та спортивна людина, яка має худорляву статуру; важливою цінністю є не їжа, а контроль за її споживанням; «гостинність», що передбачає обов'язково нагодувати гостя, не є неодмінною характеристикою хорошого господаря/господині; зростання потягу до їжі під впливом дистресових чинників оцінюється як негативне явище, яке отримало назву «заїдання стресу» [239, с. 382–383]. Отже, під час оцінювання адекватності/неадекватності харчової поведінки, необхідно враховувати вплив етнокультурного стереотипу харчової поведінки, тобто вплив факторів макро- та мікросередовища.

Є. С. Креславський (1981), Ю. І. Савенков (1985), І. Г. Малкіна-Пих (2007), В. Д. Менделевич (2008), М. С. Матусевич (2013) та ін., розглядаючи особливості харчової поведінки, виокремлюють важливі психологічні функціональні аспекти харчової поведінки: релаксація, отримання задоволення, комунікація, пізнання, підтримка ритуалу або звички, компенсація, нагорода, захист і задоволення естетичної потреби, самоствердження (через неадекватне уявлення про престижність їжі, «солідну зовнішність») [183; 228; 236; 239; 344].

Таким чином, *харчова поведінка людини* як поведінкова активність, є не тільки засобом тамування голоду та отримання фізіологічного задоволення (що штовхає її на пошук продуктів харчування, приготування страв та створення умов для споживання їжі), але й є активністю, що зумовлюється іншими чинниками (психологічними, соціальними, релігійними, морально-етичними, естетичними, символічними).

Більшість сучасних авторів [1; 33; 38; 118; 173; 211; 254; 270; 280; 323; 348; 365; 366; 589; 609; 623; 629; 666; 667] під харчовою поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотипи харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, зорієнтованість на певний образ власного тіла та діяльність з його формування. Так, І. Г. Малкіна-Пих зауважує, що ХП людини є складним утворенням, яке містить індивідуальні для кожної людини установки, звички, форми поведінки та емоції щодо їжі та її споживання [228, с. 7]. О. І. Салміна-Хвостова визначає харчову поведінку як спосіб життя і дій в різних умовах, що містить пошук, вибір, споживання їжі з урахуванням її регуляторних, сенсорних та інших властивостей для забезпечення організму енергетичними та пластичними матеріалами, досягнення психологічного комфорту від її прийому, а також оцінку цих процесів відповідно до потреб, режиму харчування, смакових, дієтичних, культурних, соціальних, сімейних, біологічних уподобань [351].

На думку В. І. Смоляр, харчові уподобання зумовлюють вибір їжі та визначаються бажанням отримати від її споживання максимальне задоволення. Віддавати перевагу тій чи іншій їжі означає вибрати її з-поміж іншої їжі. Отже, харчові уподобання – це поведінковий термін, а ось схильність до вибору певної їжі – це ментальний термін, який свідчить про те, як організм людини відображає процес, розкриває окремі аспекти харчового вибору і пояснює їх. «Окремі види їжі для нас неприйнятні або, навпаки, прийнятні через їхні сенсорні властивості. Прийнятну їжу ми любимо за її смак, запах або зовнішній вигляд... деякі з її видів, обрані за сенсорними ознаками, будуть забраковані нами на основі наслідків її засвоєння. За поганих наслідків травлення ми класифікуємо їжу як небезпечну, а за позитивних наслідків травлення – як корисну» [366, с. 16].

Таким чином, стратегія харчової поведінки включає до свого складу: харчові звички (режим, темп прийому їжі та ін.), смакові уподобання, емоційно-когнітивне ставлення та мотиваційно-вольову регуляцію щодо їжі та свого тілесного «Я». У разі незадоволеності своїм тілом та вагою особа починає шукати шляхи моделювання свого тіла та корекції ваги, що зумовлює зміни структури ХП. Надмірна фіксація на пошуку засобів корекції ваги створює умови для виникнення викривлених патернів ХП.

Узагальнення вищерозглянутого дозволяє стверджувати, що харчова поведінка людини є складною діяльністю та характеризується тісними взаємозв'язками між біологічними та психологічними мотивами, одночасним впливом специфіки гомеостатичних процесів, індивідуального досвіду особистості та соціальної складової. Це породжує розмаїття індивідуальних виявів харчової поведінки та різноманітні форми порушень ХП у континуумі «норма – патологія». Оскільки ми розглядаємо ХП як цілісний психосоматичний синдром, то вважаємо за необхідне розглянути наявні концепції щодо виникнення та умов формування найбільш поширених форм проблемної ХП.

1.2 Розмаїття проблемної харчової поведінки

1.2.1 Харчова поведінка у континуумі «норма – патологія». Харчова поведінка є предметом дискусій у різних галузях наукового знання – психології, медицині, валеології, психогігієні, філософії, культурології та ін. Основними векторами, які задають критерії оцінювання щодо виявів харчової поведінки, є поняття «норма» і «патологія», «здоров'я» і «хвороба». Разом з тим оцінювання харчової поведінки як нормативної (соціально прийнятної) або порушеної (дезадаптивної, дисгармонійної, хворобливої) тісно пов'язано з концептуально-методологічними підходами тієї чи іншої галузі наукового знання, оскільки у предметній сфері кожної з означених наукових дисциплін був розроблений власний специфічний понятійний апарат щодо визначення критеріїв оцінювання нормативності/ненормативності.

Використання даних термінів фахівцями різних галузей для визначення відмінностей між станами здоров'я та хвороби, або виявів поведінки між «нормою і патологією» щодо психічного та соматичного рівнів тілесності є відображенням загальної семантичної спрямованості зазначених дефініцій щодо одного предмету дослідження – психіки та її станів, які визначають особливості поведінки особистості. Інша річ – рівні професійної компетенції щодо вивчення явищ психічного (зрозуміло, що завдання, методи та формалізована мова щодо описання предмету дослідження фахівцями різних галузей є відмінними) [428, с. 10].

Згідно з Статутом ВООЗ, *здоров'я* – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювання. Відповідно визна-

чаються кілька критеріїв здоров'я: збереженість оптимального функціонування організму; здатність змінювати поведінку (адаптуватися) відповідно до змін природного та соціального середовища; емоційне і соціальне благополуччя [673]. Водночас *психічне здоров'я* людини визначається як стан благополуччя, за якого людина здатна реалізувати власний потенціал, долати звичайні життєві стреси, продуктивно й плідно працювати. Відповідно *критеріями психічного здоров'я* є почуття ідентичності, усвідомлення єдності свого фізичного і психічного «Я»; почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях; критичність до себе і результатів власної психічної діяльності/поведінки; адекватність психічного реагування на різноманітні впливи середовища, соціального оточення, життєвих подій; здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати ці плани відповідно до індивідуальних потреб, здатність змінювати поведінку на основі усвідомлення свого попереднього життєвого досвіду і вимог оточення [673]. У цьому сенсі психічне здоров'я є підґрунтям благополуччя та ефективного функціонування людини як для себе самої, так і для суспільства [5; 13; 15; 33; 43; 44; 65; 94; 105; 138; 145; 146; 259; 294; 318; 347; 574]. Отже, здоров'я взагалі, і зокрема психічне здоров'я, є динамічним утворенням різних показників. Натомість хвороба, є навпаки, звуженням ресурсного потенціалу, і навіть зникненням певних характеристик здоров'я.

Категорія «норма» є базовим критерієм порівняння актуального і звичайного стану [8; 13; 43; 135; 143; 146; 173; 198; 231; 239; 286; 370; 375]. Визначення поняття «*норма*» та «*патологія*» здебільшого зумовлюється змістом, який у нього вкладається. Загалом виокремлюють два основних підходи [8; 78; 135; 198; 239; 285; 300; 370]. З позицій *нозоцентричного підходу* норма розуміється як відсутність будь-яких патологічних симптомів. З позицій *нормоцентричного підходу* (поширеного серед психологів) оцінювання психічної діяльності здійснюються з позиції її відповідності нормі. За таких умов відхилення від середньостатистичної норми розглядаються як варіант норми або як вияви індивідуальних особливостей особистості. Отже, відповідно до означеного підходу стан хвороби можна визначити як особливий випадок здоров'я [143; 149; 173; 223; 239; 286; 380].

Переважно стан здоров'я пов'язують з поняттям норми, а хворобу – з поняттям патології. Водночас на думку В. Д. Менделевича, слід розрізняти спектр «норма – патологія» та спектр «здоров'я – хвороба», які відображують різні за своєю сутністю процеси. Виходячи з поступовості змін, перший, є континуумом, другий – ні (тому що у спектрі «здоров'я – хвороба» перехід від одного стану до іншого відбувається стрибкоподібним чином). Саме тому перехід між непсихотичним і психотичним етапом розвитку хвороби відчутти неможливо [239, с.83–84]. До того ж стан здоров'я ґрунтується на суб'єктивних відчуттях, а отже, його діапазон може бути значно ширшим, ніж об'єктивні показники норми, які ґрунтуються на середньостатистичних значеннях щодо певної популяції. Доповненням до вищезазначеного, є позиція Н. Ф. Шевченко, котра розглядає феноменологію здоров'я та хвороби як полюси континууму людського буття [561]. Такі зауваження, у межах нашого дослідження, є цінними, оскільки пояснюють, чому на певній стадії розвитку розладів ХП, коли індивід втрачає критичність щодо свого психічного стану та виявів поведінки, він суб'єктивно оцінює свій стан як цілком нормальний/здоровий і не помічає ніяких хворобливих виявів щодо своєї поведінки.

Дискутуючи навколо поняття «нормальної» (нормалізованої) харчової поведінки автори, насамперед, звертають увагу на відсутність аномальних стереотипно-ритуалізованих патернів ХП, нав'язливих думок про їжу та нав'язливих дій щодо необхідності постійного контролю щодо харчування і ваги свого тіла [38; 75; 113; 239]. Водночас дослідники підкреслюють, що процес прийому їжі в нормі супроводжується відчуттям комфорту і задоволення. При цьому звертається увага на врівноважене ціннісне ставлення до споживання їжі, регулярність та повноцінність харчування для забезпечення здоров'я й оптимального функціонування [1; 38; 65; 81; 94; 118; 323; 367].

Визначення поняття аномальна («ненормальна») харчова поведінка має певні труднощі, оскільки залежить від концептуально-методологічних підходів та критеріїв визначення «норма – патологія». Більшість авторів визнають, що наявні труднощі пов'язані: 1) з тим, що поняття «норма» і «патологія» є нечіткими, розмитими та не мають цілісного розуміння; 2) розмаїттям критеріїв та підходів щодо ви-

значення поняття «норма» і «патологія»; 3) міждисциплінарним характером об'єкта вивчення [8; 23; 84; 139; 173; 285; 286; 300; 428; 625]. У сучасній девіантології будь-яка поведінка, що відхиляється від норми, визначається як «девіантна» [23; 84; 239; 410; 428]. Отже, похідним від нього є поняття «девіантна харчова поведінка», яка є «проблемною», саме тому, що вона відхиляється від норми.

З позицій *нозоцентричного підходу* зміст поняття норма визначатися *статистичним критерієм*. Спираючись на цей критерій норма визначається як типовий рівень або діапазон рівнів функціонування, що притаманний більшості людей та має найвищу частотність. У побуті поняття «норма» і «нормальна поведінка» є синонімом понять звичайний, усереднений, що репрезентує загальну тенденцію [428]. Так, Л. М. Вольнова зауважує, що норма є узагальненим соціальним розпорядженням, що віддзеркалюється у звичках, манерах людини, звичаях, традиціях, обрядах, церемоніях, ритуалах, моді, захопленнях, цінностях, ціннісних орієнтаціях, віруваннях, міфах тощо [84]. Таке розуміння норми ототожнює соціоприйнятне як «нормальне» та за своєю психологічною сутністю є регулятором поведінки та соціальної взаємодії. Виходячи з цього, норма, – це експектація поведінки відповідно до певних стандартів, еталонів, зразків, які визначають досконалість поведінкових проявів та їх прийнятність. Разом з тим, аналізуючи доступні нам науково-психологічні джерела, ми не знайшли визначення норми щодо ХП. З огляду на це ми маємо намір заповнити цю прогалину у цій роботі.

Інший критерій, що визначає зміст поняття норма, є *оцінний*. Виходячи з нього, нормою вважають деякі ідеальні взірці поведінки людини (еталони), які приписують, якою саме повинна бути людина, орієнтуючи на узагальнені позитивні якості, оптимальні параметри тіла, поведінки тощо [8; 135; 143; 173; 231; 286; 300; 370; 625]. Водночас науковці наголошують, що надмірна зосередженість на відповідності до «ідеальної норми», зумовлює спрощення та уніфікацію форм життєдіяльності й проявів особистості, звуження кола інтересів, збіднення життя та втрату відчуття радості [8; 13; 43; 135; 139; 143; 146; 173; 198; 231; 239; 286; 370].

На думку низки авторів (І. Ф. Аршава, О. О. Назаренко, Ю. Б. Гіппенрейтер, Б. В. Зейгарник, Д. М. Ісаєв, Ц. П. Короленко, Н. Мак-Вільямс, В. Д. Менде-

левич, В. О.Худик та ін.), вищерозглянуті критерії зумовлюють певні обмеження нозоцентричного підходу. Головним недоліком зазначеного підходу є нівелювання варіативності нормальних виявів, які відхиляються від середнього статистичного, оскільки будь-які відхилення від норми розглядаються як патологія і хвороба. Отже, певні форми розмаїття виявів визнаються задовільними, тоді як інші опиняються за межами прийнятного рівня функціонування, тобто усі інші варіанти, оголошуються такими, що не відповідають нормі (анормальні, «ненормальні») [23; 135; 143; 173; 223; 239; 300; 326; 428].

Багато сучасних дослідників розладів ХП визнають, що проблема анорексії та булімії, полягає у надмірній фіксованості окремих осіб і навіть вікових груп, здебільшого підлітків та юнацтва на певних ідеалах щодо зовнішнього вигляду тіла [1; 34; 159; 235; 239; 251; 252; 256; 269; 270; 278; 290; 317; 341; 348; 351; 357; 363; 365; 377; 440; 610; 637; 645; 661; 664]. Водночас більшість науковців погоджуються, що кожна особистість є елементом соціальної системи, а отже, будь-які відхилення від загальноприйнятих норм у її життєдіяльності або стандартів поведінки, які визначаються та схвалюються соціумом, розглядаються як девіантність [23; 139; 239].

Отже, відповідно до **соціально-нормативного критерію**, будь-які відхилення поведінки від соціальної норми позначаються як проблемна, дезадаптована, аномальна поведінка. Відповідно, такі викривлені поведінкові синдроми як анорексія та переїдання, що зумовлюють деформацію ваги (дефіцит або надлишкову масу тіла) та надмірну зосередженість на питаннях їжі, розглядаються як проміжні форми девіантної поведінки, зокрема *адикції (або форми адиктивної поведінки)* [139; 229; 317; 409]. Спираючись на вищерозглянуті теоретичні положення анорексія та переїдання як поведінкові синдроми, що виявляють відхилення у модусі «переїдання – обмеження в їжі», можуть бути охарактеризовані як непереборне бажання переживати інтенсивні емоції та штучно змінювати власний психічний стан шляхом прийому їжі або надмірною фіксованістю уваги на певних стереотипах поведінки щодо контролю харчування та ваги.

На думку низки авторів, кожна з клінічних форм розладів ХП може бути визначена як поведінка, яка є одним із типів девіантної поведінки або одночасно по-

єднує кілька типів девіантної поведінки: адиктивну, патохарактерологічну і психопатологічну [23; 239]. У межах *адиктивної мотивації* цінність їжі або певних стратегій поведінки, наприклад, щодо контролю ваги та калорійності добового раціону і окремих прийомів їжі, виходить на передній план, підпорядковуючи собі решту інших цінностей. Зокрема, індивід, орієнтований на надмірну цінність їжі при одночасній цінності щодо контролю маси власного тіла має амбівалентне ставлення до прийому їжі – бажання споживати їжу поєднується з негативним ставленням до себе та своєї «слабкості». Відхилення у поведінці автори пояснюють формуванням таких феноменів: «змістовий бар'єр», «афект неадекватності», «неузгодженість відносин» (І. Ф. Аршава), «втеча у тіло», «параноя здоров'я», «заїдання стресу» (З. Фрейд, Н. Пезешкіан), «жага гострих відчуттів» (В. А. Петровський), «group-think» – феномен групового мислення або групового духу (Л. Б. Орбан-Лембрік), «феномен дзеркала» (М. В. Коркіна), «бажання знаходитися у світі постійного харчового задоволення» (В. В. Лебединський, В. Д. Менделевич) тощо.

У межах *патохарактерологічної мотивації* порушення ХП зумовлені особливостями характеру індивіда та його реагування на ставлення з боку оточення. При цьому відхилення поведінки дослідники пов'язують з формуванням особистісних новоутворень (*за типом протидії реальності, хворобливого протистояння реальності, відходу від реальності, ігнорування реальності*), які за своєю сутністю є функціональними феноменами, утвореними на підґрунті неусвідомлених установок, що у разі генералізації та надмірної фіксованості зумовлюють процеси дезадаптації і дезінтеграції та заважають нормальному ходу життєдіяльності особистості [6; 8; 18; 23; 239, 285; 286; 341; 371; 372; 372; 380; 383; 425; 436; 437]. Ці нові «функціональні органи» детермінують трансформацію внутрішньої картини життєдіяльності, як її знаково-символічної системи, наслідком чого є зміщення орієнтації на задоволення сурогатних штучних потреб замість подолання перешкод на шляху досягнення життєвих цілей (що буде розглянуто у четвертому розділі).

З позицій *психіатричного підходу* відхилення харчової поведінки розглядаються як психічні розлади, що повною мірою відповідають загальноприйнятим критеріям діагностики відповідних клінічних синдромів (традиційно анорексія,

булімія, психогенне переїдання) [185; 237; 331; 375; 584]. У межах цього підходу термін «патологія» презентується як такий хворобливий (патологічний) стан психіки, що різко відхиляється від норми та має болісно-ненормальні вияви, які суттєво заважають суб'єкту пристосуватися до навколишнього середовища [428]. При цьому психопатологічна мотивація РХП формується на ґрунті інших психопатологічних розладів (дисморфоманічного, іпохондричного симптомокомплексів) [25; 34; 111; 151; 159; 171; 172; 290; 331; 375; 433; 440; 609; 610; 613; 637]. Але серед доступної наукової літератури нам зустрілися лише поодинокі роботи у яких зазначається роль страху на формування розладів ХП (страху ожиріння, сексуальності, власного сексуального тіла, страх дорослішання) [331, с.9]. Культуральні дослідження виявили відмінності між структурою анорексії у західній та східній культурах. Зокрема, у східній культурі, де відсутній тиск зовнішніх стандартів тіла, відмову від споживання їжі пояснювали дискомфортом відчуттями у шлунку, відсутністю почуття голоду, небажанням їсти, або давали інші обґрунтування, не пов'язані зі страхом ожиріння [331, с. 92]. Отже, дослідниками був зроблений висновок, що культурні цінності формують феноменологію РХП (наприклад, фобію ожиріння), перебіг РХП (наприклад, виникнення булімії) та впливають на інтерпретацію симптомів [331, с. 115]. Разом з тим окрім констатації факту наявності страхів, ми не зустріли пояснень з питання виникнення цих страхів. Необхідність заповнення цієї прогалини зумовила наші пошуки спираючись на роботи авторів семіотичного напрямку та тих, які приділяють увагу переважно пошуку «сенсу» страху, тобто його місця в загальній системі метафізичного, психологічного або біологічного існування-буття індивіда (І. В. Журавльов, А. Кемпінські, Р. Мей, Є. М. Райзман, Ф. Ріман, О. Ш. Тхостов, О. Є. Хухлаєв, Т. В. Цив'ян та ін.) (див. підрозділ 2.3.3, с. 119–121).

Отже, у межах психіатричного підходу розлади харчової поведінки – це вид психогенно зумовлених поведінкових синдромів, пов'язаних з порушенням режиму харчування [237; 375; 584]. Лікування спрямоване на відновлення статусу харчування через застосування фармакологічних засобів. Водночас визнається необхідність застосування дієтотерапії, психокорекції/психотерапії (індивідуальної,

групової, сімейної) та рухової активності. Разом з тим зауважимо, що у повсякденній діяльності першими людьми, хто стикається зі змінами поведінкових патернів дитини є її близьке оточення та педагоги, котрі мають можливість чути окремі висловлювання щодо відповідних тем і спостерігати окремі вияви особливої ХП у шкільній їдальні. Батьки, починаючи шукати допомогу, зазвичай звертаються до психологів-практиків або лікарів (педіатрів, терапевтів, гастроентерологів) [323]. До психіатрів, як свідчить практика, особа з проблемною ХП зазвичай потрапляє на таких етапах розвитку хвороби, коли психопатологічний синдром вже має розгорнуту клінічну картину [25; 34; 39; 89; 111; 135; 159; 294; 323; 361; 362; 371; 424].

Основна увага досліджень з позицій *психологічного підходу* зосереджена на вивченні взаємозв'язків між індивідуальними психологічними особливостями процесів сприйняття, емоцій, стереотипів, цінностей та особливостями харчової поведінки. Разом з тим з позицій патопсихології цей підхід розглядає порушення поведінки в її зв'язках з внутрішньоособистісними конфліктами, патопсихологічним розвитком, формуванням патологічно зміненої потреби, порушеннями ієрархії мотивів, деструкціями та потягами до саморуйнування особистості [23; 84].

Проблемою визначення психічної норми, її відокремлення від патологічних змін психіки займалися видатні вітчизняні та зарубіжні дослідники (Ю. А. Александровський, П. К. Анохін, Ю. Ф. Антропов, С. В. Бельмер, В. М. Блейхер, В. Й. Бочелюк, Б. С. Братусь, Л. Ф. Бурлачук, Л. С. Виготський, Н. Є. Завацька, Б. В. Зейгарник, О. Р. Лурія, В. Д. Менделевич, І. А. Мартинюк, В. М. М'ясищев, О. Т. Соколова, Л. В. Спицька, К. Ясперс та ін.).

Завдяки накопиченому за довгі роки багатому теоретичному та емпіричному досвіду були виокремлені так звані «межові» психічні стани (розлади), тобто такі, які є перехідною формою між нормою і патологією. До порушень такого роду відносять аномалії розвитку, які ускладнюють процес пристосування до умов життя, але критичність до власної поведінки зберігається. У таких випадках автори наголошують на підвищенні ризику (схильності) щодо формування захворювання [18; 285; 286; 428; 438].

Таким чином, з позицій психологічного підходу порушення харчової поведінки є викривленою формою реагування, яке зумовлено акцентуаціями та аномаліями

характеру, формуванням патологічно зміненої потреби, порушеннями ієрархії мотивів (що докладно розглядається нами нижче). Іншими словами, порушення ХП входять до групи психогенно зумовлених поведінкових синдромів, які формуються на базі патохарактерологічних аномалій особистості та характеризуються тим, що мають зворотний (мінливий, тимчасовий) характер. Отже, своєчасна та адекватна психокорекція може значно зменшити ризик розвитку поведінкового психосоматичного синдрому ХП у бік психопатологічного розвитку, тобто у бік формування крайніх клінічних варіантів патологічного модусу ХП у континуумі «норма – патологія».

Водночас зауважимо, що за умови розвитку психопатогенетичного процесу вияви харчової поведінки набувають стійкого та вкрай неадекватного характеру і характеризуються сукупними порушеннями всіх сфер психіки (мотиваційної, когнітивної, емоційно-вольової), втратою критичності щодо оцінки як власних дій, так і дій інших [1; 49; 78; 113; 171; 181; 213; 290; 317; 348; 440]. У таких випадках функція психологів може бути лише допоміжною, оскільки рівень розвитку патології виходить за межі професійної компетенції психологів.

Глибинною сутністю порушеної харчової поведінки з позицій психологічного підходу є усвідомлене або неусвідомлене прагнення відходу від активного способу життя через зосередження на певній тематиці (головними лейтмотивами якої є їжа, харчування, схуднення, контроль ваги і калорійності їжі тощо), небажання самотійно розв'язувати власні проблеми, прагнення ухилитись від реального життя шляхом саморуйнівної щодо власної тілесності поведінки, яка зумовлює підвищення поведінкової ригідності, значне зниження самоцінності, гнучкості та здатності до продуктивної саморегуляції як здатності адаптуватися до нових умов існування [23; 49; 239, 377; 472; 473; 474; 475; 489; 518; 524; 527; 560].

Під час опрацювання наукових розвідок, науково-популярних статей та газетно-журнальних публікацій з тематики нашого дослідження ми зустріли розмаїття термінів щодо проблемної харчової поведінки. Окрім загальновідомих традиційних клінічних термінів (анорексія, булімія, психогенне переїдання) зустрічаються такі характеристики харчової поведінки, що підкреслюють її відхилення від норми: *особлива, нестандартна, ексцентрична гіперфагічна ХП, неправильна, нераціональна, незбалансована, негармонійна, дисгармонійна,*

ненормальна, акцентуїрована, аномальна, порушена, хибна, викривлена, перекручена, спотворена, девіантна, адиктивна, залежна, руйнівна, здоров'яруйнуюча, деструктивна, аутодеструктивна, антивітальна, аутоагресивна, дезадаптована, неадаптована, патопсихічна, психопатична, патологічна.

На нашу думку, таке розмаїття термінів зумовлено тим, що специфічний об'єкт уваги дослідників є точкою перетину різних концептосфер (тобто різних наукових галузей, таких як психологія, психіатрія, соціологія, акмеологія, педагогіка, філософія, психогігієна тощо). Міра синонімічності цих дефініцій є достатньо високою. І хоча, безумовно, більшість з презентованих термінів має певні семантичні акценти, але у межах нашого дослідження більш важливим є те, що вони підкреслюють наявність відхилення від норми, тобто її змінений, аномальний, проблемний характер. Виходячи з цього, ми надаємо перевагу терміну **«проблемна харчова поведінка»**. Водночас ми в жодному разі не наполягаємо на вилученні з наукового обігу дефініцій щодо позначень аномальної поведінки, які зазначалися вище, оскільки вважаємо, що будь-які позначення досліджуваного явища є певною терміносистемою, де окремі споріднені слова, з одного боку, фіксують семантичні відтінки цього явища, а з іншого – відображають, якщо не еволюцію, то тенденції розвитку цієї системи та допомагають скласти її цілісний образ, оскільки мають свою історію, несуть у собі певну ідею, яка підкреслює їхній сенс. Говорячи метафоричною мовою, терміносистема подібна до складеного з окремих квітів букету, або цілісного мозаїчного полотна з окремих пазлів, або барвистого звучання акордів симфонії. Але якщо з букету прибрати хоча б одну квітку, з мелодії хоча б один звук, то той цілісний образ розсиплеться, зникне, стане іншим.

Проте термін «проблемна харчова поведінка», виходячи із задач нашого дослідження ми вважаємо найбільш вдалим, оскільки він: по-перше, підкреслює дезадаптивність за формою, ригідність за змістом та непродуктивність за результатом; по-друге, дозволяє розглядати той самий вид поведінкової стратегії в динаміці її розвитку з позиції цілісності – від поганої звички та відхилення до клінічного варіанту розладу (хвороби). При цьому крайні вияви патологічного модусу розглядаються як варіанти ауторуйнівної ХП, яка є реальною загрозою фізичному виживанню індивіда; по-третє, охоплює усе розмаїття можливих

форм ХП між умовними полюсами континууму «норма – патологія» без намагання приклеїти ярлик у вигляді клінічного діагнозу.

Тут доречно згадати, що за «теорією ярликів» Г. Беккера, «наклеювання» оточенням «ярлика» до певної первинної девіації ініціює виникнення вторинної девіації, яка виникає внаслідок довільного або мимовільного підтвердження девіантом справедливості думок і переконань інших щодо його власної девіантної поведінки (цит. за І. Ф. Аршавою) [23, с. 19]. Подібна позиція, щодо стигматизації соматичних наслідків проблемної ХП (ожиріння, анорексії) висловлюється іншими авторами [150; 183; 278; 278; 348; 351; 589].

Разом з тим семантика словосполучення «проблемна харчова поведінка», на нашу думку, влучно *зосереджує увагу* на наявності проблеми, яка потребує розв'язання в найширшому сенсі слова, *вказує* на багатовекторність предмета вивчення, *підкреслює* складність цього теоретичного та практичного питання, *акцентує* на необхідності дослідження сутності цього явища з позицій феноменологічного підходу та з урахуванням того, що усі психічні переживання супроводжуються соматичними змінами, а соматичні захворювання завжди відображаються в свідомості хворого, змінюючи його світосприйняття та самосвідомість.

Підтвердження цієї тези можна знайти у наукових публікаціях відповідно до яких клінічним формам харчових розладів передують порушення ХП або субклінічні типи ХП (Л. М. Абсалямова, Т. Г. Вознесенська, Я. В. Нікіфорова, А. Є. Нижник, В. І. Смоляр, О. В. Сидоров, Р. Най, С. G. Fairburn, R. Jones, R. Reveler та ін.). Останні здебільшого визначаються як емоціогенний, екстернальний або обмежувальний тип ХП (докладний огляд субклінічних форм ХП зроблений нами у публікаціях [458; 459; 462]. Згідно з поглядами вищеназваних дослідників, контроль над харчовою поведінкою і масою тіла вимагає враховувати домінування викривлених стратегій харчової поведінки. Поділяючи в цілому позицію авторів, зауважимо, що, на нашу думку, визначення ризомних траєкторій розвитку проблемної ХП у цілісному континуумі «норма – патологія» можливо лише на ґрунті феноменологічного підходу, який починаючи з Е. Гуссерля активно розробляється до сьогодні [239].

Так, В. Д. Менделевич наголошує: «Кожний цілісний індивідуальний психічний феномен необхідно розглядати як багатозначне явище. Це дозволяє розуміти і пояснювати його як у категоріях психопатологічних, так і психологічних. Практично не існує психічних явищ, які можна однозначно та апіорно зарахувати до рангу симптомів, також як і визнати їх абсолютно адекватними» [239, с. 72].

Узагальнюючи все вищезазначене, зауважимо, що харчова поведінка людини оцінюється як нормативна (гармонічна, раціональна, адекватна, адаптована, здорова тощо) або проблемна (негармонічна, нераціональна, неадекватна, антивітальна тощо) залежно від різних параметрів: стильових особливостей харчової поведінки, кількісних та якісних показників харчування, місця їжі в ієрархії цінностей людини, відсутності нав'язливих думок щодо харчової тематики та контролю ваги тощо.

Різноманітні відхилення щодо процесу прийняття їжі порівняно з нормативною харчовою поведінкою розглядаються як проблемна харчова поведінка, яка характеризується суттєвими відмінностями від загальноприйнятих соціальних норм, цінностей, традицій суспільства щодо споживання їжі. Крайні варіанти порушень харчової поведінки традиційно розглядаються як психопатологічні (клінічні) форми або як клас межових психогенно зумовлених поведінкових синдромів.

При порушеннях/розладах харчової поведінки мотивація поведінки зумовлена намаганням значно зменшити або збільшити свій раціон. При цьому варто розмежовувати такі поняття як «дієтичне харчування» та «порушення харчування». Основна мета дієтичного харчування – це нормалізація ХП, маси тіла і здоров'я загалом. У разі незбалансованого харчування внаслідок безконтрольних змін щодо кількості споживання їжі та щоденного раціону виникає або виснаження організму, чи, навпаки, надлишок надходження енергії. В обох випадках це зумовлює виникнення деформацій маси тіла – накопичення надлишків або дефіциту ваги, які розглядаються нами як соматичні еквіваленти викривлених стратегій харчової поведінки. Кінцевим результатом або «ціною» домінування у репертуарі поведінки «неправильних» (проблемних) стратегій ХП є значне погіршення стану здоров'я людини, а іноді передчасна смерть на тлі внутрішніх змін, які не сумісні з життям.

Аналіз сучасної наукової літератури дозволив виокремити чотири підходи

щодо визначення сутності феноменології порушень харчової поведінки:

- 1) порушення інстинктивних потягів (анорексія, булімія, полідіпсія, парафагія, копрофагія) (Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипников та ін.) [375];
- 2) харчова адикція як форма відходу від реальності та залежності від їжі і певних патернів харчової поведінки: анорексія, булімія (Г. Д. Золотова, Ц. П. Короленко, Н. Ю. Краснопорова, Д. В. Култишев, А. В. Пріленська, І. І. Федорова) [139; 173; 181; 192; 317; 409];
- 3) клінічні форми та неуточнені види РХП: «Розлади прийому їжі» (за МКХ-10), «Розлади харчової поведінки» за DSM-V (2013), згідно з якою до категорій, що виокремлювалися раніше, додали нову категорію ARFID (2015) [237; 584; 640];
- 4) домінування порушених форм харчової поведінки, зокрема обмежувальної, екстернальної і емоціогенної ХП, які у науковій літературі визначаються як стилі ХП (О. В. Сидоров) [357], типи ХП (Т. Г. Вознесенська, В. О. Сафонова, Н. М. Платонова [81], Я. В. Нікіфорова [280], В. І. Смоляр [366]) та порушення ХП (Л. М. Абсалямова [1]). Водночас, ці форми реалізуються як стратегії самообмеження в їжі або переїдання і розглядаються нами як стильові особливості ХП (з позицій психологічного підходу), але враховуючи їх генетичну спорідненість з клінічними формами їх можна визначати як субклінічні форми розладів ХП.

Отже, з вищерозглянутого випливає, що дотепер серед дослідників відсутня єдність щодо типології порушень ХП та щодо визначення причин їхнього виникнення, критеріїв діагностики, механізмів урегулювання тощо. Але застосування основних методологічних положень психології тілесності щодо означених питань дозволяє визначити, що вони стосуються різних рівнів тілесності та фактично зумовлені специфікою наукових дисциплін, які їх розглядають. Виходячи з цього, актуальною стає необхідність створення метатеорії, яка могла б поєднати окремі позиції в єдину цілісність. Це, безумовно, загрожує звинуваченням в еkleктизмі, яке завжди потенційно присутнє щодо питань аналізу та синтезу надскладної упорядкованості, але тільки такий шлях дозволяє вийти за межі звичної практики. Втім, це звичайний розвиток пізнання складних систем, який спочатку в своєму русі йде шляхом виділення окремих елементів цілісної системи, а потім, навпаки,

інтегрує у ціле, але завжди на новому рівні. Отже, і в пізнанні виникнення та розвитку дефекту (патології) проблема цілісності також зводиться до вивчення співвідношення загального і локального. Проте тільки завдяки цілісності тілесності ми можемо говорити про відносну самостійність і автономність патологічного процесу. При цьому розвиток патологічного процесу, як процесу певних змін у цілісній системі, залежить від стану пристосувальних можливостей тілесності як живої системи. Водночас, попри окремі спроби сформувати міждисциплінарний, інтегративний підхід до вивчення ХП (П. І. Сидоров, О. Є. Смашна), більшість досліджень здійснюються в межах традиційних дисциплін.

Причини такої інертності можна пояснити діалектикою наукового пізнання, оскільки кожен з цих підходів сформувався як доповнення до вже існуючого або як його заперечення. До того ж представники традиційного (клінічного) підходу намагаються зберігати монополістський дух щодо пояснення явищ тілесності.

На нашу думку, психосоматичний розвиток будь-якої форми проблемної ХП на ранніх етапах патогенезу не має прямих механізмів формування психо- та патопсихологічних ускладнень, але водночас проходить субклінічну стадію формування соматичних еквівалентів у вигляді деформацій ваги як морфологічного субстрату. Зважаючи на це, вважаємо доцільним розглянути описову характеристику різних варіантів проблемної харчової поведінки, в т.ч. крайніх варіантів патологічного модусу, які традиційно розглядаються у психіатрії як розлади харчової поведінки/розлади прийому їжі. Необхідність цього також диктують принципи психології тілесності, виходячи з яких будь-який розгляд проблемної поведінки поза контекстом симптомів, які індивід проживає та переживає як порушення функціонування свого тіла, є формальним, оскільки не висвітлює патогенетичних взаємодій розвитку порушення/хвороби в рамках континуумів «норма – патологія»/«здоров'я – хвороба». Разом з тим, безсумнівно, що предтечею та підґрунтям будь-якої нової наукової моделі в тій або іншій галузі наукового знання є попередні наукові розвідки.

1.2.2 Клінічний дискурс патологічного модусу проблемної харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі». В останні десятиліття серед форм проблемної харчової поведінки все більшої кількості набуває *психо-*

генна гіперфагія [37; 81; 89; 113; 118; 119; 254; 323; 331; 332; 348; 351]. Остання у дослідженні Є. І. Гетманчука розглядається як межовий розлад [89]. Характерною особливістю цієї викривленої форми ХП є гіперфагічна реакція на стрес, яка супроводжується переїданням.

Відповідно до МКХ-10, переїдання, яке виникає як реакція на дистрес у поєднанні з іншими психологічними порушеннями емоційно-вольової сфери на тлі афективної симптоматики (тривоги, занепокоєння, слабкості, дратівливості, депресії) визначається як розлад прийому їжі (F50.4), який призводить до надлишкової ваги [237; 185; 363; 640]. За класифікацією DSM-IV окреслений розлад визначається як розлад Binge-Eating (переїдання) [584].

Огляд вітчизняних та зарубіжних наукових джерел дозволяє констатувати наявність розмаїття термінів щодо аналізованого розладу ХП: *психогенне переїдання, порушення дигестивної поведінки, компульсивне переїдання, компульсивна їжа, синдром компульсивної харчової поведінки, невротичне переїдання, гіперфагія, психогенна гіперфагія, гіперфагічна реакція на стрес (ГФРС), ожерливість, синдром харчових ексцесів, розлад «Binge-Eating»*.

Описання симптоматики та наслідків домінування цієї стратегії ХП дозволяє вважати, що всі ці назви є синонімічними поняттями та підкреслюють стислу характеристику специфічної стратегії ХП, що виникає стихійно під впливом негативних емоційних переживань і призводить до ожерливості. Наслідком такої поведінки є надмірне перевищення надходження енергії (порівняно з її витратами), що зумовлює накопичення надлишків ваги. У подальшому викладі віддаємо перевагу терміну «психогенне переїдання» відповідно до традиційної класифікації МКХ-10 [237].

Функціонально такі напади допомагають швидко під час споживання їжі підвищити настрій та знизити ситуаційну тривогу. При цьому індивід майже завжди здатний виокремити ситуацію психоемоційного напруження (стимульну ситуацію), яка у певному розумінні «запускає» ритуал ожерливості у межах певної схеми.

Узагальнення описових характеристик за різними науковими джерелами, які презентують психогенне переїдання [37; 81; 89; 113; 118; 119; 254; 323; 331; 332; 348; 351], дозволяє визначити найважливіші особливості патологічного модусу

переїдання, як варіанту проблемної харчової поведінки: переїдання відбувається в обмежений (дискретний) період часу без відчуття голоду; відчуття нездатності стримати себе від стрімкого поглинання їжі та відчуття неможливості контролювати процес споживання їжі; кількість їжі, що приймається під час приступу споживання їжі, є набагато більшою, ніж звичайно; приймання їжі відбувається швидше, ніж зазвичай і триває до виникнення дискомфортних відчуттів внаслідок переповнення шлунку; частота епізодів переїдання в середньому мінімум 2 рази на тиждень впродовж півроку (за МКХ-10), але у DSM-V (2013) прийнята поправка, згідно з якою достатньо одного епізоду на тиждень впродовж трьох місяців; напади переїдання зазвичай відбуваються на самоті через відчуття сорому та бажання уникнути контактів (це засвідчує збереження критики та самооцінювання таких нападів як хибних, ненормальних, надмірних) [237; 640]. Відзначається, що після прийому їжі виникає відчуття провини та відрази до себе, зниження настрою, відчуття відчаю, загальмованість рухів та мислення, ангедонія тощо.

Разом з тим, за результатами власного експериментального дослідження, Є. І. Гетманчук, наголошує, що можливі три варіанти реагування на переїдання: 1) кураційний варіант, що супроводжується поліпшенням настрою та зменшенням тривоги; 2) нульовий варіант, що суб'єктивно визначається як відсутність суттєвих змін у психічному самопочутті (може бути пояснений наявністю алекситимії); 3) парадоксальний варіант, що характеризується тим, що насичення є каталізатором маскованих розладів емоцій та настрою [89, с. 21].

Водночас у низці досліджень зазначається, що поодинокі епізоди переїдання під впливом тривалої харчової депривації або внутрішньої потреби у підвищенні психоемоційного тону є можливі у будь-якої здорової людини [10; 39; 52; 96; 143]. На нашу думку, це може бути пояснено з позицій базової системи емоційної регуляції, котра активно розроблялася групою авторів під керівництвом В. В. Лебединського [198]. Обґрунтовуючи концепцію базової системи емоційної регуляції (БСЕР) автори звертають увагу на дві її основні функції: тонічну і регулятивну. У нормі тонічна функція другого рівня БСЕР є лише тлом, але в умовах депривації /дистресу, потреба у тонізації актуалізується. У разі вкрай обмеженого

діапазону копінг-стратегій як навичок психологічної компетентності щодо виходу зі стресових ситуацій рівень стереотипів (другий рівень БСЕР) «диктує» використання примітивних стереотипних засобів стеничної аутостимуляції. Найпростішими серед них є стратегії, пов'язані з процесом споживання їжі або контролю над її споживанням. При цьому чим більше суб'єкт зосереджений на відчуттях власного тілесного дискомфорту, то тривалішим або інтенсивнішим є період аутотонізації, який на деякий час суб'єктивно знижує емоційне напруження.

У деяких джерелах під терміном «переїдання» використовується термін «булімія» (від грецьк. – вовчий голод) [239, с.384]. Але у більшості наукових джерел психогенне переїдання відмежовується від нервової булімії саме тому, що остання супроводжується компенсаторною поведінкою та використанням «жорстких» методів корекції фігури за допомогою різноманітних очисних процедур, а психогенне переїдання – ні.

Разом з тим, на нашу думку, є достатньо підстав для розгляду ожиріння у складі психосоматичного синдрому ХП (не за подібністю клінічної симптоматики, а за подібністю стратегії переїдання, яка призводить до однакових соматичних наслідків). Таким чином, стратегія переїдання, як домінуюча стратегія ХП, є основним механізмом двох різних за нозологічною класифікацією груп захворювань, зокрема психогенного переїдання (як форми розладу харчової поведінки) та ожиріння (як поліетіологічного комплексного багатофакторного захворювання). Ознака, що їх об'єднує – це надлишок ваги та метаболічні порушення, які є загрозою щодо виникнення тяжких супутніх захворювань і наступної інвалідизації. Так, у дослідженні Є. І. Гетманчука, наводяться дані щодо позитивної кореляції між показниками тяжкості та тривалості аліментарного ожиріння внаслідок психогенного переїдання [89, с. 20].

Ряд авторів (А. В. Вахмістров, І. С. Джерієва, Н. І. Волкова, С. І. Рапопорт, І. Г. Малкіна-Пих, О. О. Скугаревський, L. A. Pawlow, A. J. Stunkard та ін.), як варіанти психогенного переїдання, розглядають й інші харчові поведінкові синдроми, а саме: синдром нічної їжі, сезонний афективний розлад (САР), передменструальну гіперфагію, вуглеводну спрагу [77; 107; 228; 331; 363]. Аналіз особливостей цих форм дозволяє стверджувати, що вони є патернами харчової поведінки, які вини-

кають в ситуації емоційного напруження та дискомфорту, а отже, є засобами регуляції емоційного стану (дозволяють розслабитися, заспокоїтися, зняти втому, отримати задоволення тощо). Всі ці патерни зумовлюють надходження надмірної кількості нутрієнтів та є предикторами формування надлишкової ваги, тому що їжа приймається поза фізіологічною необхідністю (що докладно розглянуто у наших публікаціях[456; 459; 462; 475; 476; 560]).

Надлишкова вага та ожиріння як наслідки проблемної харчової поведінки.

Надмірна маса тіла ($IMT > 25$) та ожиріння ($IMT > 30$) – це деформації ваги внаслідок зайвих жирових відкладень, які зумовлені розладами контролю апетиту і підтримання маси тіла. Своєю чергою надлишкова вага та ожиріння значно підвищують ризик виникнення та ускладнення серцево-судинних, ендокринологічних, гастроентерологічних, онкологічних та інших захворювань [96].

Ожиріння є поліетіологічним захворюванням. Патологічний розвиток ожиріння є складним і відносно тривалим процесом. Узагальнення позицій різних авторів [102; 113; 213; 229; 287; 360; 379; 389; 566; 589; 620; 633; 666; 671] щодо проблеми ожиріння дозволяє виділити основні чинники, які зумовлюють виникнення цього типу патологічного розвитку тілесності: 1) генетична схильність; 2) демографічні (вік, стать, етнічна належність); 3) соціально-економічні (освіта, професія, сімейний стан); 4) порушення ШКТ; 5) стресові чинники; 6) психологічні та поведінкові.

Попри різні позиції науковців щодо механізмів патологічного розвитку ожиріння, більшість з них визнають, що основним у його розвитку за будь-яким типом є аліментарний фактор (неправильне харчування) і зниження рухової активності, які зумовлюють накопичення надлишкової маси тіла.

Неправильна організація харчування та фіксація переїдання як руйнівної харчової стратегії може формуватися у будь-якому віці, починаючи з дитинства. Негативним наслідком неправильної організації харчування і шкідливих харчових звичок є виникнення і розвиток патофізіологічного метаболічного дисбалансу – різноманітних порушень основного обміну і нейроендокринного реагування, що формують функціонально-морфологічну основу експансії генетичного феномену ожиріння. Базовою основою пато-психо-фізіологічного розвитку ожиріння, автори називають

помилкову стратегію ХП, яка зумовлює надмірне споживання жирної їжі, дефіцит білку у харчуванні, тривалі перерви між прийомами їжі, зміщення максимуму харчової активності на пізні вечірні години (ніктофагія), надмірні об'єми порції. Саме помилкова (неправильна) стратегія ХП детермінує поступові зміни на біологічному (соматичному) рівні функціонування – гіпоталамічної дисфункції, формує тенденцію до порушення добових ритмів, зумовлює порушення гормонального зв'язку між жировою тканиною і гіпоталамусом, зумовлює високу концентрацію інсуліну тощо.

Сукупність зрушень фізіологічного реагування в сукупності з певними психологічними особливостями особистості формують зміни харчової поведінки людини, зумовлюють вибір способу, стилю та варіанту життя.

Загалом автори єдині в тому, що ожиріння – це стан, що призводить до порушення метаболізму, в результаті чого частина харчових речовин трансформується у метаболічно інертну жирову масу, яка «вимагає» на своє забезпечення все більшу кількість їжі. Водночас ряд науковців та лікарів-практиків відзначають, що ожиріння – це результат «оральної розбещеності», гедоністичної ментальної пастки «аліментарного щастя» суспільства споживання (В. Д. Менделевич, Н. Пезешкіан, П. І. Сидоров та ін.).

На думку П. І. Сидорова, ожиріння, отримавши статус соціальної епідемії, руйнує індивідуальну та соціальну ідентичність, деформує ментальність і маргіналізує суспільну свідомість, збільшуючи ризик ранньої деменції [360, с.29]. Окрім того автор зазначає, що ожиріння – це багатофакторний процес, у розвитку якого є важливими генетичний, метаболічний, індивідуально-психодинамічний, духовно-моральний, соціально-економічний та культуральний чинники.

Сучасний стан розробленості проблеми анорексії і булімії. Огляд діагностичних критеріїв, стадій та факторів ризику щодо виникнення нервової анорексії та булімії презентований нами у публікаціях [456; 462; 560].

Вагомою причиною звернення науковців до проблеми нервової анорексії та булімії є її соціальна значущість, оскільки за відсутності лікування означені розлади ХП спричиняють передчасну смерть. Разом з тим статистичні дані останніх десятиліть свідчать про неухильне зростання кількості хворих на НА і НБ. Така

тенденція отримала специфічну характеристику – анорексичний вибух. При цьому дослідники (М. А. Цивілько, М. В. Коркіна, В. І. Скворцова, Л. Г. Єрохіна, Н. С. Чекньова, А. Є. Брюхін та ін.) вказують на зростання кількості випадків серед чоловіків: якщо всередині минулого століття співвідношення хворих чоловіків і жінок було 1:20, то на сьогодні цей показник становить 1:4. [433].

Отже, є необхідність в аналізі наукових розвідок щодо цих форм проблемної ХП. Докладний теоретичний аналіз щодо сучасного стану розробленості проблеми анорексії і булімії був здійснений нами у публікаціях [494; 560; 648; 650]. Узагальнюючі наукові розвідки, присвячені вивченню анорексії та булімії, зазначимо, що:

1. Результати досліджень щодо особливостей розладів харчової поведінки мають суперечливий характер. В одних дослідженнях «нервова булімія» виокремлюється як самостійна патологічна форма харчової поведінки, в інших – розглядається як етап або варіант нервової анорексії.

2. На тісний зв'язок між викривленими патологічними патернами харчової поведінки за булімічним та анорексичним типом указують:

- активне прагнення (свідомого та несвідомого характеру) до корекції фігури/зовнішності шляхом певних антивітальних, аутодеструктивних, дезадаптивних, нерациональних стратегій поведінки, які спрямовані на схуднення;
- загальний психопатологічний механізм ініціалізації дезадаптивних стратегій поведінки – дисморфофобічні та дисморфоманічні ідеї;
- психосоматичні синдроми нервової анорексії та нервової булімії мають подібну психопатологічну структуру та багато схожих психопатологічних ознак;
- зміна анорексичних стратегій на булімічні або їх чергування розглядається як трансформація нервової анорексії в нервову булімію, що вказує на несприятливий перебіг розвитку нервової анорексії («злюкисний варіант» патогенетичного розвитку хвороби), що супроводжується приєднанням багатьох важких психосоматичних та соматопсихічних захворювань;
- подібність преморбідних характерологічних особливостей (найчастіше відповідно до ананкастного, тривожного, істеричного розладів особистості) та коморбідної симптоматики щодо інших непсихотичних розладів (приєднання симптома-

тики афективного, тривожно-фобічного, obsесивно-компульсивного спектрів та ін.).

1.3 Харчова поведінка як психосоціальний феномен у дискурсі людського розвитку

1.3.1 Харчова поведінка як холістичний результат взаємодії індивідуального і колективного суб'єкта. Донедавна харчова поведінка як певна система відносин особистості з їжею не була предметом вивчення психології. Вважаємо, що увага дослідників до різних ракурсів харчової поведінки засвідчує значний науковий інтерес до цієї проблеми. Зокрема, дослідження таких аспектів повсякденного життя, які пов'язані з кухнею, гастрономією, з організацією та правилами харчування, процесом споживання їжі, з гармонічними або негармонічними (порушеними) відносинами з їжею, може свідчити про соціальну динаміку культурних уявлень (І. В. Сохань) [376, с. 99]. До того ж це свідчить, що науковці, зокрема психологи, перестали вважати, що харчова поведінка є лише низинною інстинктивною поведінкою, пов'язаною з задоволенням біологічної потреби, а є повноцінним предметом уваги сучасної теоретичної і практичної психології – загальної, етнічної, клінічної/медичної, психології тілесності, девіацій тощо. Разом з тим, Л. С. Виготський, ґрунтуючись на основних положеннях культурно-історичної концепції вищих психічних процесів наголошував на тому, що будь-які наукові розвідки щодо поведінки людей повинні досліджуватися у тісному взаємозв'язку з тенденціями історичного, соціокультурного й етнічного розвитку, в аналізі структури й динаміки інструментальних актів психіки людини. На думку автора, вивчати що-небудь історично це значить вивчати в русі [87, с. 62]. Іншими словами, кожна форма культурної поведінки є продуктом історичного і культурного розвитку людства, а отже, має розглядатися крізь призму культурного-історичного підходу.

Починаючи з 70-х років ХХ сторіччя реальність повсякденного життя та тілесних практик, у т.ч. пов'язаних з харчуванням та харчовою поведінкою, привернули увагу дослідників різних наукових дисциплін гуманітарного знання – філософів, соціологів, психологів та ін. (Т. І. Алексєєва, Г. Апполонська, Л. Ф. Артюх, А.К. Байбурін, Р. Барт, О.Ю. Барташук, Ф. Бродель, П. Бурд'є, Н. Еліас, С. О. Кириленко, К. Леві-

Стросс, С. Д. Литвин-Кіндратюк, М. Мерло-Понті, Е. Пікон-Ретегюю, В. А. Роменець, І. В. Сохань, Т. М. Титаренко, О. Устинова, Х. Ф. Фербер, М. Фуко та ін.).

Враховуючи обмеження дисертації за обсягом, ми не маємо можливості навести всі результати, що були отримані нами під час аналізу теоретико-методологічних підходів, тому лише оглядово зупинимося на ключових моментах, що є необхідними для розкриття питання та дозволяють зберегти внутрішню концептуальну єдність дослідження [497; 500; 504; 505; 506; 507; 524; 525; 560; 654].

Узагальнення низки соціально-психологічних та філософських наукових розвідок з психогенезу історії людства (М. О. Бутінова, Н. Еліаса, Л. Леві-Брюль, К. Леві-Стросса, М. Мід, Є. А. Подольської, В. А. Роменця, П. Д. Юркевича та ін.) щодо первісного періоду розвитку людства дозволяє стверджувати, що в період архаїчної культури, їжа, маючи сенс втамування голоду, ситості і задоволення наділялася магичним ореолом, і водночас мала статус найпершої форми власності, що гарантувала існування [62; 576; 201; 202; 245; 307; 338; 578]. «Потенції їжі» забезпечували власну спритність, силу, здоров'я, гарне полювання та інші можливості [201; 202; 245; 336; 376; 578]. Разом з тим, будь-яка трапеза в архаїчній культурі має побутову обрядовість (архаїчні ритуали, жертвоприношення), символічний смисл яких спрямований на те, щоб відкупитися від гріхів або вимолити щось важливе (здоров'я, благополуччя, дитину тощо). У ситуаціях, коли їжа наділяється високим семіотичним статусом, утилітарність їжі, як способу утамування голоду, «витісняється», відходить на другий план, натомість на перший – виходить саме сакральний смисл їжі. Такими є ритуальна їжа, архаїчні харчові табу, які зовсім не пов'язані з уявленням про живильну цінність або її можливу небезпеку (М. О. Бутінов, В. М. Розін) [62; 336]. Отже, харчова поведінка, як зовнішня і внутрішня активність щодо організації пошуку та прийому їжі, навіть з первісного етапу розвитку людства визнається не тільки засобом утамування голоду (як біологічної потреби людини), але й інструментальним актом психіки щодо регуляції індивідуального психічного стану під впливом різноманітних подій (як зовнішнього, так і внутрішнього характеру) [560, с. 123–46]. Іншими словами така харчова активність набуває всеосяжної інтеграції у відповідних соціальних практиках.

Плеяда авторів (О. М. Галінська, Д. Б. Гутков, М. Л. Ковшова, В. В. Крас-

них, Т. В. Цив'ян та ін.) розглядаючи *харчовий, кулінарний, гастрономічний коди культури визначають їх як архайчну колективну (соціальну) пам'ять, знакову систему, котра, зберігаючи інформативні коди їжі, створює ціннісний символічний культурний текст, символізує харчову традицію, транслює різноманітні культурні значення їжі* [88; 97; 182; 434].

Перенесення принципів колективної суб'єктності (за В. О. Васютинським [73, с. 23–27]) на поле феноменології ХП дає підстави для інтеракційно-феноменологічного бачення її психологічних джерел, а отже, розуміння формування владних опозицій щодо тіла, їжі та патернів харчової поведінки. З цього випливає, що ХП, *атрибутивно має двоїсту онтогносіологічну природу, тобто є продуктом/результатом індивідуального і колективного*.

Іншими словами, їжа для людини, є не просто продуктом харчування (природного і виробничого походження), що має вітальний аспект виживання, але й семіотичною системою, культурним знаком, носієм символічних значень і смислів [27, с. 16–17]. Виходячи з цього, ХП є семіотичною системою і стереотипно-ритуальною формою поведінки, тобто такою, що використовує символи для підтримання соціальних зв'язків, збереження й трансляції певних цінностей у групі. Подібну позицію знаходимо у В. А. Роменця, котрий розглядає ритуал у тісному зв'язку з міфологічною психологією, що виявляє себе через низку різноманітних значень, які є не лише суб'єктивними породженнями віри, але й мають опору у відповідних ритуалах [338, с. 126]. На думку автора, ритуал є практичним подоланням принципів фаталістичної зумовленості подій та магічної сваволі, адже він реально організує й нормує поведінку людини [338, с. 127].

Н. О. Устинова зауважує, що харчовий код культури формується через репрезентацію на рівнях «мовлення» та «мови», коли первинні харчові елементи харчової традиції, як природні об'єкти рослинного й тваринного походження, одержують вторинне значення [408]. У такому разі харчова традиція через сукупність мовних засобів опредмечується і утворює ряд семантичних полів. Авторка зазначає, що «експлікація культурно-національної значущості семіотичного утворення досягається на основі усвідомленого й неусвідомленого співвіднесення «живого значен-

ня» з відомими людині кодами культури» [408, с. 28].

Аналіз символічних значень їжі, яких вона набуває під час повсякденної діяльності та комунікації дозволяє виокремити наступні категорії: 1) їжа як засіб встановлення «спорідненості» (М. О. Бутінов) [62]; 2) їжа як засіб встановлення контакту і зв'язку з «чужими» (В. М. Розін) [336]; 3) їжа як ритуал, або атрибут обрядової діяльності, що відображається у календарних святах, звичаях та обрядах кожного народу, зокрема весільних, родильних, поминальних тощо (А. К. Байбурін, О. Ю. Барташук, Н. І. Кошель, В. В. Красних, Н. О. Устинова та ін.) [28; 31; 178; 182; 408]; 4) їжа як життєва необхідність містить два аспекти: організаційний (кухню/приготування їжі) і саме споживання їжі. У традиційному суспільстві всі елементи процесу прийому їжі (час прийому, особливості споживання, дотримання правил трапези тощо) є об'єктом пильного контролю й суворой регламентації [228; 316; 353]; 5) їжа як засіб виховання зумовлює виникнення особливих символічних смислів їжі – знаків заохочення (турботи, захисту, винагороди, любові, пошани), або навпаки, знаків покарання, відчуження і навіть смерті [522; 540; 554; 555]; 6) їжа як засіб задоволення естетичної потреби. Вишукана, екзотична їжа асоціюється з символом достатку, добробуту, статусу, успішності [315].

Означені категорії засвідчують, що їжа, у процесі соціальної комунікації і внаслідок своєї знаковості, є психологічним феноменом – посередником, що встановлює трансцендентні зв'язки між тілом і духом, і пов'язує різноманітні дії щодо організації харчової практики з іншими практиками, відображає індивідуальні і культурні уподобання, специфіку смаку, соціальне положення. Активне обговорення «прийнятності – неприйнятності» харчової поведінки, як правильного ставлення до їжі та способу задоволення потреби починається ще з часів античності. Більшість філософів того часу (Аристотель, Платон, школа епікурейців та ін.) звертали увагу на необхідність «золотої середини», помірного споживання їжі, визначаючи харчову надмірність спокусою душі людини (цит.: О. М. Варипаєв) [67, с. 320].

Водночас ряд філософських шкіл (стоїки, кініки та ін.) та більшість релігійних конфесій впроваджували центральну ідею аскетизму як духовно-морального орієнтиру: «хто може відмовитися від їжі та харчуватися лише повітрям – той святий» [45;

228; 279; 325; 338]. Означена ідея встановлює безпосередній зв'язок між стратегією харчової поведінки (обмеженням в їжі) та рисами характеру людини, її здатності до найвищих чеснот людини (духовності, святості). Прикладом аскетизму як життєвої практики та харчових традицій, є Спарта. Починаючи з VI ст. до н.е. у Спарті можна було споживати їжу лише у громадських їдальнях («сисситіях»), які були інструментом контролю над харчовою поведінкою спартанців. Подібну позицію пропагував Порфирій (III в. н.е.), який у трактаті «Про утримання від споживання в їжу живих істот», наголошує, що максимальному забезпеченню духовної роботи сприяє лише мінімум споживання їжі та економічний режим існування тіла, а будь-яке відхилення від цього ідеального співвідношення призводить до перетворення душі в тіло, коли плоть стає темницею для душі. Подібний ригоризм прослідковується і в окремих фрагментах праць деяких інших представників релігійної філософії впродовж усієї історії її розвитку [32; 245; 263; 312; 414; 421].

У концепції християнської релігії тематика харчової надмірності є наскрізною, а черевоугодництво/обжерливість, яке призводить до омертвіння душі вважається одним із дванадцяти смертних гріхів. Міркування про відносини з їжею здебільшого стосуються порушень правильного режиму її споживання [99; 141]. Однак, така жорстка позиція не завадила формуванню «*цінності смаку*», що сприяло розвитку кулінарного мистецтва і гастрономії, і, відповідно, значно змінило ставлення до їжі і харчову поведінку.

На думку П. Бурд'є (родоначальника естетичної концепції смаку) [57; 588] та низки інших авторів (Ф. Броделя, С. О. Кириленко та ін.) [51; 150], формування «маркованого смаку» і «смаку як цінності їжі» стає фундаментом для виникнення соціальної диференціації європейського суспільства, оскільки цінність уміння насолоджуватися смаком їжі протиставлялася цінності одержувати задоволення від стану ситості [57, с.138]. І навіть десакралізація їжі, котра відбувається у період модерну не означає її десимволізації, навпаки, їжа здобуває статусну функцію, яку виражає «ідея смаку». В. В. Похльобкін, розкриваючи поняття смаку у кулінарії, писав: «смак – це альфа й омега оцінки якості харчового продукту або кулінарної страви» [315, с.87].

Паралельно у суспільстві формується зв'язок між *ідеєю «гарного тіла»*,

«гарної їжі», «стилю їжі», «статусної їжі». Простонародні традиції прийому їжі задаються образом міцного та сильного тіла здатного виконувати важку та тривалу роботу (орієнтація на відчуття ситості та на еталон міцного тіла). Відповідно для «простих людей» гарна їжа це така, що дозволяє швидко відновити втрачені сили (енергію) і зміцнює тіло, а також така, щоб її можна було їсти швидко, енергійно пережовуючи, не витрачаючи марно час [150, с. 96]. Серед поціновувачів витонченого (аристократичного) смаку, навпаки, панують інші ідеали їжі та тіла. При цьому ідея тіла визначає певні вимоги до якості й кількості їжі та до харчової поведінки. Впроваджуються ідеї цінності смаку їжі (на противагу цінності стану ситості) та необхідності постійної уваги до тіла для його вдосконалення. Водночас відповідність «ідеалу тіла» та «ідеалу зовнішнього вигляду» розуміється як моральна гідність, а не відповідність – як тілесна розбещеність [313; 312; 422; 425]. Прийом їжі супроводжується багатьма ритуальними обмеженнями і чіткими правилами. Символічну цінність несе все те, що визначається як «оригінальне», «екзотичне» і дорого коштує. Цінності незаможного прошарку відкидаються, вважаються проявом грубого смаку, «їх» (простолюднів) їжа вважається несмачною, грубою і дешевою [22; 150; 307; 315; 384].

Отже, набувши всеосяжної інтеграції у відповідних соціальних практиках, харчова поведінка стає формою колективної суб'єктності, феноменом культури, що формує опозиції як до тіла (струнке/огрядне, чисте/нечисте, здорове/хворобливе), так і до їжі (смачна/несмачна, приємна/неприємна, корисна/шкідлива) і стратегії харчової поведінки (прийнятна/неприйнятна, здорова/хвороблива). Особливості відносин з їжею, відмінності у стилях та патернах харчування у ситуаціях прийому їжі між різними класами сполучаються з різними способами турботи про тіло і закріплюються щонайменше у двох принципово відмінних життєвих стилях, що мають різні уявлення про смак і зовнішній вигляд тілесності [22; 27; 51; 216].

Ряд авторів (Л. Ф. Артюх, П. Бурд'є, Н. Пезешкіан, В. В. Похльобкін та ін.) зауважують, що повсякденна їжа різних верств населення дуже відрізняється внаслідок опозиційних цінностей смаку, функціонального призначення їжі і естетичних установок щодо тіла. Означені структури, як надіндивідуальні характеристики

формували різні орієнтири щодо «приємного», «смачного», «здорового», і, відповідно, різні стратегії ХП. На думку П. Бурд'є, «звички, пов'язані з споживанням їжі, втягуються в символічне протистояння й перетворюють практичні навички виживання в життєвий стиль. Ситність їжі як потенція їжі трансформується парадоксальним чином в особливий смак, який визначає «смак необхідності» [57, с. 85].

Відмінності в режимах харчування між представниками одного адаптивного біотипу (тобто тих, що жили в межах подібних клімато-географічних регіонів) дослідники (Т. І. Алексєєва, К. Богданов, О. Прасол, Е. Пікон-Ретегю, R. Sugg, та ін.) пояснювали різними системами життєзабезпечення (укладом життя), особливостями організації соціальної поведінки та розподілом праці, національними смаками, релігійними віруваннями. Специфіка системи життєзабезпечення визначалася особливостями харчової ресурсної бази, харчових традицій, здатністю до розширення харчового раціону через введення нових видів їжі, комплексом особливостей господарської діяльності, рівнем трудової кооперації, наявності традицій споживання, особливостями розподілу «благ комфорту» й «високих» технологій у домашньому господарстві, що дозволяло збільшувати кількість та поліпшувати якість їжі, характером статево-рольової й вікової диференціації та іншими особливостями [9; 42; 51; 57; 62; 201; 202; 216; 245; 305; 316; 663].

В. М. Розін звертав увагу на розвиток кулінарної практики, що дозволило людям імітувати ті продукти, смакові якості яких були для них найбільш привабливими. Досвід приготування їжі (традиції «кухні») люди передавали від покоління до покоління, при цьому також формувалося й особливе ставлення до їжі як основи життя, здоров'я й благополуччя [336, с. 24].

Важливого значення у вивченні харчових звичок та особливостей взаємодії в ситуаціях прийняття їжі набула праця Х. Ф. Фербера «Звички харчування: до культурології харчування» [611]. У цьому дослідженні автор, на засадах побутової психології розглядає звички харчування як національні уподобання смаку та «інституціональні способи поведінки», чітко виділяє всі ті елементи, які можуть бути названі зразками харчової поведінки, які регламентується та закріплюються у культурних санкціях, релігійних віруваннях, табу тощо. Результати дослідження

вченого висвітлюють витoki сучасних форм харчової поведінки, але водночас дозволяють зробити висновок, що з усього комплексу матеріальної культури, харчування, є найбільш консервативним. При цьому зміни харчової поведінки відбуваються або на підставі раціонального обґрунтування нових форм, стилів ХП, або внаслідок змін соціокультурного підтексту, які час від часу виникають та поширено розповсюджуються у суспільстві як новітні модні тенденції, ідеї, погляди.

1.3.2 Іпохондричний дискурс як передумова виникнення та розвитку проблемної харчової поведінки. Одним з фундаментальних методологічних положень, якого дотримується вітчизняна психологія ще з часів Л. С. Виготського – О. М. Леонтьєва – О. Р. Лурії, є необхідність врахування аналізу «соціальної ситуації розвитку», зокрема аналізу впливу соціокультурних процесів що домінують у суспільстві [216; 308; 330; 368; 377; 383; 413]. Саме тому виникає необхідність оглядово розглянути яким чином зміни у ставленні до їжі впливають на зміни у ставленні до тіла, що по суті, є відображенням цілісної системи відносин між їжею, індивідом та його уявленнями щодо способів турботи про своє тіло.

Кінець індустріальної модерністської епохи супроводжується появою нової маркетингової еліти для якої «смак» визначає можливість підвищити цінність харчового продукту та отримати вищий прибуток (С. О. Кириленко, І. С. Колесникова та ін.) [150; 162]. Виходячи з цього, смак споживача стає найважливішим критерієм «гарна – погана» їжа. Ззовні це виглядає як «орієнтація на смак споживача», однак звертає на себе увагу відкритий процес фальсифікації смаку на тлі ототожнення смаку з іншими цінностями: «смачно і *швидко*», «смачно і *корисно*», «смачно і гарно» [150, с.103]. Такий підхід змінює харчову поведінку людей як споживачів – культивується «смак їжі» або «їжі зі смаком» (С. О. Кириленко) [150, с. 102]. Культивуючи смак, індустрія харчової продукції стає «індустрією на будь-який смак та колір», при цьому натуральність продукту успішно фальсифікується за допомогою харчових добавок, категорія яких є дуже різноманітною (Г. Апполонська) [20]. Апогеем фальсифікації, з опорою на пошук задоволення від їжі без насичення, є «льодяники» і «жувальна гумка», які дозволяють насолоджуватися смаком майже без обмеження [150, с. 106]. Таку ситуацію розвитку суспільства авторка характе-

ризує як відносини між «універсальним виробником» та «універсальним споживачем», при цьому, виробник готовий задовольнити будь-які пристрасті споживача, якщо це обіцяє вигоду. На перший погляд, – це розширює межі смакових уподобань, але, навіть поверхового аналізу достатньо, щоб побачити, що у цій грі, між виробником та споживачем, останній стає все більш чутливим до формування смаку ззовні. С. О. Кириленко характеризує цей процес окультурення задоволення, як шлях перетворення здорового індивіда у потенційного пацієнта [150].

На тлі розмаїття ласощів та їх активного споживання як гарантованого способу отримання задоволення від смаку, у мові з'явилися сталі «смакові» метафоричні вислови («солодке життя», «солодкі мрії», «насолада мого серця», «солодка помста», «солодка парочка» тощо), які використовуються як аналог почуттів внутрішнього емоційного стану. На думку Т. Шибутані, така символічна організація досвіду є засобом конструювання культурних матриць поведінки [565, с. 103–109].

Отже, культ «їжі зі смаком», який досягається за рахунок фальсифікації смаків, вступає у протиріччя з культом здорової ХП. Говорячи метафоричною мовою, суспільство епохи постмодерну зуміло «виліпити» таку людину, котра у виборі їжі «для себе» керується бажанням отримати насолоду смаку, навіть не розуміючи, що критерії вибору «смачненького» здебільшого визначаються всупереч біологічних потреб тіла, і є не стільки власним, скільки смаком нав'язаним ззовні.

Паралельно з утилітарним підходом до смаку, що активно поширюється у сучасному суспільстві, все більшої влади набуває й інший підхід, відомий під назвою «медиалізація» або «біологізоване нормування». Плеяда авторів (І. В. Давидовський, Б. В. Михайлов, Е. Г. Ракша, Є. М. Райзман, А. Б. Смулевич, І. Я. Стоянова, О. Ш. Тхостов, О. О. Фільц та ін.), аналізуючи сучасні тексти – інформаційні системи та окремі сфери соціальної практики у межах яких тіло та тілесне «Я» стає об'єктом медичного описання, розглядають їх як детермінанти формування іпохондричної зосередженості або соціальної іпохондричної практики [100; 249; 329; 330; 368; 383; 403; 413; 453; 454; 525]. В. В. Ніколаєва, наголошує, що на сучасному етапі соціального розвитку у суспільній свідомості *панує іпохондричний дискурс* шляхом впливу на свідомість суб'єкта через своєрідні культурні міфоло-

гічні тексти [327, с. 38]. Специфічною рисою цього дискурсу є проникнення у масову свідомість медичних концепцій про причини та перебіг різноманітних хвороб задля їхнього уникнення. Разом з тим акцентуація на питаннях боротьби з «загрозами» зумовлює надмірну зосередженість на *відчуттях дискомфорту*, що робить індивіда надмірно чутливим до суб'єктивних тілесних переживань, пов'язаних зі *звичайними моментами повсякденного життя* (не хворобою!). Тривале функціонування у стані «режиму очікування» можливих порушень формує залежність від медичних рекомендацій, трансформує суб'єктивну картину світу, індивідуальну та соціальну ідентичність, деформує ментальність [100; 249; 329; 330; 368; 383; 403; 412]. Наслідком є виокремлення таких ракурсів життєдіяльності, які традиційно не вважалися медичними, але на сьогодні набули статусу медичних проблем за відсутності патології [109; 327; 453; 454; 525; 631; 665].

Вперше роль впливу загальнокультурних процесів суспільства на формування медичної влади проаналізовано в наукових розвідках М. Фуко. Автор наголошує, що синдромальна медицина, поєднавши в собі знання і цінності, стала «владою над живим». Водночас, естетика існування людини презентується як мораль конкретного вчинку [422, с. 246–250].

Р. Барт оцінює такий підхід як заміну «задоволення від смаку» на «уявлення про функції їжі та функції роботи всього процесу травлення в його взаємозв'язках з фізичним та душевним здоров'ям» [30, с. 327]. С. О. Кириленко зауважує, що у цьому підході тіло розглядається як інструмент, який за умови правильного догляду не повинний давати збоїв. При цьому їжа розглядається як зовнішній ресурс призначений для підтримки організму у стані високої працездатності. Водночас смак їжі або канонізується (як біологічний спосіб можливості отримати усі необхідні поживні речовини), або ігнорується, пропонуючи оцінювати їжу, виходячи з її корисності [150, с. 159]. М. Лок наполягає, що медикалізація на сучасному етапі все більше зводиться до залякування, спокушаючи індивіда звертати увагу на можливі негаразди у стані свого здоров'я навіть на тлі благополуччя. Автор висловлює думку, що головною рушійною силою медикалізації є комерція, яка активно використовує страх людини за своє

здоров'я або естетику тіла, змушуючи постійно турбуватися з приводу незбалансованості харчування, можливості захворіти, погладшати тощо [631, с. 234].

Подібну позицію висвітлюють Д. Г. Доброродний, Ю. Г. Черняк, Т. Шаш, котрі зазначають, що одним з чинників сучасної медикалізації є культ людського тіла та здоров'я, що підігривається сучасними ЗМІ, різними медичними корпораціями та іншими компаніями «індустрії краси», при цьому акцент робиться на тому, що здоров'я і красу можна легко отримати за допомогою БАДів, ліків, хірургічного втручання, застосування технічних приладів тощо [109; 665]. Міфотворчий характер сучасної реклами, також зазначає Л. М. Хавкіна: «реклама, як текст і дискурс, наскрізно ґрунтується на апелюванні до міфу..., позначеного глобальністю проникнення в індивідуальне й соціальне життя та має визначальну вагу і роль в їх дискурсивному конструюванні та виявах [423, с. 330]. Подібну позицію знаходимо у наукових розвідках М. Фуко [420; 421; 422; 612]. На думку автора, якщо бажана поведінка не є сукупністю автоматизованих, рутинних навичок, а є проявом іпохондричної ідеї, що потребує майже постійного свідомого контролю та ретельної цілеспрямованої діяльності, то це і є іпохондричний дискурс, механізми влади якого здійснюються через тілесні практики у межах певного «зразка»/«моделі».

Ряд авторів (П. Конрад, І. Ілліч, Д. Шнейдер та ін.), наголошують на тому, що медикалізація відхилень у поведінці є типовим прикладом *соціального конструювання реальності на основі розгляду будь-яких проявів нездоров'я як відхилень від норми* [595; 621; 646]. І. С. Колесникова звертає увагу на стигматизацію осіб, що може зумовлювати їхнє виключення із процесу нормальної соціальної взаємодії [162, с.89]. Ще раніше подібну позицію висловлював М. Фуко, характеризуючи медикалізацію як своєрідне мистецтво влади і особливу соціальну технологію *формування іпохондричного тіла*. При цьому дослідник зазначає, що медицина, вже з кінця XVIII століття контролювала майже усі аспекти життя, але лише в епоху постмодерну *турбота про тіло*, завдяки поширенню різних соціальних практик, *не потребує «виправдання» іншими цінностями вищого порядку*, що було властиве попереднім епохам [421, с.80].

Є. М. Райзман розглядає ряд психотерапевтичних практик (психосинтез, трансперсональну психологію, філософію космізму, медитативні техніки, екстрасенсорні та

езотеричні маніпуляції тощо), як такі, що майже повністю збігаються з областю впливу іпохондричних практик [330]. Оскільки багато авторів, визначають медикалізацію через іпохондричний дискурс, то є необхідність уточнити понятійний апарат. По-перше, окреслимо поняття «дискурс». Серед великого розмаїття позицій щодо цього питання, ми зупинилися на визначенні В. Васютинського, зокрема, «дискурс – це єдність комунікаційно-інтеракційних і когнітивно-інтерпретаційних процесів, що утворюють єдиний простір існування індивіда». З цього випливає, що коли життя «читається» як текст, то воно читається саме із сенсів, що оформлені символічно, завдяки власне чому, воно і стає текстом [74, с.90–102]. У такому разі суб'єктивний простір існування індивіда є результатом перетинання індивідуального (внутрішнього) і колективного (зовнішнього), а отже, є його особистою знаково-символічною моделлю індивідуального досвіду (що містить емоційні, когнітивні, комунікативні й практичні механізми функціонування), призмою, крізь яку він сприймає і відтворює реальність.

До того ж є необхідність уточнити поняття іпохондричний дискурс, у зв'язку з поняттям «іпохондричний синдром». Останнє, у нашому дослідженні розглядається в значно ширшому значенні, яке не зводиться до жодної нозологічної рубрики з кластеру соматоформних розладів. Широкий контекст поняття вказує на його денотативну природу й значущу роль як знакової системи, яка визначає зв'язок між відчуттями, симптомами та змістом патологічних уявлень. У цьому разі іпохондрія розглядається як метасиндромне утворення, що не має власної психопатологічної структури та поєднує порушення різноманітних спектрів – афективного, фобічного, obsесивно-компульсивного характеру та ін. [330; 368; 383; 403; 413]. Означену позицію також підтримує В. В. Ніколаєва, яка підкреслює, що іпохондрія у широкому сенсі цього поняття виходить за рамки власне психіатричної концептуалізації [327, с. 38]. Отже, іпохондричний дискурс, як текст, формує *іпохондричний стиль поведінки*, який виявляється у сенсibiliзації до суб'єктивного тілесного досвіду та є узагальненою категорією. Відповідно іпохондричний стиль поведінки розглядається як базисне транссиндромне/епіфеноменологічне поняття [330; 368; 383].

Узагальнення основних ідей В. В. Ніколаєвої, щодо впливу дискурсів сучасних інформаційних метасистем (санпросвіти, альтернативної медицини, реклами) та формування іпохондричного метасиндромного утворення з поступо-

вим відчуженням тіла, зображено на рис. 1.2.

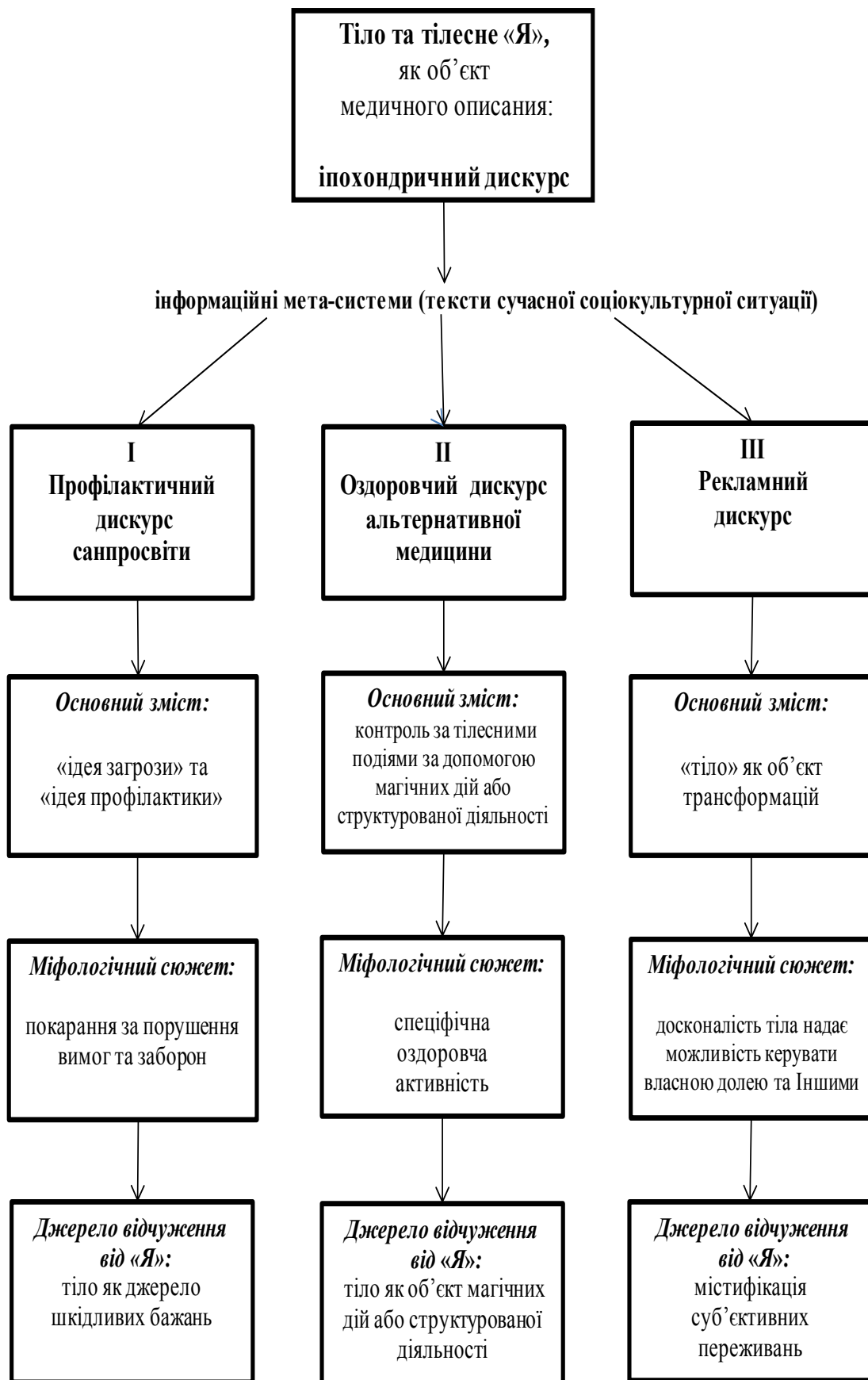


Рис. 1.2. Репрезентації іпохондричного дискурсу у текстах інформаційних систем (санпросвіти, альтернативної медицини, реклами)

Особливість впливу дискурсів інформаційних метасистем вбачається нам у тому, що вони через специфічний зміст (міфологічні ідеї щодо збереження тілесного здоров'я) та міфологічний сюжет щодо уникнення загроз, створюють умови для формування метасиндромного утворення (іпохондричного тіла, іпохондричного стилю поведінки) внаслідок чого тіло набуває властивості об'єкта, стає зовнішнім щодо «Я» та відчужується [327, с. 43].

Цілком підтримуючи вищевикладені позиції, ми вважаємо, що тиск іпохондричного дискурсу щодо питань, пов'язаних з порушеннями ХП, зумовлює у зацікавлених осіб, з одного боку, підвищену тривожність та занепокоєння з приводу надмірної ваги та ризику виникнення різних захворювань, а з іншого – підвищену споживчу активність щодо відповідних фармакологічних препаратів та інших засобів індустрії краси (технічних приладів, спрямованих на корекцію ваги, кремів для схуднення тощо). Розвиваючи означене вважаємо, що різні варіації харчової поведінки у континуумі «норма – патологія», в т.ч. крайні варіанти патологічного модусу проблемної ХП (анорексія, булімія, психогенне переїдання та ожиріння) є варіантами іпохондричного метасиндромного утворення, оскільки, з одного боку, є стратегіями які формуються внаслідок надмірної фіксації на тілесних відчуттях, а з іншого, – мають на меті (навіть ті, які на думку інших мають дезадаптивний характер) досягнення тілесного комфорту і подолання чинників, які суб'єктивно сприймаються як загрозливі.

Аналіз широкого діапазону культурних текстів різного роду (як академічних публікацій, так і рекламної продукції сучасних соціальних практик), дозволяє констатувати, що більшість з них прямо або непрямо підтримує формування іпохондричного тіла [17; 20; 94; 138; 212; 257; 287; 288; 329; 350; 370; 382], звертаючи увагу лише на технологічні аспекти їжі та фізіологічні аспекти функціонування тіла, що супроводжуються відчуттям дискомфорту [18; 125; 380]. Надмірне зміщення акцентів сприйняття та фокусу уваги на тілесних процесах зумовлює специфічність конструювання суб'єктивної картини світу [52; 100; 249; 330; 370; 371; 403; 413], значно обмежує життєві орієнтири і перспективи особистості [68;

296; 394; 395], зумовлює домінування жорстких шаблонів мислення, вірування та суттєву трансформацію фундаментальних основ власного буття (особистісних цінностей, життєвих цілей, смислів життя, якості життя в цілому) [4; 19; 110; 223; 393; 398, 415; 452]. Наслідком описаних трансформацій є виникнення стереотипно-ритуалізованих відносин між їжею і тілом (таких як орторексія, бігорексія, анорексія, прегорексія, обжерливість тощо), які характеризуються втратою гнучкості поведінки, втратою її варіативності щодо адаптації до умов життєдіяльності, що є вже відхиленням від гармонічного розвитку, ознакою невротичного розвитку. Результатом такої трансформації є руйнування зв'язків духовно-екзистенційного рівня тілесності, відчуження тіла, зниження здатності до життєтворчості. Останню, ми слідом за Д. О. Леонтьєвим і Л. В. Яновською, розглядаємо як прояв життєвого та творчого потенціалу особистості, здатність долати перешкоди на шляху реалізації індивідуально-особистісного життєвого проекту [207; 581].

Отже, іпохондричний дискурс сучасних культурних текстів, з одного боку, спрямовує індивіда на розуміння цінності свого здоров'я та «турботу про себе», але з іншого – сприяє надмірній фіксації уваги на окремих аспектах функціонування власної тілесності, що суттєво перекручує акценти життєдіяльності. Можна передбачити, що особа, під впливом постійної іпохондричної стурбованості (зайвою вагою, загальним станом свого здоров'я тощо), замість реалізації власного потенціалу є постійно стурбованою і зорієнтованою на перманентне спостереження і контроль за предметом своїх страхів (правильною організацією харчування, правильним функціонуванням психофізіологічних процесів свого організму тощо). Іншими словами життєдіяльність з творчого процесу перетворюється на життєзабезпечення.

Висновки до розділу 1

Визначаючи харчову поведінку як психосоматичний синдром та явище тілесності, вважаємо за необхідне виокремити головні теоретико-методологічні та теоретико-емпіричні проблеми психології харчової поведінки як галузі психологічного знання.

1. Формування теоретичних і методологічних основ психології харчової поведінки, як особливої галузі психологічного знання, відбувається на основі інтеграції численних результатів досліджень загальної психології та її різних напрямів: психології тілесності, клінічної психології, психосоматики, психосемантики, патопсихології, психогігієни тощо й інших суміжних галузей наукового знання, що досліджують харчову поведінку. Такий поліпарадигмальний підхід вивчення харчової поведінки дозволяє досягнути багаторівневості її структури та цілісності взаємозв'язків між ними.

2. Серед основних проблем сучасної психології харчової поведінки, у зв'язку з актуальною потребою надання якісної допомоги людям з різними формами проблемної ХП, нами виділені наступні теоретико-методологічні та теоретико-емпіричні проблеми: розгляд харчової поведінки з позиції психосоматичної єдності вимагає переосмислення наукових здобутків з окресленої проблематики, розширення загальної базової теорії, розробки наукових засад, включення в аналіз всіх площин функціонування індивідуального суб'єкта в контексті його цілісного існування-буття, обґрунтування поліпарадигмальності при розробці нових підходів щодо нормалізації харчової поведінки.

3. Харчова поведінка, як феноменологічне явище тілесності, є метасиндромним утворенням мультикаузальної природи, взаємопов'язаною ієрархічною системою механізмів опосередкування та процесів саморегуляції різних рівнів, що загалом забезпечують адаптивне функціонування, але внаслідок дисрегуляції зумовлюють виникнення різноманітних проблемних форм ХП, що є похідними всього психосоматичного розвитку. Інтерпсихологічний рівень регуляції ХП є провідним чинником психологічних засобів регулювання тілесних потреб та формування психосоматичного синдрому, що реалізується власне через психологічні процеси та механізми.

4. Чинниками психосоматичного розвитку харчової поведінки є: біосоматичні (генетичні, психофізіологічні), психологічні (інтра- й інтерпсихологічні), культурно-духовні й соціальні (соціально-економічні, соціально-психологічні,

сімейні, національні традиції, слідування модним системам харчування, діетам, стандартам краси тощо).

5. Осягнення причин виникнення проблемних форм викривленої харчової поведінки потребує розглядати їх розвиток у нероздільності функціонування тіла й психіки, індивідуального суб'єкта й колективної суб'єктності (як єдності соціуму й культури). З цього випливає, що «нормативна» і «проблемна» харчова поведінка є варіантами континууму «норма – патологія» в єдності всього психосоматичного розвитку. Аліментарно-залежні хвороби (ожиріння, психогенне переїдання, булімія, анорексія) є крайніми виявами викривленого психосоматичного розвитку проблемної харчової поведінки. Здорова (раціональна) харчова поведінка, що задовольняє найважливіші потреби організму людини шляхом правильного, збалансованого харчування, є найважливішою стратегією цілісної поведінки людини, умовою здорового буття-існування та підтримки оптимального рівня функціонування й життєдіяльності, ефективного виконання різноманітних функцій повсякденної життєдіяльності суб'єкта.

6. Харчова поведінка, як зовнішня і внутрішня активність щодо організації пошуку та прийому їжі, від початку історії людства є не тільки засобом задоволення біологічної потреби (вітальний аспект виживання), але й семіотичним психологічним посередником (психологічний, соціальний і духовний аспект виживання), що встановлює трансцендентні зв'язки між тілом і духом, пов'язує харчову практику з іншими практиками, відображає індивідуальні і колективні (культурні, національні) уподобання, специфіку смаку, соціальний статус. Набувши всеосяжної інтеграції у відповідних соціальних практиках, харчова поведінка стає формою колективної суб'єктності, що формує владні опозиції щодо тіла, їжі та патернів харчової поведінки.

7. Нормативна (прийнятна) харчова поведінка пов'язується з біологічною і суспільною доцільністю, що знаходить відображення у цілісній соціальній системі відносин як настанов надіндивідуального характеру, які пов'язують розмаїття дискурсів (щодо їжі, цінності смаку, естетики тіла, способів турботи про тіло й здоров'я тощо) в єдиному просторі дискурсів харчової поведінки у модусі «но-

рма». «Проблемна» (неприйнятна) харчова поведінка у спектрі її патологічного модусу «переїдання – обмеження в їжі» пов'язується з ретельною іпохондричною діяльністю і перманентним контролем відповідно до іпохондричних дискурсів, споріднених з певними харчовими і тілесними практиками, які більшістю сприймаються як відхилення від соціальних стандартів психосоматичного розвитку норми/здоров'я. Означена поведінка, незважаючи на її дезадаптивний характер, з позиції індивідуального суб'єкта спрямована на досягнення тілесного комфорту і боротьбу «із загрозою» відповідно до міфу турботи про тіло та формується як внутрішня суб'єктивна картина життєдіяльності – особистий дискурс існування. Разом з тим фіксація на викривлених стратегіях проблемної харчової поведінки трансформує суб'єктивну картину світу, індивідуальну та соціальну ідентичність, деформує ментальність.

8. Харчова поведінка людини як феномен тілесності має двоїсту онтогносеологічну природу, що дозволяє розглядати її як холістичний результат взаємодії індивідуального (внутрішнього) і колективного (зовнішнього) суб'єкта. Інтераційно-феноменологічне бачення психологічних джерел харчової поведінки дає підстави розглядати її як цілісну знакову інтерсеміотичну систему дискурсів, яка пов'язує в єдиний семіотичний простір різноманітні аспекти відносин індивіда. Адекватне розуміння психологічних особливостей харчової поведінки як інтенційної активності конкретної особи потребує урахування відповідних суб'єктивних дискурсів (як єдності комунікаційно-інтераційних і когнітивно-інтерпретаційних процесів), що визначають специфіку смисложиттєвих орієнтирів особи. Осягнення інтенційної активності ХП потребує врахування того, що знаково-символічна модель конкретної особи (її когнітивні, емоційно-оцінні, комунікативні й практичні механізми відтворення реальності й функціонування) є специфічною символічною організацією індивідуального досвіду саме конкретної особи. Таке розуміння харчової поведінки розкриває перспективи наукового переосмислення методологічних засад щодо психосоматичного розвитку та формування харчової поведінки.

Результати досліджень, відображених у першому розділі, презентовано у таких працях автора дисертації: [456; 458; 459; 462; 468; 469; 470; 475; 476; 477; 492; 494; 495; 517; 520; 523; 524; 527; 528; 560; 648; 650; 654].

РОЗДІЛ 2

СИНЕРГЕТИЧНА МОДЕЛЬ РОЗВИТКУ

ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У КОНТИНУУМІ «НОРМА – ПАТОЛОГІЯ»

2.1 Обґрунтування необхідності розробки синергетичної моделі

Аналіз теоретико-методологічних підходів та концепцій, проведений у першому розділі, дозволяє визначити харчову поведінку людини як особливий індивідуальний досвід тілесності, котрий є інтегрованим продуктом *соціокультурного та природного тіла* (див. рис. 2.1).

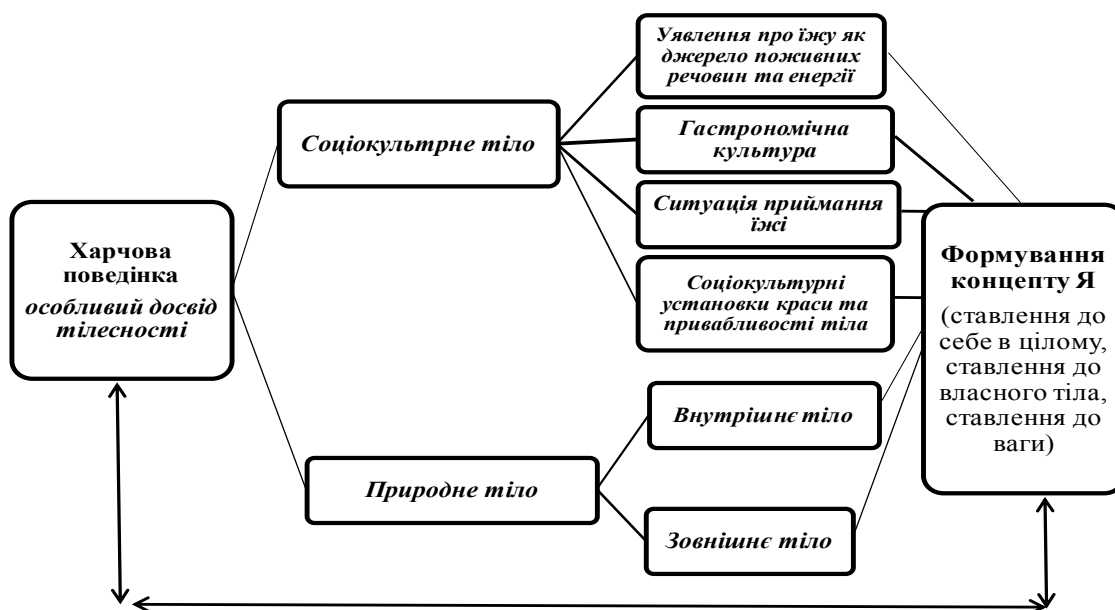


Рис. 2.1. Структура харчової поведінки людини як особливого досвіду тілесності

Соціокультурне тіло є психологічно опосередкованим феноменом та фактично відображає знаково-символічний характер психологічної регуляції організації харчування, ціннісного ставлення до їжі та процесу харчування, ціннісних орієнтацій щодо образу гарного тіла та необхідності цілеспрямованої діяльності щодо його формування. Складовими означеної структури є: *уявлення про їжу* (як джерело поживних речовин та енергії); *гастрономічна культура, кухня* (знаки, що залучають

до нормативності харчування та культури ХП, моделі поведінки щодо вибору їжі/продуктів та способів їх приготування); *ситуації прийому їжі*, які фіксують певні «відносини з їжею» на підґрунті психологічних смислів їжі, що формуються внаслідок позитивних та негативних емоційних переживань у процесі засвоєння соціально-культурних та сімейних установок щодо їжі; *соціокультурні установки краси та привабливості тіла* (стандарти жіночої та чоловічої фізичної краси, які поширено презентовані у суспільстві та у певному сенсі регламентують ХП). Іншими словами соціокультурне тіло ХП є соціальними настановами надіндивідуального характеру та відображує інтеракційно-феноменологічний простір її психологічних джерел.

Природне тіло включає внутрішнє та зовнішнє тіло (див. рис. 2.1). На їх основі формується *чуттєва оцінка щодо тіла* (емоційний компонент на основі інтрацептивних відчуттів) та *концепт «Я»* як цілісне утворення, щодо зовнішнього тіла, яке містить два основних компоненти: *афективне утворення* (емоційно-оцінний компонент) та *когнітивне утворення* (перцепції, установки, думки, вірування, ціннісні орієнтації), «програми» поведінки, які спрямовані на моделювання власного тіла відповідно до образу «Я».

На уявлення індивіда про самого себе впливає багато факторів, пов'язаних з самооцінками та оцінками Інших. *Усі складові концепту «Я» мають безліч ступенів свободи*, що ускладнює можливість об'єктивної діагностики та прогнозування щодо результатів її формування. На нашу думку, у осіб, яким властива *проблемна ХП* (викривлена, дезадаптивна, антивітальна, аутодеструктивна, ексцентрична, особлива тощо), концепт «Я» складається з парціальних викривлених оцінок та містить у собі негативне ставлення до себе в цілому (як до особистості), негативну оцінку щодо *власного тіла як до об'єкту* (що на рівні інтрацептивних відчуттів потребує регулярного надходження поживних речовин та енергії), негативну оцінку та негативне ставлення до *власної ваги як зовнішньої загрози*. Остання, вірогідно, є найбільш викривленою, тому що означення ваги як загрози та небезпеки у когнітивному полі суб'єкта зумовлює його до пошуку способів боротьби з цією загрозою (замість адекватного аналізу особливостей ХП і реального оцінюван-

ня причинно-наслідкових взаємозв'язків між споживанням їжі й реакціями власного тіла на надлишок або нестачу надходження поживних речовин та енергії).

Отже, засвоєння системи тілесних означень (щодо тіла, ваги, особливостей харчової поведінки), що відбувається у процесі онтогенезу й соціалізації, зумовлює формування особливостей знаково-символічної моделі організації індивідуального досвіду, особливості сприйняття внутрішньої інтрацепції, тілесних уявлень, структури образу тіла тощо. Водночас у разі виникнення функціональних порушень, зокрема викривлених патернів ХП у спектрі «переїдання – відмова від їжі» та їх соматичних еквівалентів у континуумі «зайва вага – дефіцит ваги», дефектні афективно насичені тілесні уявлення і переконання (їжа як ворог, вага як загроза, огидне тіло тощо) стають психологічними механізмами викривлення ХП, хроніфікації симптомів та ускладнення перебігу патогенетичного розвитку харчової поведінки. При цьому наявність тісних зв'язків між патернами ХП, особливостями метаболічного обміну та їх соматичними еквівалентами, з одного боку, та емоційними переживаннями, інтрапсихічним досвідом особистості і тілесним реагуванням (невербальної поведінки тіла на особливості емоційного життя), з іншого боку, є очевидними. Всі ці зв'язки створюють стійкий ризик щодо можливості виникнення викривленої ХП та соматизації її наслідків під впливом різноманітних стресових подій, що виникають на життєвому шляху особистості. Можна припустити, що саме індивідуальні психологічні механізми, які формуються під впливом соціокультурних настанов опосередковують особливості розвитку соматичної системи.

Таким чином, *харчова поведінка, як психосоматичний синдром та феномен тілесності*, є складною системою механізмів опосередковування процесів психологічної саморегуляції й дисрегуляції, що зумовлено зв'язками природного та соціокультурного тіла, які формуються в процесі повсякденного життя. Ця взаємопов'язана ієрархічна система, поряд із механізмами нормального розвитку, містить механізми збереженого та порушеного функціонування. Відповідно, *проблемна харчова поведінка, що формується як дефект тілесності, або як негативний травматичний тілесний досвід, є мультикаузальним утворенням*. Детермінантами синдрому є інтрапсихічний та психофізіологічний рівні регуля-

ції, а також колективна суб'єктивність, що включає вплив родини та соціокультурних тенденцій, таких як мода, значущі Інші тощо. Особливим рівнем регуляції харчової поведінки є екзистенціальний рівень, який спирається на екзистенціальні смисли власного існування. Іншими словами, харчова поведінка як психосоматичний синдром та досвід функціонування тілесності містить стереотипи як нормального, так і порушеного функціонування, які необхідно розглядати в єдності впливу різних чинників – біологічного, психологічного, соціального та екзистенціального. Психологічний аналіз харчової поведінки як феноменологічної повсякденної реальності тілесності передбачає звернення не тільки до виявлення закономірностей усвідомлення тілесного досвіду споживання їжі, але й аналіз усієї системи відносин людини у контексті її цілісного життєвого шляху.

Підтвердження такої позиції, знаходимо у працях сучасних науковців. Зокрема, О. Ш. Тхостов, посилаючись на праці інших науковців (О. Р. Лурії, 1977; В. В. Ніколаєвої, 1976, 1987; Л. І. Вассермана, А. Я. Вукса, Б. В. Іовлева, Е. Б. Карпова, 1990 та ін.), зазначає: «на сьогодні, положення про те, що хвороба як деяка суб'єктивна реальність і феномен культури не зводиться лише тільки до натуральних, організмених подій, не потребує особливих доказів» [402, с. 3]. Подібна позиція висвітлюється у працях В. М. Кровякова [186]. Зокрема, у своєму дослідженні, яке виконано в галузі клінічної психіатрії, автор, розглядаючи роль психічної травми щодо ініціювання психічних розладів, зауважує: «Для багатьох форм психічної патології дотепер не вдалося встановити наявності необхідних та достатніх причин виникнення..., але все більше сучасних дослідників починають розглядати психічну патологію як результат впливу патогенних патернів соціального оточення» [186, с.3]. Разом з тим автор підкреслює, що найбільш поширені психічні захворювання людини визначаються часом, місцем і способом її життя [186]. Анонсовані наукові погляди вважаємо важливими задля аналізу причин виникнення низки ненормативних/хворобливих порушень, що традиційно розглядають як розлади ХП.

Отже, з вищезначеного випливає, що досягнення особливостей психосоматичного розвитку ХП, як «вибору» нормативного або проблемного/дезадаптивного шляху, з одного боку, потребує нового концептуального погляду з відповідною методологічною стратегією, а з іншого – розкриває перспективи наукового переосми-

слення методологічних засад щодо психосоматичного розвитку харчової поведінки. Найбільш відповідною методологічною стратегією, яка дозволяє врахувати майже усі зв'язки складної живої системи, що характеризується цілісністю, структурністю, відкритістю, нестабільністю, нелінійними зворотними зв'язками тощо, на сьогодні, є синергетична методологія. Саме тому, остання, обрана нами для аналізу причин виникнення, розвитку та перебігу ХП у континуумі «норма – патологія». Окрім цього, не можна ігнорувати того факту, що ХП, є об'єктом полідисциплінарного характеру, і виходячи з цього потребує наукового діалогу між суміжними науками, які вивчають один об'єкт з різних позицій. Разом з тим у сучасній науковій літературі термін «міждисциплінарність» означає необхідність інтеграції на рівні конструювання міждисциплінарних об'єктів. Так, О. А. Донченко, зазначає: «...не можна обмежуватися даними, що отримані в межах однієї науки, бо психічне цікавить нині представників усіх наукових кіл... Головна методологічна проблема, що гальмує зараз освоєння людиною сфери надперсональних процесів і явищ психічного походження, – це проблема міждисциплінарних ставлень і взаєморозуміння представників дотичних до цієї проблеми наук. Співробітництво на основі розгалуженої спеціалізації є кінцевою метою процесів розвитку цивілізаційного мислення, пізнання, дії і поведінки» [112, с. 11]. М. І. Паскалова, наголошує, що саме синергетичний (трансдисциплінарний) підхід, дозволяє розглядати досліджуване явище поза рамками якої-небудь однієї наукової дисципліни, і характеризується перенесенням когнітивних схем з однієї дисциплінарної галузі на іншу, що дозволяє розробляти спільні проекти дослідження [298, с. 16].

З вищезазначеного випливає необхідність аналізу понятійно-категоріального апарату синергетичної методології.

З того часу як Дж. Енджел (II пол. XX сторіччя) [606] запропонував біопсихосоціальний підхід до аналізу психосоматичних хвороб у науці запропоновано багато інтегративних варіантів системного аналізу проблем тілесності: синдромний аналіз тілесності В. В. Ніколаєвої, Г. О. Аріної [274; 275; 327], BASIC – ID Лазаруса [195], модель розладів афективного спектру як засобу синтезу знань А. Б. Холмогорової [426], «Квітка потенціалів В. О. Ананьєва» [13], синергетична модель розвитку залежної поведінки П. І. Сидорова [358], синергетична модель роз-

витку психосоматичних захворювань П. І. Сидорова, І. А. Новікової [359], синергетична модель розвитку онкологічних захворювань С. О. Кулакова [191] та ін.

На думку М. В. Савчина, розв'язання проблем психології особистості потребує реалізації в єдності гносеологічного, онтогенетичного, феноменологічного, аксіологічного та духовного підходів, що дозволить значно підвищити ефективність психологічної практики [349, с. 197]. У нашій практичній діяльності, яка спрямована на психокорекційну та психореабілітаційну допомогу людям з проблемною ХП, ми спираємося на біо-психо-соціо-духовну модель розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» [515; 519; 522; 529; 560]. Отже, відносно новим методологічним інструментом вивчення перебігу процесів у живих системах, зокрема вивчення перебігу закономірностей формування психосоматичних проблем, є *синергетика*. Ця міждисциплінарна наукова парадигма використовується при вивченні процесів спонтанної самоорганізації і руйнування, підтримки стійкості і розпаду в нелінійних, дисипативних системах різної природи з позицій холистичного бачення світу (прикладами таких систем є тілесність, психіка, соціум, біосфера, природні й популяційні катаклізми тощо) [13; 156; 191; 232; 306; 358; 359; 360; 360; 386; 387; 400; 441; 446; 447; 448]. При цьому під самоорганізацією системи розуміють саморозвиток дисипативної системи до усталеного стану. Іншими словами, саморозвиток системи – це формування упорядкованих структур з первинно неупорядкованих, які виникають на тлі спонтанних, нерегулярних впливів. Відповідно, розвиток системи, спрямований на перехід (трансформацію) до нового типу саморегуляції зумовлює необхідність пізнання еволюції системи, виявлення специфіки її цілісності, ієрархічності, особливостей обміну (речовиною, енергією, інформацією) систем різної природи із зовнішнім світом (В. О. Ананьєв, О. М. Князева, С. П. Курдюмов, К. А. Мартинович, М. В. Піддубний, П. І. Сидоров, І. А. Новікова та ін.). Л. Я. Дорфман, характеризує синергетику, як методологію, що вивчає зв'язки між холонами², які утворюються у відкритих дисипативних системах (біологічних, соціальних та інших) завдяки інтенсивному потоковому обміну речовиною, енергією та інформацією з навколишнім середовищем в умовах неврівноваженості [114,

² Холон (від грец. – «холос» - ціле) – термін з суфіксом «-он» за типом «нейрон», «протон» введений А. Кестлером (1982); підкреслює системність структури, і означає частину, яка одночасно є цілим. «Холон» означає, що кожне ціле є частиною, та водночас кожна частина містить програму, яка накладається цілим. Частина і ціле міститься один в одному та забезпечують постійний, безперервний процес взаємодії (за С. Мінухінім) [248, с. 19]. До слів синонімічного ряду відносять: елемент, компонент, ізомер, модуль, блок, підсистема тощо.

с. 110–116].

Основи синергетики було закладено у концепції ієрархічних порядків К. Л. фон Берталанфі (50-ті рр. XX ст.). Дослідник запропонував теорію у центрі якої була ідея узагальнення структурної подібності законів установлених різними дисциплінами, що дає можливість виводити загальносистемні закономірності. Надалі закономірності синергетичного світобачення були сформульовані Х. Хакеном (Haken, 1980), І. Пригожином (Prigogine, 1986), доповнені О. М. Князевою, С. П. Курдюмовим (1995), М. В. Піддубним (2003), В. О. Ананьєвим (2006), Л. Я. Дорфманом (2014) та іншими. Це, з одного боку, дозволило усвідомити правомірність екстраполяції знання із природничих наук на гуманітарні, а з іншого, сприяло виокремленню сучасних основних принципів та положень синергетичної методології. Найважливіші серед них є наступні:

- *відкритість* системи означає наявність у ній джерел обміну речовиною і енергією з навколишнім середовищем – входів та виходів; *нелінійність* системи визначає множинність шляхів її еволюції, коли реалізується та чи інша тенденція до самоорганізації, що задається, так званим, *дивним аттрактором системи* (від лат. *attrahere* – притягіння); *розвиток системи* характеризується, з одного боку, глибинною незворотністю до розпаду, з іншого – його багатоваріативністю, альтернативністю (з урахуванням як ретроспективи, так і перспективи, тобто визначається і минулим, і майбутнім системи);

- під дисипативними структурами (від англ. *dissipation* – дисипація, розсіювання, втрата, зникнення) розуміють такі дискретні системи, які здатні самостійно підтримувати багатократний перехід від найбільш усталеного стану (порядку) до стану, який характеризується неупорядкованими процесами (хаосу) й «поверненням» до усталеного стану, але на новому рівні організації системи (спіралеподібний розвиток). При цьому такі переходи супроводжуються або розсіюванням енергії (дисипацією) на фазі переходу до неупорядкованості, або її накопиченням на фазі переходу до усталеного стану;

- будь-яке явище є певною еволюційною стадією розвитку процесу; розвиток системи детермінується взаємодією різноспрямованих сил та чинників у точках

біфуркації; поблизу точок біфуркації будь-який вплив може принциповим чином змінити напрям розвитку системи;

- «нове», як розгалуження векторів розвитку, або запрограмований спектр можливих шляхів розвитку з'являється у точках біфуркації як емерджентне й непередбачене, коли внаслідок перевищення критичних значень параметрів порядку, режим руху системи якісно змінюється, і вона потрапляє до зони тяжіння іншого атрактора;

- атрактор – це усталена структура, яка притягує до себе безліч траєкторій, що визначаються різними початковими умовами; атрактор розвитку – це тенденція структурування системи до її нового усталеного стану, що визначає майбутнє системи (якщо система попадає у «коридор» атрактора, то вона неминуче еволюціонує до свого нового усталеного стану – хаосу), отже атрактор хвороби, як майбутній стан системи, що «притягує», змінює, формує, структурує новий стабільний стан;

- у нелінійній системі самопідтримуються лише ті структури, що в ній потенційно закладені й відповідають власним тенденціям розвитку процесів цього середовища; будь-яка система не є повністю вільною та незалежною від процесів, які пов'язані з більш примітивними (низькими) рівнями організації.

- фрактал (від лат. «fractus» – ламаний; англ. «fractional» – дрібний), виходячи із принципу рекурсії (циклічності процесів) – це структура, що має властивість до самоподібності та ітерації; тобто коли кожна складова частинка подібна до цілого та в процесі розвитку повторює розвиток всієї моделі загалом; у нелінійному середовищі «правильні структури» утворюються завдяки ефективності малих, але топологічно точних впливів (резонансним впливам).

Узагальнюючи аналіз основних принципів та понять синергетичної методології, можна зазначити, що сучасні автори зауважують на такі характеристики живих систем: відкритість (незамкненість), нелінійність, нестійкість, динамічна ієрархічність та можливість спостереження [448]. Так, П. І. Сидоров, наголошує: «організм людини є сукупністю дисипативних систем, що динамічно змінюють одна одну, обумовлюючи стан її здоров'я або нездоров'я» [358, с. 77].

Взаємодія між підсистемами у нелінійних системах є узгодженою, завдяки чому ступінь їхньої упорядкованості зростає (ентропія зменшується). Кон-

текст синергетичного підходу (біфуркаційний аналіз) дозволяє простежити зміни, які формують *атрактори, як своєрідні програми-цїлі, що зумовлює розвиток системи до нового усталеного стану.*

У тому випадку, коли атрактори змінюють напрями еволюції системи або анулюють деякі з її можливостей, це стає підставою для формулювання нових проблем, які вимагають застосування *методів біфуркаційного аналізу та фрактального моделювання.* Саме такою проблемою, що потребує нового концептуального підходу з позицій синергетичної методології, є формування психосоматичного розвитку ХП у континуумі «норма – патологія», як складного метасиндромного утворення мета каузальної природи.

Ми приєднуємося до позиції К. А. Мартиновича, який розглядає поняття «*фрактал*» виходячи з циклічності процесів [232, с.17]. Близьку позицію висловлює В. В. Тарасенко, який висуває тезу фрактальної картини світу як основи для екстраполяції фрактального мислення та необхідності застосування «фракталу» у різних науках [386; 387]. На основі моделі фрактального множення презентовано теорію еволюції Ю. В. Чайковським [441]. На думку Т. В. Чернобровкіна та Б. М. Кершенгольц, фрактал – це інтервал розвитку дисипативної системи зі своїми внутрішніми механізмами самоорганізації та саморозвитку, багатоваріантними траєкторіями руху у багатовимірному просторі. Інакше кажучи, це явище, яке існує й декларує себе динамічно, тобто є процесом. При цьому властивості фракталів, як об'єктивного процесу, змінюються у межах від чіткої регулярності до хаосу [447, с. 14].

Виходячи з розглянутого вище, фрактальна модель використовується для описання закономірностей фрактальних феноменів у нелінійно-динамічних системах, які можуть здаватися непередбачуваними та абсолютно хаотичними. Зокрема, за такими принципами запропоновано моделі формування залежної поведінки, психосоматичних та онкологічних захворювань [191; 358; 359; 360]. Разом з тим, проблема формування харчової поведінки у континуумі «норма – патологія», як процесів розвитку та змін, що відбуваються у системі тілесності з позицій синергетичної методології, розглядається вперше.

2.2 Структура концептуальної моделі біо-психо-соціо-духовного

розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»

Головна особливість запропонованої синергетичної моделі розвитку ХП у континуумі «норма – патологія» полягає в тому, що вона дозволяє простежити процес формування порушень харчової поведінки з моменту створення передумов щодо виникнення та подальшого перебігу проблемних стратегій харчової поведінки, їхньої поступової трансформації в розгорнуту клінічну картину. Крім того, концептуальна модель дозволяє розглянути порушення маси тіла – дефіцит ваги або надмірність ваги – як соматичні еквіваленти порушених патернів ХП. Одним із кінцевих результатів розгорнутої клінічної картини РХП може бути перехід на незворотну стадію розвитку хвороби, що призводить до численних порушень у функціонуванні тілесності та зумовлює передчасну смерть.

Ми, безумовно, розуміємо, що будь-яка модель є значним спрощенням та схематизацією процесів, які вивчаються. Проте, з одного боку, це може бути корисним для того, щоб спрогнозувати розвиток проблемних/хворобливих стратегій ХП у ситуації травматичного тілесного досвіду (як початку патологічного процесу), з іншого – це може бути виправдано необхідністю концептуального занурення відповідно до обраної методології.

Розроблена нами синергетична чотирьохкомпонентна модель містить чотири площини або вектори онтогенетичного розвитку (сомато-, психо-, соціо- та екзистенціаль-генез) та чотири фрактали, що презентують певні фази формування патологічного розвитку розладів харчової поведінки. Три фрактали (пredisпозиції, латентний та ініціальний) складають донозологічний період розвитку РХП. Четвертий фрактал – представляє період розгорнутої клінічної картини РХП. Усі чотири фрактали фактично є відображенням багатомірної динаміки життєвого шляху людини, і саме від особливостей проходження цього шляху (тобто від специфіки особистісного «Я», що формується внаслідок різних зовнішніх та внутрішніх впливів) значно залежить кінцевий результат хвороби (як результат її патологічного розвитку).

Холони (синоніми: підсистеми, модульні компоненти, елементи, блоки, ізомери), що входять до складу фракталів моделі, дозволяють прогнозувати різноманітні траєкторії розвитку ХП (як нозологічної одиниці). При цьому траєкторія розвитку у

точках біфуркації може змінитися внаслідок мобілізації ресурсів адаптації, компенсації та психологічного захисту, а отже, модель дозволяє також окреслити можливість надання ефективної допомоги за рахунок активізації захисних та компенсаторних процесів тілесності, визначити загальні принципи профілактики, терапевтичного та реабілітаційного процесу. Разом з тим, фрактальна модель, у певному розумінні, є схемою аналізу, яка збирає воедино динаміку патогенетичного розвитку викривлених патернів ХП та особливості життєвого шляху особистості на тлі її онтогенетичного розвитку (тобто особливості її функціонування як «організму», і як «особистості», що взаємодіє у соціумі на різних рівнях комунікації).

Голографічна ілюстрація одного з можливих варіантів траєкторії розвитку проблемної (дезадаптивної, аутодеструктивної) ХП зображено на рис. 2.2.

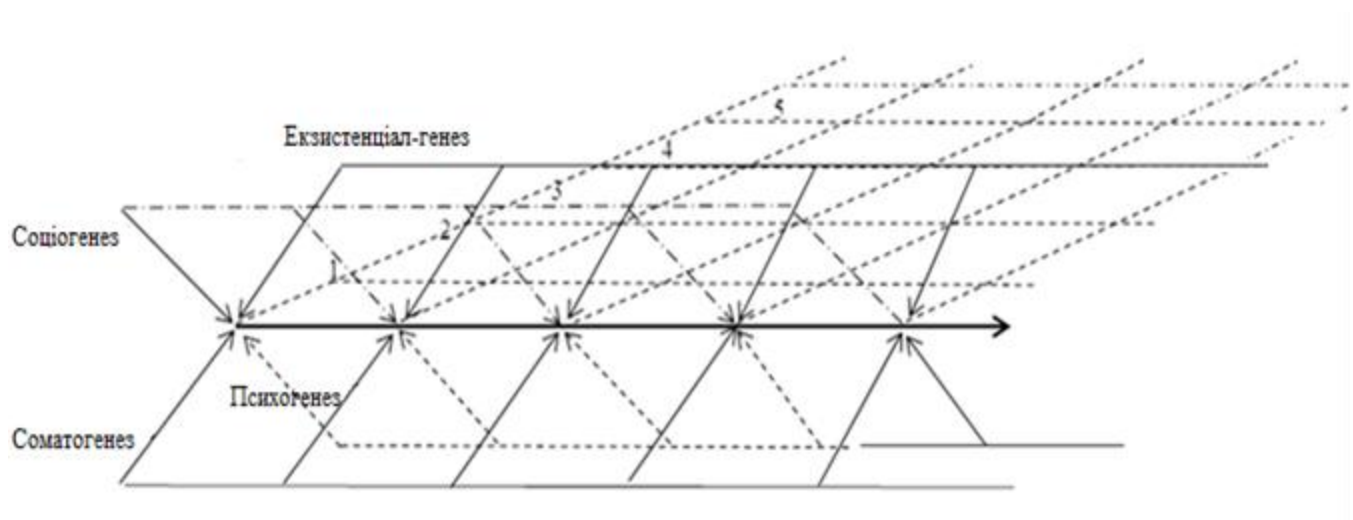


Рис. 2.2. Голографічна модель траєкторії розвитку проблемної харчової поведінки

Примітка: модель презентовано як унікальне поєднання біо-психо-соціо-духовних векторів онтогенетичного розвитку та особливостей функціонування адаптаційних і компенсаторно-захисних механізмів. Цифрами позначені площини цих механізмів, що впливають на кінцевий результат розвитку ХП у континуумі «норма – патологія»: 1- механізми адаптації; 2- механізми компенсації; 3- механізми захисту; 4 – механізми ремісії; 5- механізми хронізації.

Схематична ілюстрація дозволяє побачити, що траєкторії розвитку визначаються унікальним поєднанням чотирьох біо-психо-соціо-духовних векторів (напрямів онтогенетичного розвитку) та особливостями функціонування адаптаційних і захисно-компенсаторних процесів, які зумовлюють ефективність нормалізації ХП (якісної ремісії) або хронізацію процесу і передчасну смерть внаслідок ускладнень та незворотних змін, що несумісні з життям. Отже, голографічна синергетична модель дозволяє простежити взаємозв'язки між найбільш характерними закономірностями, що передують виникненню перекручених патернів ХП

та перебігу їхнього патологічного розвитку з позиції нелінійної дискретності та фрактального багатомірного аналізу (на відміну від позиції лінійної нозоцентричної динаміки). Водночас, зауважимо, що у запропонованій моделі, як у будь-якій іншій синергетичній моделі, траєкторії розвитку дисипативної системи, що задаються та коригуються у точках біфуркації, мають багатоваріантний та спіралеподібний характер. У точках біфуркації, як точках максимальної втрати усталеності системи (внаслідок конфліктного перехрестя зовнішніх і внутрішніх факторів), виникають нові шляхи еволюції системи тілесності. Подальше обґрунтування запропонованої нами моделі потребує більш докладного аналізу щодо взаємовпливу між площинами (векторами) моделі, які означені як напрями онтогенетичного розвитку (соматогенез, психогенез, соціогенез та екзистенціал-генез) та особливостями функціонування адаптаційних і захисно-компенсаторних процесів.

2.2.1 Проблемна харчова поведінка як результат функціонування адаптаційно-компенсаторних та захисних механізмів тілесності. Виходячи з результатів першого розділу, вважаємо, що дослідження психологічних особливостей проблемної харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» потребує розглядати тіло не як фізіологічний субстрат (носія клінічної симптоматики за соматоцентричною парадигмою) або реципієнта інтрапсихічних значень (у межах психодинамічних моделей), а як інтегральний психосоматичний феномен тілесності, який поєднує в особі психологічне й фізіологічне, та не встановлює між ними причинно-наслідкових й ієрархічних відносин. Ґрунтуючись на цих міркуваннях, припускаємо, що розгляд функціонування адаптаційно-компенсаторних механізмів тілесності дозволить не тільки краще зрозуміти весь спектр феноменології харчової поведінки, але й уточнити сутність процесів, які змінюють співвідношення між раціональними (здоровими) патернами ХП і проблемними (стереотипно-ритуальними, нераціональними, хворобливими), що власне складає дефект у тих осіб, котрі страждають від тиску викривлених стратегій «переїдання» або «обмеження в їжі», які домінують в репертуарі їхньої харчової поведінки.

Огляд наукових розвідок вітчизняних та зарубіжних дослідників з проблеми різноманітних аліментарно-залежних хвороб (РХР та ожиріння) [25;

37; 75; 81; 111; 159; 171; 365; 389; 440; 566], з одного боку, та психологічних й морфофізіологічних змін як наслідків адаптаційного і компенсаторно-захисного реагування [19; 26; 35; 38; 39; 113; 161; 171; 210; 235; 265; 339; 352; 390; 416; 427; 437; 438; 455; 460], з іншого, дозволив нам отримати результати, що були презентовані у публікаціях [465; 471; 473; 474; 560]. Узагальнення наукового доробку з означеного питання дає підстави сформулювати наступні загальні положення:

1. Проблемні патерни ХП у спектрі патологічного модусу («переїдання – «обмеження в їжі») є специфічними способами індивідуально-психологічної адаптації, які суб'єктивно допомагають знизити потенціал емоційного напруження та ініціюються в ситуаціях, коли досвід індивіда сигналізує йому про неминучі негативні наслідки переживання емоцій та їхнє виявлення. Клінічні варіанти проблемної ХП є крайнім варіантом патогенетичного розвитку психосоматичного синдрому харчової поведінки, котрі презентуються сукупністю симптомів, які є закономірним сполученням компенсаторних змін на рівні тілесності.

2. «Надмірна вага» або «дефіцит ваги» є символічною ціною адаптації та соматичними еквівалентами тілесності, що формуються під впливом надмірного використання викривлених патернів харчової поведінки як малоадаптивних, але суб'єктивно високоефективних форм психологічного захисту.

3. Психологічний захист є регулюючою системою, що входить до складу адаптаційно-компенсаторної системи особистості. Результат функціонування цілісної системи психологічного захисту є суперечливим, оскільки з одного боку сприяє зниженню емоційного напруження і стабілізації особистості, а з іншого – зумовлює дезорганізацію, перешкоджаючи особистості усвідомити витoki підживлення внутрішнього конфлікту та постійного відтворення стереотипних патернів поведінки, зокрема патернів харчової поведінки, котрі зумовлюють деформацію ваги та інші морфологічні зміни у тілесності.

4. Цілісна система психологічного захисту, що супроводжує викривлені патерни харчової поведінки, характеризується наступними особливостями:

а) предметом психологічного захисту є викривлений образ реальності (неадекватне самосприйняття щодо власного тіла, себе загалом, особливостей взаємин з іншими тощо), що не дозволяє особистості зрозуміти витоки підживлення стереотипних патернів поведінки;

б) агентом загрози є хронічне почуття незадоволення тілом, собою і життям в цілому, що фактично є постійним джерелом інтрапсихічного дискомфорту;

в) специфічність способів нападу зумовлюють особливості стилю захисту; фіксованість на викривлених патернах ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та деформації ваги є маркерами сильних захисних процесів минулого, котрі сформувалися ще у дитинстві під впливом тиску батьківських стратегій щодо їжі та харчування в ситуаціях прийому їжі;

г) негативні наслідки пов'язані зі зниженням зрілих форм психологічного захисту та зосередженістю на примітивних формах захисту, що зумовлює дезадаптацію.

5. Особливості психологічного захисту, з одного боку, відбивають загальні властивості особистості, а з іншого – вплив макро- та мікросередовища як чинників її онтогенетичного розвитку. Найважливішою системою інтерперсональних стосунків, що формує адаптивно-захисні патерни особистості, є сім'я. Домінування тих чи інших стратегій захисту є результатом складної взаємодії низки чинників, зокрема: динамічних характеристик психічної діяльності, особливостей вирішення критичних ситуацій значущими дорослими та індивідуального досвіду подолання травмуючих ситуацій.

Досліджуючи відхилення харчової поведінки з позицій функціонування невротичного ритуалу, логічно звернутися до їх функціональних зв'язків з архаїчними ритуалами, саме тому вважаємо доцільним проведення комплексного аналізу значення ритуалів у процесі онто- та соціогенезу (модуси норми та патології), що було зроблено у публікаціях [472; 489; 491; 508; 516; 518; 560]. Стисло презентуємо основні наші умовиводи щодо означеного питання:

1. Проблемна харчова поведінка є складною стереотипно-ритуальною (церемоніальною) діяльністю, що виявляється викривленими патернами харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та має певні узагальнюючі риси.

2. Загальним підґрунтям викривлених патернів ХП є: нав'язлива увага та надмірна зацікавленість питаннями щодо різних тематичних аспектів («їжа», «надлишкова вага», «засоби схуднення», «незадоволеність вагою, тілом та собою»); ритуальні дії, що мають особистісний смисл магічного характеру та зумовлюють можливість стабілізувати психоемоційний стан хоча б на нетривалий період; виникнення психофізичних відчуттів дискомфорту внаслідок «обжерливості» або «виснаження», що змушує людину «повернутися» зі стану трансу у ситуацію реальності повсякденного життя.

3. Патерни ХП, що зумовлюють патологічне переїдання (які у науковій літературі позначаються різноманітними дефініціями: психогенне переїдання, компульсивне переїдання, невротичне переїдання, гіперфагія, обжерливість, харчові ексцеси, харчове пияцтво, синдром нічної їжі), є невротичним засобом гармонізації психоемоційного стану та входження у природний стан трансу під впливом аутотонізації й аутоеротизації, що надає відчуття відновлення та задоволення у координатах соматичного/тілесного «Я».

4. Досягнення природнього стану трансу під час споживання їжі (що супроводжується розслабленням, зануренням у власний внутрішній світ, уникненням реальності, бажанням спати) забезпечується організаційною структурою процесу споживання їжі: одноманітним ритмічним жуванням, що здійснюється як механічна монотонна діяльність, яка не потребує обмірковування; довготривалою пасивною стимуляцією рецепторів смаку, запаху, жувальних м'язів; сукупним впливом психофізіологічних актів (виникненням осередку зосередженості, габітуації тощо).

5. При анорексії та булімії ритуальним засобом зниження відчуття тривоги та страху щодо зайвої ваги є обмеження у прийомі їжі, різноманітні процедури очищення. За своєю сутністю церемоніальні дії, які поступово стають мимовільними та практично не контрольованими, є саморуйнівними діями в спектрі «переїдання – обмеження/відмова в їжі». «Харчові ритуали» також доповнюються очисними процедурами, які схожі з ритуалами садомазохізму та християнського мучеництва; у анорексиків – виснажливими фізичними навантаженнями. Виконання таких

процедур, з одного боку, потребує відчуження від власної тілесності, з іншого – дає суб'єкту можливість упевнитися в силі власного «Я» та дозволяє позбутися індивідуальної тривоги й страху смерті.

6. Невротичні типи захисту, зокрема, викривлені патерни поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» лише тимчасово дистанціюють від проблеми та згладжують неприємності, але не вирішують їх. Кожна людина, що страждає на будь-яку форму РХП, знає, що після нетривалої паузи знову неминуче доведеться зустрітися з тим, що тривожить та не дає спокою. Це обумовлює необхідність опрацювання ритуальних («незрілих», викривлених, невротичних, хворобливих) механізмів психологічного захисту під час психотерапевтичної корекції.

2.2.2 Виникнення та розвиток проблемної харчової поведінки з позиції концептуальної біо-психо-соціо-духовної синергетичної моделі. Графічне зображення взаємодії між головними напрямками (векторами) онтогенетичного розвитку зображено у вигляді чотирьох множин (площин). Для більшої наочності схему подано у вигляді кіл Ейлера (див. рис. 2.3).

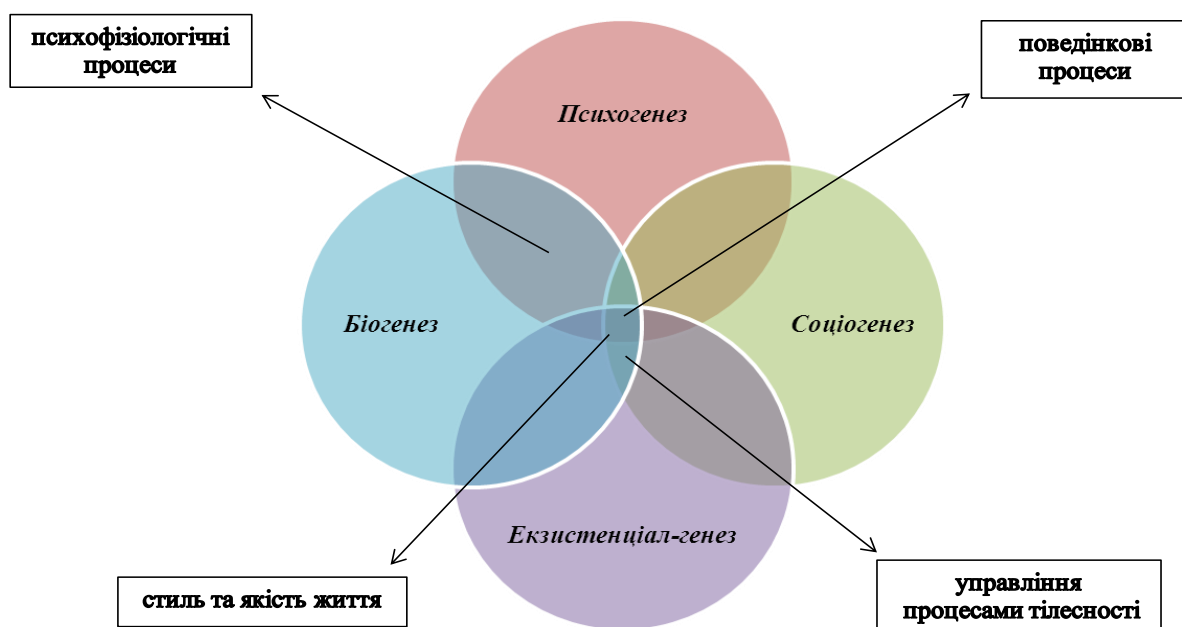


Рис. 2.3. Графічна площинна модель взаємодії чотирьох векторів онтогенетичного розвитку(біо-, психо-, соціо- та екзистенціал- генезу)

Це дозволяє охопити діалектичну єдність взаємодії між векторами та уявити їхній комплексний зв'язок в цілісній системі. Внаслідок перехресного взаємопро-

никнення векторів онтогенезу виокремлено декілька перехідних зон, котрі виявляють як зони виникнення нових можливих проблем, так і зони виникнення нових потенційних ресурсів. На особливу увагу заслуговує центральна зона як осередок духовного ресурсу особистості, що акумулює її морально-ціннісний і вольовий потенціал. Схема дозволяє зрозуміти необхідність застосування інтегрального підходу як до розв'язання проблем щодо розвитку розладів ХП, так і до розв'язання проблем щодо реабілітації людей з викривленими (ексцентричними, особливими, аутодеструктивними) типами ХП, що призводять до різноманітних проблем у стані здоров'я, в т.ч. до порушення ваги. Для полегшення сприйняття матеріалу, що викладається нижче, доцільно розглянути синергетичну модель розвитку харчової поведінки у графічному моделюванні (див. рис. 2.4).

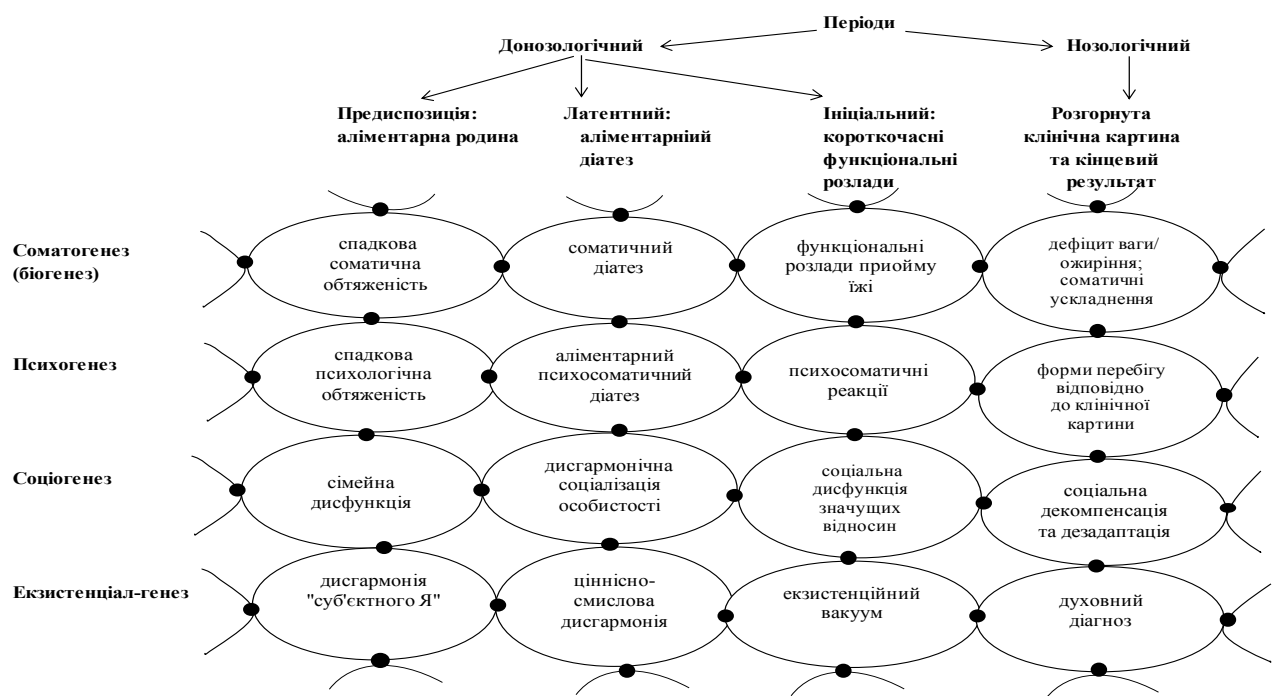


Рис. 2.4. Площинна проекція синергетичної моделі розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»

Графічний формат моделі є площинною проекцією, що дозволяє наочно продемонструвати формування точок біфуркації на перетинанні фракталів та векторів онтогенетичного розвитку.

Перейдемо до стислого огляду векторів онтогенетичного розвитку – «плющин моделі», з урахуванням того моменту, що ця модель розглядає сприятливі умови для виникнення та подальшого розвитку проблемної ХП як метасиндрому.

Соматогенез (біогенез) – онтогенетичний розвиток соматичних систем та функцій організму. Вектор соматогенезу починається холоном «спадкова соматична обтяженість», що є предиспозицією розвитку хвороби на рівні соматики. Подальший закономірний розвиток соматогенезу відображують холони інших фракталів, відповідно: «соматичний діатез: соматосенсорна надчутливість», «тенденції до порушення ваги: передхвороба», «соматичні ускладнення відповідно до форм проблемної ХП» (див. рис. 2.3. та 2.4).

Соматогенез на стику із психогенезом виявляє особливості психофізіологічних процесів (зокрема, нейропсихологічних, нейрохімічних, нейроендокринологічних, нейроімунологічних тощо). На стику із соціогенезом та екзистенціал-генезом – особливості регулювання процесів тілесності, що визначаються специфікою виховання, традиціями (національними, сімейними), духовно-моральним потенціалом, вибором стилю і варіанту життя (рис. 2.3. та 2.4).

Психогенез – онтогенетичний розвиток психічних функцій (мотиваційно-вольових, когнітивних, емоційних, поведінкових, інтеракціональних). Вектор психогенезу у моделі починається холоном «спадкова психологічна обтяженість: психофізіологічна диспозиція», що є другим компонентом першого фракталу. Подальший розвиток вектору психогенезу відображують холони інших фракталів: «аліментарний психосоматичний діатез», «психосоматичні реакції: викривлені патерни ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі», «форми та типи проблемної ХП відповідно до клінічної картини».

На стику із соціо- та екзистенціал-генезом психогенез визначає особливості поведінкових процесів у континуумі «адаптованість – дезадаптованість», «зріла поведінка – інфантильна поведінка», «моральна свідомість – деформації моральної свідомості» тощо (рис. 2.3. та 2.4).

Соціогенез – онтогенетичний розвиток соціальних ролей та відносин. Розвиток цього вектору представлено чотирма холонами, котрі відповідно

входять до складу послідовних чотирьох фракталів («родинна дисфункція», «дисгармонічна соціалізація особистості», «соціальна дисфункція значущих соціальних відносин», «соціальна декомпенсація/дезадаптація/ інвалідизація»).

Екзистенціал-генез – онтогенетичний морально-духовний розвиток особистості. Вектор представлений чотирма холонами: «духовна-моральна дефіцитарність: дисгармонія суб'єктного Я»; «ціннісно-сміслова дисгармонія: порушення формування моральних почуттів», «деформація моральної самосвідомості: деструктивна харчова залежність»; «духовний діагноз: деструкція духовно-моральної позиції» (рис. 2.3. та 2.4.). До того ж цей вектор розвитку передбачає можливість переходу особистості на трансцендентний рівень духовного розвитку, що є особистісним ресурсом у подоланні порушення. Така наша позиція узгоджується з теоретичними положеннями викладеними у працях О. Ф. Бондаренко [46]; М. Й. Борисhevського [48]; В. М. Дружиніна [116]; О. І. Климишин [154]; О. П. Колісника [163]; С. І. Лозинської [215]; С. Д. Максименко, К. С. Максименко, М. В. Папучі [225]; С. Д. Максименко, В. В. Клименко, А. В. Толстоухова [226]; М. В. Савчина [349]; С. О. Ставицької [378]; Г. В. Старшенбаума [380]; Т. М. Титаренко [395] та ін.

2.3 Фрактальна динаміка проблемної харчової поведінки

Теза про фрактальне мислення та фрактальну картину світу розглядалася нами вище. У цьому підрозділі пропонуємо розглянути динаміку виникнення відхилень ХП у системі тілесності, виходячи з припущення, що фрактали щодо означеної проблематики визначають рекурсивну структуру змін, які виникають під впливом зовнішнього та внутрішнього середовища. Це дозволяє з достатньою точністю спрогнозувати можливі тенденції щодо патологічного розвитку ХП та виникнення її соматичних еквівалентів у вигляді дефіциту або надлишку маси тіла. Отже, фрактальний аналіз виходить з припущення про наявність рекурсивного зв'язку в динамічному ряду, що дозволяє описати зміни досліджуваних процесів, виявити зв'язки між модульними компонентами (холонами явищ) та передбачити тенденції розвитку досліджуваної системи тілесності. Зважаючи на це, фрактальну модель щодо явищ тілесності, зокрема щодо виникнення викривлених патернів ХП та їхнього подальшого патологічного розвитку, уявляємо як «миттєву фотографію», що допо-

магає одночасно охопити і динамічний розвиток системи, і її усталений стан, який виникає як тимчасове об'єднання якісних характеристик тілесності та особливостей їхньої взаємодії під впливом певних напрямів онтогенетичного розвитку.

2.3.1 Фрактал предиспозиції: «аліментарна родина». Перший фрактал, що входить до складу біо-психо-соціо-духовної синергетичної моделі розвитку розладів ХП визначаємо як фрактал *предиспозиції*, оскільки саме він є початковим щодо формування патогенетичного процесу. Водночас цей фрактал можна визначити як «аліментарна сім'я», тому що саме родина є біологічною та соціальною «платформою», на якій базується формування проблемної ХП і порушення ваги, як її соматичні еквіваленти. Фактично цей фрактал описує передумови (базову основу, «підґрунтя») щодо виникнення аліментарних порушень у системі тілесності.

Подальший виклад обґрунтування моделі потребує опори на наочність, що презентовано як у графічному зображенні (див. рис. 2.4), так і у форматі таблиці (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Фрактальна синергетична модель розвитку проблемної харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»

Вектор (площина)	Фрактали динамічного розвитку розладів харчової поведінки у системі тілесності			
	Донозологічний період			Нозологічний період
	Предиспозиція: аліментарна родина	Латентний: аліментарний діатез	Ініціальний: короткочасні функціональні розлади: викривлені патерни ХП та порушення ваги (як соматичного еквіваленту ХП)	Розгорнута клінічна картина та кінцевий результат
Соматогенез (біогенез)	спадкова соматична обтяженість	соматичний діатез: соматосенсорна надчутливість	тенденції до порушення ваги: передхвороба	дефіцит ваги/ ожиріння; соматичні ускладнення
Психогенез	спадкова психологічна обтяженість: психо- фізіологічна диспозиція	аліментарний психосоматичний діатез: особливості індивідуальних рис та специфіка знаково- символічної мо-	психосоматичні реакції: викривлені патерни ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі»	форми та типи проблемної ХП відповідно до клінічної картини; соматоформні порушення;

		делі (суб'єктивні дискурси щодо їжі, тіла, способів турботи про тіло)		психосоматичні порушення незворотного характеру
Соціогенез	сімейна дисфункція	дисгармонічна соціалізація особистості	соціальна дисфункція значущих соціальних відносин	соціальна декомпенсація та дезадаптація (інвалідизація)
Екзистенціаль-генез	духовно-моральна дефіцитарність, дисгармонія суб'єктного «Я»	ціннісно-смилова дисгармонія: порушення формування моральних почуттів	деформація моральної самосвідомості; екзистенціальний вакуум: деморалізація, деструктивна харчова залежність	духовний діагноз: деструкція духовно-моральної позиції

Такий дубляж є потрібним, тому що табличний формат площинної проекції синергетичної моделі дозволяє внести необхідні докладніші пояснення щодо формування патологічного спектру «переїдання – обмеження в їжі – відмова від їжі» у процесі розвитку психосоматичного синдрому харчової поведінки.

Фрактал предиспозиції або «аліментарна родина» містить чотири холони, що формуються на перехресті з чотирма площинами онтогенетичного розвитку, які задають та змінюють контекст онтогенетичного розвитку, і фактично відображують зростання рівня складності системи тілесності, зокрема: 1) спадкова соматична обтяженість, 2) спадкова психологічна обтяженість: психофізіологічна диспозиція, 3) сімейна дисфункція, 4) духовно-моральна дефіцитарність, дисгармонія суб'єктного «Я».

Соматогенез (перший холон фракталу предиспозиції) зумовлений впливом *спадкової соматичної обтяженості*, тобто наявністю соматичної схильності до РХП та ожиріння за материнською або батьківською лінією (або обох батьків).

Психогенез (другий холон фракталу предиспозиції) є психофізіологічною диспозицією, що виявляється наявністю специфічних вроджених психофізіологічних особливостей, які сприяють розвитку РХП та ожиріння. Зокрема це специфічні властивості нервових процесів (висока лабільність, динамічність тощо), які зумовлюють неврівноваженість реагування, емоційну нестійкість, високу інтенсивність емоційних виявів. Незбалансованість нервових процесів (за силою, динамічністю, лабільністю, рухливістю щодо збудження і гальмування) зумовлює підвищену

виразність психофізіологічного реагування на вплив стресових чинників та меншу витривалість у ситуаціях психофізіологічного напруження і небезпеки.

Соціогенез першого фракталу (третій холон фракталу предиспозиції) виявляється дисгармонією сімейних відносин в аліментарній родині (розглянуто нижче).

Екзистенціал-генез у фракталі предиспозиції починається холоном, котрий відображає духовно-моральні дисгармонії, які виникають та розвиваються на тлі амбівалентних сімейних відносин, що виражаються через суперечливі прояви любові й ненависті. Наслідком високоамбівалентного деструктивного ставлення до дітей є дисгармонія суб'єктного «Я» (як суб'єкта життя), що виявляється через формування стану навченої безпорадності та сильної залежності від батьків (або інших людей, які їх замінюють). Це унеможливує розвиток основи загально-людських цінностей, в т.ч. самостійності, доброти, бажання піклуватися про себе та інших, сердечності (співчуття, чуйності) тощо.

У наукових працях, присвячених дослідженню проблем РХП та порушень ваги, зауважується, що для більшості хворих на анорексію, булімію та ожиріння властиві такі характерологічні та поведінкові особливості як: нездатність приймати самостійні відповідальні рішення, надмірна прихильність до матері, меркантильне ставлення до свого сімейного оточення, виховання за типом «кумира», інфантилізм [113]. Негативними наслідками таких відносин є, по-перше, очікування постійної підтримки, схвалення та вказівок від батьків; по-друге, впевненість у неспроможі бути успішним та неможливості самостійного вирішення будь-яких проблем (у навчанні, роботі, налагодженні стосунків з однолітками тощо). Розглянемо більш докладно, як ми розуміємо поняття «*аліментарна родина*». Для цього необхідно здійснити невеликий екскурс щодо низки близьких понять, таких як «психосоматична сім'я», «психосоматична матір», «психосоматогенна сім'я».

Поняття «*психосоматична сім'я*» вперше було запроваджено С. Мінухіним. Автор розглядав психосоматичну родину, як носія психосоматичного симптому, що найкраще функціонує саме в той момент, коли хтось хворіє. Сутність відносин у такій родині зводиться до того, що саме психосоматична проблема, скарги, котрі висуває хворий член родини, структурують стиль сімейних взаємин.

Характерною особливістю такої родини є *надмірний контроль та турботливість, крайня жорсткість сімейної структури*, що спрямована на підтримку миру та сталості у родині за будь-яку ціну, а отже, нездатність витримувати «емоційні вибухи» та ефективно вирішувати конфлікти [248, с. 66].

На сьогодні більшість фахівців (Г. Аммон, А. Я. Варга, І. В. Добряков, О. І. Захаров, І. Г. Малкіна-Пих, Е. Г. Ейдемільер, К. Хорні, О. С. Язвінська та ін.) визнають, що провідна роль на ранніх етапах розвитку тілесності належить матері, оскільки саме вона формує у дитини, так звану, «мову тіла».

Значний внесок в проблему раннього генезу об'єктних відносин між матір'ю та дитиною внесла М. Малер (1965). Фактично вона вперше описала поняття *«психосоматична матір»* та виокремила два основних типи ставлення матері до дитини, що гальмують формування її власного «Я»: неусвідомлюване приховане відторгнення, при якому дитина змушена використовувати соматичну мову тіла; симбіоз, як дуальну єдність. Характеризуючи психосоматичну матір, авторка підкреслила її амбівалентні риси: а) авторитарність, домінантність, вимогливість, надвключеність у життя дитини, нав'язливе бажання контролювати її життя; б) надмірну тривожність, латентну ворожість, що проявляється у опору з боку матері щодо будь-яких спроб дитини сепаруватися (за В. Бройтігам, П. Крістіан, М. Рад) [52, с. 282].

Окрім уже зазначених вище рис психосоматичної матері науковці (Г. Аммон, Ю. Ф. Антропов, М. П. Білецька, І. П. Брязгунов, Д. М. Ісаєв, О. Ф. Кернберг, С. О. Кулаков, С. Мінухін, О. С. Чабан, Т. М. Яблонська та ін.) виокремлюють комплекс соціальних та особистісних особливостей «невротичної матері», який є фактором ризику формування психосоматичної патології: негативне ставлення матері до власної тілесності (відторгнення власного тіла); дезорганізація активності матері під час хвороби дитини внаслідок високої тривожності; алекситимія, внаслідок чого основним змістом комунікації з дитиною на всіх етапах її вікового зростання залишаються прояви її тіла, що пов'язано з раннім досвідом та особливостями виховання у прабатьківській сім'ї (соціальне наслідування); нездатність до конструктивного розв'язання конфліктів тощо [18; 11; 39; 56; 143; 149; 191; 248; 437; 579].

Отже, спираючись на суттєві характеристики, що наповнюють та розкривають зміст поняття «психосоматична матір» та «психосоматична родина», вважаємо за

необхідне окреслити поняття *аліментарна родина* (від лат. alimentarius – харчовий). На нашу думку, особливості родинних стосунків такої сім'ї є чинником ризику щодо формування аліментарно-залежних порушень та фіксації на викривлених патернах ХП. Подальша патологічна динаміка розвитку цих патернів ХП у спектрі патологічного модусу «переїдання – обмеження в їжі» зумовлює розлади ХП та порушення ваги (внаслідок дефіциту або надмірного постачання в організм поживних речовин, порівняно з фізіологічними потребами організму).

Зауважимо, що *аліментарна родина* є варіантом *психосоматичної або психосоматогенної сім'ї* (поряд з такими варіантами як діабетогенна, кардіогенна, ульцерогенна сім'я, котрі розглядаються П. І. Сидоровим як фактори ризику формування відповідних психосоматичних захворювань (діабет, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба та ін. [359]).

Оскільки виникнення викривлених патернів ХП, як початку патологічного розвитку РХП починається у родині, то зрозуміло, що саме родинні стосунки, які є початковою ланкою соціалізації дитини та її формування як особистості мають бути у центрі уваги дослідників. Це зумовлено тим, що саме під час первинної соціалізації дитина засвоює від значущих Інших способи регуляції тілесними функціями, уявлення про здоров'я, особливості ХП, зовнішнього вигляду, самопрезентацію під час хвороби, способи подолання труднощів й виходу зі стресів, інтерналізує способи турботи про себе, оволодіває досвідом регуляції власними негативними афективними станами та досвідом перебування у стані хвороби тощо. Виходячи з вагомості впливу *аліментарної родини* на формування проблемної ХП та порушень маси тіла, вважаємо за необхідне зупинитися більш докладно на аналізі виникнення дисгармонійних сімейних стосунків у психосоматогенних сім'ях, описаних у науковій літературі.

На думку Г. Стайерлін (1977), найважливішою характеристикою психосоматогенної родини є порушення у розподілі ролей та сімейних стосунків, що провокує виникнення психосоматичних захворювань. Зокрема: 1) «зв'язування» – у родині порушується співвідношення між потребою у відокремленні членів родини та їхнього прагненні до єдності, при цьому залежність є більшою, ніж незалежність, діти виростають інфантильними; 2) «відторгнення» – відносини у сім'ї характеризуються

жорсткою ієрархією влади, ригідною структурою ролей; дитина змушена «відмовитися від себе», своїх бажань, потреб тощо; 3) «делегування» – батьки сприймають своїх дітей як продовження себе, покладають на них свої нереалізовані життєві плани, при цьому у батьків відсутнє реалістичне сприйняття досягнень своїх дітей [662].

Ми поділяємо позицію автора та вважаємо, що розглянуті викривлення взаємин також властиві для аліментарної родини (як варіанту психосоматогенної сім'ї). Підтвердженням цього є результати як наших власних досліджень, так і досліджень інших науковців щодо проблеми ожиріння, анорексії, булімії, психогенної гіперфагії [39; 66; 89; 111; 113; 119; 151; 159; 192; 290; 331; 348; 372; 425; 624; 645; 647; 658].

На користь концепції *психосоматогенної родини* висловлювалися також Е. Г. Ейдемільер та В. В. Юстіцкас [575]. Автори зазначили, що виникнення психосоматичних захворювань зумовлено *дисгармонією в основних сферах життєдіяльності сім'ї* (ранньою психічною травматизацією). На думку дослідників, дисгармонія може бути пов'язана з порушеннями одного або декількох аспектів сімейних відносин: дисфункціонального розподілення ролей, відсутності взаємної підтримки, відкритості, довіри, розумної турботи один про одного, зіткнення ціннісних позицій, економічними та побутовими труднощами тощо.

Узагальнюючи результати експериментальних досліджень, присвячених проблемам РХП (анорексії, булімії, компульсивного переїдання) [151; 159; 171; 252; 332; 338; 351; 363; 377; 433; 440; 603; 610; 622; 636; 637; 674], а також проблемам зайвої ваги та ожиріння [37; 75; 81; 348; 360; 379; 383; 389; 424; 586], нами були виділені деякі особливості та дисфункції аліментарної родини, що створюють передумови для виникнення та рекурсивної підтримки викривлених патернів ХП:

1) проблеми щодо харчування та набору маси тіла на етапі грудного вигодовування;

2) «сімейні традиції» щодо «приймання їжі» та «образу тіла»;

3) надвключеність батьків у життєві проблеми дитини, що заважає розвитку самостійності, призводить до затримки розвитку захисних механізмів, несформованості механізмів розв'язання внутрішніх конфліктів та життєвої компетентності, сприяючи формуванню егоїстично-меркантильного ставлення до життя і людей, інфантилізму, невпевненості у собі тощо;

4) надчутливість кожного члена родини до життя іншого, що обтяжує дитину; у таких умовах ексцентричний тип ХП – відмова від їжі або переїдання, стає засобом маніпуляції батьками, намаганням привернути увагу до потреби у власній автономії;

5) орієнтація дитини на лідерство та успіх, але паралельно обмежується потреба у самостійності, нав'язується думка про недостатню компетентність, що формує підвищену чутливість до «неуспіху», надмірну залежність від критичних зауважень Інших, формує перфекціонізм;

6) ригідні взаємини у сім'ї, що зумовлює формування ригідності, інфантилізму, надмірної зорієнтованості на соціальні норми, необхідності бути «хорошим для усіх» та високої полезалежності;

7) тенденція до уникнення відкритого обговорення конфліктів та вияву особистісної позиції, що значно підсилює ризик виникнення конфліктів, які, незважаючи на актуальність, не вирішуються; у такому разі проблемна ХП відіграє роль стабілізатора (*приносить вторинну вигоду системі «дитина – батьки»*). Окрім того, особливий стиль ХП може приносити вторинну вигоду «власнику» симптому (за допомогою порушення у функціонуванні отримує додаткову увагу, турботу, підтримку від батьків та значущих інших, або отримує інші переваги, наприклад, звільняється від неприємних обов'язків без почуття провини за це тощо);

8) батьки, внаслідок різних причин (неуважності, зайнятості, неготовності, необізнаності тощо), не здатні до розпізнавання тілесних станів дитини та їхнього означування. Надалі це зумовлює відчуження дитини від власної тілесності – знижену здатність до когнітивної диференційованості уявлень про тіло, рефлексію та самоусвідомлення власних переживань (відчуттів, почуттів, бажань, мрій тощо) наслідком чого є серйозний дефіцит ініціативи, автономії, самоконтролю, саморегуляції.

Отже, ексцентрична (дезадаптована) харчова поведінка та проблеми ваги переважно формуються в ситуації сімейного конфлікту як невдалий спосіб його розв'язання. Соматизація афекту (емоцій) є стилем сімейної адаптації до труднощів, або стереотипом уникнення невдач (своєрідна реакція ухилення відпові-

дальності). Дитина може усвідомлено та/або неусвідомлено використовувати перекручені патерни харчової поведінки для маніпуляції дорослими.

Однією з характерних рис аліментарної сім'ї є «стримування виявів різноманітних почуттів» (дитину за нестриманість критикують, соромлять, карають), внаслідок цього дитина привласнює стереотип пригнічення негативних емоцій та терпіння будь-яких болісних відчуттів, що підсилює емоційне напруження та зумовлює соматизацію афективних переживань. Крім того, для сімей цього типу характерною рисою є алекситимія. У таких випадках, ХП, як «мова тіла», є інструментом комунікації, формуючи особливий тип конституції особистості, який характеризують як «вираз емоції без слів» [39; 56; 81; 239; 348; 360]. Таким чином, перший фрактал синергетичної моделі розвитку розладів харчової поведінки (як феноменологічного явища тілесності) виявляється на всіх рівнях онтогенетичного розвитку. Фрактал «пredisпозиція: аліментарна родина» містить чотири холони, які виявляються спадковою обтяженістю та дисгармонійними відносинами в аліментарній родині. Виходячи з вищезазначеного, вважаємо, що важливу роль у профілактиці розладів ХП та порушень ваги має модулювання відносин у родині та формування здоров'язбережувальної ХП, що зумовило необхідність розроблення відповідних концептуальних основ (див. 6 розділ цієї роботи).

2.3.2 Фрактал латентного періоду: «аліментарний діатез». Другий фрактал моделі визначаємо як «аліментарний діатез». Така назва підкреслює створення сприятливих умов для виникнення аліментарно-залежних хвороб. При цьому виходимо з твердження, що більшість стрес-діатез моделей психосоматичних розладів припускають, що всі люди мають певний рівень діатезу для будь-якого хворобливого стану. Вони можуть лише відрізнитися відносно точки, в якій розвиваються розлади залежно від виявів факторів ризику і ступеня впливу стресу [285; 286; 436; 437; 562]. Отже, цей фрактал є латентним періодом (донозологічною, субклінічною фазою) розвитку РХП та характеризується тим, що характер порушень, які виникають на цьому етапі мають компенсаторний характер, тобто розглядаються нами як функціональні порушення, які можуть перейти в ініціальну стадію розвитку патогенетичного процесу, але можуть і не перейти, зберігаючи свою усталену структуру.

Латентний фрактал містить чотири холони «діатезу», які формуються на перехресті з чотирма векторами онтогенетичного розвитку: 1) *соматичний діатез: соматосенсорна надчутливість*; 2) *аліментарний психосоматичний діатез*; 3) *дисгармонічна соціалізація особистості*; 4) *ціннісно-смилова дисгармонія*.

Перш, ніж окреслити поняття «аліментарний діатез», є необхідність розглянути передісторію поняття «діатез» (від грець. «diathesis» – схильність), яка висвітлюється у науковій літературі. Ю. С. Шевченко, Є. І. Баздирєв зазначають, що ще Г. Сельє намагався пояснити розлади адаптації діатезом, останній, розглядався вченим як специфічна реактивність організму, що створює передумови для порушення і зниження захисних можливостей людини та ініціює патологічний розвиток функціонування процесів адаптації [562]. Розробляючи ідею діатезу, сучасні автори визначають це поняття як конституціональну схильність організму до виникнення порушень у функціонуванні організму, які виникають внаслідок спадкових та набутих особливостей і визначають своєрідність адаптивного реагування [562, с.5]. Подібні ідеї висловлюють інші автори, які вважають, що ця модель є універсальною (В. С. Собенніков, Ф. І. Белялов, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.) [372; 437; 438]. Сутність відомих діатез-стресових моделей визначається як зв'язок між діатезом (як спадкової/біологічної підвищеної схильності до певного хворобливого стану) і «стресом» (як сукупної дії психосоціальних чинників), які актуалізують цю схильність. Відповідно до цієї моделі, лише взаємодія умов, зокрема діатезу та стресу відкриває шлях трансформацій від норми до патології (за аналогією ключа і замка). І. В. Давидовський наголошує, що тривалий вплив екзогенних чинників зовнішнього середовища опосередковується психікою та поступово трансформується у внутрішню причину виникнення патологічних станів та процесів, які надалі розвиваються за стереотипом загальнобіологічних закономірностей [100].

О. П. Коцюбинський розглядає діатез як прихований (латентний) фактор ризику формування субклінічних/донозологічних порушень [177, с. 46]. Автор підкреслює, що діатез – це особливий стан організму. В цьому стані функціонування організму між нормою та патологією знаходиться у хиткій рівновазі, що зумовлено спадковістю, особливою вразливістю набутих якостей, які в умовах стресу

спричиняють неадекватні відповіді на звичайні впливи, а надалі ініціюють розвиток патологічного реагування на шкідливі чинники. Окрім того, діатез значно ускладнює перебіг тих захворювань, які вже виявилися [100; 177; 307; 372; 437]. Низка авторів (С. А. Овсянніков, Б. Д. Циганков, Б. В. Овчинніков, І. Ф. Дьяконов, Л. В. Богданов, А. Б. Смулевич та ін.) звертають увагу на особливості *психосоматичного діатезу як психосоматичної вразливості*, що при наявності стресових факторів зумовлює декомпенсацію, і відіграє суттєву роль у маніфестації іпохондричних та психосоматичних захворювань з тенденцією до патологічного розвитку особистості (невропатичного, психопатичного характеру) [285; 286; 369; 371].

Під поняттям «*психічний діатез*» у науковій літературі розуміють порушення психічної адаптації, або межовий стан, який є варіантом специфічного патопсихологічного діатезу та виявляється у готовності до патологічного реагування на внутрішні й зовнішні стресові чинники. Іншими словами – це відхилення у реагуванні, які зумовлюються генетично і впливами екзогенного характеру [359, с.80]. На думку низки авторів (О. П. Коцюбинського, Н. С. Шейниної, Б. Г. Бутоми, Ю. В. Мельникова, С. Ю. Циркіна та ін.) до *психічного (патопсихологічного) діатезу* відносять різні межові нервово-психічні розлади, які свідчать про дефектність адаптаційно-компенсаторних можливостей організму та його готовність реагувати неадекватним чином на внутрішні й зовнішні стресові фактори [177; 436]. Дослідники зазначають, що положення про психічний діатез є логічним розвитком ідей про вразливість «майбутніх» психічно хворих, а також уявлень про *діатез як стан передхвороби*, який зумовлений нервово-психічною дезінтеграцією різних сфер психіки. Разом з тим одним з критеріїв цього стану науковці вважають наявність психічної дезадаптації зворотного характеру [177, с. 48].

Заслуговує на увагу той факт, що дизонтогенез також розглядається плеядою авторів як психічний діатез (В. В. Ковальов, О. П. Коцюбинський, П. І. Сидоров, І. А. Новікова, С. Ю. Циркін, Ю. С. Шевченко, Є. І. Баздирєв та ін.). Дослідники виокремлюють три варіанти психосоматичного дизонтогенетичного розвитку:

– *Перший варіант характеризується відставанням або затримкою соціалізації тілесних функцій психосоматичного розвитку дитини. Тілесна мова як*

основний засіб комунікації використовується дитиною впродовж тривалого часу (навіть після завершення дошкільного вікового періоду). Окрім цього спостерігається стереотипна поведінка – у вигляді специфічних «безглузвих» ритуалів (під час споживання їжі, засинання, вдягання тощо).

– *Другий варіант – регрес психосоматичного розвитку* – є реакцію дитини на психотравму. Виявляється втратою навичок саморегуляції тілесних функцій та дезадаптивними патернами поведінки. Прихований зміст регресу спрямований на залучення уваги дорослих (маніпуляція за допомогою мови тіла).

– *Третій варіант – викривлення психосоматичного розвитку у зв'язку з перекрученим формуванням образу тіла/образу «Я» (тілесного «Я»)* та негативним самостваренням до певних тілесних виявів внаслідок невротичної або психосоматичної дисоціації (наприклад, до реальної або уявної зайвої ваги, харчових звичок, стилю ХП та ін.). Одним із можливих варіантів є дисоціація між самостваренням і самооцінкою [18; 300].

Спираючись на дослідження авторів (П. І. Сидорова, І. А. Новикової, О. П. Коцюбинського, Н. С. Шейниної, Б. Г.Бутоми та ін.) нами виділені латентні чинники ризику субклінічних порушень ХП (аліментарний соматичний діатез та аліментарний психічний діатез), які є холонами соматогенезу та психогенезу цього фракталу.

Холон соматогенезу латентного фракталу є сукупністю спадкових або надбаних властивостей, які виявляють схильність до певного соматичного/фізіологічного реагування та зумовлюють *формування функціональної й морфологічної основи для експресії генетичного феномену і появи надлишку або дефіциту маси тіла*. Зокрема, майже всі фахівці визнають значущу роль не тільки генетичної схильності щодо розвитку ожиріння та РХП, але й формування викривлених ендокринних та нейроендокринних реакцій внаслідок порушення основного обміну. У поєднанні з неправильними харчовими звичками (стратегіями і стильовими патернами ХП) та порушенням режиму фізичної активності це значно підвищує ризик виникнення відповідних захворювань [39; 66; 89; 111; 113; 151; 159; 192; 290; 348; 372; 425; 624; 647; 658; 660].

Фізіологічні реакції, які зумовлюють порушення психофізіологічної адапта-

ції тілесності виявляються зниженням толерантності певних соматичних систем організму до стресових впливів, соматизованими реакціями та дисфункціями психовегетативного синдрому. У сучасній спеціальній науковій літературі [8; 285; 286; 369; 372; 436] зауважується, що психовегетативний діатез найчастіше асоціюється з афективними та невротичними порушеннями. На нашу думку, особливості реагування, що визначають специфічність *аліментарного соматичного діатезу* дозволяють розглядати його як можливість переходу порушень в ініціальну стадію розвитку, але такий перехід може й не відбутися. Серед соматизованих реакцій та окремих дисфункцій відзначимо *викривлені реакції на голод*, такі як відраза до їжі та її запахів, редукція «харчової домінанти», або, навпаки, надмірне посилення потягу до їжі, гіперфагічна реакція на їжу, порушення ковтання, що виникають на тлі афективних станів під впливом фазно-ритмічної реактивності/тімопатичного діатезу³ та дисфункціональних реакцій, які зумовлюються специфікою різних психофізіологічних і нейромедіаторних механізмів регуляції.

На сучасному етапі розвитку наукового знання важливим показником щодо ризику виникнення ожиріння та інших хронічних неінфекційних захворювань вважають «харчовий статус», який визначають як сукупну взаємодію конституціональних особливостей організму та фактичного харчування (Я. В. Нікіфорова, В. І. Смоляр, Г. І. Петрашенко, О. В. Голохова та ін.) [280; 367]. Найінформативніші об'єктивні показники харчового статусу отримують за допомогою різноманітних методів (соматоскопічних, соматометричних, фізіометричних, клінічних, біохімічних, біофізичних та ін.), які дозволяють визначити адекватність харчової поведінки та адаптивність функції харчування.

Холон психогенезу латентного фракталу формується на основі психофізіологічної диспозиції, тобто сукупності ознак особистості (преморбідних особливостей), що визначають схильність до розвитку розладів харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі», що відповідає поняттю «аліментарний психічний діатез».

Узагальнюючи вищеописані положення щодо поняття «психічний діатез» за даними різних наукових досліджень, присвячених проблемам РХП та зайвої ваги, у

³ Тімопатичний діатез – є найдавнішою формою реагування організму, що пов'язано з біологічними природними ритмами, які його породжують. Ці ритми сформувалися як продовження та відображення ритміки неживої природи (ритми сонячної активності, річні, сезонні, місячні, добові). Надалі є базою для формування сезонних афективних розладів (САР).

т.ч. ожиріння, нами виокремлено поняття «*аліментарний психосоматичний діатез*». Це поняття підкреслює наявність діатезу як особливої реакції, що зумовлюється специфічністю неадекватного реагування як соматичного, так і психічного рівнів тілесності. Особливість виявляється в готовності реагувати на стресові чинники викривленими патернами харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та їхніми соматичними еквівалентами, передусім, у вигляді дефіциту або надмірності ваги. Отже, *аліментарний психосоматичний діатез*, як проміжний стан між нормою і патологією, є відхиленням психічної адаптації тілесності (варіантом специфічного психопатологічного діатезу), і виявляється схильністю та готовністю до неадаптивного реагування на внутрішні та зовнішні стресові фактори, під впливом яких цей стан може трансформуватися у РХП (як певну нозологічну одиницю), зокрема у разі усвідомленого або неусвідомленого заперечення наявності проблеми (дефіциту/надмірності ваги, домінування викривлених патернів ХП).

Підтвердження означеної позиції знаходимо у багатьох наукових працях вітчизняних та зарубіжних авторів [75; 81; 113; 151; 172; 181; 228; 229; 278; 348; 590; 594; 627]. Зокрема, А. М. Дорожевец зазначає, що хворі на ожиріння та нервову анорексією характеризуються високою сенситивністю та низькою стресостійкістю [113, с.17]. М. В. Коркіна зауважує, що для хворих на нервову анорексію характерна афективна лабільність зі схильністю до зниженого настрою. При цьому стійкі порушення настрою цих хворих може спричинити найменша невдача, неприємна розмова, а тим більше сварка [172, с. 31]. Аналогічні особистісні риси притаманні більшості хворих на ожиріння (Т. Г. Вознесенька, В. О. Сафонова, Н. М. Платонова, А. М. Дорожевец, Ю. Л. Савчікова та ін.). Разом з тим, необхідно зазначити, що поведінка означеної категорії людей, окрім особливостей емоційного стану та індивідуальних характерологічних рис, визначається особливостями знаково-символічної моделі конкретної особи (своєрідністю поглядів, ідей, переконань, оцінок, концепцій, уявленнями, настановами на певну поведінку, ставленням до минулого, теперішнього та перспектив майбутнього, звичних стереотипів тощо). Іншими словами, на відміну від діатезу соматичного рівня, *аліментарний діатез на рівні психіки* зумовлений особливостями знаково-символічної моделі

конкретної особи – сукупністю смисложиттєвих орієнтирів життєвого шляху, суб'єктивних дискурсів та інших механізмів відтворення реальності й функціонування, які визначають специфіку символічної організації індивідуального досвіду, зокрема суб'єктивних дискурсів щодо їжі, тіла, способів турботи про тіло тощо.

Узагальнюючи результати власних експериментальних досліджень та розвідок інших науковців, котрі досліджують проблему ХП та порушень ваги [1; 34; 38; 75; 81; 89; 118; 151; 171; 181; 185; 192; 213; 235; 252; 254; 317; 360; 566; 567; 596; 626], нами виокремлено основні чинники, що зумовлюють викривлення патернів ХП:

- стан хронічної незадоволеності власною вагою, тілом, собою та життям загалом, що засвідчує порушення гармонійного внутрішнього порядку у системі тілесності та її функціонування у дисгармонійному режимі;

- викривлені (перекручені, спотворені) психологічні смисли їжі, що зумовлюють оральну регресію та оральну фіксацію з тенденцією до коливання ваги; нав'язливості у думках та діях, які реалізуються через викривлені стереотипні ритуали харчової поведінки; надмірна увага та вибірковість до інформації, котра висвітлює питання корекції ваги та харчування;

- надцінне ставлення до їжі; нерозвиненість внутрішньої системи орієнтирів щодо можливості отримання задоволення від життя (усе інше, крім їжі, вважається менш значущим та ефективним);

- ригідність мимовільної діяльності (створення захисних ритуалів, які іноді здобувають характер нав'язливих дій з елементами одержимості); нерозвиненість продуктивних копінг-стратегій;

- емоційна ригідність – знижене тло настрою на тлі підвищеної вразливості та чутливості до ситуацій, що пов'язано з зовнішнім оцінюванням; слабкість емоційного резонансу, емоційна виснаженість; поодинокі епізоди депресії з фобіями, що маскуються соматовегетативними компонентами з тенденцією до коливання ваги; інколи неадекватність, парадоксальність емоційного реагування;

- інфантилізм як психологічна незрілість та надмірна соціальна орієнтованість (надмірне прагнення відповідати соціальним нормам та очікуванням Інших);

- дисрегуляція активності, що характеризується дисоціацією та парадоксальністю; відзначаються вибірковість і амбітендентність.

Окрім вже зазначених особливостей психічного реагування у дослідженнях присвячених вивченню РХП та порушенням ваги, також достатньо часто вказується на: перфекціонізм; імпульсивність та бажання гострих відчуттів; низьку фрустраційну толерантність; високий рівень алекситимії; високу особистісну тривожність; про-топатичні страхи та реакції паніки (переважно уночі); певні типи акцентуації характеру та розлади особистості. Найчастіше у зв'язку з розладами прийому їжі згадаються наступні розлади особистості: тривожний або уникаючий (F60.6), межовий (F60.3), істеричний (F60.4), нарцисичний, психоневротичний, ексцентричний та пасивно-агресивний (F60.8) [25; 96; 113; 119; 151; 159; 171; 172; 328; 331; 332].

Холон соціогенезу латентного фракталу виявляється через сімейні дисфункції або дисгармонії сімейних стосунків, котрі зумовлюють різноманітні дисгармонії особистості, оскільки саме в родині дитина засвоює більшу частину соціальних відносин, які панують у суспільстві, зокрема, традиції щодо харчування (національні, сімейні); психологічні смисли їжі; особливості виявів харчової поведінки; ставлення до тіла та значущість «зовнішнього вигляду» як чинника життєвої успішності тощо.

Холон екзистенціал-генезу (четвертий ізомер) латентного фракталу є дисхронизмом розвитку моральних якостей та моральної соціалізації, що зумовлює ціннісно-сміслову дисгармонію особистості – несформованість або викривленні уявлення щодо таких складних понять як віра, відповідальність, честь, гідність, совість тощо.

На думку С. О. Кулакова, визначення ригідності/гнучкості ціннісно-сміслові орієнтації та спрямованості на швидку або повільну самореалізацію дозволяє виявити порушення в ієрархії ціннісно-сміслових орієнтацій, ступінь суперечливості між ціннісно-смісловими орієнтаціями різних рівнів та викривленням реальності інтерперсональних відносин [191, с. 128]. Отже, латентний фрактал (як прихований період розвитку РХП та ожиріння) характеризується тим, що харчові потреби «майбутніх хворих» задовольняються здебільшого під впливом екзогенних чинників (вигляду й ароматів їжі, оцінок й бажань інших людей), а не у зв'язку з істинним почуттям голоду (як внутрішнього інтегрованого почуття психофізіологічного характеру). Суб'єкт

слабо володіє здатністю до диференціації почуттів голоду, насиченості й ситості. Більш того, почуття апетиту часто провокується негативним емоційним станом, що виникає у зв'язку з конфліктами та особистісними проблемами. Бажання покращити настрій за допомогою їжі під впливом стереотипів раннього дитинства, коли бажання отримати стрімке аліментарне задоволення на відчуття внутрішнього неблагополуччя інтерпретується як відчуття раптового сильного голоду, що є свідченням «стрімкого регресу», зумовленого викривленими психологічними смислами їжі, які засвоєні ще на стадії дитинства (символізм травного і метаболічного уробороса або динамічного символу тіла [281, с. 125]). Іншими словами, «їжа» стає ілюзорним та компенсаторним заміником незадоволених емоційних потреб або об'єктом маніпулювання щодо значущих Інших. Подальший розвиток патогенетичного процесу відбувається під впливом додаткових факторів ризику, що зумовлює маніфестацію перших клінічних симптомів відповідно до клінічної картини РХП та ожиріння. У синергетичній моделі розвитку ХП це відповідає переходу на третій фрактал.

2.3.3 Ініціальний фрактал: «продром розгорнутої клінічної картини».

Ініціальний фрактал ініціює патогенетичний розвиток хвороби. Фрактал містить чотири холона, специфіка яких визначається перехрестям з чотирма векторами онтогенетичного розвитку, зокрема: 1) *тенденції до порушення ваги: передхвороба*; 2) *психосоматичні реакції: формування викривлених патернів ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі»*; 3) *соціальна дисфункція значущих соціальних відносин*; 4) *деформація моральної самосвідомості*.

Ініціальний фрактал, як ініціальна фаза розвитку РХП та ожиріння, є подальшим розвитком психосоматичного синдрому ХП у континуумі «норма – патологія» і характеризується тим, що специфіка порушень, які виникають на цьому етапі, має компенсаторний характер, тобто є функціональними порушеннями, які можуть перейти в розгорнуту клінічну картину патогенетичного процесу, але можуть і не перейти, зберігаючи свою усталену структуру впродовж певного часу. При цьому різні форми і типи перебігу психосоматичного синдрому викривленої ХП є відображенням зв'язків між психосоматичним станом, психосоціальними чинниками, духовно-моральним потенціалом особистості та механізмами захисту. Підтвер-

дженням наших міркувань є вислів М. В. Савчина: «...сучасна людина, що втратила контакт з духовною сферою, застрягла в односторонності (наприклад, вона прагне тільки влади понад усе, ...чи задоволення, комфорту понад усе, чи просто життєвої рівноваги понад усе...). У людини часто стається психологічний розлом як небезпечне роздвоєння несвідомих і свідомих психічних процесів» [349, с. 193].

Холон соматогенезу цього фракталу виявляється через зв'язки між викривленими патернами харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та їхніми соматичними еквівалентами, що виявляються зовнішньо (окрім вже згаданих еквівалентів – «зайвої ваги» і «дефіциту ваги», це стан шкіри, волосся, нігтів, зубів; відчуття фізичної втомленості, виснаженості тощо). До того ж цей холон включає різні короточасні функціональні порушення соматичного рівня тілесності, котрі виникають внаслідок прийому їжі та виявляються за результатами лабораторних аналізів (порушення метаболічного обміну, гормональні й аутоімунні порушення тощо) [26; 119; 151; 159; 252; 433; 440]. Окрім того приєднуються поодинокі скарги на погіршення соматичного стану (зниження/підвищення артеріального тиску, частоти пульсу, глибини дихання, раптової м'язової слабкості, порушення сну тощо) та симптоми функціональних соматоформних розладів (у т.ч. різні види алгії) [26; 119; 151; 159; 252; 353; 433; 440]. Особливість функціональних порушень прийому їжі виявляється у тому, що вони не призводять до виникнення порушень органічної структури органів [119; 151; 159; 252; 353].

Холон психогенезу ініціального фракталу виявляється психосоматичними реакціями, насамперед, у спектрі «переїдання – обмеження в їжі». Особливість специфічного реагування проявляється внаслідок фіксації викривлених патернів харчової поведінки у вигляді двох крайніх модусів, котрі супроводжуються характерними думками, фантазіями та діями, що мають нав'язливий (обсесивно-компульсивний) характер.

Перший модус відповідає спектру «переїдання», ініціює розвиток ожиріння, булімії та інших харчових розладів за типом переїдання (внаслідок порушення ідентифікації щодо відчуттів голоду та насиченості, порушення контролю над процесом споживання їжі тощо). Інший модус – «обмеження у споживанні їжі»

формується під впливом страху набрати вагу тіла. У психіатричній літературі «страх набрати вагу» позначається як виникнення дисморфобічних тенденції, які зумовлюють розвиток анорексії (розглядалося у першому розділі та публікаціях [456; 462; 494; 648; 650]). Але, якщо задатися питанням: «що є страх крізь призму знаково-символічної системи?», то попередньо проведений теоретичний аналіз та досвід нашої практичної роботи, дає підстави стверджувати, що страх набрати вагу є певним суб'єктивним міфом, псевдосимволом, особливою призмою конкретного суб'єкта. Саме через цю призму суб'єкт сприймає різні, але нерозривно взаємопов'язані дискурси страху (зокрема, страх негарного, товстого тіла; споживання шкідливої, нездорової, «поганої» їжі; шкідливих харчових звичок, неможливості схуднути тощо), що викривлює сприйняття картини реальності та обмежує її. Отже, «страх набрати вагу» є часткою інтерсеміотичної системи і нелінійним феноменом, який має багаторівневу структуру, оскільки пов'язує низку суб'єктивних дискурсів страху в єдину цілісну систему. До того ж базовою основою формування викривлених патернів харчової поведінки, як психосоматичного патологічного реагування на різні життєві ситуації, є перекручені психологічні смисли їжі та намагання моделювати своє тіло внаслідок незадоволення образом свого тіла (зокрема незадоволення реальною або уявною зайвою вагою).

Особи, які мають тенденції до *анорексичної ХП* виявляють *амбівалентне ставлення до їжі, що має парадоксальний характер*. З одного боку їжа сприймається ними «як ворог» або як «об'єкт не вартий уваги» та асоціюється із зайвою вагою, складками на боках тощо. Це змушує їх шукати способи схуднення та шляхи відмови від їжі. З іншого боку, вони схильні займатися всім, що має відношення до їжі: закуповують продукти, готують різні страви, годують близьких та друзів, колекціонують рецепти, кольорові фотокартки, що занурюють їх у візуальну насолоду від спостереження вишуканих страв, красиво сервірують стіл, купують для себе «спеціальний» посуд, мріють отримати професію кухаря, кондитера, стати ресторатором тощо. У науковій літературі така поведінка визначається як «квазизадоволення органічної потреби» [113; 135; 151]. Це означає символічне заміщення природної потреби. Наслідком такого заміщення є виникнення стану, коли голод поступово стає та-

ким, що «не насичується». Природня соматична потреба в їжі наче «відмежовується» від її біологічної основи, що фактично означає зміну природи самої потреби. Голод, в термінології гештальтпсихології, стає значущою, постійно актуальною «фігурою». Це зумовлює фіксацію думок на означеній тематиці та підштовхує на розширення й пошук безпечних способів задоволення потреби в їжі, котрі «узгоджуються» з мотивом схуднення та не заважають реалізації головної мети – «худненню».

У осіб, які схильні до зайвої ваги та ожиріння внаслідок переїдання, їжа та сам процес споживання їжі найчастіше асоціюється із задоволенням, зниженням напруги, позитивними емоціями, що пов'язано з різноманітними психологічними смислами їжі.

Особи, які мають тенденції до *булімічної ХП також виявляють амбівалентне ставлення до їжі, але іншої спрямованості. З одного боку, їжа та сам процес її споживання викликає у них надзвичайно позитивну оцінку, але з іншого – страх набрати вагу та спотворити фігуру, змушує їх шукати ефективні засоби зниження ваги.*

Окрім специфічних психологічних порушень (відповідно до клінічної картини РХП), можна відзначити неспецифічні порушення: домінування думок про власну неповноцінність та ущербність у зв'язку з уявною або реальною надлишковою вагою; тривогу, емоційну ригідність (домінування негативного полюсу настрою, емоційна виснаженість, ендогенний ритм настрою, цикли депресивного настрою й фобії, що маскуються соматовегетативними компонентами з тенденцією до зниження або підвищення маси тіла), неадекватність та парадоксальність емоційного реагування, пошуки «ідеальної» дієти, спроби обмеження себе в їжі, уникання фотографуватися та дивитися на себе у дзеркало тощо [1; 66; 89; 111; 113; 119; 151; 159; 192; 290; 348; 372; 425; 624; 645; 647; 658; 663].

Викривлення в реагуванні призводять до *особистісних деформацій*, які виникають на основі аліментарного психічного діатезу та підсилюються при подальшій травматизації суб'єкта, що запускає процес фіксації на перекручених паттернах ХП. Зокрема, *патерни переїдання* частіше розвиваються на тлі інфантильності, сугестивності, підвищеної чуттєвої безпосередності, вразливості. *Патерни обмеження в їжі* часто формуються на тлі ідей перфекціонізму, егоцентризму, схильності до ризику та є виявом високої пошукової активності, спрямованої на по-

долання та «боротьбу з небезпекою» (її вбачають у надлишковій вазі, надмірному харчуванні, проявах нав'язливої турботи близького оточення) [339; 341; 348; 351].

Холон соціогенезу цього фракталу позначений як «соціальна дисфункція значущих соціальних стосунків», що є потужним стресогенним чинником на будь-якому етапі життєвого шляху. На основі аналізу численних праць плеяди науковців та результатів власних напрацювань, нами були виділені деякі особливості міжособистісних стосунків досліджуваного нами контингенту [89; 113; 192; 213; 235; 348; 357; 359; 360; 380; 566]. Враховуючи доречність і доцільність отриманих нами емпіричних результатів, для розуміння концептуальних положень нашої моделі, вважаємо за необхідне навести їх у цій частині дослідження.

Дисгармонічна особистість, яка формується в аліментарній родині, характеризується вузьким репертуаром стратегій подолання стресових ситуацій та слабкими психосоціальними ресурсами для їхнього розв'язання (низька фрустраційна стійкість на тлі високої чутливості до стресів). Унаслідок цього на основі компенсаторних механізмів захисту, розвивається *непатологічна аліментарна поведінка*, яка характеризується: зростанням зацікавленості щодо засобів зниження ваги та низькокалорійних дієт, зниженням здатності контролювати харчові ексцеси, змінною активністю у виборі стратегій поведінки, нав'язливими фантазіями та реалізацією нав'язливих дій щодо їжі та власного тіла. Усе це ускладнює продуктивну самореалізацію у навчальній і трудовій діяльності, комунікативному середовищі та сімейних стосунках. При цьому, частина контингенту обох спектрів «переїдання – обмеження в їжі» характеризується схильністю до усамітнення, відгородженістю від членів родини у ситуації прийому їжі, прагненням споживати блюда винятково самотійного приготування та за «власними» рецептами, орієнтацією на власну думку (при оцінюванні свого тіла, ваги та системи харчування), нігілістичним ставленням до інших точок зору, що суперечать власній думці та установкам. Частина контингенту, навпаки, характеризується чутливістю і ранимістю до критичних зауважень з боку оточення, готовністю терпіти приниження та погоджуватися з думкою інших, навіть при усвідомленні того, що Інші неправі (що обумовлено страхом бути відторгнутими); готовністю добровільно виконувати неприємну для себе роботу щоб «заслужити» прихильність, підтримку та любов близьких; відчуттям нездатності бути на самоті, що супроводжується почуттям безпорадності

та спустошеності (зумовлює готовність жертвувати будь-чим заради того, щоб не залишатися на самоті). Так респонденти як власні життєві гасла зазначають характерні прислів'я, що достатньо часто звучали в їхніх родинах: «Терпіння – краще спасіння», «Терпіння – дає уміння», «Терпіння і час дають більше, ніж сила чи пристрасть», «Терпи, козаче, отаманом будеш», «Терпіння – корінь гіркий, але плід солодкий», «Маєш терпіння отримаєш все, не маєш терпіння – не отримаєш нічого», «Терпіння – життєвий скарб».

Холон екзистенціал-генезу ініціального фракталу у моделі розвитку ХП характеризується явними деформаціями духовно-морального становлення суб'єктного «Я», зокрема моральної відповідальності й моральних зобов'язань перед собою, своїми близькими, які не мисляться поза зв'язком їх носія зі свободою та гідністю, як передумови й умови. Серед розмаїття варіантів можливої поведінки щодо найрізноманітніших аспектів повсякденній діяльності індивіду доводиться кожного дня обирати якийсь один – найоптимальніший з його точки зору. Одним із таких аспектів повсякденного життя, що потребує власної моральної відповідальності й моральних зобов'язань перед собою, є здоров'я, базову основу якого закладає раціональне харчування і нормативна/здорова/адекватна ХП.

Об'єктивна можливість вибору стилю ХП й типу харчування є необхідною умовою моральної свободи, тому що якщо така можливість відсутня, то акт поведінки виявляється зумовленим зовнішньою необхідністю, або психологічним тиском значущих інших. Водночас, *якщо суб'єкт здійснює вибір фактично у бік проблемної/неадекватної/аутодеструктивної харчової поведінки*, то це, на нашу думку, є проявом певних деформацій моральної самосвідомості й деструкції особистості, зокрема, щодо розуміння самореалізації, власної цінності та гідності у боротьбі за визнання себе вільною людиною. До того ж вибір індивіда у бік аутодеструктивної ХП виявляє конфлікт протиріччя внутрішньої сутності індивіда, зокрема *між екзистенційними потребами* (що за Е. Фроммом властиве кожній людині) *та нездатністю виходу за межі свого власного індивідуального життя заради інших* [418]. Ми цілком поділяємо погляди низки дослідників (О. Ф. Бондаренка, М. Й. Боришевського, Б. С. Братуся, І. В. Ващенко, О. І. Климишин, О. П. Колісника, А. Ленгле, В. П. Москальця, Г. Олпорта, М. В. Савчина, Е. Фромма та ін.), які вважають, що духовне зростання є умовою істинної самореалізації особистості та тим потенціальним ресурсом, який дозволяє

людині продуктивно розв'язувати конфлікти екзистенційної дихотомії та задовольняти основні екзистенційні потреби⁴[46; 48; 50; 76; 154; 163; 219; 349; 417; 418].

На нашу думку, негативні тенденції онтогенетичного розвитку, означені Е. Фроммом як «загальні орієнтації соціального характеру», дозволяють зрозуміти їх внесок у процес розвитку проблемної ХП (відповідно до вектору екзистенціал-генезу), пов'язаного з непродуктивним розв'язанням конфлікту екзистенційної дихотомії, зокрема між тяжінням до спокою, комфорту й безпеки та спрямованістю на подолання себе, між тяжінням до особистісного й духовного зростання та самореалізації власних амбіцій, які є лише варіантом втілення в життя моделей поведінки нав'язаних ззовні. Ще одним важливим чинником деформацій духовності є «ноогенні фрустрації» (за В. Франклом [415]), під якими розуміється втрата сенсу життя на тлі відчуття екзистенціального вакууму або внутрішньої порожнечі. Це створює передумови для виникнення синдрому деморалізації, як основи деструктивної психологічної залежності, що значно ускладнює перебіг клінічної картини аліментарно-залежних хвороб.

Підтвердження нашої позиції знаходимо у науковому доробку багатьох дослідників (Н. Друрі, Дж. Рассел, Р. Ротх, П. Тілліха, Е. Фромм, В. Франкл, К. Юнг, К. Уілбер та ін.), де ноогенний невроз розглядається як результат болісного пошуку свого життєвого сенсу, як результат зіткнення між бажаним та реальністю, між неусвідомленими потягами («хочу») та «усвідомленою необхідністю діяти певним чином» (тиском необхідності), між значущими, але розбіжними цінностями на тлі духовних проблем, що зумовлює внутрішні конфлікти. Наслідком таких конфліктів є редукціонізм (звуження потреб, мотивації та інтересів до егоїстично-побутового рівня), втрата відчуття смаку життя та цікавості до життя, яке сприймається як тягар або як суцільне мученицьке страждання. Разом з тим М. В. Савчин наголошує: «Поведінка особистості переважно зумовлена не ззовні, а з середини (з глибин її душі). Ніякі зовнішні матеріальні і соціальні умови не можуть бути визначальною причиною справжнього щастя чи нещастя людини. Зовнішні обставини є лише частковою умовою досягнення її щастя» [349, с. 194]. Відтак, люди втрачають духовний сенс

⁴ Серед головних екзистенційних потреб Е. Фромм визначав потребу в досягненні свободи і власної значущості, потребу у встановленні міжособистісних стосунків та бажання піклуватися про ближнього, потребу в досягненні самостійності й «подолання себе», але на підґрунті відчуття власної цінності, віри, любові та істинної турботи про себе [418].

життя (духовний фундамент), який зазвичай надає людині силу та можливість орієнтуватися у складних ситуаціях життєвого шляху. Втрата моральних орієнтирів зумовлює відчуття відчаю, порожнечі й відсутності смислу, невірноважену життєву позицію, що супроводжується підвищенням загальної тривоги, апатією, ангедонією, схильністю до суїцидальних тенденцій. Саме на цьому тлі формуються різноманітні хімічні й нехімічні девіації як форми психологічної залежності та аутодеструктивної поведінки. Останнім часом дослідники зазначають зростання кількості осіб як з традиційними формами залежності, так і з різноманітними формами проблемної ХП, як специфічного виду нехімічної залежності [84; 192; 228; 239; 317; 409]. Окрім того, відмічається тенденція до об'єднання залежних осіб у специфічні групи. Яскравим прикладом поширення подібних угруповань є різні неформальні спільноти, що об'єднуються на підґрунті споріднених поглядів на харчування, наявності проблемної ХП або прагнення до моделювання й корегування свого тіла до ідеальних форм тощо. Найвідоміші віртуальні спільноти, що активно спілкуються в Інтернет-мережі – це «анорексики», «буліміки», «товстуні», «орторексики», «вегани», «качки», «сонцеїди» (бретаріанці, праноїди), «аскети» тощо, які обирають для себе особливий маркірований спосіб приймання їжі та наполегливо дотримуються обраної стратегії у повсякденному житті (навіть до повної відмови від їжі), вважаючи це необхідною умовою досягнення власної мети – «бути привабливою», «гарною», «здоровою», «обраною», «успішною», «незвичайною», «здатною до володіння унікальними здібностями», «наділеною надможливостями» тощо.

Дослідники знаходять цьому різні пояснення. Так, Т. М. Титаренко наголошує: «постмодерна особистість, виявляючи інтерес як до інноваційності, так і до традиційності в поведінці, прагне рефлексувати феномени моди у всій повноті її функцій, балансує між модою і «антимодою», визнаючи її всесильність і пропонуючи власні рецепти «модної девіації» [396, с. 13]. С. І. Лозинська, розглядаючи аскетизм, визначає його основним екзистенціальним принципом саморозвитку особистості, рушійною силою якого є усвідомлення невідповідності між наявним станом і бажаним ідеалом, свідому готовність йти шляхом пошуку досконалості, насамперед, пошуку найвищих чеснот у самому собі [215, с. 97]. В. Роттенберг

характеризує проблемну ХП (анорексію) як викривлений пошук [341]. Численні розвідки наочно демонструють, що кількість подібних порушень різко зростає в умовах нестабільності зовнішнього середовища, зокрема складних економічних та політичних ситуацій (Ю. Ф. Антропов, С. В. Бельмер, М. П. Білецька, С. А. Овсянніков, Б. Д. Циганков, О. С. Чабан, О. О. Хаустова та ін.). При цьому автори наполягають, що розвиток аутодеструктивних форм психологічної залежності, насамперед, зумовлений особистісними рисами людини та рівнем її духовного розвитку, а не впливом стресових чинників.

В. Франкл, цитуючи вислів Ф. Ніцше, зауважує: *«Той, хто знає, навіщо жити, може винести будь-яке як»* [415, с. 210]. Отже, дослідник звертає увагу на пояснення взаємозв'язку між смыслом життя та здатністю людини витримувати будь-яке страждання, зокрема, коли людина розуміє, заради кого або навіщо вона страждає, тобто коли вона знаходить у стражданні глибокий смысл, то страждання перестає бути мученицьким. Саме «сенси» дозволяє змінити негативний «знак» події на нейтральний або навіть позитивний.

На нашу думку, *процедури самоушкодження щодо власної тілесності*, які здійснюють «анорексики» та «буліміки» також несуть для них суб'єктивний смысл. Зокрема активність поведінки, спрямованої на «схуднення», зумовлена декількома сильними мотивами, амбіціями та почуттями: явними (страхом погладшати, мотивом досягнення досконалості, «ідеальної» зовнішності, прагненням отримати схвалення оточуючих, посісти серед них провідне становище, бажанням конструювати поведінку відповідно до власних вимог) та прихованими (бажання любові, уваги, визнання, успіху, багатства, влади та контролю над іншими тощо). Відтак люди, які страждають на ексцентричні форми ХП, що супроводжуються її викривленими стратегіями у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» (здебільшого хворі на НА, НБ) точно знають заради чого вони терплять неприємні відчуття, дискомфорт, біль, обмеження в їжі тощо. При цьому заради схуднення вони здатні бути найжорсткішим катом щодо власної тілесності, витримувати різноманітні мученицькі процедури, виявляти аскетизм і стоїцизм, що «підігріваються» відчуттями задоволеності собою, самоповагою, гордістю за власну витримку. Окрім цього, *самоушкодження та*

страждання є певною компенсацією нереалізованого прагнення до самоствердження, самостійності, самореалізації, прихованим бажанням отримати символ влади. Зокрема, вибір стратегії ХП «повна відмова від їжі» у внутрішній системі цінностей переживається як комплекс всемогутності (повного контролю над Голодом як наймогутнішим відчуттям єства), що супроводжується ейфоричними почуттями. Особа штучно уособлює себе Творцем або Переможцем. Стратегія поведінки, зосереджена на проведенні очисних процедур, також виконує різні функції, зокрема, самотонізації, самопокарання, самоушкодження, зниження емоційного напруження, отримання задоволення. Так, у низці праць дослідники (О. К. Кіслова, Н. О. Ніколаєва, Т. О. Мєшкова та ін.) звертають увагу на особливу форму порушення ХП (vomiting), що має на меті саме процес викликання штучної блювоти [151; 278; 279; 331].

Зважаючи на розглянуте вище, вважаємо, що перш ніж під час психокорекції «ліквідувати» проблемні патерни харчової поведінки, необхідно допомогти індивіду відшукати «внутрішні підстави», смисли, які допоможуть йому відродити в собі почуття самоповаги, або відродити бажання жити в модусі буття, а не в модусі володіння (за термінологію Е. Фромма) [616]. Це необхідно зробити тому, що проблемні стратегії харчової поведінки, зокрема, спрямовані на схуднення, застосовуються і як компенсація, і як інструмент корекційного моделювання власного тіла, а отже, *має для особи надзвичайний, надцінний сенс*. Більш того, цей сенс може бути єдиним підґрунтям самоповаги, гордості та задоволеності собою. Вірогідно, що саме відчуття душевної спустошеності, власної неповноцінності, незадоволеності собою, тілом та життям зумовлює необхідність знайти заради чого життя має сенс. Дуже точно з цього приводу висловлювався Е. Фромм: «Здається, що людина занадто багато піклується про себе, але, насправді, вона тільки робить безуспішні спроби приховати і компенсувати свій провал у справі турботи про своє власне «Я» [615, с. 69]. Вважаємо доречним тут також навести міркування В. О. Васютинського, про пошук влади над собою як потужного чинника особистого і соціального існування: «За прагненням здобути владний статус найімовірніше криється хворобливе переживання власної слабкості. Досягнення влади допомагає особі, з одного боку, зменшити напруження й тривогу, зумовлені переживанням своєї нижчості, а з іншого – приховати ці

переживання від інших людей – для того ж таки самозаспокоєння» [74, с. 56]. Разом з тим автор пропонує психологічне тлумачення й іншій, протилежній, пасивній позиції. На його думку залежність від оточення є замаскованим намаганням володіти ситуацією, а відтак, більш-менш усвідомлюваною метою спонукати інших діяти на свою користь. Пасивність (підпорядкування) дає індивіду незаперечні психологічні вигоди, найочевидніша з яких – відмова від відповідальності й забезпечення собі легкодоступного психологічного комфорту. До цієї позиції найчастіше вдаються слабкі особи, невпевнені у своїх можливостях [74, с. 46]. Зрозуміло, що спроба знайти сенс життя у зовнішніх/матеріальних атрибутах успіху не заповнює собою порожнечу і не дає відчуття повноти життя. На це зауважує Г. Олпорт: «Важливий не сенс життя людини взагалі, а швидше специфічний сенс життя конкретної особистості в цей момент часу і в цій ситуації» [431, с. 192]. З цього випливає, що розв'язання проблеми домінування викривлених стратегій ХП потребує орієнтації особистості на пошук нових смислів, на вихід у духовну сферу трансцендентної природи (тобто за межі матеріальної та соціальної сфер).

Обов'язковою умовою щодо пошуку власного сенсу життя, на думку авторів, котрі розробляють трансперсональну психологію, є усвідомлене відчуття того, що «Я належу до чогось більшого, ніж я сам» (С. Гроф, Н. Друрі, В. О. Єрмаков, В. Козлов, Л. О. Лепіхова, В. Майков, А. Маслоу, Е. Номанн, Дж. Рассел, К. Роджерс, Р. Ротх, Е. Фромм, В. Франкл, К. Юнг, К. Уїлбер та ін.). Автори зазначають, що найчастіше сенс життя втрачається внаслідок внутрішньої впевненості у «нездоланності» перешкод на шляху до самореалізації. Разом з тим вони звертають увагу на той факт, що *оцінка перешкод, як і оцінка власного тіла, ваги, настрою, станів, поведінки тощо, завжди є суб'єктивною* [95; 117; 124; 221; 334; 407]. Підтвердження цього є максими Ф. де Ларошфуко: «Ми ніколи не буваємо ні такими щасливими, ні такими нещасними, як це уявляємо»; «Зазвичай щастя приходить до щасливого, а нещастя – до нещасного», «Все, що шле нам доля ми оцінюємо залежно від стану духа» [196, с. 15]. Отже, якщо окрім певної мети та задачі самореалізації, людина знаходить для себе відповідь на питання «для чого це мені потрібно» (тобто знаходить смисл щодо застосування зусиль), то це дає людині можливість отримати дос-

туп до глибинного трансцендентного рівня внутрішніх ресурсів. При цьому збереження відчуття сенсу життя залежить від «психологічної ціни» – своєрідного співвідношення між отриманим результатом (вагомістю користі/вигоди/«плюсів») та тими зусиллями, які були заради цього витрачені. Якщо «ціна» виявляється занадто високою, то і мотивація, і смисл мети – втрачаються. Саме тому, наближення до мети має постійно підживлюватися відчуттям задоволення від проміжних результатів, або відчуттям впевненості у собі, що дозволяє підтримувати мотивацію на належному рівні. Багато авторів [74; 76; 79; 104; 153; 155; 184; 197; 215; 218; 227; 230; 255; 293; 334; 420; 426; 597; 644] зауважують, що легкі досягнення, тобто без відчуття ризику або перемоги не дають людині відчуття наповненості життя, не дозволяють відчути свою силу та мужність, пізнати та визначити свої природні можливості.

Підсумовуючи вищевикладене, зауважимо, що на нашу думку, відчуття хронічного незадоволення собою та життям в цілому, яке властиве для людей з порушеннями ваги, розладами ХП та ожирінням, провокує у них виникнення відчуття спустошеності. У цьому разі усвідомленим або неусвідомленим пошуком сенсу життя стає «проблема харчування» та «проблема ваги» або інші орієнтири, які стають *зовнішніми заміниками успіху*. Наслідком такого викривленого пошуку смислу життя стають *ексцентричні форми харчової поведінки*. На нашу думку, саме духовна нерозвиненість особистості та відсутність зорієнтованості на дійсно гідні цілі у майбутньому зумовлює звуження потреб, інтересів і мотивації лише до біологічного рівня, що фактично, є елементом атрактора хвороби (клінічних варіантів проблемної ХП). Відсутність адекватної допомоги на етапі ініціального фракталу та продовження психічної травматизації зумовлює формування фракталу *розгорнутої клінічної картини хвороби у спектрі «переїдання – відмова від їжі»*.

2.3.4 Фрактал «розгорнута клінічна картина хвороби». Кожна клінічна форма розвивається на тлі домінування або стратегії «переїдання», або «обмеження в їжі», що зумовлює різноманітні функціональні зміни всіх систем тілесності, але явною формою порушень на соматичному рівні є деформації ваги (дефіцит ваги або надмірна маса тіла). Саме тому серед конкретних клінічних форм цього фракталу ми розглядаємо як *розлади харчової поведінки (РХП)*, так і *ожиріння*. Кожна означена

нозологічна група є цілісною сукупністю симптомів/синдромів, виникаючих як сукупний результат взаємодії всіх рівнів тілесності – сомато-, психо-, соціо- та екзистенціал-генезу. З одного боку симптоматика виявляється характерними психічними порушеннями відповідно до клінічної картини, з іншого – коморбідними розладами інших реєстрів організму (соматичного, невротичного, психотичного) [1; 66; 89; 111; 118; 151; 192; 290; 348; 425; 624; 647; 663]. Це ускладнює картину перебігу хвороби, але й одночасно відображає цілісне реагування тілесності на неадекватні викривлені стереотипи харчової поведінки та інші зрушення, що виникають у різних структурах системи тілесності [77; 113; 119; 159; 213; 372; 424; 636; 658].

Вибір траєкторії розвитку психосоматичного синдрому ХП (як вибір шляху еволюції системи у формі анорексії, булімії, психогенного переїдання, типу ожиріння) залежить від спадкової обтяженості, соматичного стану людини на момент впливу стресових факторів, інтрапсихічних особливостей, дисгармоній соціалізації та деформацій духовного стану, а також інших специфічних і неспецифічних чинників, які зумовлюють особливості перебігу клінічної картини захворювання (хронізацію та кінцевий результат як психосоматичних та соматопсихічних ускладнень). Кожний з даних чинників може окремо впливати на «вибір» траєкторії розвитку хвороби, тобто зумовлювати особливості перебігу клінічних форм. Динаміка розвитку хвороби може мати різний характер, як відносно стабільний, так і лабільний.

У сучасних наукових дослідженнях наголошується на багатофакторній природі РХП [1; 25; 89; 111; 151; 159; 252; 254; 590; 624] та ожиріння [37; 66; 75; 81; 96; 360; 379; 389]. Окрім того, вони звертають увагу на надзвичайну поширеність аліментарно-залежних хвороб, які супроводжуються супутньою симптоматикою, що значно збільшує ризик виникнення багатьох інших фізичних і психічних патологій. Синергетична динамічна модель розвитку харчової поведінки дозволяє ув'язати всі ці фактори в єдину концепцію психосоматичного розвитку ХП у континуумі «норма – патологія». Виходячи з позицій авторської концептуальної моделі, означені нозологічні одиниці можна також розглядати як аліментарний психосоматичний діатез тілесності, що у процесі свого розвитку зумовлює широкий спектр психосоматичних та соматопсихічних ускладнень.

Отже, *фрактал розгорнутої клінічної картини розладів харчової поведінки* фактично відображає *результат* довгострокового розвитку проблемної харчової поведінки (за певним спектром патологічного процесу). Ускладнення, як прояви різноманітної симптоматики аліментарно-залежних хвороб на тлі хронічної незадоволеності вагою, тілом, собою та життям в цілому, значно підсилюють вплив загального психологічного стресу, що зумовлює зміни індивідуальних властивостей та особистісних рис особистості (психопатизацію). Одним з варіантів перебігу хвороби є *передчасна смерть* на тлі вторинних важких захворювань. Синергетична модель дозволяє побачити, що кінцевий результат розвитку хвороби визначається комбінацією спадкової обтяженості, перебігу розвитку хвороби, психопатизацією та іншими ускладненнями. Водночас модель дозволяє визначити можливості психокорекційного впливу для реалізації життєвих ресурсів. На нашу думку ефективність результату терапії та тривалість життя при РХП визначається взаємодією як ресурсних, так і провокуючих чинників (впливом стресорів, зниженням якості життя, порушеннями функціонування тощо).

Перейдемо до більш докладнішого розгляду компонентів фракталу. *Холон соматогенезу* цього фракталу відповідає клінічній картині конкретного виду аліментарно-залежних хвороб.

При анорексії патерни харчової поведінки відповідають полюсу «обмеження в їжі» і варіюють від часткової до повної відмови від їжі. Перебіг захворювання ускладнюється прийомом фармакологічних препаратів задля схуднення, надмірною фізичною активністю, застосуванням процедур очищення. На цьому тлі домінувальними ознаками розвитку захворювання є комплекс нейровегетативних та обмінно-ендокринних порушень. Дефіцит маси тіла залежить від стадії перебігу НА та може досягти зниження ваги на 20-50%. Через сильне фізичне виснаження (кахектична стадія розвитку анорексії) виникають різноманітні ускладнення (захворювання майже усіх органів та систем: серцево-судинної, ендокринної, сечовивідної, опорно-рухової тощо), а також приєднуються інші серйозні інфекційні та аутоімунні захворювання [14; 25; 26; 34; 151; 159; 171; 637]. Окрім дефіциту ваги, соматичними еквівалентами розвитку хвороби на цьому етапі є значні зовнішні зміни у стані нігтів,

волосся, зубів тощо. Емпіричні дані дозволяють стверджувати, що найбільшу тривогу та занепокоєння у хворих на НА спричиняють нездоровий вигляд та сухість шкіри, сильне випадіння волосся, ламкість та порушення структури нігтів і зубів, диспепсичні явища, біль у системі ШКТ, відсутність менструації (за умови бажання мати дитину) [14; 17; 111]. Саме виникнення серйозних проблем зі здоров'ям (на рівні фізичного тіла) мотивують певну частину контингенту змінити тактику ХП. Разом з тим слід розуміти, що зміна тактики ХП зумовлюється мотивом «покращити соматичний стан», що не є розв'язанням проблеми, тому що не скеровує на прийняття тіла та його потреб, а отже, «підґрунтя» для постійного хвилювання з приводу «зайвої ваги» зберігається. У певному розумінні, «страх набрати вагу» є постійним двигуном щодо ініціації стратегії відторгнення їжі та нової фази схуднення. Водночас навіть на тлі явних серйозних проблем зі здоров'ям існує певна частина хворих, які намагаються переконати близьких та фахівців у своєму соматичному благополуччі та категорично відмовляються від лікування [8; 17; 111; 159; 171; 251; 252; 290].

При булімії патерни ХП характеризується стрибками від патологічного полюсу «переїдання» до патологічного полюсу «обмеження в їжі». Супроводжується різким підсиленням апетиту (нападів обжерливості). Соматичні ускладнення булімії визначаються клінічною картиною її перебігу, недостатньою фізичною активністю, прийомом фармакологічних препаратів для схуднення, алкоголем тощо. Найчастіше хворі скаржаться на болісне відчуття голоду, раптову загальну слабкість, задишку, тахікардію, дискомфорт та біль у ШКТ, запори, геморой, проблеми із зубами та яснами, порушення сну, менструального циклу, безплідність та нездатність виносити дитину [151; 290; 331; 589; 609; 626].

При ожирінні патерни ХП відповідають полюсу «переїдання». Надлишкове надходження в організм живильних речовин, на тлі недостатньої фізичної активності зумовлює значне підвищення маси тіла – надмірну вагу та ожиріння, що поступово формує метаболічний синдром та багато інших соматичних ускладнень [37; 66; 81; 119; 360; 424]. Серед них у спеціальній науковій літературі зазначені: нейрогормональні та ендокринні розлади, порушення у системі ШКТ, інсулінорезистентність, цукровий діабет II типу, артеріальна гіпертензія, нейроциркуляторна

дистонія, синдром ІХС, астма, порушення сну, синдром нічного апное, артеріальна венозна недостатність, холецистит, грижа міжхребетних дисків, подагра, вживання алкоголю, прийом фармакологічних препаратів, недостатня фізична активність тощо [38; 75; 80; 96; 119; 287; 389; 562].

Холон психогенезу фракталу розгорнутої клінічної картини характеризується низкою загальних ознак на тлі інтрапсихічних особистісних порушень [213; 331; 332; 343; 348; 566; 589; 590; 623]:

- значне зниження здатності контролювати власну харчову поведінку (харчові ексцеси супроводжується виникненням почуттів страху, провини, сорому тощо);
- збільшення толерантності до дискомфортних відчуттів, зокрема, до відчуття голоду (на тлі тривалого обмеження в їжі чи абсолютного голодування), або щодо відчуттів розпирання і нудоти (на тлі надмірного споживання їжі). До того ж відмічається підвищення толерантності до дискомфортних відчуттів, які супроводжують процедури очищення, або пов'язані з надмірними фізичними навантаженнями;
- байдужість до погіршення стану здоров'я, несприйняття інформації про можливі ускладнення та шкідливі наслідки хвороби;
- схильність до викривленого сприйняття, зокрема перебільшування ваги та об'ємів власної фігури, що підсилює суб'єктивну незадоволеність образом тіла;
- obsесивні фантазії та obsесивно-компульсивні дії у спектрі «переїдання – відмова від їжі»; obsесивно-компульсивний розлад;
- алекситимія; порушення сну; деструктивні афекти (підвищена тривожність, страх, почуття образи, провини, сорому, депресія, необґрунтований гнів, мстивість та ін.); збільшення кількості ситуацій стресогенного характеру в анамнезі. Крім того, ситуація ускладнюється виникненням ноогенних (психогенних) реакцій на факт хвороби, які також виявляються тривожною, фобічною та депресивною симптоматикою.

Загальним для психогенезу цього фракталу є трансформація (під впливом подальшої психічної травматизації) психосоматичних реакцій у соматоформні порушення, які також, як і у попередньому фракті, є функціональними, але більш тривалими (понад 6 місяців, що зумовлює появу множинних скарг відповідного клінічного характеру) [111; 119; 237; 331; 360; 365]. Особливістю цих

станів є соматичні скарги при відсутності морфологічних змін у тканинах. До того ж патогенетичні механізми формування соматоформних станів (за відсутності органічних патологій) автори пов'язують із трансформацією (конверсією) невротичного конфлікту у функціональні соматичні симптоми та іншими причинами відповідно до концептуальної парадигми психосоматичних розладів (Ф. Александер, Ю. Ф. Антропов, С. В. Бельмер, В. Бройтігам, Дж. Енджел, П. Крістіан, М. Рад, М. В. Коркіна, В. В. Марілов, С. О. Овсянніков, Б. В. Овчинников, А. Б. Смулевич, З. Фрейд, О. С. Чабан та ін.) [7; 18; 52; 172; 285; 286; 369; 416; 438; 606].

Разом з тим у психології тілесності (М. М. Бахтін, І. В. Журавльов, О. М. Поляков, Є. М. Райзман, В. В. Ніколаєва, А. Б. Смулевич, О. Ш. Тхостов, К. Ясперс та ін.) такі стани розглядаються як наслідок формування іпохондричного тіла, яке підкоряється логіці міфу та є результатом вторинного означування, або формування вторинної семіологічної системи [32; 128; 310; 327; 330; 369; 403; 582].

Подальша травматизація зумовлює перехід функціональних розладів у *психосоматичні хвороби з органічною та психічною патологією*, які вже носять хронічний та необоротний характер. Важкий перебіг РХП супроводжується іпохондричними симптомами та симптомами афективного регістру. До того ж клінічна картина ускладнюється соматопсихічними порушеннями, які є наслідком впливу на психіку тривалих порушень соматичного характеру (Т. Г. Вознесенська, І. Г. Малкіна-Пих, О. О. Марков, А. В. Пріленська, О. Є. Смашна, Н. Bruch, С. G. Fairburn та ін.) [81; 228; 229; 323; 365; 589; 609].

Серед *специфічних порушень психічного рівня* дослідники відзначають наступні:

При анорексії:

- перекручене сприйняття власної тілесності: постійне відчуття власної неповноцінності внаслідок незадоволеності вагою, тілом та собою;
- специфічні ритуали прийняття їжі (їжа стоячи, подріблення їжі на маленькі шматочки та ін.);

- амбівалентність настрою (від полюсу «дратівливість та засмучення» до полюсу «ейфорія та екзальтовані вияви»); панічний страх набрати вагу та ожиріння; переживання жаху при необхідності прийняти їжу;

- амбівалентність у виявах активності (підвищена активність щодо моделювання власного тіла та зниження активності щодо інших сфер життєдіяльності);

- надмірна фіксація уваги на темах «їжа», «дієта», «схуднення» та втрата цікавості до будь-яких інших сфер життя [17; 25; 34; 111; 151; 159; 171; 235; 236; 251; 252; 290; 584; 637];

Виходячи з результатів власних емпіричних досліджень (див. розділ 4) специфічними особливостями осіб з викривленими патерами ХП за типом «обмеження в їжі» є специфічні психологічні смисли їжі, що зумовлюють амбівалентні почуття та поведінкові стратегії. З одного боку, захоплення темами, які пов'язані з їжею (надмірна зацікавленість до кулінарної тематики), з іншого боку – сприймання їжі як ворога, відмова від споживання їжі, навіть власного приготування.

При булімії: харчові ексцеси у вигляді нападів обжерливості (в т.ч. уночі), відчуття втрати контролю над харчовою поведінкою, переживання сорому, роздратування, відрази до себе та тіла, депресивний настрій, нав'язливе прагнення до очищення [151; 290; 331; 584; 589; 609; 626; 640].

При ожирінні: незадоволення власним тілом, невпевненість у собі в сексуальному плані, тенденція до тривалого переживання негативних емоцій з новоутворенням афективно забарвленої психологічної домінанти, астеничний стан, недостатня гнучкість установок, схильність приписувати оточенню недовірливість та ворожість, а також тенденція до уникнення невдач, пошук усамітнення в ситуаціях емоційного напруження, нездатність до прийняття самостійних рішень щодо власного життя, низький рівень суб'єктивного контролю над значущими подіями тощо [38; 75; 80; 96; 119; 287; 389; 562].

Холон соціогенезу фракталу розгорнутої клінічної картини поряд з патологічною аліментарною поведінкою характеризується соціальним дисфункціонуванням (соціальною декомпенсацією та дезадаптацією). Спостерігаються тимчасові соціальні дисфункції, пов'язані з необхідністю зміни способу та варіанту

життя. Важкий перебіг РХП поглиблює соціальну декомпенсацію, що виявляється порушеннями сімейних, професійних та інших соціальних відносин. У крайніх випадках, внаслідок ускладнень, які виникають на тлі РХП та отримання статусу інвалідності, формується соціальна дезадаптація у зв'язку втратою професійних та особистих перспектив тощо.

Аналіз численних праць науковців [1; 17; 113; 159; 239; 348; 350; 351; 554; 555] та результати нашого власного дослідження дозволили виокремити деякі особливості взаємин міжособистісних стосунків досліджуваного контингенту. На думку респондентів, люди із проблемами ваги внаслідок перекручених патернів ХП є вигнанцями у суспільстві, і саме цим вони пояснюють невпорядкованість особистого життя (відсутність друзів, шлюбного партнера, сімейного щастя, «другої половинки», дітей), негативні зміни щодо сімейного та соціального статусу (розлучення, вимушена зміна професії, втрата особистих перспектив, інвалідність) та ін. Усе перераховане вище унеможлиблює продуктивну самореалізацію у різних сферах життя (у навчальній та трудовій діяльності, у комунікативному середовищі та сімейних стосунках). Зокрема, переважна більшість досліджуваного нами контингенту осіб із зайвою вагою (83%) зазначили, що все своє життя або більшу його частину вони жили інтересами Інших, нехтуючи власними інтересами. При цьому частина контингенту (33%) відзначили прагнення до усамітнення під час споживання їжі, оскільки на самоті відчують себе комфортніше.

Холон екзистенціал-генезу фракталу розгорнутої картини хвороби виявляється через десакралізацію базових культурних цінностей, девальвацію, деградацію особистості, тенденцією до вихолощування соціальних та морально-духовних орієнтирів (зокрема, зниження здатності розрізняти «добре» і «погане», нівелювання дружби та любові, зниження самоконтролю, продуктивної активності тощо) [46; 47; 48; 154; 163; 180].

Піднесення їжі та певних викривлених патернів харчової поведінки в «особистий культ», призводить до закріплення специфічної парадоксальності у психології особистості. З одного боку, суб'єкт концентрується на відчуттях, які можна означити як комплекс всемогутності, а з іншого – на безпорадності та інших скла-

дових комплексу неповноцінності. При цьому патогенетичний розвиток хвороби поглиблює деградацію та призводить до нарощування проявів синдрому деморалізації, що зумовлює формування «духовного діагнозу» [99; 110; 154; 378].

М. Д. Гур'єв зосереджує увагу на двох основних поняттях, що формують *духовний діагноз* – це «гріх» та «пристрасть» [99]. Автор зазначає, що під поняттям «*пристрасть*» розуміють схильність або постійне бажання здійснювати будь-який гріх, тобто це те, що виникає внутрішньо, йде «зсередини» самої людини. Тривале існування пристрасті та накопичення гріхів послаблюють дух людини й підсилюють ентропію організму, що призводить до зниження імунітету та до виникнення різних хвороб. «*Гріх*» (від ст.-слав. грѣхъ) у слов'ян відповідає поняттю «помилка», «вчинок проти совісті». Гріховними можуть бути дія, бездіяльність, слово, думка, почуття та навіть одне тільки бажання порушити те, що приписано Заповідями або здійснення таких дій, які суперечать людській природі та завдають шкоду душі й тілу людини [80; 120; 141].

Спираючись на вищевикладене, зазначимо, що і «переїдання», і «відмова від їжі» – це те, що суперечить природі людини й руйнує її тілесність. При цьому, якщо «обжерливість» та «жадібність» (переїдання) розцінюються як абсолютне зло (*гріх чревоугодництва*), то ставлення до «обмеження в їжі» – не має однозначного трактування, зокрема, Великий піст, тривалістю 48 днів, є обов'язковим для віруючих та передбачає певні обмеження у харчуванні, але по-перше, несе особливий ритуальний зміст (означає очищення душі від злих думок та вчинків), по-друге – не рекомендований для дітей, вагітних та хворих. При цьому поєднання «обмеження в їжі» із зневірою та презирством до життя, заздрістю, неповагою до батьків, наслідуванням кумиру, розглядається як гріх. Водночас негативні наслідки, які виникають у житті, в т.ч. хвороба, сприймаються як покарання за заподіяння собі шкоди, а страждання від хвороби – розплата за гріхи (І. Влахос) [80].

З позиції святоотецької психотерапії шкідливість та небезпека гріховних бажань й думок полягає у тому, що *увага людини фокусується на задоволеннях зовнішнього світу, і тим самим відвертає та віддаляє її від внутрішнього світу*. Отже, негативна сила гріха вбачається в тому, що гріховні бажання, думки та почуття

створюють умови для здійснення гріховних вчинків, які руйнують і гублять як тіло, так і душу людини. Відповідно заради очищення від гріхів та порятунку душі, як ресурсні сили, пропонуються покаєння та благодать, що допомагають людині відчувати любов і духовну силу (О. Ф. Бондаренко, І. Влахос, П. В. Добросельский, Єкатери́на (Київська), І. Евменій, О. І. Климишин та ін.) [46; 80; 110; 120; 141; 154].

Світська (нерелігійна) свідомість замість релігійної концепції гріха пропонує концепцію порушення духовних (етичних, моральних) норм і правил, які хоча й не відображені у законодавстві, але регламентують відносини між людьми у відповідності до тих звичаїв та традицій, які історично склалися у культурному середовищі, як способи захисту пропонуються різноманітні техніки роботи, що дозволяють задіяти внутрішні/душевні ресурси [7; 43; 46; 47; 49; 65; 158; 215; 292; 296; 301; 302; 349; 395].

З позицій психотерапії динаміка вектору екзистенціал-генезу визначається можливістю переходу на трансцендентний рівень свого духовного розвитку [154; 219; 221; 400; 578]. Отже, досліджуючи холон екзистенціал-генезу важливо не тільки прояснити які ресурси особистості є збереженими, але й допомогти віднайти інші ресурси та життєві смисли на які вона може спиратися при відновленні оптимального функціонування. Це дозволить суб'єкту не тільки позбавитися зосередженості на культивуванні таких особистих ритуалів, які спрямовують його на сприйняття власного життя як особистої драми з якої немає іншого виходу, окрім занурення у «відносини з їжею», що фіксують його на таких стратегіях ХП, які дозволяють уникнути реальності, але й відновити відчуття втраченого психологічного благополуччя та наповненості життя. У контексті вищевикладеного, психотерапевтична корекція, як система немедикаментозних психокорекційних та психотерапевтичних заходів, що проводиться паралельно з медичним специфічним лікуванням (К. М. Бутко, В. І. Коростій, Я. В. Криворотько та ін.), сприяє процесам нормалізації проблемної харчової поведінки та ваги [63; 174; 184]. Прогноз/результат розгорнутої картини хвороби також визначається ще й смисложиттєвими орієнтирами, життєтворчим потенціалом, а також тим наскільки близько або далеко суб'єкт від переходу на трансцендентний рівень свого духовного розвитку [46; 47; 48; 99; 110; 154; 163; 180; 219; 221; 293; 338; 378; 398; 400; 578].

2.4 Модель допомоги людям

з проблемною харчовою поведінкою та порушеннями ваги

Синергетична концепція формування харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» враховує несприятливий вплив зовнішніх та внутрішніх чинників, які зумовлюють викривлення патернів ХП та їхній подальший патогенетичний розвиток у напрямі множинних порушень на всіх рівнях тілесності. У моделі враховані основні умови виникнення психосоматичних захворювань, що були виокремлені рядом авторів, зокрема, вразливість органів і систем внаслідок спадкової обтяженості («Х» фактор), особливості інтрапсихічного рівня тілесності; «стартова ситуація» (як пусковий стресовий механізм), сила суб'єктного «Я» тощо (Ф. Александер, Ю. Ф. Антропов, М. П. Білецька, С. В. Бельмер, В. Бройтігам, П. Крістіан, М. Рад, М. В. Коркіна, В. В. Марілов, А. Ленгле, Г. В. Старшенбаум, О. С. Чабан, О. О. Хаустова та ін.) [6; 18; 39; 52; 172; 219; 380; 436; 437].

Розроблені нами теоретико-методологічні засади синергетичної концепції щодо виникнення та розвитку проблемної ХП у континуумі «норма – патологія» дозволяють організувати ранню профілактику проблемних форм ХП та деформацій ваги ще на субклінічному (донозологічному) рівні. Враховуючи необхідність надання допомоги людям з різними формами проблемної ХП у реалізації їхнього життєвого потенціалу, це є особливо актуальною задачею. Отже, поєднання синергетичного підходу з концепцією онтогенетичного розвитку (сомато-, психо-, соціо- та екзистенціал-генезом) дозволило побудувати єдину методологію аналізу щодо всього варіативного спектру проблемної харчової поведінки (всіх типів і форм) та пояснити їхнє формування незалежно від нозологічної форми та віку.

Виходячи з засад синергетичної концепції можна відповісти на актуальні питання психології харчової поведінки, зокрема, щодо окремих питань розвитку розладів харчової поведінки у спектрі «переїдання – відмова від їжі» та їхніх соматичних еквівалентів (у вигляді дефіциту або надмірної ваги):

1) Які пускові механізми визначають появу викривлених патернів харчової поведінки та зумовлюють подальший процес психопатогенетичного розвитку?

2) Чому у одних людей стимульні травматичні ситуації зумовлюють викривлення патернів ХП з подальшим розвитком психопатогенного процесу, а в інших – ні; чому в одних випадках стимульними травматичними чинниками є «їжа» або «ситуація прийому їжі», а в інших – «еталони тіла», «реакції оточуючих» тощо?

3) Чому однакові види психічної травматизації у різних людей призводять до різних типів розладів харчової поведінки та чому різні психогенні травми у різних людей можуть призвести до певного виду розладу харчової поведінки?

Синергетичний підхід зумовлює суттєвий перегляд ідеології та методології щодо профілактики, психокорекційних заходів та реабілітаційних стратегій допомоги людям з проблемними формами ХП та її негативними наслідками – реальною або уявною зайвою вагою.

Психотерапевтична корекція стратегій патологічного модусу ХП у спектрі «переїдання – відмова від їжі» на основі синергетичної моделі відкриває нові можливості й перспективи щодо надання допомоги людям з проблемною ХП (субклінічними та клінічними ознаками розладів ХП). Головним реабілітаційним та профілактичним пріоритетом цієї моделі є висока якість життя на основі нормалізації харчової поведінки та ваги, як вибору здорового способу, стилю й варіанту життя.

Синергетична модель біо-психо-соціо-духовного розвитку ХП у континуумі «норма – патологія» орієнтує на створення мультидисциплінарних (психолого-медико-соціальних) бригадних форм організації допомоги людям з проблемною ХП, що охоплюють фахівців *медичного профілю* (лікарів психіатрів, ендокринологів, терапевтів, а при ускладненнях – гінекологів, гастроентерологів, дерматологів, кардіологів тощо); *фахівців в галузі психічного здоров'я* (практичних й клінічних психологів, психотерапевтів), фахівців у галузі освіти, соціальних служб, представників святоотецької психотерапії та інших фахівців служби ментального здоров'я.

Фрактал передиспозиції розглядаємої моделі орієнтує на проведення профілактичних та корекційних заходів з аліментарною родиною. При цьому, з одного боку, організаційна робота повинна бути спрямована на виявлення сімейних дисфункцій та спадкової психофізіологічної схильності до проблемної ХП у спектрі «пере-

їдання – відмова від їжі», з іншого боку – на гармонізацію сімейних відносин і підвищення особистісної зрілості (формування гармонічного образу суб'єктного «Я»).

Латентний фрактал моделі орієнтує на виявлення дисфункціональних фізіологічних та психосоматичних реакцій, зумовлених аліментарним діатезом. Серед важливих заходів означеного етапу можна виділити антропометричні виміри (діаметрів тіла, індексу маси тіла, відсоткового співвідношення жирової і м'язової тканини в організмі тощо), діагностику та корекцію (відчуття хронічної незадоволеності вагою, тілом, собою й життям загалом; стильових особливостей харчової поведінки: схильність до виявів проблемних стереотипів ХП за емоціогенним, екстернальним та обмежувальним типами; дисгармонічної соціалізації особистості та ціннісно-сміслових дисгармоній тощо).

Адекватна психопрофілактика, психокорекція у межах цього фракталу є дуже важливими заходами, оскільки їхнє основне завдання – це не допустити переходу проблемних форм ХП у наступний ініціальний фрактал.

У межах ініціального фракталу, коли вже виявляються специфічні проблемні стратегії харчової поведінки у спектрі «переїдання – відмова від споживання їжі» та їх соматичні еквіваленти у вигляді тенденції до дефіциту або надлишкової ваги, можливі немедикаментозні та медикаментозні заходи, які перешкоджають патогенетичному розвитку розладів харчової поведінки та порушень ваги.

Відзначимо можливість надання допомоги із застосуванням *нефармакологічних засобів*. Серед них можна виділити психофізіологічні та психологічні методики психотерапевтичної корекції: «контроль почуття голоду та насичення», «контроль харчових стратегій та смакових переваг на тлі контролю маси тіла і системи харчування»; «контроль та корекція емоційного стану»; прояснення психологічного сенсу їжі у ситуації споживання їжі, підвищення самоцінності та необхідності турботи про себе, розв'язання конфліктів, оптимізація міжособистісних стосунків; дозоване фізичне навантаження та ін. [37; 75; 81; 83; 113; 170; 213; 228; 229; 317; 380; 389; 424; 426; 437; 566; 586; 589; 596; 638; 670; 677].

Специфічність життєвої ситуації, що виникає внаслідок наявності проблемних форм ХП у спектрі «переїдання – відмова від їжі» визначається «раптовими» зру-

шеннями ваги (надмірної ваги та появою дефіциту маси). Відповідно вперше встановлений діагноз на цьому етапі зумовлює необхідність проведення цільової корекції та психореабілітації, оскільки «нереагування» на перші клінічні ознаки «майбутньої хвороби» призводить до серйозних психосоматичних ускладнень надалі.

Фрактал розгорнутої клінічної картини орієнтує на проведення ранньої кваліфікованої медичної, психологічної, духовно-моральної, соціальної, просвітницької/педагогічної допомоги. Специфіка життєвої ситуації означеного фракталу визначається вітальною загрозою (внаслідок «приєднання» симптоматики інших важких порушень), ризиком інвалідизації, втратою соціального статусу, низьким рівнем соціального захисту, та необхідністю у проведенні індивідуальної психотерапевтичної корекції та реабілітаційної програми. Відмінності, що зумовлені особливостями перебігу патогенетичного розвитку ХП у спектрі «переїдання – відмова від їжі» та порушеннями маси тіла визначають різні підходи до немедикаментозної (психотерапевтичної корекції, дієтотерапії, фізичної активності) і медикаментозної терапії. Провідні спеціалісти в галузі психосоматики, психології тілесності та психіатрії висловлюють думку про необхідність включення *психотерапевтичної корекції* до арсеналу обов'язкового лікування хворих з розладами харчової поведінки та з ожирінням [81; 89; 96; 113; 119; 159; 317; 440]. На їхню думку, засоби корекції дозволяють скорегувати різні психологічні причини виникнення та перебігу хворобливої ХП (думки з когнітивним дефектом, які зумовлюють виникнення проблем з прийому їжі, автоматичні думки, нездорове ставлення до їжі та її споживання, неадекватне сприйняття власної зовнішності тощо).

Окрім цього засоби психотерапевтичної корекції дозволяють виявити приховані внутрішні ресурси, що значно підвищить шанси на ефективну терапію [11; 63; 174; 184; 191, 522; 532; 533; 583]. На думку С. О. Кулакова, внутрішні ресурси утворюють внутрішній контур самоуправління, який має власну ієрархічну структуру та функціонує паралельно з контуром розвитку хвороби) [191, с. 129]. Разом з тим М. В. Савчин, визначаючи духовне як глибинну суб'єктність і причинний ряд, який фундаментально впливає на психічне здоров'я людини, оптимізуючи її життя, наголошує, що наслідками взаємодії духовного з психічним є зниження рівнів егоцентра-

ції, пристрасності, залежності від матеріальних і тілесних, психічних (душевних) і соціальних потреб: «Встановлено, що коли людина оволодіває вищими духовними станами, центр її Я зміщується з соматичної, психологічної та соціальної сфер у сферу духовного, Я-ідеальне ідентифікується з даними станами» [349, с. 194-195].

Поділяючи означені позиції, вважаємо, що відновлення ресурсного стану є можливим завдяки здатності до прийняття допомоги (психологічної, соціальної, моральної), усвідомлення важкості перебігу проблемних форм ХП, визнання факту хворобливої/ненормативної ХП, необхідності прийняття відповідальності за своє життя й зміни поведінки та стилю життя, філософсько-релігійному ставленню до завершення існування-буття, відродженню сили духу, готовності до подолання труднощів на шляху за власне здоров'я тощо.

Використання багатомірної діагностики дає можливість систематизувати дані відповідно до основних площин біо-психо-соціо-духовної моделі, проаналізувати взаємозв'язки та оцінити провокуючі й ресурсні чинники, які у синергетиці відповідно називають «атракторами хвороби» або «атракторами здоров'я» (притягувачами), що дозволить скласти індивідуальну програму психокорекції та реабілітації.

Модель дозволяє визначити шляхи психотерапевтичної корекції щодо різних видів проблемної ХП та порушень ваги, враховуючі їх принципові відмінності. Насамперед, модель, спрямовує на необхідність проведення психокорекційної роботи за чотирма напрямками: відновлення контакту з тілом (відповідно до вектору соматогенезу); гармонізація «відносин з їжею» (прояснення психологічного смислу їжі в ситуації приймання їжі), оптимізація стосунків з Іншими та зорієнтованість на істинну турботу про себе (відповідно до векторів психо-, соціо- та екзистенціал-генезу) [522]. У разі виникнення ускладнень або рецидивів РХП проводяться заходи вторинної та третинної психопрофілактики, тобто здійснюються реабілітація (психологічна, медична, соціальна).

Синергетика у сфері психології харчової поведінки має значний евристичний потенціал, який визначає еволюційну методологію терапії та психокорекції з урахуванням феноменів самоорганізації особистості у терапевтичному просторі (автономності, компетентності, власної самоцінності, духовної зрілості та ін.). Отже, синергетична методологія є інструментом аналізу нелінійної ситуації розвитку ХП. Це

впливає з позитивної установки синергетичного підходу: *особистість має ресурс до самоорганізації та самовідновлення*. Завдання фахівців полягає в організації допомоги людям з проблемними формами ХП, спрямованої на пошук ресурсів для нормалізації патернів харчової поведінки та ваги тіла. Це особливо актуально у зв'язку з ускладненням вимог життя, збільшенням несприятливих стресових впливів, наслідком чого є зростання рівня захворюваності та смертності від таких «хвороб цивілізації» як розлади ХП (анорексії, булімії, психогенного переїдання) і ожиріння. Синергетичний підхід дає змогу побачити складність взаємодії різних чинників, які можуть впливати на перебіг проблемних стратегій харчової поведінки у континуумі «норма – патологія». При цьому зауважується, що на тривалість життя впливає не тільки співвідношення патогенних та протективних чинників, але й випадковості, що виникають поблизу точок біфуркації. Психотерапевтична корекція, терапія, реабілітація та профілактика проблемної ХП передбачають можливість опори на протективні чинники особистості, що складають ресурсний потенціал особистості. До ресурсного потенціалу особистості ми також відносимо здоров'язберезувальну ХП, яка одночасно є індивідуальним ресурсом особистості (особистісним вибором варіанту життя) й колективною соціокультурною зорієнтованістю особистості з питань ХП (розглянуто у 6 розділі та публікаціях [548; 549; 550; 553; 560]). Ресурсний (саногенний) потенціал дозволяє обирати найбільш оптимальні стратегії та тактики подолання труднощів на шляху нормалізації ХП і ваги, зниження рівня напруження, збереження свободи поведінки, в т.ч. харчової. Інакше кажучи, ресурсний потенціал особистості дозволяє свідомо обирати той варіант життя, який відповідає її індивідуальному розвитку та дає можливість жити здоровим і благополучним життям. Ресурсний потенціал умовно поділяємо на три групи:

- перша група ресурсного потенціалу містить протективні фактори, які формуються соціальним оточенням (мікро-, макросоціумом, вихованням, освітою, ЗМІ), і зумовлюють спосіб та умови життя (тобто є зовнішніми щодо особистості);
- друга група містить «приховані ресурси» особистості, які активізуються («виявляються») під впливом спільної роботи з фахівцями (психологом/ психотерапевтом / психіатром, дієтологом, лікарем, соціальним працівником, педагогом, фітнес-тренером тощо). Ці ресурси суб'єкт «розкриває» в собі на сеансах психотерапевтичної корекції, у групах особистісного розвитку, фітнес-групах

тощо, які сприяють підвищенню фізичної та психологічної стійкості, комунікативної компетентності, впевненості у собі тощо;

– третя група ресурсного потенціалу містить такі протективні якості, які суб'єкт розкриває та розвиває у собі самотійно внаслідок розширення зони усвідомлення внутрішніх ресурсів та духовності, як власної відповідальності за свою ХП, за своє тіло, своє здоров'я, за себе в цілому, свій життєвий шлях. Відповідальність щодо власної ХП, власної тілесності та власне здоров'я в цілому – це процес, який спрямовано на турботу про власне «зовнішнє» та «внутрішнє» тіло, здатність приймати рішення у відповідності до власних внутрішніх відчуттів; здатність опиратися «сліпому», безглуздому копіюванню модних тенденцій щодо тілесності, оволодіння навичками, необхідними для підтримання здоров'я на високому рівні. Отже, відповідальність за здоров'язбережувальну ХП, як вияв духовності, є одним із найважливіших ресурсів нормалізації проблемної ХП.

Основною стратегією психологічної допомоги у площині екзистенціал-генезу представленої моделі є розширення внутрішнього потенціалу шляхом реалізації «тенденції бути», завдяки якій індивід переосмислює обставини свого життя й власні потенційні можливості, трансформує смисли й стає самодостатнім суб'єктом життєдіяльності. З цього моменту він здатний змінити установки щодо можливості нормалізації патернів ХП й маси свого тіла, та здійснювати самодопомогу (мається на увазі знаходити в собі ресурси, які дозволяють долати труднощі життєвої ситуації у зв'язку з наявністю проблемної ХП). Особливою небезпекою для людей з проблемною ХП є відчуття безпорадності, можливість втратити контроль над харчовою поведінкою, і відповідно, над вагою власного тіла, що часто зумовлює суїцидальний настрій [53; 149; 151; 229; 277; 278; 279; 331; 380; 522]. Ми поділяємо позицію ряду авторів гуманістичного й екзистенціального напрямів психології та психотерапії, котрі стверджують, що ефективною протидією щодо суїцидальних намірів є підвищення рівня духовності [46; 48; 99; 154; 163; 180; 219; 221; 293; 338; 378; 398; 400; 578]. «Завдяки духовності особистість суттєво стає не такою залежною від зовнішніх обставин (її навіть не лякає перспектива залишитися без підтримки інших людей, вона не бачить сенсу в тому, щоб у всіх ситуаціях подобатися іншим, відчуває

свою спроможність впливати на перебіг подій, розвиває власні можливості тощо) та стає самодостатнім суб'єктом, який відповідає за власне життя [349, с. 195].

Завершуючи цей розділ, відзначимо, що ми поділяємо думку плеяди авторів (М.-Л. А. Чепи, В. Ф. Маценко, Ж. М. Маценко, А. Д. Терещука та ін.), які зазначають, що «синергетичний підхід не є черговою втечею у метафори і не є переодяганням психології у модну природничо-наукову термінологію: маємо тут справу з елегантною можливістю синтезу феноменологічного та категоріального знання про психіку і суспільство» [443, с. 195].

Висновки до розділу 2

1. Концепція сучасної психології харчової поведінки спирається на загальнонаукову тенденцію використання синергетичної методології, оскільки вона дозволяє поєднати дистинкції – тіло й психіку, матеріальне й духовне, зовнішнє і внутрішнє, колективне і одиничне, індивідуальний та культурно-історичний розвиток, а також два найбільш актуальних методологічних підходи – холістичний і системний. Використання понятійно-термінологічного апарату синергетичної методології у дослідженнях психологічного напрямку дозволяє осмислити спільні для різних наукових дисциплін загальні процеси, розпізнати у них нові смисли, досягнути перспективу розвитку нового психологічного знання щодо психосоматичного розвитку харчової поведінки.

2. Харчова поведінка, як психосоматичний синдром метакаузальної природи у складі тілесності, є системно-процесуальним феноменом, який характеризується низкою характеристик властивих для складних живих систем здатних до самоорганізації й саморозвитку (цілісністю, структурністю, відкритістю, нестабільністю, нелінійними зворотними зв'язками тощо). Таке розуміння харчової поведінки, з одного боку, потребує нового концептуального й методологічного підходу, зокрема синергетичного, а з іншого – розкриває перспективи наукового переосмислення методологічних засад щодо аналізу причин виникнення, розвитку та перебігу ХП у континуумі «норма – патологія». Окрім того, харчова поведінка, є об'єктом полідисциплінарного характеру, і тому виникає об'єктивна необхідність наукового діалогу між суміжними науками, які вивчають один об'єкт з різних позицій, що

дозволить підвищити ефективність розв'язання проблеми поширеності аліментарно-залежних хвороб (РХП і ожиріння), які є злободенною проблемою сьогодення.

3. Запропонована синергетична модель біо-психо-соціо-духовного розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» містить чотири вектори онтогенетичного розвитку (сомато-, психо-, соціо-, екзистенціал-генез) та чотири фрактали, що презентують певні фази формування проблемних стратегій харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі». Три фрактали (пredisпозиції, латентний та ініціальний) складають донозологічний період розвитку, відповідно, у цьому періоді можливо обмежитися методами психотерапевтичної корекції та загальними психопрофілактичними заходами. Четвертий фрактал постає як період розгорнутої клінічної картини аліментарно-залежних хвороб, і тому на цьому періоді нормалізація ХП, як відновна терапія цілісного здоров'я, потребує залучення фахівців різних галузей (психологів, медиків різних спеціалізацій та ін.).

4. Феноменологія виникнення й перебігу проблемної ХП у синергетичній біо-психо-соціо-духовній моделі позиціонується багатовекторністю онтогенетичного розвитку та масштабністю фракталів, що визначають розмаїтість динамічного нелінійного розвитку. Модель дозволяє простежити процес розвитку проблемних варіантів харчової поведінки у спектрі патологічного модусу «переїдання – обмеження в їжі» з моменту виникнення сприятливих передумов до розгорнутої клінічної картини відповідних нозологічних форм (ожиріння, психогенного переїдання, анорексії, булімії), при цьому деформації маси тіла (дефіцит ваги або надмірність ваги) розглядаються як соматичні еквіваленти проблемних патернів ХП.

5. Особливістю концептуальної моделі розвитку ХП у континуумі «норма – патологія» є те, що вона дозволяє розглянути виникнення різноманітних відхилень у точках біфуркації як шляхів спонтанної самоорганізації системи до її розпаду і саморуйнування, що відповідає крайнім варіантам розгорнутої клінічної картини аліментарно-залежних хвороб. Відтак, процеси формування різних проблемних типів ХП є варіантами саморозвитку метасиндромної системи метакузальної природи, які виникають в умовах неврівноваженості та визначаються аттракторами системи, як нових упорядкованих структур до яких тяжіють неупо-

рядковані структури. Модель дає підстави для розуміння аліментарно-залежних хвороб як сценаріїв переходу від проблемних стратегій ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» до хаосу (атракторів ожиріння і розладів харчової поведінки) через каскад біфуркацій у системі тілесності. Важливим є врахування ретроспективи й перспективи системи, оскільки її теперішній стан, з одного боку, є результатом минулого та майбутнього розвитку системи.

6. Атрактори проблемної харчової поведінки, що детермінують майбутні шляхи розвитку системи, формуються у процесі онтогенетичного розвитку, і визначаються цілісним сукупним впливом чинників мультикаузальної природи. З'ясовано, що нелінійність розвитку проблемної ХП зумовлюється хвилеподібним характером розвитку і флуктуаційними впливами зовнішнього середовища (у формі надіндивідних настанов колективної суб'єктності) та нелінійною динамікою внутрішнього (індивідного – сукупного результату біологічних й інтрапсихологічних чинників конкретної особи). Одним з джерел виникнення та посилення нелінійних тенденцій розвитку психосоматичного синдрому ХП конкретної особи, є особливості її знаково-символічної моделі як цілісної сукупності суб'єктивних дискурсів (семіотичних текстів, психологічних ментальних конструкцій), що визначають формування стереотипно-ритуальних патернів поведінки на підставі специфічного ставлення до їжі, ваги тіла, способів турботи про тіло, до себе та життя в цілому, і прочитуються крізь життєві історії, які вміщують і генетичні коди родинного спадку, і авторські коди психологічних смислів їжі, і явну та приховану колористику впливу сімейних, етнічних, релігійних харчових традицій, субкультур харчування тощо.

7. Синергетичні принципи та фрактальні модульні компоненти концептуальної моделі як цілісної системи дають підстави стверджувати, що траєкторія розвитку у точках біфуркації може змінитися за рахунок мобілізації ресурсного потенціалу – активізації захисних і компенсаторних процесів тілесності. Це дозволяє окреслити можливість підвищення ефективної допомоги людям з проблемними стратегіями харчової поведінки та деформаціями ваги за рахунок: 1) з'ясування особливостей суб'єктивних дискурсів, як внутрішніх орієнтирів, що детермінують викривлені патерни харчової поведінки та, відповідно, є мішенями корекції; 2) переосмислен-

ня онтологічних проблем існування-буття та значення духовності як ресурсного потенціалу особистості, котра через діяльність духу вдосконалює себе та соціально-культурне середовище; 3) організації профілактичної роботи на етапах латентного та ініціального фразкталів з урахуванням чинників впливу; 4) створення мультидисциплінарних бригадних форм, які включають фахівців з різних галузей знань (психологів, педагогів, соціологів, духовництва, медиків різних спеціалізацій та ін.); 5) створення індивідуальних програм нормалізації ХП на підставі загальних принципів та нового підходу до профілактики, корекції та реабілітації людей з проблемними стратегіями ХП та деформаціями ваги.

Результати досліджень, відображених у другому розділі, презентовано у таких працях автора дисертації [455; 465; 471; 472; 473; 474; 479; 489; 491; 508; 516; 518; 519; 529; 560].

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У КОНТИНУУМІ «НОРМА-ПАТОЛОГІЯ»

3.1 Обґрунтування використання феноменологічного підходу щодо аналізу харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»

На сьогодні існує два традиційних підходи до добору методичних засобів щодо вивчення порушень харчової поведінки як з метою проведення психодіагностики, так і з метою оцінювання динаміки їх зрушень після проведення психологічної корекції (терапії). Особливості цих підходів зумовлені теоретичними позиціями щодо природи порушень харчової поведінки, які зазвичай взаємодоповнюють один одного. Відповідно до підходу (що зазвичай є доповненням до тестового підходу) ефективність психологічної корекції щодо розладів харчової поведінки оцінюють за кількісними показниками зміни маси тіла за весь курс лікування/за кожний тиждень шляхом розрахунку зайвої ваги (патент РФ №2314783, 2008; патент РФ №2104719, 1998). До того ж конкретним показником ефективності психологічної корекції вважають зменшення частотності ха-

рактерних патологічних проявів харчової поведінки стереотипно-ритуального характеру, які властиві клінічним формам нозологічних одиниць (зокрема зменшення частотності нападів обжерливості, процедур очищення після їжі, нав'язливого вимірювання об'ємів власного тіла тощо). Однак перераховані вище методи дають можливість оцінити лише соматичний вимір (зовнішні параметри) ефективності корекції поведінкових розладів, але не дозволяють зрозуміти психологічних механізмів за рахунок яких відбуваються ці зміни.

Відповідно до другого підходу, для оцінювання ступеня прояву типових проблем характерних для розладів ХП, зазвичай спираються на батарею тестових методик. Найпопулярніші з них це опитувальник харчової поведінки DEBQ (Van Strien et al., 1976), діагностична шкала EDDS (Stice et al., 2000), опитувальник EAT-26 (Eating Attitudes Test-26, Garner, Garfinkle, 1997), призначений для визначення дезадаптивних харчових переваг, поведінки і думок, пов'язаних з ними [228; 363]. Але означені методики не адаптовані українською мовою і є версіями іншомовного походження (німецькомовного та англomовного походження). Крім того, діагностична ефективність цих методик перевірена лише в деяких країнах (Німеччині, Франції) [270, с. 136]. На цьому тлі виокремлюється опитувальник для визначення схильності до виникнення порушень харчової поведінки, що є українською мовною версією опитувальника EAT-26, але цей тест містить 202 запитання і, відповідно, потребує багато часу [270, с. 137]. Отже, методики цього підходу обмежуються дослідженням множини об'єктивних симптомів або певних стильових особливостей харчової поведінки, які визначають етіологічні та клінічні прояви цього виду порушення. З цим пов'язані обмеження цього методологічного підходу – він не може досягнути якісних взаємозв'язків між ставленням до їжі, тіла/ваги, себе як особистості, особливостей впливу мікросоціуму особи щодо ситуації прийому їжі тощо. Навіть якщо відповідно до цього підходу додатково використовують діагностичні інструменти для визначення формалізованих взаємозв'язків між характерологічними рисами особистості та стильовими особливостями порушеної харчової поведінки пацієнтів (наприклад, структурний профіль Basic ID (A. Lazarus, 2001; характерологічна методика Кейрсі; опитувальник MMPI або

його модифікації – СМІЛ, Л. М. Собчик, 2005 та ін.), це мало що додає до розуміння феноменологічних особливостей ХП конкретної особи, тому що, як наголошує Р. Резник: «Смисл – це зв'язок між фігурою і фоном. Смисл не у фігурі і не у фоні, він у зв'язку між ними обома» (цит.: Н. М. Лебедева) [197, с. 64]. Отже, щоб зрозуміти особливості поведінки, особливо проблемної/порушеної, необхідно з'ясувати, яким саме чином люди здійснюють свій вибір у бік відхилення від норми, як організують своє буття-існування, особливості суб'єктивної картини їхнього життєвого шляху). Іншими словами, особливості проявів проблемної ХП як феноменологічного явища тілесності, яке завжди є суб'єктивним явищем, існуючим у свідомості конкретної особи, що відображає її особливу реальність, неможливо дослідити поза межами феноменологічного підходу.

Підтвердження означеної позиції знаходимо у наукових розвідках ряду авторів, які актуалізують феноменологічні ідеї у формі наративу та використання дискурс-аналізу (Д. М. Єсипенко, Н. Ф. Каліна, О. В. Косілова, Р. Д. Ленг, О. Періг, В. Скіртач, М. Фуко, Н. В. Чепелєва та ін.). Так, на думку К. Ясперса докладні феноменологічні самоописи мають виняткову цінність, тому що психологічна та клінічна казуїстика слугує підтвердженням досвіду навіть там, де феномен явно зрозумілий [582, с. 202]. Слушну думку щодо дослідження геному розвитку у феноменологічній площині висловлює також В. П. Зінченко: «Феноменологія це місце інтеріоризації засобів медіації, місце, де здійснюється побудова внутрішнього плану діяльності, де проходять внутрішні рухи душі, переплавляються і зароджуються людські сутнісні сили, які дають імпульси до породження нових форм поведінки... Феноменологічний план ...настільки ж реальний, як і онтологічний...без цього рівня не можна зрозуміти джерела і рушійні сили саморозвитку людини, спонтанність і свободу її поведінки, діяльності, свідомості» [137, с. 146]. Така думка перегукується з позицією Т. М. Титаренко, котра зауважує: «Постнекласична особистість розглядається передусім у межах наративної, дискурсивної психології» [396, с. 88] і саме тому все більш популярними в гуманітарних дослідженнях стають якісні – інтерпретативні, дескриптивні, наративні – способи пізнання, і тому значущість класичного біографічного методу знов починає зростати [396, с. 88]. Іншими словами, Я-наративи, висвітлюючи ставлення людини до певних подій її життя через психосемантичні зв'язки між різноманітними мовними одиницями,

дозволяють отримати доступ до індивідуальних суб'єктивних дискурсів як живих асоціативних зв'язків між когніціями та емоціями. Узагальнюючи вагомий науковий доробок багатьох дослідників екзистенційної парадигми, зокрема феноменологічного напрямку трактування людського існування (представниками якого є Дж. Б'юдженталь, М. Вертгеймер, Е. Гуссерль, З. С. Карпенко, В. П. Москалець, М. Мерло-Понті, М. В. Савчин, П. Тілліх та ін.) доходимо висновку, що з позиції феноменологічного підходу людина як об'єкт вивчення не може піддаватися типологізації, бо вона в принципі автентична, унікальна й самодостатня.

Поділяючи погляди науковців, вважаємо, що саме феноменологічна орієнтація дослідження та дискурс-аналіз індивідуальних наративів дозволяє підійти до суб'єктивного світу особистості як до певного досвіду, який виявляє різні сторони його суб'єктивного розуміння щодо мотивації та особливостей проявів різноманітних форм харчової поведінки. Це дозволить визначити багатоаспектність досліджуваної проблеми, оскільки харчова поведінка як психосоматичний синдром (з позиції психології тілесності) у значному ступені визначається саме суб'єктивними мотивами особистості та залежить від особливостей базових структур її суб'єктивного досвіду, особистісних смислів знаково-символічної моделі (суб'єктивних дискурсів), які детермінують і спрямовують поведінку. Отже, вивчення проблемної харчової поведінки конкретної особистості з необхідністю вимагає від дослідників врахування взаємозв'язків не тільки між внутрішніми і зовнішніми чинниками, але й врахування контексту її життєвого шляху. Іншими словами, застосування логіки феноменологічного підходу дозволяє дослідити індивідуальну неповторність харчової поведінки суб'єкта, пізнати витоки тих чи інших відхилень, його свідомих та несвідомих проявів, рефлексія яких сприяє його внутрішній гармонізації.

3.2 Завдання, етапи та характеристика вибірок

Загальною проблемою дисертаційного дослідження є аналіз феноменології харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» як специфічної онтології онтогенетичного розвитку особи, що відображає фрактальна динаміка – від моменту створення предрисунків і виникнення несистематичних відхилень ХП до їх розгортання у клінічні форми аліментарно-залежних хвороб (ожиріння та

РХП). Іншими словами, феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» зумовлена впливом багатьох зовнішніх і внутрішніх чинників, є єдністю соматичного і психічного, індивідуального і колективного суб'єкта, інтерсе-міотичної знаково-символічної системи й просторово-часової організації особистості у контексті суб'єктивної картини щодо ситуації приймання їжі як окремого аспекту існування-буття.

На практиці, досліджується не сам феномен фракталу, а результати минулого фрактального процесу. Згідно з запропонованою моделлю розвитку ХП у континуумі «норма – патологія» кожний фрактал – це перехідний стан системи, що десинхронізує дисипативну систему і детермінує еволюцію (самоорганізацію) системи до іншої сталої, впорядкованої цілісності – хаосу (хвороби). Абстрагуючи дане твердження на предметну сферу нашого дослідження, вважаємо, що організація емпіричного дослідження щодо розв'язання загальної проблеми дослідження потребує вирішення низки часткових завдань дослідження.

Окремі (часткові) завдання емпіричного дослідження феноменології харчової поведінки у континуумі «норма-патологія» спрямовані на:

1. Аналіз особливостей суб'єктивних дискурсів як психологічних орієнтирів, які детермінують специфічну систему «відносин з їжею» та виникнення проблемних стратегій ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» (на вибірці умовно здорових школярів та студентів);

2. З'ясування особливостей аліментарної родини як сімейної системи, в якій закладаються відхилення ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та формується атрактор аліментарно-залежних хвороб, зокрема ожиріння та розладів харчової поведінки (на вибірці умовно здорових студентів, школярів та їх батьків);

3. Визначення впливу травматичного тілесного досвіду (перебування у ситуації хронічного незадоволення вагою; лікування безпліддя внаслідок деформацій ваги та розладів ХП) на трансформації ідентичності особистості та внутрішньої картини життєдіяльності як предиспозицій, що зумовлюють фіксацію на викривлених стратегіях ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» (на вибірці людей з надмірною вагою, які мають показник $IMT \geq 26$ та вибірці вагітних жінок з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної ХП та деформацій ваги);

4. З'ясування особливостей переживання тілесного досвіду жінок у контексті життєвого шляху і залежно від досвіду перебування в ситуації уявної або реальної зайвої ваги, лікування безпліддя, вагітності (шляхом порівняння груп з різним тілесним досвідом).

5. Аналіз Інтернет-дискурсів осіб з уявною або реальною зайвою вагою задля визначення спектру проблем і труднощів з якими вони стикаються в процесі корекції ваги та нормалізації ХП. Визначення специфічних відмінностей між атрибутами самопрезентації як символічної проекції дискурсу існування-буття користувачів форумів «анорексиків» та «товстунів». З'ясування можливості проведення онлайн-консультування як альтернативного способу надання психологічної допомоги користувачам з різними типами проблемної харчової поведінки на спеціалізованих форумах.

Вирішення поставлених завдань дозволяє виявити феноменологічні особливості розвитку харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» як індивідуальних вибіркового зв'язків особи, що відображають приховані проблеми ставлення до їжі, тіла/ваги, себе як особистості та до значущих близьких як у ракурсі ситуації приймання їжі, так й інших аспектах. Означені проблеми створюють основу хронічної незадоволеності вагою, тілом, собою та життям в цілому, що провокує циклічне відтворення стереотипно-ритуальних патернів проблемної харчової поведінки як невдалих стратегій адаптації, які потребують психотерапевтичної корекції.

Згідно з поставленими завданнями організацію дослідження проводили у три етапи з 2011 до 2016 року.

На першому етапі (2011–2013) був проведений докладний аналіз сучасних літературних джерел, що дозволило оцінити стан проблеми, визначити мету і завдання дослідження, узагальнити принципи побудови синергетичної моделі розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» і програми нормалізації ХП. Було встановлено терміни проведення досліджень, визначено контингент основних і контрольних груп.

На другому етапі (2013–2015) проведено основні дослідження, здійснювалася первинна обробка експериментальних даних, їх інтерпретація та аналіз,

що дозволило: а) з'ясувати феноменологічні особливості розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»; визначити вплив травматичного тілесного досвіду (перебування у ситуації хронічного незадоволення вагою; лікування безпліддя внаслідок деформацій ваги та розладів ХП) на трансформації ідентичності особистості та внутрішньої картини життєдіяльності; б) визначити необхідність розробки теоретико-методологічної концепції формування здоров'язбережувальної харчової поведінки; в) розробити комплексну програму нормалізації для осіб з проблемними стратегіями ХП.

На третьому етапі (2015–2016) було розроблено теоретико-методологічну концепцію формування здоров'язбережувальної харчової поведінки; здійснено впровадження комплексної програми нормалізації харчової поведінки для осіб з проблемними стратегіями ХП; сформульовано висновки, презентовано основні результати досліджень на наукових форумах, підготовлено текст монографії та дисертації.

Загалом емпіричним дослідженням було охоплено 1438 осіб, які входили до складу різних емпіричних вибірок відповідно до окремих емпіричних задач цілісного дослідження:

1. Школярі середніх і старших класів загальноосвітніх шкіл м. Херсона (N=282 особи, з них 157 дівчат і 125 хлопців, середній вік 15,9 років); студенти I-V курсів Херсонського державного університету (N = 285 осіб, з них 162 юначки та 123 юнака середній вік 19,2 роки).

2. Дорослі, які активно беруть участь у вихованні дітей шкільної вибірки (N = 282), але внаслідок того, що 32 особи не з'явилися на батьківські збори, а 12 – відмовилися заповнювати анкету, то вибірку дорослих склали 238 осіб, з них: матері – 122 особи (51% від загальної вибірки); батьки – 63 особи (26,7%); бабусі – 38 осіб (6%); дідусі – 15 осіб (6,3%).

3. Люди з зайвою вагою та ожирінням, які мають показник ІМТ у межах від 26 до 41 (N = 315 осіб, з них 185 жінок та 130 чоловіків; середній вік – 35,2 роки). Вибірка добиралася відповідно до наступних критеріїв: а) показник ІМТ

≥ 26 (тобто перевищує нормативні показники ваги); б) період незадоволеності своєю вагою ≥ 5 років; в) обмеження за віком – від 30 до 40 років.

4. Вагітні жінки (група 1, $N = 27$ осіб, середній вік – 25,9 років), які проходили лікування в акушерському стаціонарі при пологовому будинку Суворовського району ім. З. С. Клименко м. Херсону з приводу ускладнень вагітності на тлі деформацій ваги та проблемної харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі». Ці жінки у минулому мали травматичний тілесний досвід, пов'язаний з лікуванням від безпліддя (тривалість лікування від 2 до 7 років) та необхідністю нормалізувати вагу. Групами порівняння є: а) група 2 ($N = 27$ осіб; середній вік – 24,4) до складу якої входять жінки з деформаціями ваги на тлі проблемної ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі», але які приймають ситуацію безпліддя в цілому позитивно і відкрито визнають, що не бажають мати дітей; б) група 3 ($N = 27$ осіб; середній вік – 25,3 роки), яку склали здорові вагітні жінки з нормальною харчовою поведінкою, які перебували на обліку у жіночій консультації при пологовому будинку Суворовського району ім. З. С. Клименко м. Херсону.

5. Користувачі тематичних Інтернет-форумів ($N = 237$), зокрема 126 відвідувачів порталу Anogex.Ru та 111 відвідувачів онлайн-форуму клініки оздоровчого схуднення (slavclinic.com).

Необхідність включення груп студентів, школярів та їх батьків до дослідницької вибірки зумовлена потребою розв'язання багатьох питань, зокрема: батьківських переконань і тактик контролю харчової поведінки дітей в ситуації прийому їжі; особливостей формування родинних харчових традицій, конфліктів з Іншими у зв'язку з ситуацією приймання їжі й інших різноманітних аспектів «відносин з їжею» за якими приховуються світоглядні основи ставлення суб'єкта до їжі, самого себе, своєї тілесності та життя в цілому. Дослідницький матеріал, отриманий на цих групах, дозволив дослідити вплив родини на формування стратегій харчової поведінки у континуумі «норма – патологія», особливості формування психологічних смислів їжі, особливості аліментарної родини як сімейної системи, в якій закладаються відхилення ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та формується атрактор аліментаро-залежних хвороб, що в цілому відображає фрактал предиспозиції «аліментарна родина».

Включення осіб з різним травматичним тілесним досвідом (зокрема, зайвою вагою, вагітних з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної ХП та деформацій ваги, користувачів з різними типами проблемної ХП на спеціалізованих форумах) зумовлена необхідністю: - з'ясування фрактальної динаміки харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» як результатів дії минулого фрактального процесу, що дає можливість розглядати аліментарно-залежні хвороби (ожиріння, РХП) як сценарій переходу до хаосу через нескінченний каскад біфуркацій в системі тілесності, що ініціюється відхиленнями ХП; - відтворення траєкторії розвитку ХП від норми до патології (атрактору хвороби) та з'ясування можливості її зворотної траєкторії (від патології до нормалізації ХП).

Емпіричне дослідження здійснювалося на базі наступних експериментальних площадок м. Херсона: Херсонському державному університеті; Центрі здоров'я та спортивної медицини; Центрі ефективного розвитку людини; Пологовому будинку Суворовського району ім. З. С. Клименко; Середніх навчальних закладів; Комунальному закладу «Херсонська обласна психіатрична лікарня» Херсонської обласної ради. Крім того, на окремих етапах до дослідження були залучені пацієнти Запорізького державного медичного університету МОЗ України та користувачі інтернет-сайтів (Anorex.Ru, «Метод Слов'янська клініка»).

3.3 Організація проведення дослідження фракталу предиспозиції (аліментарної родини)

Дослідження особливостей аліментарної родини як сімейної системи в якій закладаються відхилення ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та формується атрактор аліментарно-залежних хвороб, зокрема ожиріння та розлади ХП, здійснювалося за допомогою авторських розробок: методики тематичного ретроспективного аналізу – МТРА-їжа та анкети «Батьківських переконань і тактик контролю харчової поведінки дітей у ситуації приймання їжі» (див. дод. В).

Охарактеризуємо **методику спрямованого ретроспективного аналізу** на тему «Мої відносини з їжею» (МТРА-їжа). Кожен науковий метод поряд із своїми перевагами має й певні обмеження. Саме тому, методи, які дослідник використовує як психодіагностичний інструментарій, мають обиратися з огляду на принцип компліментарності або додатковості один до одного (відповідно до

поставлених наукових завдань). Так, Б. Г. Ананьєв вважав, що неодмінним доповненням до експериментальних методів при дослідженні особистості має бути біографічний метод, як метод *реконструкції цілісного індивідуального способу життя*, що дозволяє виявляти стійкі способи взаємодії людини з чинниками макро- і мікросередовища [12]. Спираючись на викладену позицію, ми також визнали за необхідне використати в нашому дослідженні поряд з іншими емпіричними методами ретроспективний аналіз як варіант біографічного методу, який дозволяє зрозуміти особливості теперішнього в його взаємозв'язках з минулим та на цьому підґрунті передбачити майбутнє. Л. Ф. Бурлачук, зазначає, що біографічний метод у психології презентований різноманітними формами та модифікаціями (у вигляді анкет, інтерв'ю, аналізу ранніх дитячих спогадів, написання життєвої історії, психологічної автобіографії, ретроспективного аналізу, контент-аналізу особистих щоденників, листів, біографічних документів, аналізу «випадків» та ін.) [58].

Життєві історії як ілюстрації залучаються в різних галузях психології й часто сприяють змістовному тлумаченню емпіричних даних, постановці нових проблем і висуванню гіпотез; крім того, знайомство з ними дозволяє дослідникам зрозуміти особливості розвитку особистості [60; 68; 70; 214; 282; 380; 393; 441; 442; 443]. Спогади у вигляді Я-наративів (як біографічних описів) розкривають генетичну персоналістику, специфіку переживань, ставлення до тих або інших подій, концепцію власного життєвого шляху, визначають дескриптивні суб'єктивні дискурси існування-буття конкретної особи. Запитання дослідника за певною тематикою лише акцентують увагу на окремих питаннях, але вільний опис дозволяє респонденту вийти поза їх рамки та презентувати розгорнутий опис «особливих» життєвих ситуацій. Емоційні реакції й когнітивні коментарі, які супроводжують життєві історії явно свідчать про значущість окремих епізодів минулого. Біографічний метод застосовують як з позицій номотетичного підходу, так і з позицій ідеографічного підходу.

Суттєвий внесок у розвиток біографічного методу в психології у XX сторіччі внесли вітчизняні й зарубіжні вчені: Б. Г. Ананьєв, Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова, О. І. Василькова, Н. Ю. Волянчук, О. О. Кронік, Р. А. Ахмеров, Н. О. Логвінова,

С. Д. Максименко, В. В. Клименко, А. В. Толстоухов, В. О. Моляко, В. Г. Панок, J. A. Robinson, L. R. Taylor та ін. [12; 60; 70; 85; 187; 214; 226; 267; 296; 641].

У психології увагу до біографічного методу як методу дослідження особистості привернула школа психоаналізу (20–30-і рр. XX сторіччя). Для З. Фрейда та його послідовників *спогади пацієнтів про минуле життя*, й особливо про дитячі враження, були головним матеріалом під час вивчення й корекції особистості. Д. Берес зазначає, що «біографічна реконструкція є первинною метою психоаналітичного процесу, і психоаналіз як генетична психологія є по суті наукою біографії» [587, с. 26].

Д. Левінсон під час роботи над вивченням структури життєвого циклу дійшов висновку, що зміни у структурі життя особистості мають складну біопсихосоціальну природу й не можуть бути адекватно вивчені засобами монодисциплінарного підходу [628]. На думку Г. Томе, *біографічний метод є незамінним інструментом при вивченні механізмів адаптації особистості*. За допомогою цього методу йому вдалося визначити репертуар поведінкових моделей особистості для подолання труднощів життя, що одержали назву «техніки буття».

У вітчизняній психології⁵ на цінність біографічного методу як способу уточнення діапазону вікової мінливості залежно від факторів соціогенного характеру вказував М. О. Рибніков. Цей висновок узгоджується з ідеєю Б. Г. Ананьєва щодо необхідності комплексного полідисциплінарного підходу до дослідження розвитку особистості з метою її психологічного пізнання. У подальшому, Б. Г. Ананьєв, приділив цьому методу особливу увагу у зв'язку з проектуванням комплексних досліджень людини, розробкою теорії індивідуальності й індивідуального психічного розвитку. Спряженість характеристик особистості та її життєвого шляху автор назвав генетичною персоналістикою, яку він визначив як «теорію й метод біографічного дослідження життєвого шляху людини, основних подій, конфліктів, продуктів і цінностей...» [12, с. 265]. На думку дослідника, суть біографічного методу полягає у специфічності його предмета – життєвого шляху людини, центральним поняттям якого він вважає *значущу подію* (як факт,

⁵ У межах вітчизняної психології ми розглядаємо роботи російських і українських авторів до 1991 року, що зумовлено історично.

що суттєво змінює середовище й соціальну ситуацію розвитку, спосіб життя, структуру особистості, стає водорозділом фаз життя) [12, с. 110]. Особливість біографічного методу полягає в тому, що він оперує не тільки даними про об'єктивні події, але й *даними про суб'єктивні переживання особистості щодо різних життєвих обставин* (як особливостей реального життєвого шляху людини). Усе це дозволяє проникати в глибини самосвідомості, особливостей характеру, життєвої спрямованості, життєвого досвіду особистості та ін.

Близьку позицію відображено в дослідницьких працях В. М. М'ясищева [261]. На думку автора, вирішення проблем патології й неадекватної, дезадаптивної поведінки вимагає об'єднання номотетичного й ідеографічного підходів, комбінації біофізіологічної оцінки з естетичною й етичною, поєднання в цілісну єдність актуального стану людини з її минулим та прогнозованим майбутнім. Дослідник був переконаний, що саме біографічний метод у формі життєвої історії (анамнезу, як складової частини випадку), дозволяє виявляти глибинні мотиви, стійкість зв'язків (як системи відносин і ставлень), станів, форм поведінки впродовж життя однієї людини. На його думку, саме *минуле дає зрозуміти приховані динамічні пружини поведінки у «теперішньому»*. «... Відомості про минуле досліджуваної особистості є необхідними для генетичного пояснення, для перевірки, доповнення й підтвердження того, що встановлює спостереження у теперішньому і для правильної оцінки перспектив» (цит. за Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова) [60, с. 151–152].

На сьогодні життєва історія як метод збирання інформації про спосіб життя людини є універсальним методом діагностики під час психодіагностичного й медичного обстеження та сукупністю відомостей, які отримують як від самого досліджуваного, так і від його близьких. При цьому отримані відомості, зазвичай, охоплюють різноманітні сфери життя (особливості розвитку, специфічність харчування та умов життя, наявність алергічних реакцій, захворювань гострого й хронічного характеру, перенесені операції, травми, особливості, що визначаються спадковістю тощо) і дозволяють визначитися як з постановкою психологічного й медичного діагнозу, так і з вибором методів корекції, лікування та профілактики.

В. Г. Норакидзе, застосовуючи метод клініко-біографічної бесіди (при вивченні природи характеру з позиції теорії установки) дійшов висновку про те, що *«база», закладена в період дитинства, є тією стійкою глибинною структурою індивідуальності, яка надалі визначає цілісність характеру людини впродовж усього її життя* [282, с. 251].

У сучасній практичній психології для корекції й розвитку особистості розроблені нові методики й рекомендації, які використовують автобіографічну продукцію. Це так звані ігри з часовою перспективою, ведення щоденника з наступним психологічним аналізом, психотехніка щодо прийняття доленосного життєвого рішення, навчання компетентності щодо планування діяльності (основи тайм-менеджменту), каузометрія (як метод підвищення рівня усвідомленості життєвого шляху та ін.). Варто зазначити, що не тільки засновники різних психотерапевтичних методів (А. Адлер, А. Маслоу, Г. Олпорт, Ф. Перлз, Е. Еріксон, З. Фрейд, А. Фрейд та ін.), але й сучасні науковці (Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова, О. О. Кронік, Р. А. Ахмеров, Н. О. Логвінова, В. О. Моляко, Т. М. Титаренко, О. С. Чабан, Н. В. Чепелева, J. A. Robinson, L. R. Taylor J. M. Williams, Th. Barnhofer, C. Crane, D. Hermans, F. Raes, J. M. Zacks та ін.) підкреслюють, що *кожна біографічна методика здійснює психотерапевтичний вплив на особистість*.

Крім того, окреслюючи методологічні засади щодо проведення емпіричного дослідження за методикою МТРА-їжа слід звернутися до поняття «дискурс» та «дискурс-аналіз» у межах дискурсивної психології [30; 32; 74; 393; 397]. Аналіз наукових розвідок з питань вивчення означених понять дає підстави стверджувати, що дискурс-аналіз на сьогодні розглядається як методологія виявлення смислів, а суб'єктивний дискурс конкретної особи нами розглядається як атрактивний метафільтр, що зумовлює розвиток харчової поведінки на всіх рівнях її феноменологічного простору (індивіда як біологічного організму й власне суб'єкта, котрий організує своє харчування; індивідуальності як суб'єкта культуро- і життєтворчості; особистості як соціального індивіду; універсальності, що прагне до трансцендентно-інтровертної сутності людини). При цьому життєвий шлях розглядається як низка подій між якими складається неієрархічний зв'язок, а кожна травматична життєва ситуація постає як ризома численних варіантів вибору нових траєкторій. Отже,

огляд можливостей біографічного методу дозволяє нам стверджувати, що розуміння особливостей розвитку ХП, специфіки виникнення проблемної ХП, у т.ч. клінічних варіантів аліментарно-залежних хвороб (розладів харчової поведінки та ожиріння) *не може здійснитися без поглибленого вивчення їх «передтечі»* – межових (субклінічних) форм харчових порушень, які входять до континууму «норма – патологія» та складають спектр патологічного модусу «переїдання – обмеження в їжі». Ми глибоко переконані в тому, що як психотерапевтичну корекцію, так і профілактику проблемної харчової поведінки необхідно здійснювати як з умовно здоровими людьми, так і тими, хто має початкові відхилення (субклінічні форми) проблемної харчової поведінки. Іншими словами, діагностична, психокорекційна й психопрофілактична робота, яка має на меті припинення поширення ожиріння та розладів ХП (аліментарно-залежних хвороб) повинна здійснюватися ще до того, як відхилення ХП перейдуть у клінічні форми певних нозологічних форм, тому що, кажучи метафорично, «пізно бити на сполох, коли пожежею охоплений весь будинок».

Спираючись на результати попереднього розділу, вважаємо, що у разі викривленого ставлення до різних аспектів життя у сукупності їх взаємозв'язків, зокрема до їжі, ваги свого тіла, себе як особистості та до Інших, людина стає заручником викривлених «відносин з їжею» за якими власне приховуються проблеми, які потребують свого розв'язання, але вони не можуть бути вирішені в силу своєї невизначеності.

Отже, метод ретроспективного аналізу використовується нами з метою визначення специфічності «відносин з їжею» у людей різних груп залежно від задоволеності/незадоволеності вагою свого тіла. Характерною особливістю цього методу є описова форма викладу від першої особи у вигляді записів, що є суб'єктивним відображенням повсякденних минулих подій свого життя із приблизним датуванням.

Виходячи зі специфіки дослідницького завдання і спираючись на розроблену нами концептуальну синергетичну модель формування розвитку харчової поведінки, ми пропонуємо *методику тематичного ретроспективного аналізу*

спрямованого на дослідження ставлення до їжі, як викривлених «відносин з їжею» (МТРА-їжа), що дозволяє реконструювати дискурс буття-існування щодо цілісного індивідуального способу життя, зокрема, виявляти когнітивно-емоційну оцінку щодо комплексу життєвих обставин в ситуації приймання їжі, які формують усталені стратегії харчової поведінки, а також особистісні властивості й способи взаємодії людини з чинниками макро- і мікросередовища.

Застосування МТРА спрямоване на вивчення спогадів респондентів щодо ситуації приймання їжі у різних координатних площинах. Це дозволяє уточнити особливості харчової поведінки у зв'язку зі ставленням до тіла, ваги, їжі й значущих близьких у ракурсі ситуації приймання їжі. Зазначені аспекти, у певному розумінні, дозволяють виявити точки біфуркації як точки розгалуження траєкторій і предикторів початкового формування межових/субклінічних форм харчової поведінки, які надалі можуть переходити у клінічні форми аліментарно-залежних хвороб. Іншими словами, методика дозволяє визначити та зрозуміти базову основу формування проблемної харчової поведінки. Ми розуміємо, що звернення до подій минулого, яке ґрунтується на особливостях індивідуальної пам'яті, є певним обмеженням цієї методики, тому що результати суттєво залежать від індивідуальної здатності людини відновлювати факти свого минулого. Але саме дискурс спогадів щодо ситуації приймання їжі є цінним діагностичним матеріалом як для самого досліджуваного, так і для дослідника, тому що має суб'єктивний характер. Ретроспекція дозволяє визначити не тільки різноманітні аспекти «відносин з їжею» у повсякденній життєдіяльності автора-респондента, але й дозволяє простежити процес викривлення харчових стратегій поведінки, виявити «коріння» проблемної харчової поведінки, зрозуміти світоглядні основи особистості, ставлення до себе, своєї тілесності, встановити причинну обумовленість порушень та окреслити шляхи корекції.

Методика тематичного ретроспективного аналізу (МТРА-їжа) є як проективною методикою, так і методом автобіографії й вербальних/письмових самозвітів, що дозволяє виявляти певні усвідомлені аспекти самосвідомості та самоствлення у руслі тематики «відносини з їжею».

Використання методики тематичного ретроспективного аналізу (МТРА-їжа) є адекватним інструментом виявлення *спонтанних спогадів* на задану тему. Спонтанність спогадів забезпечується тим, що респондентам пропонується згадати будь-які події, пов'язані із ситуацією приймання їжі. Це сприяє актуалізації взаємозв'язків між «Я» як особистості, «ситуацією приймання їжі» і «близькими», які брали участь і можливо продовжують брати участь у процесі формування харчової поведінки. Крім того, ретроспекція сприяє актуалізації процесів самоосмислення та самоусвідомлення щодо власної тілесності, особливостей своєї поведінки в ситуації приймання їжі. Необхідність описати специфічність власних «відносин з їжею» письмово, спонукає досліджуваного не тільки сформулювати, але й обґрунтовувати свою позицію (при цьому зауважимо, що перед досліджуваним не ставиться задача аналізу цих подій або своєї поведінки).

Процедура психодіагностичного дослідження має орієнтовний характер, оскільки є і спонтанною, і відкритою – кількість спогадів не обмежується й може значно варіювати від групи до групи залежно від віку, статусу та інших особливостей респондентів. На нашу думку, безумовною перевагою методики є простота її реалізації та можливість проведення у різних організаційних формах.

Процедура обстеження. Досліджуваним пропонується згадати найбільш значущі моменти життя, які стосуються ситуації приймання їжі (особливості харчування в родині, ставлення до їжі, конфліктні ситуації у зв'язку із ситуацією приймання їжі та ін.). Акцентується увага на тому, що форма викладу має вільний характер, тобто не передбачає будь-якої структури, хронологічного порядку тощо.

Інструкція: «Згадайте та запишіть найбільш яскраві спогади як позитивного, так і негативного характеру, які стосуються ситуації приймання їжі. Це можуть бути особливості харчування в родині, ставлення до їжі, конфлікти у зв'язку із ситуацією приймання їжі, особливості годування в дитячому віці та ін. Структура й форма викладу – вільні. Події можна викладати в будь-якому хронологічному порядку. Ми будемо Вам вдячні за будь-яку інформацію, яка стосується цієї тематики. У процесі викладу ви можете: описувати свої почуття, думки, переживання, події, які передували або супроводжували ті або інші си-

туації приймання їжі; вказати у якому віці відбулася згадана подія (приблизний вік/віковий період); спробувати висловити припущення з приводу особливостей власної харчової поведінки. Якщо у процесі роботи Ви згадаєте ситуації, які здадуться Вам незначущими, але стосуються теми, то Ви також можете їх описати. Окремі спогади можна відокремлювати один від одного будь-яким розділовим знаком (наприклад, трьома зірочками тощо).

Під час *процедури обробки даних* ми намагалися дослідити всі основні смислові категорії ретроспективних спогадів, які згадували досліджувані у зв'язку з ситуацією приймання їжі та/або особливостей виявів харчової поведінки. Оповіді-спогади за методикою МТРА-їжа – це, з одного боку, дискурси буття, живі тексти наративного типу, що включають особистісний хронотоп, специфіку «Я» як цілісну когнітивно-емоційну оцінку щодо життєвих подій у контексті ситуації приймання їжі, з іншого – одиниці біографічної інформації, дискурсивисловлювання, які тлумачилися як своєрідні індикатори індивідуальності, оскільки вони відображують життєвий досвід, особливості реагування у ситуації споживання їжі, індивідуальні реакції на ті або інші життєві обставини тощо. Під час аналізу одиниць біографічної інформації ми об'єднували їх у смислові категорії. При цьому ми керувалися диспозиційними⁶ настановами, що впливають з конкретної ситуації приймання їжі, зокрема, такими як оцінка ситуації загалом, поведінкові реакції у діаді «батьки-дитина», соціальні настанови щодо ситуації прийому їжі, семантичні значення їжі тощо. На нашу думку, саме якісні відмінності між зазначеними диспозиційними настановами визначають різноспрямованість траєкторій розвитку ХП у континуумі «норма – патологія». Спираючись на вищерозглянуті положення феноменологічного підходу, очікуваний результат означеного дискурс-аналізу – це виявлення якісних взаємозв'язків між викривленими (проблемними) патернами харчової поведінки та специфікою знаково-символічного ставлення до їжі.

Ми визнаємо, що смислові категорії, які розкривають специфіку викривленого ставлення до їжі, свого тіла, Інших, життя в цілому (як особливих «відносин

⁶ Диспозиція – готовність, схильність суб'єкта до поведінкового акту, дії, способу поведінки, вчинку або їх послідовності; – це внутрішні детермінанти поведінки, свого роду програма, алгоритм-план, який є змістовною структурою суб'єктивної норми.

з їжею») дозволяють лише окреслити сферу найбільш значущих моментів у полі усвідомлення учасників дослідження, і в жодному разі не претендують на всеохоплюючу класифікацію. Нас, передусім, цікавило виокремлення найголовніших стереотипних дискурсивних правил як смислових базових категорій, які зумовлюють формування стереотипно-ритуальних патернів ХП, і в цьому аспекті мети досягнуто. Ми усвідомлюємо те, що традиційна психіатрія може спростувати наші висновки. Однак, спираючись на теоретико-методологічні засади психології тілесності, психосоматики та синергетики, вважаємо, що між крайніми варіантами континууму «норма – патологія» є розмаїття траєкторій розвитку ХП, у т.ч. таких, які переходять у перманентний хаотичний стан з усіма несприятливими наслідками, що є похідними від нього (тобто є проміжними відхиленнями харчової поведінки, які ще не є патологією, але вже не є нормою).

Методика «МТРА-їжа» використовувалася як з метою психодіагностики, так і з метою психокорекції. Можливість реалізації автобіографічної продукції з метою психотерапевтичного впливу розглядалася нами вище. Процедура психотерапевтичної корекції за презентованою методикою побудована за принципом послідовного поглиблення «в об'єкт» – від зовнішніх, формальних моментів харчової поведінки до внутрішніх (зокрема, психологічного аналізу мотивації такої поведінки). Спочатку учасникам психотерапевтичних груп пропонувалося проаналізувати особливості тих подій, які вони згадували у зв'язку із ситуацією приймання їжі та визначити їхній вплив на формування перекручених харчових стратегій. Інакше кажучи, в учасників з'являлася можливість розглянути та зрозуміти окремі значущі моменти своєї біографії у контексті формування синдрому порушеної харчової поведінки. Такі етапи психокорекційної роботи за цією методикою дозволили, говорячи метафорично, «витягти з тіні» і зробити «зримими» та «відчутними» такі психологічні колізії, які обумовили специфічні викривлення харчової поведінки досліджуваних. У подальшому це надало можливість виявити порушення аспектів самоусвідомлення й самоставлення в межах теми «мої відносини з їжею» та отримати доступ до інших значущих моментів життя досліджуваної особистості, які, з одного боку, спричиняють негативне ставлення до себе та влас-

ної тілесності, а з іншого – є основою для розвитку перекручених патернів харчової поведінки. Сукупний вплив означених чинників зумовлює тотальну незадоволеність власною зовнішністю, собою та життям загалом, і створює умови для функціонування особистості у замкнутому патологічному режимі циклу («заборона – стрес – харчовий зрив – заборона»)⁷. Під «забороною» маються на увазі різноманітні харчові обмеження, які запобігають можливості збільшення зайвої ваги. Отже, методика дозволяє виявити феноменологічні особливості суб'єктивного дискурсу як сукупності взаємозв'язків або ментальної проекції ставлення до їжі, тіла/ваги, себе як особистості та до Інших за якими власне приховуються проблеми викривлених «відносин з їжею», що супроводжуються різними ускладненнями у повсякденному існуванні-бутті автора-респондента та у подальшому стають мішенями психотерапевтичної корекції.

Організація обробки результатів та характеристика вибірок досліджуваних. У центрі уваги цього етапу психодіагностичного дослідження є спогади школярів і студентів у ракурсі їх «відносин з їжею» як сукупності взаємозв'язків, що відображають ставлення до їжі, тіла/ваги, себе як особистості та специфічних відносин з Іншими як у зв'язку з ситуацією прийому їжі, так і поза нею. При цьому ми керувалися ідеєю, що спогади щодо ситуації прийому їжі пов'язані між собою референтною областю семантичного психологічного простору та, з одного боку, виявляють своєрідність ставлення (суб'єктивних думок і переживань особи), а з іншого – дозволяють зрозуміти приховані причини викривлення патернів харчової поведінки та їх дезадаптивного психосоматичного розвитку. Зауважимо, що означена ідея заснована на категоріях «психологічний простір» та «час», які були запропоновані Г. О. Ковальовим. На думку автора, категорія «*психологічний простір*» – це те, що є психічним на рівні одиничного, тобто властиве конкретній особі, а час (з позицій індивідуально-особистісного смислу) – це зафіксований у психологічному просторі досвід, який поєднує суб'єктивні переживання та значення щодо конкретної події або періоду життя. У подальшому цей досвід індивіда визначає особливості його психічної організації та

⁷ Процес формування порушених циклів харчової поведінки для кожного виду розладу: анорексії, булімії, психогенного (компульсивного) переїдання описано нами у статті «Ідентичність особистості як базова структура нормалізації харчової поведінки» [538] та презентовано у розділі 4.

когнітивно-емоційну оцінку щодо різноманітних подій життєвого шляху, пов'язуючи таким чином внутрішнє і зовнішнє [157]. Схожу думку зустрічаємо в інших авторів, зокрема Т. М. Титаренко підкреслює, що афективно заряджене ставлення оповідача, при написанні автобіографії як Я-нарративу відтворює просторово-часову структуру його життєвого шляху [393, с. 92], але вибір сюжету є вибором специфічного співвідношення досвіду й очікувань [393, с. 94]. При цьому організація майбутнього здійснюється з урахуванням домінантних дискурсів, іррадіюючи на бачення людиною свого життя загалом [393, с. 95].

Наше дослідження спрямоване на актуалізацію спогадів, пов'язаних з ситуацією приймання їжі, і дозволяє виявити психологічні орієнтири як стереотипні суб'єктивні дискурси існування-буття, які зумовлюють виникнення та розвиток проблемної ХП, встановити причинну обумовленість порушень, особливості формування харчових традицій, конфлікти у зв'язку з ситуацією приймання їжі, розкрити не тільки різноманітні аспекти «відносин з їжею» в повсякденній життєдіяльності автора-респондента, але й зрозуміти світоглядні основи ставлення суб'єкта до їжі, свого тіла, себе як особистості, намітити шляхи корекції. Крім цього, аналіз спогадів (як сукупності одиниць біографічної інформації у зв'язку з ситуацією приймання їжі) дозволяє продемонструвати *значущість впливу батьків та інших дорослих на формування харчових поведінкових стратегій у дітей*, що виявляється в специфічності їхнього ставлення до їжі та «відносин з їжею».

Додатково ми вважали за потрібне дослідити різноманітність форм реагування батьків на ситуацію коли дитина, на їхню думку, погано їсть та аргументи дорослих на користь примусу дитини до приймання їжі (див. 4.1.3).

Методика тематичного ретроспективного аналізу (МТРА-Їжа) проводилася на вибірці школярів середніх і старших класів загальноосвітніх шкіл м. Херсона (8 – 11 класи; середній вік 15,9 років) і вибірці студентів Херсонського державного університету (I-V курсів; середній вік 19,2 років). Вибірка школярів включала 157 дівчат та 125 хлопців (N=282 особи). Вибірка студентів включала 162 дівчини та 123 юнака (N = 285 осіб).

Досліджуваним було запропоновано написати есе (свою особисту історію) на тему «Мої відносини з їжею». Крім цього, респондентам пропонувалося взяти участь у дослідженні особливостей їхньої харчової поведінки (див. додаток Б), де вони вказували свою *задоволеність/незадоволеність власною вагою*, а також *наміри щодо власної ваги* (бажання набрати або знизити вагу із вказівкою конкретної цифри), а також формальні *анкетні дані* – стать, зріст і вагу (при необхідності показники «зріст» та «вага» уточнювалися).

Дефініція «вага» нами розглядається як психосоматичний феномен тілесності, який виявляється в континуумі «норма – патологія» та є своєрідним соматичним еквівалентом викривлених перекручених патернів ХП. Деформації ваги, зокрема дефіцит або надлишок ваги (як відхилення від норми) визначалися з урахуванням показника ІМТ, який враховує співвідношення росту, маси тіла та показників віку на основі загальноприйнятих табличних значень [672]. Предметом нашого наукового інтересу було *ставлення досліджуваних до власного тіла і ваги у зв'язі з особливостями їхньої харчової поведінки*. Після обробки анкетних даних ми сформували вибірки з урахуванням *критерію задоволеності /незадоволеності вагою та намірів знизити вагу / набрати вагу* (на основі суб'єктивного ставлення до власної ваги). Спочатку було сформовано шість вибірок:

- 1) задоволені вагою (N = 62). У цю групу увійшли школярі та студенти як з «нормальною вагою», так і з порушеннями ваги (їх показники були вищими або нижчими за норму відповідно до табличних даних показника ІМТ);
- 2) незадоволені, які прагнуть знизити вагу. У цю групу увійшли школярі та студенти з *реальною зайвою вагою* (N = 147);
- 3) незадоволені, які прагнуть знизити вагу. У цю групу увійшли школярі та студенти з *нормальною вагою* (N = 125);
- 4) незадоволені, які прагнуть знизити вагу. У цю групу увійшли школярі та студенти з *дефіцитом ваги* (N = 102);
- 5) незадоволені, які прагнуть набрати вагу. У цю групу увійшли школярі та студенти з *реальним дефіцитом ваги* (N = 85).

б) незадоволені, які прагнуть набрати вагу. У цю групу увійшли школярі та студенти з *нормальною вагою* ($N = 46$).

Надалі, на етапі обробки даних, ми вважали за можливе об'єднати гр. 3 і 4 та гр. 5 і 6 відповідно до їхньої основної мотивації, що обумовлена прагненням знижити або набрати вагу. Тому у процесі подальшої презентації результатів ми оперуємо даними за чотирма вибірками:

- 1) задоволені вагою ($N = 62$) – надалі за текстом роботи ця група має скорочену назву «Задов»;
- 2) незадоволені, з реальною зайвою вагою, які прагнуть знижити вагу – «НЗВзв» ($N = 147$);
- 3) незадоволені, які прагнуть знижити вагу, хоча вона відповідає нормі або навіть нижче нормативних показників – «ННДВзв» ($N = 227$);
- 4) незадоволені, які прагнуть набрати вагу (у цю групу увійшли люди з реальним дефіцитом ваги або вага яких відповідає нормативним показникам) – «ННДВнв»; $N = 131$.

Спеціальні зауваження. По-перше, зазначимо, що *одиноцею підрахунку* при обробці даних за тестом МТРА-Їжа є окремі дискурс-висловлювання (мовленнєві одиниці, словосполучення, фрази), які слугують маркерами-ознаками буттєво-світоглядної позиції суб'єкта та проясняють його ставлення до їжі й ситуації приймання їжі. Одиниці підрахунку, пов'язані між собою загальними концептуальними ознаками (смісловими дефініціями), розглядалися нами як смислові елементи єдиної референтної області. Це дозволяє об'єднувати смислові елементи в *тематичні групи* (сміслові блоки специфічних тематичних конструкцій). Своєю чергою, близькі за своїм змістом тематичні групи репрезентують смислове наповнення *змістовної категорії* як більш високого рівня в ієрархії смислів. При цьому тематика смислових блоків досить точно виявляє проблемні зони «відносин з їжею» (як зон конфлікту) та дозволяє відзначити, що *зміни в харчовій поведінці* визначаються не стільки ознаками об'єктивної ситуації прийому їжі, скільки знаково-символічною організацією цієї ситуації (тобто когнітивно-емоційними оцінками та особливостями ставлення до неї).

По-друге, відзначимо, що смислові елементи, які виділялися нами під час процедури контент-аналізу, не були ідентичними в різних групах досліджуваних

(іншими словами, смислові елементи та блоки, виявлені в одній вибірці, не обов'язково констатувалися в іншій). Ми пояснюємо це тим, що процедура психодіагностичного обстеження за допомогою методики ретроспективного аналізу (МТРА-Їжа) проводилася у режимі спонтанних спогадів та не передбачала чіткої структури написання тексту. Тому розподіл смислових елементів також має вільний (непрогнозований) характер і відображає специфічні особливості контингенту досліджуваних груп.

По-третє, загальна кількість одиниць підрахунку за тією або іншою категорією (при підрахунку відсоткової частки) може перевищувати 100%, що зумовлено двома моментами: по-перше, під час аналізу текстової інформації єе однойменні одиниці підрахунку можуть повторюватися; по-друге, смислове наповнення окремих висловлювань може включати смислові елементи, які відносяться до різних смислових блоків. Для зручності розрахунків дані округлялися до цілих цифр.

По-четверте, цитати респондентів у тексті наводяться в лапках, курсивом, 12 шрифтом, у режимі одинарного інтервалу та в авторському викладі. З метою підвищення рівня надійності отриманих результатів на етапі аналізу та інтерпретації емпіричних даних залучалися експерти (два шкільних практичних психолога та два кандидати психологічних наук, які мали досвід роботи з методикою «Психологічна автобіографія»). За необхідності письмова інформація уточнювалася у режимі усного спілкування психолога з досліджуваним.

3.4 Організація проведення дослідження фрактальної динаміки моделі біо-психо-соціо-духовного розвитку харчової поведінки

3.4.1 Організація дослідження щодо визначення фіксації стратегії переїдання та зростання ваги. У попередніх розділах нами було визначено, що ключовою установкою, яка провокує виникнення та подальший перебіг проблемної ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» є невідповідність між внутрішнім ідеалом та реальними параметрами власного тіла (вагою, об'ємами, формами тіла тощо), при цьому внутрішній ідеал формується переважно під впливом зовнішньої референції (позитивних і негативних оцінок Інших), але без врахування потреб власної тілесності. Означені розбіжності, на нашу думку, зумовлюють перебудову психічного рівня тілесності, або, іншими словами є лініями зламу,

точками біфуркації з ризомою зв'язків. Чинниками, які детермінують низку взаємопов'язаних психічних трансформацій, є:

- *дисфункційне переконання* в тому, що стан психологічного благополуччя (відчуття задоволеності, щастя, успішності та ін.) безпосередньо залежить від параметрів власного тіла;

- *надмірна концентрація на негативних зовнішніх оцінках*, що зумовлює формування комплексу неповноцінності («Квазімодо», «худий товстий», «товстий худий», «потворного жирного невдахи» тощо). Основу зазначеного комплексу закладає відчуття психологічного неблагополуччя, яке виникає внаслідок хронічного незадоволення вагою, тілом, собою та життям у цілому та поєднання в єдиний комплекс негативних почуттів (сорому, образи, провини, страхів, тривоги, злості, болю, розпачу, зневіри, безпорадності, розчарування та ін.). При цьому зсув акценту сприйняття на негативне бачення себе «занадто товстим» мотивує суб'єкта до пошуку різноманітних способів регуляції ваги. Метою цього цілеспрямованого пошуку є не стільки корекція параметрів тіла, скільки бажання кардинальних змін соціального контексту повсякденної буттєвості в координатах щодо власного «Я» – очікується поява нових соціальних контактів, близьких друзів, родини, народження дітей, відновлення стосунків після розлучення тощо. Інакше кажучи, суб'єкт сподівається, що зміна параметрів тіла автоматично призведе до глобальних позитивних змін у його повсякденному бутті-існуванні, тобто гарантує йому в майбутньому отримати все те, що забезпечує щастя і задоволеність від життя (при цьому атрибутами означеного з його позиції є успішність, влада, публічність тощо). Необхідність перевірки означеної позиції зумовила проведення цільового опитування, спрямованого на розв'язання дослідницьких завдань.

Добір респондентів відбувався відповідно до наступних критеріїв:

- 1) показник ІМТ, що враховує співвідношення росту й ваги перевищує нормативні показники ($IMT \geq 26$);

- 2) період незадоволеності своєю вагою (тілом, собою та життям в цілому) ≥ 5 років. Необхідність введення цього критерію впливає із припущення, що трансформація уявлень щодо власної тілесності детермінується станом хронічної незадоволеності та тривалістю негативного самовідчуття, котра супроводжується

зсувом акцентів сприйняття на негативні характеристики щодо себе (ця позиція обґрунтована нами у статтях [524; 538] та відповідних підрозділах цієї роботи);

3) обмеження за віком (від 30 до 40 років).

Спираючись на сучасні медичні та психофізіологічні дослідження, зокрема у напрямку ендокринних розладів та вікової фізіології (Л. Ю. Волобаєва, А. П. Григоренко, О. Г. Горбатюк-Шиманська, В. М. Кучерук, О. А. Польовий, Ю. М. Дука, Н. Ємець, М. Антонюк, Я. В. Нікіфорова та ін.) [82; 93; 119; 122; 280] ми дійшли висновку, що саме в період зрілого віку *проблема збільшення маси тіла набуває системного (глобального) характеру* та охоплює все більшу кількість населення, часто навіть тих, хто в підлітковому віці страждав від низької маси тіла. На особливу увагу також заслуговує специфічність сприйняття проблеми зайвої ваги на етапі зрілості тими досліджуваними, хто з дитинства відчував себе товстим. Специфічність зумовлюється тим, що, крім сприйняття зайвої ваги як косметичного дефекту (що особливо бентежить у підлітковий період життя), додаються хвилювання та численні страхи з приводу появи різноманітних дисфункцій та проблем у стані здоров'я внаслідок надмірної ваги.

Обмеження за нижньою віковою границею (30 років) для учасників експериментальної вибірки зумовлено двома моментами. Перший пов'язаний із закономірностями розвитку, зокрема, природними інволюційними процесами (поступовим зниженням фізичної активності, накопиченням дефіцитарних змін в організмі, появою перших клінічних ознак різних захворювань тощо), які зумовлюють повільне, але прогресуюче зниження основних фізіологічних показників і скорочення потенційних можливостей тілесності. Другий – логічно впливає з першого: накопичення проблемних моментів у життєвій історії суб'єкта значно загострює проблему надмірної ваги та підвищує стан психологічного неблагополуччя – незадоволеність вагою, тілом, собою та життям загалом тощо.

З метою виключення досліджуваних у яких збільшення ваги відбулося внаслідок гормональних порушень, ми вважали за необхідне обмежити верхню вікову границю досліджуваної вибірки 40 роками. Необхідність обмеження за віком впливає з даних наукових досліджень останніх років [82; 93; 119; 122;

280; 645] у яких наголошується, що ризик гормональних розладів значно підвищується після сорока років.

Емпіричну вибірку, з урахуванням розглянутих критеріїв, склали 315 осіб (185 жінок та 130 чоловіків), які мають показник ІМТ у межах від 26 до 41. Середній вік – 35,2 роки. Дослідження проводилося за допомогою авторської анкети «Особливості самосприйняття свого тіла», що включала питання відкритого й закритого типу (див. додаток Г) [558]. Мета опитування була спрямована на визначення самоставлення та з'ясування стратегій поведінки у зв'язку з особливостями сприйняття свого тіла у підлітковий період життя. Специфічність цієї розвідки полягає в дослідженні «ретропозиції» дорослих досліджуваних щодо своєї тілесної самоідентифікації в підлітковому віці. Крім того, отриманий матеріал дозволив визначити особливості мотивації зниження ваги не тільки у минулому, але й у теперішньому.

3.4.2 Організація дослідження особливостей суб'єктивної картини життєвого шляху вагітних з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної харчової поведінки та деформацій ваги. Необхідність проведення цієї частини дослідження зумовлена необхідністю з'ясувати, чи змінюється, і якщо «так», то яким саме чином внутрішня картина життєдіяльності (як дискурс щодо власного життєвого шляху) під впливом травматичного досвіду тілесності. Під останнім, ми розуміємо досвід хронічної незадоволеності уявною або реальною надмірною вагою і пов'язаний з ним (власне похідний) досвід лікування безпліддя на тлі проблемної харчової поведінки та деформацій ваги. Логіка розв'язання цього окремого/часткового завдання у межах цілісного емпіричного дослідження потребує порівняння результатів отриманих на групах жінок з різним тілесним досвідом та мотивацією щодо материнства. На початку цього розділу ми вже коротко описували групи жінок, що були охоплені дослідженням з метою розв'язання поставленого завдання, але є необхідність розглянути критерії добору груп:

- **група 1** включала жінок з досвідом першої вагітності (кінець 2-го триместру, 3-й триместр), які в минулому не вагітніли внаслідок деформації ваги (її надмірності або дефіциту) на тлі домінування проблемної ХП у спектрі «переїдання

– обмеження в їжі» (порушення за типом анорексії, булімії, психогенного переїдання й ожиріння). Характерною рисою жінок цієї групи була їхня висока вмотивованість до материнства. Жінки ділилися своїми переживаннями щодо досвіду лікування безпліддя – порушень репродуктивної функції внаслідок проблемної ХП й деформацій ваги. Експресивно-емотивний характер висловлювань жінок, засвідчував, що *вагітність була для них особистісно значущою життєвою метою і саме гостре бажання мати дитину* змусило їх лікуватися (термін лікування коливався у межах від двох до 7 років). Успішне відновлення репродуктивної функції стало можливим після відносного поліпшення стану здоров'я, хоча повністю позбутися викривлених патернів ХП не вдалося. Вік жінок цієї групи від 23 до 29 років (середній вік – 25, 9 років). Важливим критерієм добору до цієї групи є критерій незадоволеності власною вагою. Група (N=27) була врівноважена за кількістю людей, котрі мають викривлені патерни харчової поведінки «за типом переїдання» та «за типом обмеження в їжі» (зокрема, 10 жінок з ожирінням на тлі переїдання, 9 – яким властива булімічна ХП, 8 – харчові стратегії за типом анорексії). Таким чином, *критеріями добору до групи 1* були наступні: незадоволеність власною вагою; досвід лікування безпліддя внаслідок проблемних (ексцентричних, деструктивних) патернів харчової поведінки й деформацій ваги; перша вагітність; висока мотивація народити дитину і стати матір'ю.

- **група 2** (група порівняння) включала жінок, котрі незадоволені своєю вагою та перебували на лікуванні з приводу «ожиріння» або «розладу харчової поведінки» (за типом анорексія, булімія, психогенне переїдання). Іншою характерною рисою жінок цієї групи є їхнє небажання мати дітей. При цьому частина вибірки (47%) стверджувала, що народження дітей не входить в їхні життєві плани; 53% вибірки відзначили, що не планують появу дитини у найближчі 5 – 8 років, а у разі вагітності імовірноше зроблять аборт, ніж народять. Відповідно, «ситуацію відсутності дітей» у власному житті жінки цієї групи сприймають не тільки без травматизації для себе, але й як позитивну даність буття-існування. Серед переваг життєвої ситуації, яку можна позначити як «свобода від дітей»

жінки цієї групи найчастіше називали можливість зберегти зовнішню красу та зробити гарну кар'єру, наприклад:

«можливість запобігти ушкодженню тіла від негативного впливу стану вагітності, коли силеться волосся, руйнуються зуби і погіршується здоров'я загалом»; «діти – це кабальне життя, відсутність дітей – це свобода від проблем, які з ними пов'язані»; «це можливість зробити гарну кар'єру та влаштувати своє життя у відповідності до власних потреб»; «це подарунок від Боженьки»; «можливість з повною віддачею займатися справою життя, а не витратити час на вирішення нескінченних та дрібних побутових проблем»; «можливість дійсно жити задля себе» тощо.

Водночас зустрічалися й такі висловлювання, в яких орієнтація на «життя без дітей» пояснювалася поганим матеріальним (економічним) становищем: *«народжувати дитину в сучасних умовах економічної нестабільності я вважаю злочином»; «не хочу, щоб дитина жила у злиднях»* тощо. Ця група (N=27) також була врівноважена за кількістю людей з викривленими патернами ХП та включала: 8 жінок з ожирінням на тлі переїдання, 9 – з булімічною поведінкою, 10 – з проблемами анорексії. Вік жінок цієї групи від 21 до 27 років (середній вік – 24,4 роки).

- **група 3** (група порівняння) включала жінок із досвідом першої вагітності (кінець 2-го триместру, 3-й триместр), які задоволені власною вагою та не мають ніяких скарг щодо стану свого здоров'я (N=27). Під час формування цієї групи фокусом нашої особливої уваги були питання, які дозволили нам впевнитися у відсутності викривлених патернів харчової поведінки й порушень репродуктивного здоров'я. Надалі ця група позначається як «здорові вагітні». Вік жінок цієї групи від 21 до 29 років (середній вік – 25, 3 роки).

Для дослідження особливостей сприйняття життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду ми використовувалися наступні *методики*: тест «Рівень рефлексивності» (А. В. Карпов, 2003), тест «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО, Д. О. Леонтьєва), опитувальник часової перспективи (Ф. Зімбардо), методика «Психологічна автобіографія» (Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова, 1998), методика «Фігури» (Г. Г. Філіппова, 2002), методика «Егоцентричні асоціації» (Т. І. Пашукова, 1986). Зазначені методики добре описані у сучасній науковій літературі [55; 58; 60; 187; 208; 301]. Саме тому ми визнали можливим не розглядати їх у основному тексті роботи та стисло презентувати їх у додатку Д. Окрім

цього, аналізу також піддавалася така психодіагностична інформація, яку повідомляли про себе досліджувані під час психодіагностичної бесіди.

3.5 Організація дослідження дискурсу проблемної харчової поведінки в Інтернет-середовищі

Інтернет-середовище як особливий елемент інформаційного середовища є достатньо новим об'єктом психологічних досліджень. Природно, що в цьому сегменті відсутня усталена, апробована та надійна методологія дослідницької роботи, не розроблені специфічні способи збору, аналізу та тлумачення інформації. Разом з тим сучасні дослідники все частіше звертаються до проведення досліджень за допомогою Інтернет-мережі, а також для визначення впливу Інтернет-мережі як чинника формування різноманітних форм поведінки людини [40; 188; 189; 241; 266]. Така увага пояснюється тим, що у кіберпросторі здійснюються різноманітні форми людської діяльності, основу яких складають пізнавальна, ігрова та комунікативна (а отже задовольняються різноманітні потреби особистості), при цьому перевага надається комунікативній діяльності. Враховуючи, що комунікація як обмін інформацією є складною інформаційно-знаковою системою, в якій задіюються різні мовні та позамовні символи/коди (як засоби спільної системи комунікативних стратегій і тактик, що використовуються для досягнення комунікативних цілей), то зрозуміло, що під час комунікативного процесу суб'єкти керуються індивідуальними дискурсами згідно з комунікативними інтенціями та з урахуванням контексту ситуації. Саме тому організація дослідження дискурсу проблемної харчової поведінки в Інтернет-середовищі (як дискурс-аналізу) є спробою розширення уявлення про індивідуальні особливості людей з викривленими патернами ХП, а також спробою створення наукового базису для розуміння проблемної ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» як специфічної інтерсеміотичної системи знаків. Отже, виходячи з мети нашого дослідження, ми використовуємо дискурс-аналіз як інструмент пізнання специфіки символічної/знакової інформації (нікнеймів, аватарів, текстів) у контексті «відносин з їжею» та особливостями харчової поведінки,

що дозволяє розширити явлення про специфіку змісту комунікації між носіями конкретної харчової субкультури у певних Інтернет-спільнотах. Нагадаємо, що дискурс-аналіз не є кількісним або якісним науковим методом, але є способом ставити питання в межах певного кількісного або якісного методу.

Базою для проведення цієї частини емпіричного дослідження є три специфічні Інтернет-сайти – автоматизоване соціальне середовище з великою кількістю користувачів, контент якого наповнюють самі учасники відповідно до загального інтересу цільової аудиторії:

1) **Портал Anorex.Ru** (присвячений анорексії, булімії, ожирінню та способам боротьби з ними). Цей сайт це не просто джерелом інформації, це місце для спілкування людей з подібними проблемами: «Ніхто не зрозуміє анорексика так, як інший анорексик. Ніхто не зрозуміє твоїх зривів і переїдання так, як людина, що страждає на те ж саме. Тут можна не приховувати від усіх те, що тебе мучить. Тут знайдуться ті, хто обов'язково підтримає і підкаже, тому що ми всі прийшли сюди з однією проблемою – нездатністю прийняти себе такими, якими ми є. Цей проект створювався для тих, хто усвідомлює проблеми власного самосприйняття і хоче їх позбутися. Тут ми не прагнемо худнути разом до кісток, а, завдяки підтримці, вчимося адекватно ставитися до себе, своєї зовнішності і вчимося харчуватися так, щоб скидати зайві кіло без шкоди для організму, вчимося боротися з булімічними нападами і видиратися з виснаження, долаючи страх перед їжею» [17].

2) **Сайт корекції ваги BEC24** (ves24.ru). Місія сайту – об'єднання людей, які бажають скорегувати свою вагу. Головними інструментами, що пропонуються користувачам є онлайн-калькулятор калорій та блог-щоденник, який призначений для планування та опису процесу схуднення, що супроводжується коментарями від адміністратора та інших учасників. «Наш сайт – це співтовариство людей. Це сайт для всіх, хто хоче схуднути, зробити це правильно, раз і назавжди. Ми нікому нічого не нав'язуємо, все абсолютно безкоштовно! Ми не продаємо програм з корекції ваги або товарів. У нас люди спілкуються, допомагаючи один одному. При цьому ми нагадуємо, що треба завжди пам'ятати, що

те, що добре одній людині, іншій може нашкодити! Перш ніж розпочинати корекцію ваги проконсультуйтеся з вашим терапевтом з цього питання, а в ідеалі, звичайно, ще й з дієтологом» [350].

3) Сайт «*Метод Слов'янська клініка*» (slavclinic.com). Цей ресурс, на відміну від попередніх, є комерційним проектом і є класичним прикладом сайту для реклами, просування та реалізації онлайн-послуг та супутніх товарів. Це відома в Україні клініка оздоровчого схуднення, яка пропонує авторську методику корекції ваги І. В. Вараксіна, засновану на інтенсивній сугестії та когнітивно-біхевіоральній терапії харчових звичок – формування навичок підрахунку калорій при збереженні різноманітності вживаних продуктів. Створення сайту стало етапом розвитку методу у відповідь на актуальну потребу споживачів цієї послуги: «За 20 років роботи у сфері зниження ваги ми ясно зрозуміли, що більшості наших клієнтів потрібна не просто методика схуднення, рекомендації або препарати. Крім цього, вони хочуть отримати підтримку на всіх етапах зниження ваги, і головне, щоб стрункість потім збереглася на довгі роки. Однак, навіть зараз, на етапі вибору, багато бажаючих схуднути стикаються з тим, що не всі компанії, фірми і навіть клініки можуть якісно зрозуміти їх запит і забезпечити потрібний сервіс на кожному етапі скидання ваги. Ось чому до нас звертаються ті, хто цінує свій час, береже свої кошти, поважає надійність і комфорт і хоче отримати ефективний результат у вигляді стрункості назавжди!». Відвідувачі сайту можуть отримати професійні консультації фахівців як платно, так і безкоштовно – на форумі [244].

Місцем неформального спілкування і обміну думками відвідувачів означених сайтів є Інтернет-форуми та блоги сутність роботи яких полягає у можливості створення відвідувачами своїх тем, які надалі активно обговорюються шляхом розміщення постінгу-повідомлень всередині цих тем. Окремо взята тема, по суті, є тематичною гостьовою книгою. Користувачі можуть коментувати заявлену тему, задавати питання у межах означеної тематики, отримувати відповіді, а також відповідати на питання інших користувачів форуму й надавати їм поради.

Організація дослідження дискурсу проблемної харчової поведінки в Інтернет-середовищі включала низку етапів:

- 1) визначення особливостей самопрезентації осіб з проблемною ХП на різних тематичних інтернет-форумах; обґрунтування критеріїв психологічної інтерпретації нікнеймів й аватарів як символічної (знакової) інформації самопрезентації;
- 2) аналіз актуальної інформації про наявні запити та ступінь популярності відвідування окремих тем форумів, окреслення психологічної проблематиці осіб з порушеннями ваги;
- 3) виявлення конкретних засобів і форм реалізації психологічного онлайн-консультування для осіб з проблемною харчовою поведінкою.

Впродовж підготовчого етапу (листопад 2014 – березня 2015) ми відстежували активність користувачів сайтів, вивчали архівні матеріали сайтів за 2008 – 2014 рік. Загалом на цьому етапі було проаналізовано близько 157 тематичних напрямів та 4000 постів-повідомлень. Отримана таким чином інформація щодо учасників форумів має різні форми. З метою подальшого психологічного аналізу цікавими є такі елементи інформації: а) характер спілкування в онлайн-спільноті (тематика та кількість повідомлень, характер відгуків на коментарі інших учасників); б) текстові повідомлення та самозвіти учасників спілкування (їхній зміст, розмір, стилістика та оформлення); в) нікнейм/нік (віртуальне ім'я для спілкування у мережі; г) аватар/ аватарка (графічна самопрезентація або фотографія користувача).

Виходячи з мети нашого дослідження ми аналізуємо лише окремі аспекти знаково-символічної інформації, що визначають як суб'єктний дискурс буття, так і особливості самопрезентації. При цьому нікнейм і аватар доповнюються текстовими повідомленнями, які у сукупності дають цінну інформацію про актуальні питання, психоемоційний стан користувача, перебіг розвитку його ХП, особливості самосприйняття та світосприйняття (цей етап роботи був завершений у 2015 році й оформлений у трьох статтях). Предметом цієї частини нашого дослідження є також характер спілкування з іншими учасниками форуму та надання онлайн-консультування для тих, хто звертається за допомогою.

Головною метою першого етапу емпіричного дослідження в Інтернет-середовищі (як частини цілісного дослідження) був психологічний аналіз неструктурованої знаково-символічної інформації, зокрема віртуальна самопрезентація ніків та аваторок користувачів сайтів, де цільову аудиторію складають люди з проблемами ваги та проблемною ХП. Таким чином, умовну загальну вибірку користувачів форумів склали 237 осіб, з них 126 осіб – відвідувачів сайту анорексиків та 111 осіб – пацієнти клініки оздоровчого схуднення. Здійснюючи порівняльний аналіз самопрезентації анорексиків та осіб із зайвою вагою ми спробували виділити специфічні маркери, які свідчать про наявність у користувачів специфічних особистісних рис та певних форм проблемної ХП і можуть бути основою для первинної психологічної діагностики в онлайн-середовищі.

На другому етапі дослідження (2014 – 2015) для визначення характеру реагування на онлайн-запити, нами був проведений кількісний контент-аналіз 130 запитів психологічного характеру в яких користувачі прямо висловлювали свою потребу в психологічній допомозі та шукали можливість проведення консультування в режимі онлайн. Така робота сприяла визначенню актуальних питань у зв'язку з проблемною ХП та процесом схуднення, можливих напрямів, форм та наслідків проведення психологічного онлайн-консультування, яке спонтанно виникає в Інтернет-мережі.

З метою аналізу та інтерпретації вмісту нікнеймів та текстових масивів комунікативної кореспонденції користувачів використовували кількісний та якісний контент-аналіз [58; 325; 354]. Разом з тим інтерпретація психологічного змісту аватарів (як графічної символічної інформації) вимагала застосування основних принципів проективної діагностики) [272]. Задля визначення статистичної значущості відмінностей використовували статистичний ϕ^* -критерій кутового перетворення Фішера [267; 354].

На третьому етапі (2015 – 2016) відповідно до поставлених завдань ми визначали можливості надання психологічної допомоги і підтримки особам з проблемною ХП у Інтернет-середовищі.

Висновки до розділу 3

1. Логіка феноменологічного підходу дозволяє дослідити суб'єктивні дискурси особистості як базові специфічні структури її суб'єктивного досвіду (особистісні смисли знаково-символічної ментальної конструкції), що визначають психологічні смисли їжі, ставлення до свого тіла, себе та до Інших та детермінують індивідуальну неповторність внутрішньої картини життєдіяльності й визначають розмаїття траєкторій розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія».

2. Загальна організація та методологія емпіричного дослідження щодо визначення специфічної онтології онтогенетичного розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» як феноменологічного явища тілесності співвіднесені з дослідницькою метою верифікації біо-психо-соціо-духовної моделі, яка розкриває метакаузальну природу виникнення відхилень харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та відображає їхню фрактальну динаміку – від моменту створення диспозицій і виникнення несистематичних відхилень ХП до їх розгортання у клінічні форми аліментарно-залежних хвороб (ожиріння та РХП).

3. Обґрунтовано необхідність добору дослідницьких вибірок відповідно до поставлених окремих (часткових) цілей і завдань дослідження. Усього дослідженням було охоплено 1438 осіб (вік, стать, соціальний та медичний статус яких був різним), з метою визначення особливостей формування харчової поведінки як феноменологічного явища тілесності, зокрема: а) дослідити вплив батьківської родини на формування стратегій ХП у континуумі «норма – патологія» та визначити особливості аліментарної родини як сімейної системи, в якій закладаються відхилення ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі», що в цілому відображає фрактал диспозиції «аліментарна родина»; б) визначити особливості суб'єктивних дискурсів щодо їжі (психологічних смислів їжі); в) простежити особливості формування атрактору аліментарно-залежних хвороб.

4. Презентовано та обґрунтовано використання авторської методики (МТРА-їжа) як якісного (феноменологічного) способу пізнання, варіанту методу автобіографії, що дозволяє реконструювати інтегративні Я-наративи, генетичну персо-

налістику та визначати дескриптивні суб'єктивні дискурси існування-буття конкретної особи, специфіку її ставлення до їжі, психологічні смисли їжі й ситуації прийому їжі в цілому, простежити їх взаємозв'язки зі ставленням до свого тіла (ваги), себе як особистості та до Інших, які формують відносно усталені стратегії харчової поведінки, а також певні особистісні якості й способи взаємодії з чинниками макро- і мікросередовища. Зазначено, що Я-наративи за методикою МТРА-їжа дозволяють виявляти афективно заряджені ситуації, які виконуючи роль флуктуацій, помітно збурюють особу як живу систему, відхиляють її від стану врівноваженості й стабільності, потенціюють виникнення й розвиток проблемної ХП, створюючи готовність до зміни стану і переходу на новий, інший стан. При цьому окрема кризова/травматична подія життя відіграє роль точки біфуркації (феномену самоорганізованої критичності, лінії зламу, точки розгалуження траєкторій) моменту загострення і предикторів початкового формування межових/субклінічних форм харчової поведінки, які надалі можуть еволюціонувати за метапрограмою атрактору аліментарно-залежних хвороб.

Результати досліджень, відображених у третьому розділі, презентовано у таких працях автора дисертації: [485; 486; 496; 498; 532; 533; 534; 535; 539; 540; 542; 543; 544; 545; 546; 547; 556; 557; 558; 559; 560].

РОЗДІЛ 4

ПСИХОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ТА НАСЛІДКИ ПРОБЛЕМНОЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

4.1 Аліментарна родина як предиспозиція виникнення проблемної харчової поведінки та деформацій ваги

У попередньому розділі була презентована методика ретроспективного аналізу на тему «Мої відносини з їжею» (МТРА-їжа) та обґрунтовано, що методика дозволяє розкрити різноманітні аспекти «відносин з їжею» в повсякденній життєдіяльності автора-респондента, а також простежити процес викривлення харчових стратегій поведінки, зрозуміти особливості психологічних конструкцій,

які визначають ставлення до їжі, тіла, себе, з'ясувати причинну зумовленість порушень та намітити шляхи корекції. Обробка ретроспективних спогадів на тему «Мої відносини з їжею» на основі процедури контент-аналізу дозволила виявити ряд уніфікованих і специфічних смислових блоків у різних групах досліджуваних. Розглянемо більш докладно смислове наповнення уніфікованих категорій.

Категорія «**добровільного разового переїдання**» виявилася у всіх групах приблизно з однаковою частотою (від 12% до 26% – див. рис. 4.1).

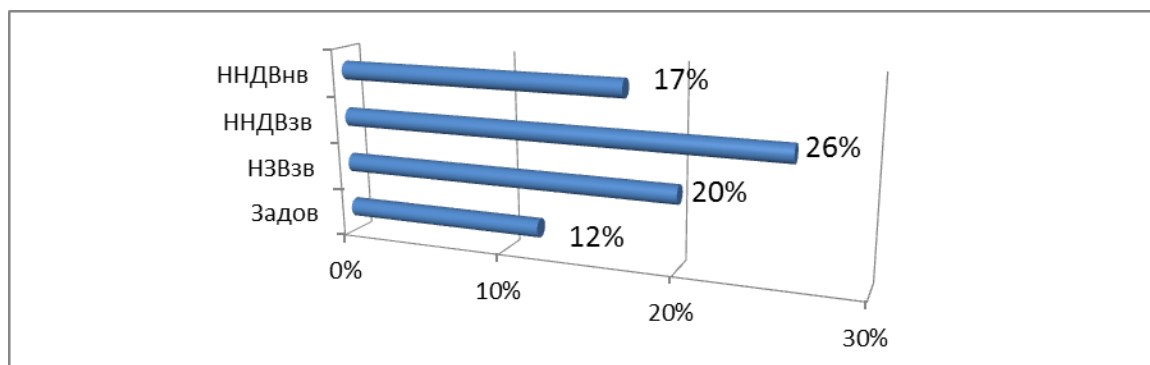


Рис. 4.1. Частотність виявлення категорії «добровільного разового переїдання» за групами досліджуваних

У цю категорію ми включали тільки такі ситуації, які вказували на «разовий» і «добровільний» характер переїдання (у тексті есе були відсутні смислові елементи, які вказували б на примушення дитини до приймання їжі). У більшості випадків (57%) негативний досвід разового переїдання, отриманий ще у дитячий період життя, надалі зумовив повне або часткове виключення продукту певного виду (мед, шоколад, варення, м'ясо тощо) з раціону харчування (тривалість періоду відмови від продукту перебільшує 7-8 років). Більш того, 34% вибірки (від кількості тих, хто описував подібні ситуації) вказали, що на основі подібності виключили також й інші продукти з раціону свого харчування (що можна пояснити впливом феномену психологічної генералізації).

Наведемо окремі фрагменти спогадів, які репрезентують цю категорію:

- «одного разу я переїла салат із баклажанів... а потім була кошмарна ніч – мене змучила нудота й блювота. Було дуже погано... з того часу в мене стійка відраза до баклажанів»;
- «... увечері мама відкрила банку солодкої консервованої кукурудзи й дала мені з'їсти всього три ложечки, а потім сховала її в холодильник. Пізніше я потихеньку прокралася на кухню та з'їла все, що там залишилося до останнього зернятка. Уночі мені стало дуже погано. А далі... швидка допомога, лікарня... Тепер, незважаючи на те, що пройшло багато років, я навіть дивитися на неї не можу, не тільки їсти»;

- «одного разу я переїла рожжевого варення. У результаті – ніч без сну, блювота..., я й тепер реагую навіть на запах рожжевого варення – здригаюся від відрази».

- «мені було 6-7 років. Якось на вихідні до нас зайшла бабуся й принесла топлене масло, яке в обід мама кожному намазала на хліб тонким шаром. Я була в захваті! Як смачно! Наступного дня, коли вдома нікого не було, я вирішила потішити себе смакотою (тобто маслом) від душі! І на тонкий шматочок хліба я намазала шар масла у 2 см. Коли я його їла, мені здавалося, що це просто чудово. Але через якийсь час почалася блювота...ще довго я відчувала у роті стійкий, тепер уже огидний смак масла...З того часу навіть запах топленого масла викликає в мене позив до блювоти... Натомість я отримала гарний урок – добре те, що в міру!».

Аналіз смислових елементів цієї змістовної категорії дозволяє відзначити, що стійка непереносимість того чи іншого харчового продукту/групи продуктів виникла внаслідок *надмірного переїдання на тлі яскравих дискомфортних переживань фізіологічного та психологічного характеру*, як своєрідний ефект негативною післядії. Ми усвідомлюємо, що у формуванні непереносимості харчових продуктів можуть бути задіяні найрзноманітніші механізми соматичного дієтезу (ферментопатії, хвороби шлунково-кишкового тракту, підвищення чутливості або індивідуальні алергічні реакції на їжу та ін.). Однак, хочемо звернути увагу на деякі інші, психофізіологічні аспекти, що впливають з тексту наведених вище фрагментів есе. По-перше, вони непрямо підтверджують зв'язок між психологічними особливостями *сприймання й вибору їжі та психофізіологічними механізмами інтуїтивного харчування* як вроджених механізмів, які зумовлюють смакові переваги (прийняття) або відразу (неприйняття) певних харчових продуктів у різні моменти життя. По-друге, смислові елементи цієї категорії висвітлюють особливості *формування відносно стійкої відрази* щодо того чи іншого виду харчового продукту на основі дискомфортного досвіду переїдання та поєднання низки елементів ситуації: «смачна їжа – надмірна кількість – несприятливі наслідки». Іншими словами, особисті історії респондентів *описують індивідуальний досвід формування міфу на підґрунті відчуття відрази* (за типом миттєвого навчання як різновиду класичного обумовлення), зокрема навчання уникненню деяких видів їжі внаслідок утворення стійких асоціативних зв'язків між смаком/ароматом харчового продукту, негативними психоемоційними переживаннями і вираженими симптомами розладів шлунково-кишкового спектру (нудота, блювота, біль тощо). Результатом такого «навчання» є трансформація первинної позитивної оцінки щодо харчового

продукту («смачний, бажаний») на вторинну негативну оцінку («гидкий, неприємний, відразливий, нудотний та ін.), що зумовлено наслідками переїдання.

У тих випадках, коли одиниці підрахунку (дефініції біографічної інформації тексту есе) вказували на насильницький характер ситуації приймання їжі щодо дитини, то вони кодувалися відповідно до тематики смислового блоку «*ситуації харчового насильства*» та специфічністю лейтмотиву смислових елементів («погроза, залякування», «прямі заборони, обмеження», «умовляння, прохання, заклики» та ін.). Сміслові блоки, об'єднані загальною концептуальною ознакою «насильство в ситуації приймання їжі» склали відповідні змістовні категорії – «Стратегії контролю харчової поведінки в освітньо-виховних дитячих установах» та «Стратегії контролю харчової поведінки дитини у сім'ї» (тобто батьківського контролю).

4.1.1 Різноманітні тактики примусу в ситуації «прийому їжі» як детермінація формування викривлених патернів харчової поведінки. Розглянемо смислове наповнення змістовної категорії «*Стратегії контролю ХП в освітньо-виховних дитячих установах*». Зазначена категорія також є уніфікованою, тобто зустрічається в усіх групах досліджуваних без значущої статистичної різниці (частка варіативності вияву категорії склала від 10% до 15% від загальної кількості одиниць підрахунку – див рис. 4.2). Особливістю описаних ситуацій приймання їжі цієї категорії є те, що вони усі пов'язані з яскравими негативними переживаннями дітей на тактики впливу на них дорослих – працівників освітньо-виховних дитячих установ (ДДУ, ЗОШ, санаторіїв, оздоровчих та спортивних таборів тощо).

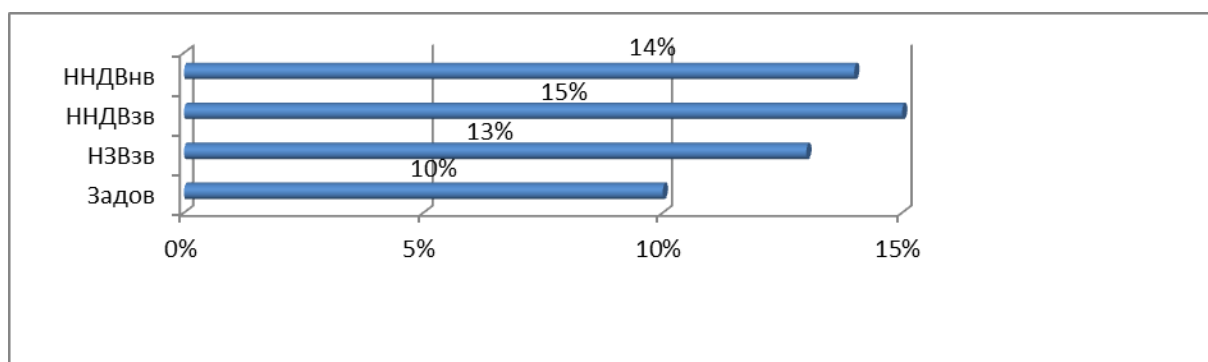


Рис. 4.2. Частотність виявлення категорії «стратегії контролю ХП в освітньо-виховних дитячих установах» за групами досліджуваних

Смислову наповненість цієї категорії презентовано наступними тактиками примушування: прямі заборони (42%), позитивні навіювання – (19%), умовляння, заклики – (32%), негативні навіювання (37%), звернення до почуття сорому, звинувачення – (17%). Враховуючи характер розглянутих тактик і особливість переживань респондентів, ми кваліфікуємо їх як *«ситуації харчового насильства»*. Якісну своєрідність цієї категорії відображають наступні фрагменти спогадів:

- *«у дитячому садку до багатьох страв я навіть не торкалася (манна каша, пудинг, запіканка та ін.) просто тому, що вони мені не подобалися. Однак вихователі чомусь вважали своїм обов'язком мене переконати в тому, як це смачно, і безцеремонно намагалися мене нагодувати. Арсенал їхніх методів був не занадто різноманітним – мене вмовляли, соромили, пророкували «страшне майбутнє» – будеш хворою, лисою, некрасивою, нікому не потрібною; за дружину ніхто не візьме, а якщо і візьме, то тільки Коцій Безсмертний... Навіть після того, як мама попросила вихователів не змушувати мене їсти, вони інколи все одно намагалися примусити мене їсти. Одного разу я блювала фонтаном ... Лише після цього мене залишили в спокої...»;*

- *«список продуктів і блюд, які я не їла у дитинстві – великий. Але якщо вдома мене не завжди змушували їсти, то у дитячому садку, школі та оздоровчих таборах на мої бажання ніхто не звертав увагу! Досить часто мене просто не випускали з-за столу. «Свободу» я одержувала тільки за умови, що я з'їдала хоча б половину порції»;*

- *«вдома я ніколи не їла шкурку та м'ясо з прожилками або хрящиками, але в дитячому садку мене змушували з'їдати все. При цьому часто говорили, що якщо я не з'їм все те, що є на тарілці, то мене залишать у групі, тим часом як усі діти підуть на прогулянку. Одного разу, коли я зі страху залишитися на самоті «запхнула» у себе противний жирний шматок м'яса, то мене «вивернуло». З того часу мене перестали годувати насильно, але м'яса відтоді я не споживаю зовсім»;*

- *«у дитинстві я ненавиділа молочну кашу, помідори й буряк. Удома мені дозволяли це не їсти, а в дитячому садку змушували. Я давилася, але їла, тому, що не хотіла сидіти довго за столом. Вихователька хвалила і говорила: Молодець, будеш добре їсти – виростеш красунею, як Василиса Прекрасна», а мені хотілося блювати»;*

- *«молочні блюда я ненавиділа, як говорять, з пелюшок, але чомусь у всіх дитячих закладах, де б я не була, мене змушували їх їсти. Говорили, що я не ціную чужу працю, що я егоїстка й людина без совісті... Дотепер зовнішній вигляд і запах молочних блюд викликає в мене стійку відразу»;*

- *«мені 4-5 років, дитячий садок... переді мною тарілка з огидною для мене гарбузовою кашею. Нянечка мені каже: «Поки все не з'їж з-за столу не встанеш». Не пам'ятаю – чи намагалася я сперечатися... Пам'ятаю тільки, як я через силу проковтнула кілька ложок, які відразу стали «рватися» з мене назад... З того часу один тільки запах гарбузової каші викликає в мене відразу»;*

- *«директор школи, проходячи повз наш столик в їдальні, випадково побачив, як я їм борщ – черпаю тільки рідину, а гуця залишається в тарілці. Він, як гора, встав наді мною, і сказав, що не піде, поки не побачить, що моя тарілка чиста. Я давися, але їв. Це було жахливо».*

Аналіз смислового наповнення категорії *«Стратегії контролю харчової поведінки дитини у сім'ї»* виявив кілька смислових блоків, що відображають тактики батьківського контролю (які будуть докладно розглянуто нижче). Однак найбільшу частотність у всіх групах респондентів одержав смисловий блок *«харчове насильство»* (як за кількістю різноманітних смислових елементів, так і за відсотковою часткою висловлювань). Випереджаючи результати якісного

аналізу за блоком «харчове насильство у родині» відзначимо низку важливих моментів, виявлених у процесі порівняльного кількісного аналізу:

- у спогадах респондентів частота появи смислових елементів як одиниць підрахунку, що репрезентують харчове насильство у родині, значущо переважає над подібними проявами в дитячих освітньо-виховних установах (74% проти 12%, $p \leq 0,01$);

- тактики примусу в ситуації харчування, що використовують дорослі з метою впливу на ХП дітей у сім'ї, є більш різноманітними, порівняно з тими, які застосовує персонал дитячих освітньо-виховних установ (докладний аналіз наведено нижче);

- серед рідних та близьких як ініціаторів харчового насильства респонденти найчастіше згадують бабусю (40%) та маму (31%); значущо менше – батька (16%), дідуся (7%) та інших близьких родичів (6%);

- у групах «незадоволених вагою» частота прояву смислових елементів, що репрезентують харчове насильство у родині, переважає відповідну частоту у групі «задоволених вагою» (88% проти 27%, $p \leq 0,01$ $\phi^*_{\text{эмп}} = 9.616$).

Аналіз есе школярів і студентів, як ретроспективних спогадів на тему «Мої відносини з їжею» дозволив виявити інтрапсихологічну та інтерпсихологічну систему відносин у ситуації приймання їжі. Зазначимо, що спогади надали різноманітний інформаційний матеріал *про стратегії та тактики дорослих щодо контролю харчової поведінки дітей у ситуації приймання їжі* (зокрема, у ситуаціях регулярного «переїдання» або «значного обмеження в їжі» на тлі часткової або абсолютної відмови від їжі). При цьому особливу увагу ми звертали на описання ситуацій, які супроводжувалися яскравими негативними переживаннями та специфічними коментарями респондентів.

Характер висловлювань респондентів свідчить, що ситуації насильства під час споживання їжі детермінують *травматичний тілесний досвід*, що супроводжується *неприємними почуттями щодо себе* (сорому, провини, тривоги, власної малоцінності тощо) та *широкою гамою почуттів щодо дорослих* (від образи до ненависті), які ігнорують потреби, смакові уподобання і фізіологічні відчуття дитини та авторитарно диктують свою позицію навіть у ситуації приймання їжі, як зони суто приватної та індивідуальної, при цьому дозволяють собі принижувати і ображати дитину, висловлюючи уїдливі вразливі репліки щодо її зовнішності або харчових звичок.

Зауважимо, що 74% (від 3212, як загальної кількості описаних ситуацій) склали спогади про ті ситуації харчового насильства, що відбулися в період від 2-3 до 10-13 років. Поділяючи позицію А. Адлера [4], ми вважаємо, що ранні спогади є відправною точкою автобіографії та відображають «ядро стилю життя» і витоки наявної проблеми, у цьому разі – витоки формування перекручених патернів харчової поведінки.

Ми усвідомлювали те, що внаслідок низки причин спогади респондентів можуть бути викривлені, особливо ті, що стосуються періоду 2-3-х років (що узгоджується з точкою зору багатьох авторів та розглянуто нами вище). Однак, для нас не стільки важлива правдивість і точність цих спогадів, скільки те, що вони відображені у свідомості суб'єкта, інакше кажучи, репрезентують особливості його переживань і ставлення як до ситуації приймання їжі загалом, так і до засобів насильства, які батьки застосовували у цій ситуації з метою впливу на ХП дітей.

На нашу думку, негативні описи ситуацій приймання їжі репрезентують непрожиті психологічні травми у зв'язку з означеною ситуацією. Це дало нам підстави визначити подібні ситуації як «*ситуації харчового насильства*». Характерною рисою таких ситуацій є застосування *психологічного та фізичного тиску на дитину в ситуації приймання їжі* за допомогою тих або інших засобів імперативного впливу з метою зміни харчової поведінки. При цьому дорослі, з одного боку, вважають нормальним та потрібним визначати «*що*», «*коли*» і «*скільки*» необхідно з'їсти дитині, а з іншого боку – ігнорують харчові смаки дитини, її готовність/неготовність та бажання/небажання приймати їжу.

Аналіз засобів впливу, як конкретних тактик (способів, методів, прийомів) контролю харчової поведінки, які застосовувалися батьками щодо дітей у ситуації приймання їжі, ми умовно розділили на два смислових блоки. Умовність поділу пов'язана з розмитістю меж між способами примусу. Кожен з них як спосіб модулювання (зміни) поведінки одночасно є і способом маніпуляції, і способом насильства, оскільки змушує до харчової поведінки, що є не бажаним з позиції того, кого спонукають до змін. Мотивація до приймання їжі або її обмеження створюється та регулюється за допомогою умовляння, схвалення, обіцянок винагороди в різноманітних формах або, навпаки, за допомогою застереження, погрожування, покарання та ін. Результатом впливу таких засобів контролю харчової поведінки є формування

у дитини установки необхідності («треба з'їсти») або установки неприпустимості щодо їжі («це не можна не з'їсти»/«це не можна їсти»).

Водночас кожний смисловий блок має свою специфіку. Особливість маніпуляцій як засобів впливу в ситуації приймання їжі є в тому, що їх використовують як приховані *засоби психологічного тиску* без явних ознак примусу з метою стимуляції ХП або, навпаки, її обмеження (надалі – перша умовна група засобів контролю ХП, що загалом узгоджується з загальноприйнятим визначенням маніпуляцій [115; 388]).

Специфічні методи впливу, що є прямими формами насильства (такі як покарання, погрози, приниження, образи, позбавлення різноманітних форм задоволення та ін.) склали другу умовну групу засобів контролю ХП.

Перейдемо до розгляду тих смислових елементів, які репрезентують засоби батьківського контролю ХП у ситуації приймання їжі та складають смисловий блок «*маніпуляцій*». Як уже відзначалося вище, під маніпуляцією в ситуації прийому їжі ми розуміємо такі непрямі тактики *психологічного примусу*, які дозволяють дорослим змінювати харчову поведінку дитини.

Підрахунок смислових елементів блоку «*харчове насильство в ситуаціях приймання їжі в родині*» дозволив відзначити, що частотність таких ситуацій значущо вища в період дошкільного та молодшого шкільного віку. Зокрема, число ситуацій примусу до приймання їжі, які описані в період до 7-8 років складає 73%, у період від 9 до 13 років – 43%, у період пізніше 13 років – 21%. Такий розподіл результатів можна пояснити тим, що діти дошкільного та молодшого шкільного віку більш слухняні та легше піддаються контролю. Інакше кажучи, вони як сторона, котру примушують, перебувають в ситуації жорсткого контролю і менш здатні до мобілізації своїх додаткових ресурсів, щоб вчинити опір (порівняно з підлітковим і юнацьким періодами життя). Дорослі, навпаки, як сторона, що здійснює примус, мають достатньо широкі можливості для підсилення ресурсів впливу та тиску [488].

Смислова наповненість блоку «*маніпуляцій*» презентується наступними смисловими елементами, що, по суті, є реалізацією конкретних тактик маніпу-

ляцій, зокрема: спонукання, позитивного та негативного навіювання; переключення уваги на інші об'єкти.

Якісну своєрідність категорії «спонукання» як маніпуляційної тактики, висвітлюють такі смислові елементи як вмовляння, заклики, обіцянки, упрошування, хитрощі, роз'яснення, що яскраво репрезентовані у дитячих спогадах респондентів про ситуацію приймання їжі:

- «Ложечку за маму, ложечку за татка...»; «Я тебе дуже прошу – з'їж, будь ласка, хоча б ще три ложечки, потім бабусю», «Я тебе благаю, з'їж ще один пиріжечок, зроби мені таку радість».

- «Щоб мене нагодувати, батькам доводилося придумувати різні заманухи: мені дозволяли тримати у руках якісь особливо цінні речі – до яких при інших обставинах не можна було навіть торкатися, наприклад, мобільний телефон батька або планшет тощо».

- «За умови, що я з'їм «бяку», яку батьки вважали корисною та вкрай необхідною їжею, а я – несмачною та неїстівною, мені обіцяли дозволити пограти у комп'ютерні ігри. Іноді бажання одержати доступ до компю допомагало мені долати відразу до тошнотворної їжі».

- «Бабуся та тато змушували мене щодня з ранку їсти мед (1 ч.л.), аргументуючи тим, що це дуже корисно... щоразу я міцно зчіплювала зуби та казала, що мені він пече та дере горло..., але вмовляння тривали... одного разу, коли мене в черговий раз умовили проковтнути ложечку ненависного мені меду – у мене почалися блювотні позиви... з того часу мене залишили у спокої. Однак мед я не їм й дотепер».

Частка висловлювань цієї категорії в різних групах досліджуваних складала від 39% до 68% (див. рис. 4.3).

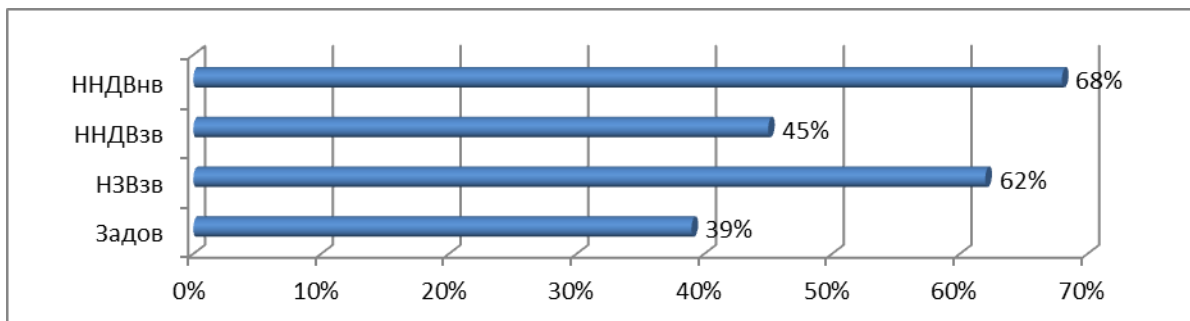


Рис. 4.3. Частотність виявлення категорії «спонукання» за групами досліджуваних

Смислові елементи негативних і позитивних навіювань у вигляді підбадьорення, схвалення, визнання, застереження, метафоричного образного порівняння, емоційного впливу ми об'єднали до категорії «**негативні та позитивні навіювання**» (частка яких у різних групах від 21% до 82% – див рис. 4.4).

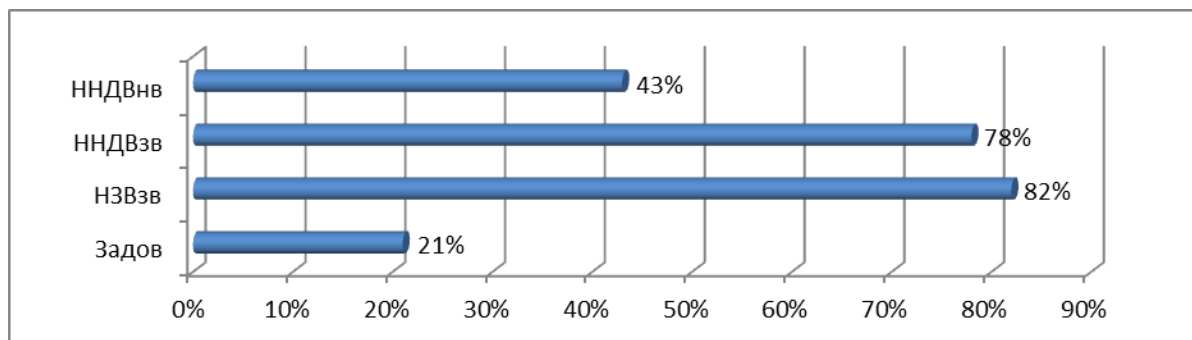


Рис. 4.4. Частотність виявлення категорії «негативні та позитивні навіювання» за групами досліджуваних

Відзначимо, що у групі задоволених вагою позитивні навіювання зустрічаються значно частіше, ніж у групах незадоволених вагою, водночас негативні навіювання, навпаки, – рідше ($p \leq 0,05$, за критерієм Фішера ϕ).

Приклади позитивних навіювань: «пам'ятаєш великого сильного хлопця, який багато раз підтягувався на поперечині?! Він це робить тільки тому, що дуже добре снідає... Отже, щоб бути великим та сильним, необхідно добре снідати»; «Прагнеш бути високим, сильним і розумним? - треба їсти м'ясо й рибу», «Пристойна дівчина в гостях повинна їсти як пташка, а вдома – скільки влізе» тощо.

Приклади негативних навіювань: «Будеш погано їсти – будеш слабаком»; «Не будеш їсти м'ясо – будеш плюгавим дистрофіком», «Чоловіки не собаки – на кістці не кидаються, а ти вже просто Чахлик Невмирущий!», «Якщо ти будеш так багато їсти, то скоро одягу для тебе необхідно буде купувати там, де шийють чохли для танків» тощо.

Одиниці підрахунку елементів інформації, у яких повідомлялося про застосування дорослими *різноманітних засобів відволікання* у ситуації приймання їжі, ми визнали за можливе об'єднати у категорію «**переключення уваги на інші об'єкти під час приймання їжі**». Частота використання маніпулятивних тактик презентованої категорії має широкий розмах (29% - 94%, див. рис. 4.5).

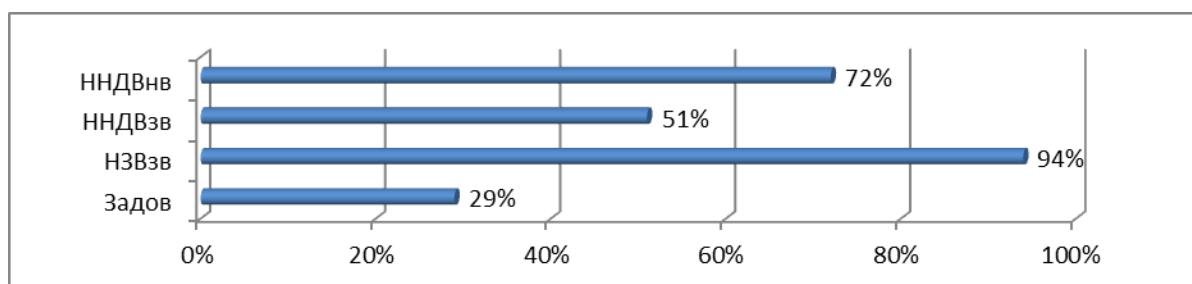


Рис. 4.5. Частотність виявлення категорії «переключення уваги на інші об'єкти під час приймання їжі» за групами досліджуваних

З рис. 4.5 наочно видно, що найменша частка цієї категорії зафіксована в групі задоволених вагою, найбільша – у групі незадоволених з реальною зайвою вагою.

Специфічність цієї категорії презентується через використання різноманітних «технологій відволікання», що застосовували батьки досліджуваних з метою впливу на ХП дитини. Особливість цих технологій полягає в тому, що вони дозволяють перенести фокус уваги з процесу споживання їжі (сприйняття смаку, запаху, консистенції тощо) на інший об'єкт, який викликає зацікавленість та захоплення. Виявлено, що найбільш популярними способами відвертання уваги від їжі є: демонстрація фільмів і мультфільмів, розповідання історій, читання книг і навіть «показові виступи» дорослих (фокуси, співи, танці, гра на музичних інструментах тощо). Найбільш поширені подібні спогади у групі незадоволених вагою з реальною зайвою вагою (94%).

Порівняння спогадів респондентів з їхніми відповідями на запитання анкети: «Приймання їжі я часто поєдную з...» (див. додаток Б «Анкета дослідження особливостей харчової поведінки», пункт 9) дає підстави стверджувати, що подібна маніпулятивна тактика батьків, до якої вони вдаються у ситуації часткової або абсолютної відмови від їжі, *формує у дітей специфічний стереотип поведінки*. Характерна риса такого стереотипу виявляється в тому, що пріоритет уваги традиційно «віддається» іншим видам діяльності як «більш цікавим» або «більш значущим», ніж їжа. Говорячи мовою гештальтпсихології, подібна тактика сприяє переключенню уваги з фігури («приймання їжі») на фон (інші об'єкти). Наслідком такого стереотипу є звичка приймати їжу «без уваги», а отже, *без усвідомлення багатьох важливих психологічних компонентів, що супроводжують процес приймання їжі*. Відсутність усвідомлення процесу споживання їжі обумовлює зниження емоційної та фізіологічної чутливості, здатності до розрізнення відтінків смакових відчуттів, можливості отримувати задоволення від характеристик їжі (її смаку, запаху, консистенції, кольору) та процесу прийняття їжі загалом. Підтвердженням сказаному є наступні висловлювання респондентів:

«не можу їсти без TV... з ним страви мабуть смачніші»; «без телевізора їжа здається мені не-смачною»; «просто їсти – це нудно»; «школа витратити час на їжу, тому я паралельно читаю, дивлюся фільми, слухаю новини тощо»; «не можу їсти без того щоб не дивитися що-небудь по TV або компю..., відповідно, перш ніж гріти їжу, спочатку шукаю що подивитися»; «втомилася боротися з переїданням...на роботі мені, щоб насититися і яблучка вистачає, а от вдома, як сяду напроти телевізора або компа, так і починається жор – пхаю в себе усе їстівне ... після цього і недобре, і огидно, і соромно, і шкода (стільки всього зжерти, а задоволення – 0.00)».

Відсутність фокусу уваги на процесі приймання їжі є одним із механізмів, що обумовлює регулярне переїдання, оскільки поза фокусом уваги, а отже, поза

усвідомленням, виявляються такі важливі механізми контролю харчової поведінки як «відчуття насиченості» та «відчуття ситості».

При цьому, як зазначено у низці психофізіологічних та медичних досліджень (М. П. Білецька, Ю. А. Єфімов, В. Б. Захаржевський та ін.), відволікання, розосередження уваги під час травної діяльності на інші види діяльності призводить до ослаблення функцій, які пов'язані з прийняттям і переварюванням їжі (погіршується слиновиділення, пережовування, переварювання), а надмірне затягування часу приймання їжі провокує відчуття втоми [39; 125; 133].

Окрім цього, описувана форма батьківської маніпулятивної тактики, на нашу думку, формує у дитини специфічну емоційну програму у вигляді установок емоційного реагування та ригідних поведінкових патернів на негативні переживання, які первинно виникають «у зв'язці» із ситуацією приймання їжі.

Операціонально така емоційна програма містить, як мінімум, два патерни реагування, які поєднані між собою ситуативно. Особливість першого виявляється в потребі відволіктися від негативної життєвої ситуації шляхом цілеспрямованого переносу уваги на будь-який вид діяльності, який не вимагає особливого «включення» і витрат енергії. Своєрідність другого виявляється в тому, що він «включається» у процес реагування сукцесивно (у силу динамічного стереотипу). У нашому випадку, таким послідовно включеним патерном є «приймання їжі», що «запускається» навіть за відсутності почуття голоду.

Функціонально така специфічна емоційна програма реагування є захистом, оскільки дозволяє суб'єкту «відсікати» неприємні переживання і «відключатися» від ситуації (на фоні зниження властивої йому чутливості). Іншими словами, подібна форма емоційного реагування дозволяє уникнути (відсторонитися, відмовитися) дискомфортних переживань. Таким чином, *ситуація приймання їжі, що сполучається із зовнішнім примусом («тиском»), формує первинний досвід відчуженості*. Надалі дитячий досвід «уникнення», що дозволяє «від'єднатися» від буденності, шаблонності, типовості існування переноситься на інші травмуючі ситуації (що пояснює феномен генералізації). Підтвердженням цієї тези є численні висловлювання респондентів: «після сварки з кимось або прочуханки від начальства я не мо-

жу заспокоїтися доти, поки не з'їм все, що є їстівного вдома»; «коли мене хтось образить або засмутить, я практично кожен день заходжу на кухню, щоб що-небудь пожувати, незважаючи на те, що розумом-то я розумію, що голод тут ні до чого».

Перейдемо до аналізу смислових елементів другої групи засобів контролю ХП, котру ми визначили як *«прямі форми насильства в ситуації приймання їжі»*.

Під насильницьким примусом у ситуації приймання їжі ми розуміємо таку форму взаємодії у діаді «дорослий-дитина», за якої дорослий змушує дитину прийняти їжу під впливом погроз жорсткого покарання або позбавлення будь-яких форм задоволення. При цьому батьки використовують емоційно забарвлені слова та терміни, які зумовлюють у дітей яскраві негативні переживання. У цьому разі примус є спробою модулювання/змінення харчової поведінки дитини за допомогою різноманітних форм прямого психологічного та фізичного насильства або їхнього сполучення. Всі методи та прийоми цієї групи як засоби примусу до «потрібної» (на думку батьків) харчової поведінки поєднує *репресивно-забороняюча стратегія впливу*, що реалізується в конкретних тактиках та прийомах (заборона, обмеження, відторгнення, деструктивна критика, залякування, позбавлення задоволення тощо).

Найбільш грубими тактиками примусу є дії фізичного насильства (у формі ударів, ляпасів, потиличників, щелбанів, обмеження у свободі пересування тощо) і *вербальні засоби впливу у вигляді прямих погроз* різного роду. Зауважимо, що у науковій літературі «погроза» розглядається як різновид пригнічення вільної волі, оскільки має на меті зміну поведінки того, кому погрожують [142, с.105].

Найбільшу частотність у блоці «прямі форми насильства» у ситуації приймання їжі отримали наступні смислові елементи: *докори, апеляція до почуття сорому; деструктивна критика; категорична заборона, обмеження, залякування негативними наслідками; покарання у формі позбавлення різних видів задоволення, як їстівного, так і неїстівного характеру*.

Якісна своєрідність і спільність емоційної матриці таких смислових елементів, як *докори, апеляція до почуття сорому* дозволили нам об'єднати їх у смисловий блок *«тактики відторгнення»*. Частота прояву цієї тематики у різних групах досліджуваних зафіксована в широкому діапазоні з явною перевагою у групах незадоволених вагою (від 8% до 65% – див. рис. 4.6).

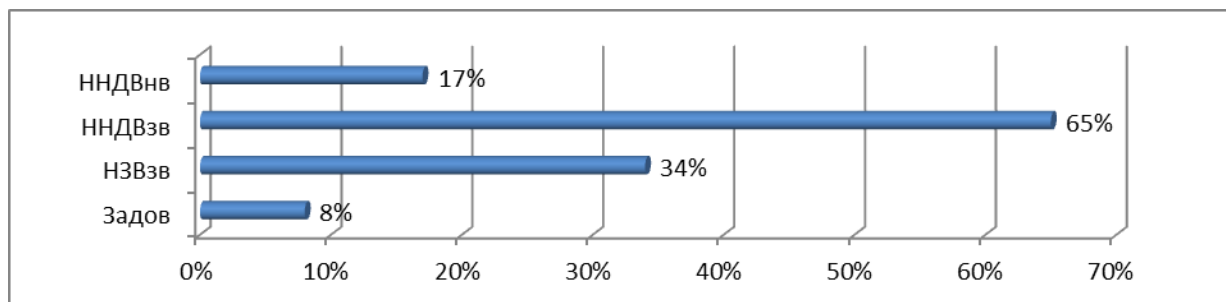


Рис. 4.6. Частотність виявлення категорії «докори, апеляція до почуття сорому» за групами досліджуваних

Специфічність висловлювань, які наповнюють цей смисловий блок, характеризують наступні фрагменти спогадів респондентів:

- «Я старалася, готувала...витрачала гроші, час, а ти, невдячна...»...
- «Як тобі не соромно?!.. Я встала о п'ятій годині ранку, купила молока, приготувала тобі сніданок, а ти носом крутиш?! Хто ти після цього?».
- «В той час, як люди в зоні АТО голодують, а ти харчами перебираєш?!».
- «У тебе совість є? Заради чого я стояла біля жаровні, витрачала свій особистий час... Щоб потім усе викинути? Соромно.... ».
- «Їжу не можна викидати, бо це великий гріх, а свиней у нас немає, тому сиди та їж»...
- «Бабуся завжди насипала мені стільки їжі, що це було просто неможливо з'їсти ..., але вона змушувала їсти все...При цьому постійно зуділа: «який же, ти, невдячний, ні сорому в тебе, ні совісті, замість того щоб бути вдячним про турботу про тебе, ти ще й козячу морду мені показуєш!».

Окремо нами розглядається підгрупа «**деструктивна критика: тактика неприйняття**». Особливість цієї тематичної конструкції (незважаючи на очевидну близькість до попередньої) полягає в тому, що її смисловими елементами є *зневажливі висловлювання та образливі оцінки дорослих щодо фізичного вигляду дітей і/або грубі коментарі щодо їхніх харчових звичок та смакових уподобань*.

Частота зустрічальності цієї тематики виявляється в широкому діапазоні з явною перевагою у групі ННДЗВзв (від 6,5% до 43%, $p \leq 0,01$, $\phi^*_{\text{эмп}} = 6.413$ – рис. 4.7).

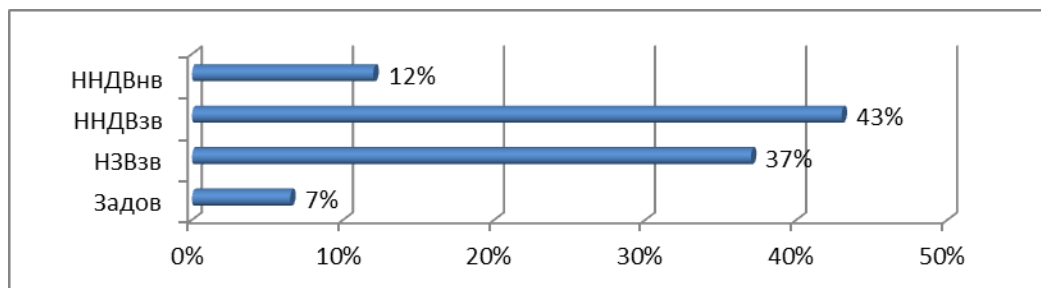


Рис. 4.7. Частотність виявлення категорії «деструктивна критика: тактика неприйняття» за групами досліджуваних

Типові приклади наведено нижче. При цьому зазначимо, що подібні висловлювання, окрім жорсткої критики щодо зовнішності, одночасно є словесними зну-

щаннями, залякуваннями, приниженням гідності, демонстрацією нелюбові, ворожості до дитини та негативними установками щодо тілесного образу «Я» і майбутнього:

- «*Ти не дівчинка, ти скелет ходячий! Жоден хлопчик у твою сторону ніколи не подивиться... Ти думаєш, дарма народ говорить, що чоловіки не собаки, і на кістки не кидаються?!*».
- «*Подивися, на кого ти схожий – шкіра та кістки, у труну краще кладуть*».
- «*Ти вже на дистрофіка схожий, незабаром тебе навіть за шваброю не знайдеш!*».
- «*Начиталася всякої мури, а тепер страждаєш фігнею! Що за дурість м'яса не їсти?! Як не будеш нормально харчуватися та поправлятися, то будеш ходити костями зриміти і людей лякати, їж давай, бо худішки-брязкальця вже виходять з моди*».
- «*Ти хіба людина?!... ти триглотид і жирний кабан ...замість того щоб жерти, краще город йди копати*».
- «*І чому ти така ненажера?! Бутерброд ще не доїла, а вже за кексом тягнешся*».
- «*Ти не їси, ти просто жереши... Тебе легше вбити, ніж прогодувати...*»

Наступний смисловий блок репрезентує сукупність тактик «**обмеження, погрози, фізичні покарання**». Специфічність смислових елементів цього блоку вказує на надмірну категоричність дорослих щодо певних моментів у ситуації приймання їжі. Один із них стосується необхідності доїдати всю їжу без залишку, другий – необхідності додержуватися певних вимог та правил поведінки за столом. Порушення правил призводило до погроз та покарання. Як покарання найчастіше застосовувалися дії обмежувального і фізичного характеру (73%), рідше – примушування до виконання трудових обов'язків різного роду (27%).

Кількісна виразність цієї категорії має широкий розмах вияву в різних групах (від 8% до 64% – див. рис. 4.8) з явною перевагою в групі незадоволених вагою, що мають реальну зайву вагу та прагнення знизити вагу ($p \leq 0,01$, $\phi^*_{\text{эмп}} = 8.42$).

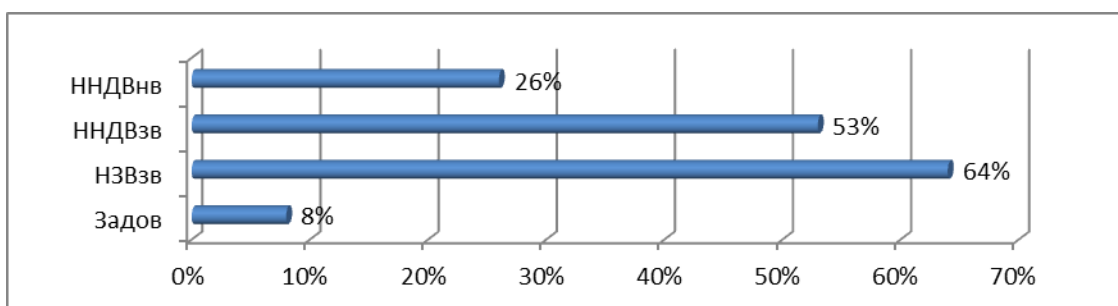


Рис. 4.8. Частотність виявлення категорії «обмеження, погрози, фізичні покарання» за групами досліджуваних

Якісна своєрідність смислових елементів цього блоку репрезентована наступними висловлюваннями:

- «*У дитинстві я не любила цибулю, м'ясо, рис, варену моркву, сметану, взагалі все молочне..., але права вибору в мене не було ніколи, і мене завжди змушували з'їдати все без залишку, аргументуючи тим, що це корисно*».

- «У нашій родині під час приймання їжі завжди жорстко дотримувалися правила: «коли я їм, то я глухий та німий», і нас (дітей) строго карали, якщо ми вертілися, дражнилися, жартували або голосно розмовляли під час їжі (ложкою по чолу, щелбани, ляпаси, потиличники та ін.)».

- «Якщо іноді під час їжі ложка випадково цюкала об мої зуби, то батько стукав мене по голові ложкою».

- «...у дитинстві я їла дуже погано...щоб змусити мене їсти, батько брав у руки ремінь. І хоча я не пам'ятаю, щоб мене били через їжу, але пам'ятаю, як я їла через страх».

- «...часто, коли я щось залишала в тарілці (не з вередливості, а просто тому, що вже була ситою), бабуся строгим голосом запитувала в мене: ти що, хочеш собі нареченого рябого?!, ... і це змушувало мене через силу, але доїдати все без залишків, хоча на той момент я не тільки не думала про нареченого, але й не знала значення слова «рябий».

- «...дотепер чую металевий голос матері: або ти зараз усе доїдаєш, щоб тарілка була чистою, або ми викликаємо швидку допомогу, і тобі зроблять укол от такою величезною голкою».

- «...у нашій родині було правило: хто останній закінчує їсти – той мие весь посуд і чистить взуття для всіх членів родини. Батько казав, що час, проведений за їжею – це втрачений час. Оскільки я була наймолодшою, то найчастіше за свою «повільність» карали мене. Іноді до мене проявляли «жасість» та замість трудового покарання я отримувала циглика по лобі. Зараз, незважаючи на те, що я ще студентка, я намагаюся бути незалежною від родини. Принципи мого життя, у т.ч. і ті, що стосуються харчування, значно протилежні тим, які панують у моїй батьківській родині. Однак змінити швидкий темп поглинання їжі я не можу, хоча й намагаюся. З одного боку, це начебто й не погано – дійсно економить час; з іншого боку – погано, бо найчастіше я переїдаю. Особливо це помітно в компаніях – усі ще щось жують, а я вже все з'їла, і щоб не сидіти з порожньою тарілкою доводиться підкладати ще, і ще, і ще...».

До окремого смислового блоку нами були віднесені такі тематичні конструкції, які репрезентують тему **«покарання у формі позбавлення задоволення»**, коли дитину навмисно позбавляють того, що може її потішити та надати позитивні емоції. Відтак простежуються два ракурси проблеми.

Один з них стосується **позбавлення різноманітного задоволення «неїстівного характеру»**. Частотність подібних висловлювань складає від 11% до 78% з явною перевагою в групі ННДВзв ($p \leq 0,01$ ф*емп = 10.321– див. рис. 4.9).

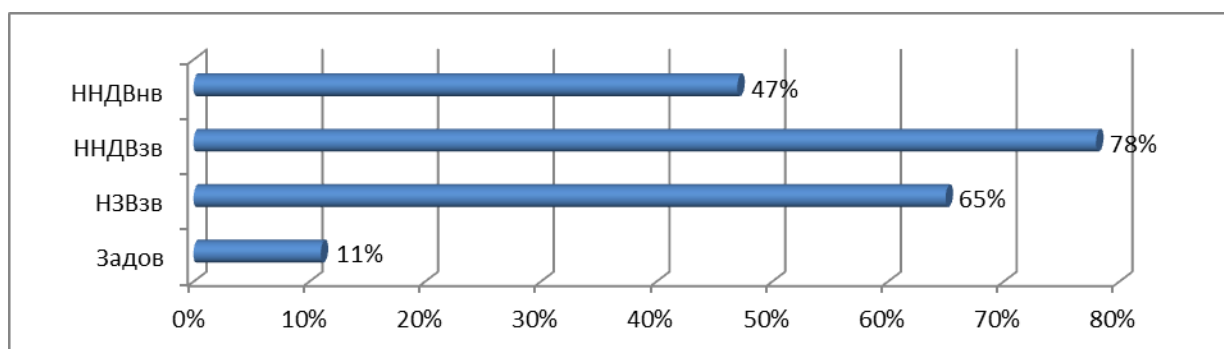


Рис. 4.9. Частотність виявлення категорії позбавлення різноманітного задоволення «неїстівного характеру» за групами досліджуваних

Головний сенс такої форми покарання полягає в тому, щоб *обмежити доступ або повністю позбавити дитину тих предметів, видів діяльності, що звичай-*

но приносять їй задоволення (позитивні емоції). При цьому метою покарання (як методу впливу) є *контроль харчової поведінки*. Найбільш характерні смислові елементи цього блоку презентовані висловлюваннями на кшталт: «поки все не з'їж – ніяких іграшок (конструктору, телефону, планшету та ін.)»; «ніяких фільмів»; «ніяких розваг», «не підемо на виставу», «не вийдеш на вулицю», «не будеш кататися на ковзанах/велосипеді/роликах», «не підеш на тренування» тощо.

Другий ракурс – пов'язаний з *позбавленням задоволення їстівного характеру*. У цьому разі, на нашу думку, відбувається зміщення і трансформація акцентів сприйняття як самої «їжі», так і «покарання», що обумовлено низкою психологічних моментів.

По-перше, мета покарання спрямована на керування поведінкою дитини, що найчастіше не має прямого зв'язку з ситуацією прийому їжі. При цьому «засобом покарання за проступок» або «інструментом впливу» обирається «їжа», точніше, ситуація «позбавлення їжі» або «жорсткої обмежувальної дієти».

По-друге, «їжа», отримуючи специфічну мітку «покарання» як інструменту зовнішнього тиску наділяється особливим смислом, що перетворює їжу в самостійний «об'єкт задоволення» або «об'єкт покарання».

Інакше кажучи, акценти сприйняття або психологічні смисли «їжі» трансформуються. Відповідно, в ситуації покарання, коли дитину позбавляють бажаної для неї їжі, цінність цього продукту значно зростає. Близьке смислове навантаження несе протиставлення їжі на «низькокалорійну» (як здорову та корисну) і «висококалорійну» (як смачну, але шкідливу), що також сприяє зниженню цінності першої і підвищенню цінності другої, незважаючи на знання, що надмірне зміщення смакових уподобань на «висококалорійну» (солодку і жирну) їжу детермінує збільшення ваги.

По-третє, санкції такого роду (що застосовують дорослі) зумовлюють у дітей сильні негативні почуття, іноді до себе, але частіше щодо дорослих.

Враховуючи специфічність референтної області та тематичних конструкцій, ми визнали за необхідне об'єднати подібні смислові елементи в окрему тематичну групу «позбавлення їжі як задоволення їстівного характеру», що структурно входить до категорії *«їжа як засіб впливу»*. Особливість зазначеної смислової категорії полягає в тому,

що вона репрезентує різні форми маніпулювання їжею як засобом впливу на дитину. *Результатом цих маніпуляцій є трансформація психологічного смислу «їжі», під час якої їжа набуває різних символічних значень, але завжди відмінних від її прямого призначення (бути джерелом поповнення організму поживними речовинами та енергією).*

Репрезентантами тематичної конструкції «*позбавлення їжі як задоволення їстівного характеру*» є наступні смислові елементи (частотність висловлювань склала від 8% до 64% – див. рис. 4.10):

- «завинив – ходи голодний»;
- «*ти не виконав ... (те або те) – ходи голодний, хто не працює – той не їсть! Їжу треба заробити, а ти не заробив!*»;
- «... *ти покарана – тиждень живеш без солодкого*»;
- «*за свою погану поведінку ти не отримуєш солодкий сюрприз, проте Люся (сестра) отримає два!*»;
- «*тобі таку їжу їсти не можна, вона дуже жирна (солодка / калорійна / солоня / порожня / шкідлива), а їсти треба тільки корисну їжу*»;
- «*раз ти не розумієш по-хорошому, буде по-поганому... Так, я тебе повинна годувати, але я не повинна годувати тебе тільки смачним. Тому з цього дня ти будеш на особливому харчовому режимі – будеш їсти, як у в'язниці – хліб, вода та якась баланда, просто щоб не помер з голоду*».

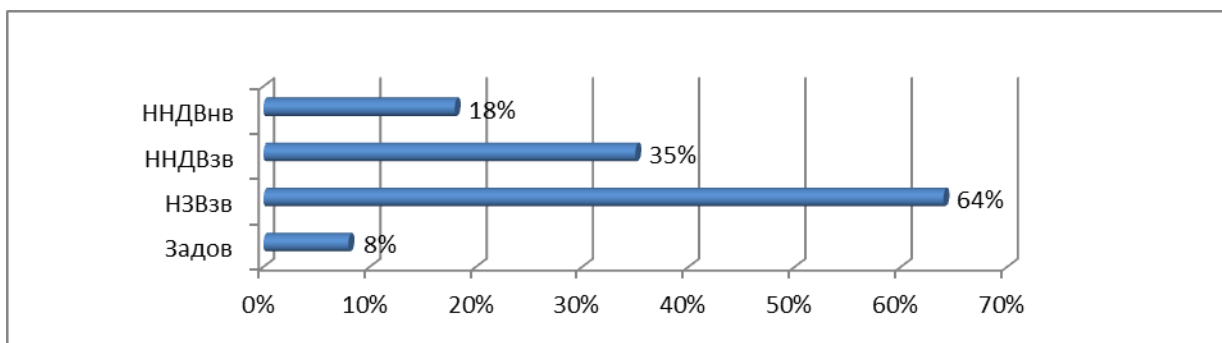


Рис. 4.10. Частотність виявлення категорії «позбавлення їжі як задоволення їстівного характеру» за групами досліджуваних

До цієї ж смислової групи ми включали і такі смислові елементи, у яких «позбавлення їжі» (як покарання) було інструментом впливу з метою зміни харчової поведінки дитини:

- «У нашої сім'ї до їжі ставилися як до святині – вийти з-за столу можна було тільки за умови чистої тарілки... в результаті я завжди реально переїдала і жила з відчуттям розпирання та тяжкості у шлунку, нудоти. Скаржитися було не тільки марно, але й небезпечно, оскільки могли покарати (наприклад, на один день взагалі без їжі залишити, так би мовити, для профілактики)».
- «Якщо я занадто повільно жувала, то у наступний прийом їжі мені демонстративно клали тільки одну столову ложку... або взагалі пропонували поголодувати. Батько часто казав, що «колюпатися» у тарілці за столом – це верх непристойності, і що я тільки харчі даремно переводжу...».

Серед інших маніпулятивних тактик впливу батьків на поведінку дітей за допомогою їжі, що детермінують трансформацію семантичного смислу їжі,

нами були виокремлено ще три смислові блоки, широко презентовані у спогадах досліджуваних.

Смисловий блок *«їжа як засіб позитивного впливу»* був виділений на основі таких смислових елементів, які свідчили, що дорослі використовували їжу як засіб впливу на дитину з метою *виконання якоїсь діяльності*. У цьому разі «їжа» є засобом *«позитивного шантажу»* – винагородою, яка буде отримана за умови виконання домовленості (здебільшого це солодкі кулінарні вироби та напої – тістечка, шоколад, чіпси, поп-корн; кіндер, морозиво, торт, цукерки, печиво з солодкою помадкою, солодкі рулети; булочки, млинці, оладки, пироги, беляші, чебуреки; смажена картопля, пельмені, шашлик, м'ясний рулет, солодка газована вода, кока-кола тощо). Серед них найбільшу частотність отримали категорії «солодке» (92%), «вироби з борошна» (73%) та «м'ясне» (64%). Репрезентантами цієї смислової категорії з частотністю від 12 % до 65% (див. рис. 4.11) є фрази на кшталт: *якщо ти...* (рано встанеш, швидко й добре зробиш уроки, самостійно прибереш у кімнаті, помиеш посуд, випереш свої речі, почистиш зуби, перекопаєш грядку тощо) або (з'їси суп, борщ, кашу, м'ясо та ін.), *то одержиш що-небудь смачне*.

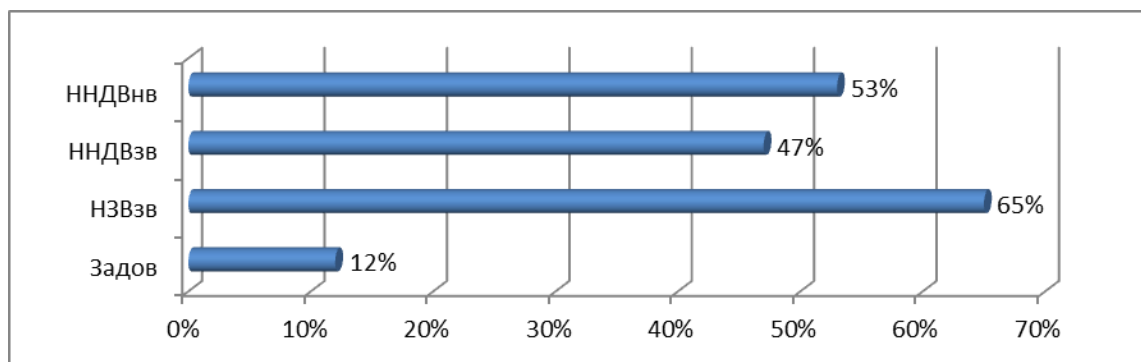


Рис. 4.11. Частотність виявлення категорії «їжа як засіб «позитивного шантажу» за групами досліджуваних

Наступна смислова категорія *«їжа як винагорода»* також знайшла достатньо високу міру відображення в спогадах респондентів (від 17% до 41% – див. рис. 4.12).

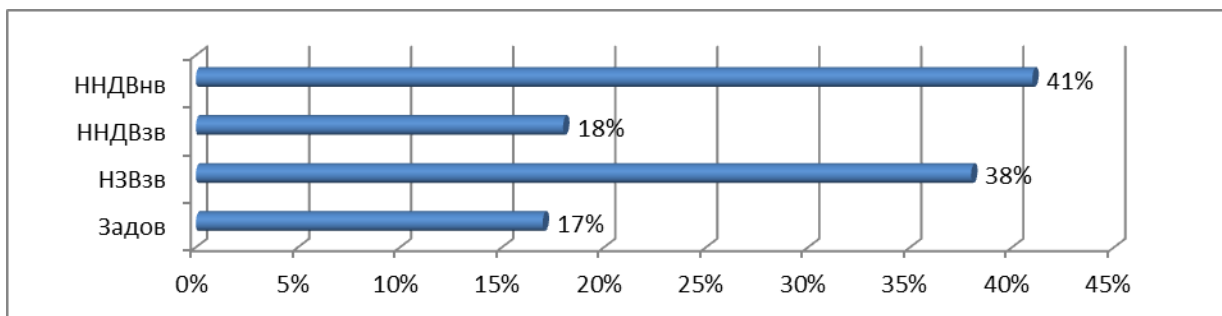


Рис. 4.12. Частотність виявлення категорії «їжа як винагорода» за групами досліджуваних

У цьому разі смислові елементи, що були виокремлені під час аналізу есе респондентів, відображали події, коли дорослі використовували їжу як матеріальну винагороду за вже виконану діяльність або вчинок. Іншими словами, *«їжа» є матеріалізованою формою заохочення, похвали, подяки*. Репрезентантами цієї категорії є наступні фрагменти:

- *«отримувати їжу як нагороду я звикла з дитинства. Батьки часто заохочували мене якимось делікатесом за різні успіхи або гарну, слухняну поведінку... а тепер я часто сама купую для себе що-небудь вишукано-смаченьке як нагороду»;*

- *«коли мама намагалася мене до чогось заохотити, то давала мені морозене, цукерку, тістечко тощо. Але бувало й так, що вдома реально нічого смачненького не було, і тоді мама казала: «візьми з полки пиріжок». Це означало, що мене похвалили... уявним пиріжком. Пройшло багато років, але мені й зараз важливо, щоб мене хвалили. Як презенти люблю шоколадки з горішками та здобні вироби»;*

- *«у дитинстві я часто чула від дідуся: внученька моя кохана, найкрасивіша та найкраща у світі, підемо купимо тобі чого-небудь смачненького». А мама й бабуся свідомо застосовували щодо мене політику «батого й пряника». Якщо я вчиняла щось погане (на їх погляд), то вони мене відразу позбавляли всього смачного і, навпаки, за гарні оцінки або «добрі справи» (вмитий посуд, прибрану кімнату, приготований самотійно обід та ін.) демонстративно купували для мене що-небудь смачне (торт, тістечко, шоколадні цукерки тощо).*

Смислову наповненість блоку *«їжа як засіб втіхи»* відображають такі висловлювання досліджуваних, в яких зазначено, що дорослі часто пропонували їм (дітям) для покращення поганого настрою різноманітні смачні страви, ласощі тощо (частотність висловлювань склала від 11% до 83% – див. рис. 4.13).

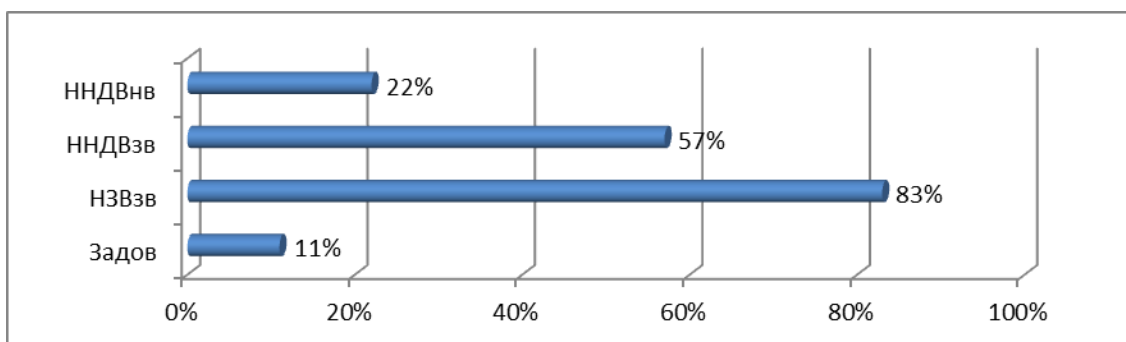


Рис. 4.13 Частотність виявлення категорії «їжа як засіб втіхи» за групами досліджуваних

Репрезентантами цієї тематичної конструкції є наступні смислові елементи:

- «Коли зі мною траплялися різні життєві неприємності (будь-то розбите коліно, сварка з подружкою, трійка за контрольну та ін.) мама завжди пропонувала мені щось смачненьке, примовляючи: «солоденьке у роток, щоб прогнати холодок ...».

- «У дитинстві, коли буя намагалася якось підняти мій поганий настрій, вона часто казала мені: «а ти, милок, поїж, поїж того чого твоя душенька бажає, відразу полегшає, туга відступиться, смуток розвіється, настрої покращиться». При цьому вона сідала із мною поруч, гладила мене по голові, і розповідала різні історії. Мені дійсно легшало, але й дотепер їжа для мене це єдиний ефективний засіб покращення настрою».

- Я давно помітив, що після смачної та ситної їжі я ніби добришаю. Світ здається не таким вже й поганим, неприємності наче блякнуть. Але, на жаль, за ці «ліки» доводиться платити зайвою вагою. До першого класу я був худою дитиною, тому що нагодувати мене було великою проблемою. А коли почалося навчання в школі, став переїдати, і до четвертого класу з'явилася зайва вага. Вітчим періодично висміював мене, даючи мені образливі прізвиська. ...За це я його тихо ненавидів... А мама, жаліла мене і, бажаючи доставити мені радість, готувала або купувала мені що-небудь особливо смачненьке».

Окрім поширено презентованих смислових категорій, у яких «їжа» використовувалася дорослими як маніпулятивний засіб впливу, нами також були виокремлені й інші категорії цієї смислової категорії. Однак у силу того, що частота їх зустрічальності в середньому у групах є незначною (до 25%) ми вважали за можливе не розглядати їх докладно. Це наступні блоки:- «їжа як спосіб прокрастинації», коли «їжа» або «легкий перекус» пропонувалися батьками з метою розрядки та короткого відпочинку на фоні рутинної роботи або як можливість «зібратися із силами» перед виконанням неприємної діяльності; - «їжа як засіб комунікації», коли ситуація приймання їжі пропонується як привід для приємного спілкування.

4.1.2 Психологічні смисли їжі як відображення індивідуальних «відносин з їжею». Узагальнення інформації за усіма проаналізованими смисловими блоками, що репрезентують категорію «їжа як засіб впливу» («позбавлення їжі як задоволення істінного характеру», «їжа як засіб позитивного шантажу», «їжа як винагорода», «їжа як засіб втіхи», «їжа як спосіб прокрастинації», «їжа як засіб комунікації»), дозволяє відзначити, що всі вони *відображають специфічні маніпулятивні форми впливу на дитину з метою зміни її поведінки або емоційного стану. При цьому інструментом впливу є їжа.* Це дозволило нам дійти висновку, що у процесі повсякденної комунікації в діаді «дорослий – дитина», в т.ч. у ситуації приймання їжі, «їжа» *включається в знакову систему.* За цих умов цьому вона сама стає «знаком», тобто носієм специфічних індивідуальних значень та смислів, що

мають свою символічну роль та складаються у певну індивідуальну знакову систему. Іншими словами, «їжа» та «процес споживання їжі» окрім свого основного значення (джерела поповнення поживних речовин і енергії), *набуває інших психологічних смислів*.

Викладена позиція узгоджується з даними сучасної дескриптивної семіотики, відповідно до якої значення знаків-ознак повністю визначається домінуючим контекстом ситуації, що позначає відношення між властивостями об'єкта або між об'єктами у певній ситуації, тобто є «міткою». Прикладами утворення подібних «міток» у контексті нашого дослідження є: «цукерка – втіха», «тортик – нагорода», «перекус – відпочинок», «позбавлення солодкого – покарання», «молочна каша – покарання тощо. Таким чином, у нашій інтерпретації специфічний семіотичний смисл їжі є індивідуальним внутрішнім предметним кодом або власною системою психологічних смислів, які формуються як під впливом дорослих (насамперед, родини), так і під впливом досвіду індивідуальних переживань. Домінування тих або інших смислів обумовлює особливості харчової поведінки в континуумі «норма – патологія».

«Знаковість їжі» є інтегрувальною (групоутворювальною) складовою змістовної категорії *«знакові функції їжі як регулятори харчової поведінки»*, які репрезентують наступні смислові блоки: «їжа як розрада», «їжа як прокрастинація», «їжа як покарання», «їжа як задоволення», «їжа як ворог», «їжа як об'єкт, що не вартий уваги» та ін., що розглянуто нижче (див. рис. 4.14).

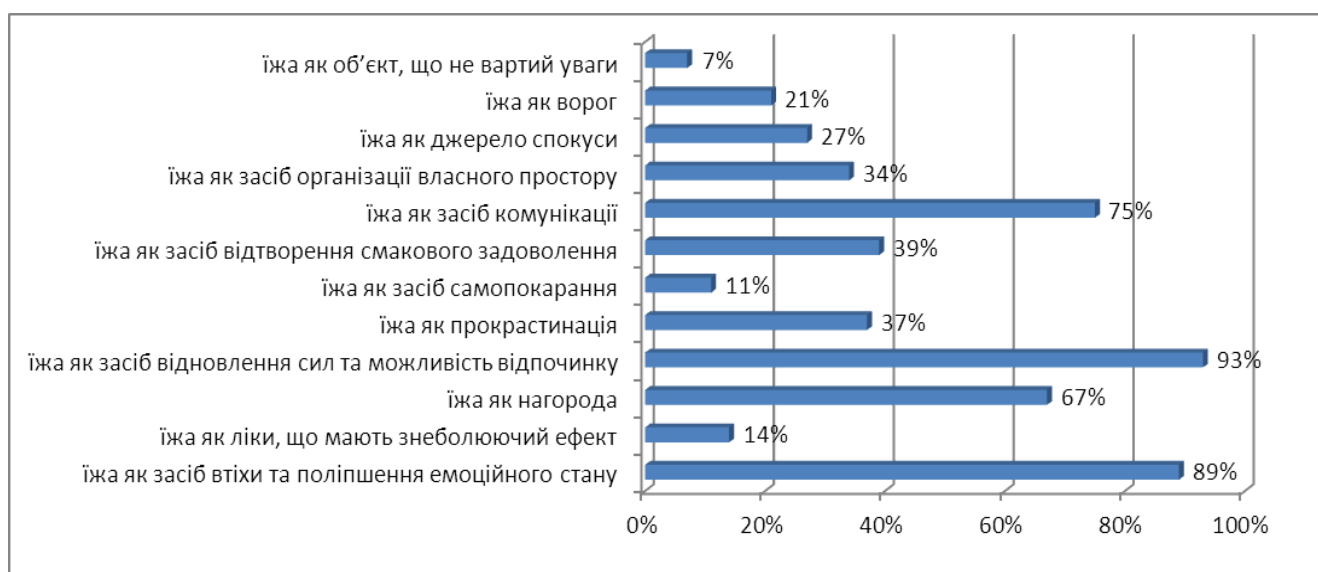


Рис. 4.14. Психологічні смисли їжі як відображення індивідуальних «відносин з їжею»

Специфічність означених блоків виявляється через особливості смислових елементів, що *репрезентують власні установки респондентів у контексті «відносин з їжею»* (на відміну від розглянутих вище, що виявляли психологічні смисли їжі, які трансливалися значущими дорослими).

З метою підвищення ефективності визначення смислових елементів цього блоку паралельно з есе досліджуванням пропонувалося завершити незакінчені речення: 1) їжа для мене... 2) я переїдаю... в) їжа дозволяє мені.... Розглянемо тематичні конструкції, що отримали найбільшу відсоткову частку як відображення індивідуальних «відносин з їжею» серед розмаїття психологічних смислів (знакових функцій їжі):

1) *«їжа як засіб втіхи та поліпшення емоційного стану»* (89%). У цьому значенні процес прийняття їжі описується як засіб, що дозволяє «згасити» негативні переживання (безпорадність, тривогу, злість, відчай та ін.), зменшити емоційну напругу і приглушити гостроту переживань. Репрезентантами цієї тематики є висловлювання: *«я переїдаю, тому що мені тривожно»* (сумно, самотньо, злюся, серджусь та ін.); *«Ніби не відчуюю ні смаку, ні задоволення, а жую, жую так мені спокійніше стає...»*; *«Хороша кава і смачне тістечко перекривають неприємну розмову»*;

2) *«їжа як ліки, що мають знеболюючий ефект»* (14%). Незважаючи на очевидну схожість до попередньої теми, інші акценти висловлювань респондентів дали нам підстави для виокремлення цієї тематики в окремий блок. Характерними прикладами є репліки: *«їжа для мене – це своєрідний анальгетик, засіб від душевного болю»*; *«...від багатьох людей чула, що вони переїдають, тому що заїдають свої негативні переживання..., але це не про мене. Я маю іншу тактику – я споживаю їжу заздалегідь як таблетку, як кажуть, «для профілактики», щоб у негативних емоцій не було навіть шансу з'явитися. Вважаю, краще відчувати біль у шлунку, ніж біль у душі»*;

3) *«їжа як нагорода»*, яка вручається самому собі за якісь значущі досягнення (67%). У цьому семантичному значенні їжа дозволяє підсилити позитивні почуття, подовжити, закріпити, «відполірувати» позитивні емоційні переживання і влаштувати собі «феєрверк почуттів». Прикладами цієї тематики є висловлювання: *«їжа для*

мене – це нагода нагородити себе за добре виконану роботу»; «відзначити важливу подію»; «преміювати себе», «це матеріалізована форма радості» тощо;

4) «їжа як засіб відновлення сил та можливість відпочинку» (93%). У цьому значенні «їжа» несе сенс енергетика. У висловлюваннях акцент ставиться на відновленні сил і відпочинку, що підтверджують найбільш типові фрагменти: «їжа дозволяє мені отримати додаткову енергію», «своєрідний допінг», «дозволяє відновити сили, коли я дуже втомилася»;

5) «їжа як прокрастинація» (37%). У цьому разі психологічний сенс їжі дуже близький до попереднього. Однак специфіка цієї категорії полягає в тому, що їжа надає «право на паузу» як можливість перерви, відволікання, розваги, відстрочення. Іншими словами, їжа, надає можливість відкласти на потім те, що не цікаво, спричиняє опір і нудьгу:

- «їжа дозволяє мені хоч на деякий час відстрочити виконання неприємної для мене справи»;
- «коли ситуація вимагає щось зробити, а мені це не цікаво (реферат, курсова, підготовка до модуля та ін.), то тоді я часто роблю перерви в роботі на чашечку чаю з шоколадкою і печенюшками»;
- «найчастіше я переїдаю в тих випадках, коли я стомилася... тоді їжа дозволяє мені не тільки відновити енергію і сили, а й відпочити, розважитися і підбадьоритися»;
- «переважно я переїдаю під час іспитів або інших ситуацій напруження, а «перекус» дозволяє і мізки підживити новою енергією, і перепочити, і спокійно щось обдумати»;

6) «їжа як засіб самопокарання» (11%). Специфічність цієї категорії відображають наступні фрагменти: «їжа дозволяє мені покарати себе..., бо я не заслуговую на щось хороше»; «... думаю, що, коли я наїдаюся до нестями, до нудоти та болю у животі, то я таким чином сама себе караю, бо є за що»; «коли мені погано, я їм..., щоб мені стало ще гірше»;

7) «їжа як засіб відтворення смакового задоволення» (39%):

- «я часто переїдаю саме через надзвичайний смак їжі ... от буває так, що якийсь смак як причепиться., і хочеться його відтворювати знову і знову, і ніяк їм не наситишся»;
- «люблю отримувати смаковий оргазм від вишуканої та пікантної їжі»;
- «взагалі-то, я солодкого не їм, але якщо тортик або тістечка виглядають як шедевр кулінарного мистецтва, за яким вгадується райський і витончений смак, то я можу якось непомітно для себе проковтнути пару-трійку шматочків»;

8) «їжа як засіб комунікації» (75%). Репрезентантами означеного семантичного значення є висловлювання на кшталт: «я часто переїдаю в зв'язку з тим, змушена їсти за компанію ... а ситуацій за компанію виявляється безліч: чоловік прийшов з роботи, діти зі школи, колеги запросили, я прийшла в гості, до мене прийшли гості і їх треба пригостити, і відмовлятися незручно...».

До цієї ж категорії ми включали висловлювання, в яких звучала ідея про те,

що «в нашому суспільстві гарне спілкування не мислиться без посиденьок з їжею та алкогольними напоями – будь-то виїзд на природу або вихід у «світ» (у т.ч. відвідування театру, кіно, цирку, концертів тощо).

9) «їжа як засіб організації власного простору» (34%). У цьому сенсі «їжа», точніше сам ритуал споживання їжі, є своєрідним способом виокремлення «часу для себе» та встановлення границь особистісного простору. Яскравими свідченнями на користь такої специфічної функції їжі є наступні висловлювання:

- «для мене час, коли я їм, це гарантія того, що на певний час в мій особовий простір ніхто не влізе і ніхто не зіпсує мені настрій»;
- «я люблю їсти на самоті, щоб ніхто не ліз зі своїми питаннями та проблемами ... спочатку мої домашні ображалися, але потім звикли»;
- «переважно я, як і всі, харчуюся в колі сім'ї, але люблю я їсти один ... такі хвилини я сприймаю як найбільше блаженство, адже тільки тоді з'являється можливість насолодитися смаком їжі, тишею і спокоєм»;

10) «їжа як джерело спокуси» (27%). Репрезентантами означеної теми є висловлювання, зміст яких вказує, що респонденти всю відповідальність за процес прийому їжі повністю покладають на зовнішню ситуацію. Наприклад:

- «взагалі-то я прагну дотримуватися дієти, але коли прямо перед моїм носом виникає смачна їжа ... то хто ж від цього може втриматися»;
- «та хіба можливо встояти, коли аромат смачної їжі так і лоскоче ніздрі, так і дразнить... у такі моменти яюсь миттю забуваєш усі клятви з приводу дотримання режиму правильного харчування... дієти, обіцянки – все летить в тартарари»; - «їжа – це диявол, що спокушає мене»;

11) «їжа як ворог» (21%). У цьому сенсі їжа описується як засіб, що викликає змішані (амбівалентні) почуття або негативні переживання. Означену тематичну конструкцію репрезентують наступні висловлювання:

- «деякий час я майже постійно борюся з відчуттям голоду, і ця боротьба викликає в мене злість, відчай та безпорадність, бо всі мої зусилля, що спрямовані на те, щоб схуднути, відразу йдуть нанівець, якщо я хоч трохи з їм щось смачніше, ніж нульовий йогурт та парова морква»;
- «з того часу, як я вирішила худнути, більшість продуктів (особливо картопля, хліб та шоколад) стали для мене першими ворогами, тому що за миттєві задоволення від поживи «харчами-табу» мені потім доводиться сплачувати знівеченим тілом – жировими відкладеннями та целюлітом на животі, боках та стегнах ... це так огидно виглядає, що навіть я сама починаю відчувати ненависть до свого тіла»;
- «з одного боку їжа для мене – це ворог, тому що псує мою фігуру, а з іншого – я постійно думаю про неї, переглядаю багато фото з яскравими зображеннями кулінарних виробів, колекціоную рецепти, люблю готувати для родини різні страви, але сама майже не їм, бо це не для мене»;
- «сучасна їжа – це потенційно небезпечний об'єкт, а харчування і власне тіло – об'єкти, що потребують постійного та суворого контролю. Це забирає масу сил та енергії – адже спокуса, у вигляді заборонених продуктів, майже на кожному кроці нашого повсякденного життя, тому контроль над собою не можна втрачати ні на хвилинку».

12) «їжа як об'єкт, що не вартий уваги» (7%). До цієї тематичної конструкції ми включали такі смислові елементи, у яких їжа, на думку респондентів, розглядається

«як низинна фізична потреба», що не варта особливої уваги та часу, тому що «кожна хвилина життя людини повинна приносити якусь користь, а такі фізіологічні потреби, як їжа та сон, є марним витрачанням часу, якого і так завжди ні на що не вистачає».

- *«я люблю споживати їжу та одночасно читати. У нашій родині під час їди всі читають. Батько казав, і я з ним повністю згодна, що витратити так багато часу «просто на їжу» - це не раціонально, адже в житті так багато всього треба встигнути »;*

- *«моє ставлення до їжі абсолютно протилежно тому, що було у мене в сім'ї. Моя бабуся готувала дуже смачно, різноманітно і кожен день три рази на день. Для мене це взагалі неприйнятно. Як можна витратити таку кількість часу, грошей і праці на їжу? Для мене це абсурд є маса більш важливіших справ. Зараз я живу сама в гуртожитку і не готую собі взагалі нічого. Моя їжа – це йогурт, кефір та чай з печивом».*

- *«в моїй родині ніхто і ніколи не морочився – ні з приготуванням їжі, ні з процесом її споживання. І бабуся, і мама завжди казали, що в житті є маса більш цікавих занять. Зазвичай я харчуюся на під час ходи, бо це економить час, якого мені майже завжди не вистачає».*

Отже, вивчення психологічного сенсу їжі (як внутрішнього індивідуального семантичного коду) дозволяє зрозуміти специфіку індивідуальних «відносин з їжею» та його вплив на формування перекручених патернів харчової поведінки.

Узагальнення результатів дослідження дозволяє дійти висновку, що різноманітні форми харчового насильства, прямі та непрямі способи примусу до харчової активності або її блокування виявляються в ігноруванні дорослими смакових уподобань дитини, її бажання/небажання та готовності/неготовності приймати їжу.

Виявлено, що суб'єктивне сприйняття школярів та студентів відображає високу насиченість маніпулятивних та прямих засобів примушування, які застосовували їхні батьки задля впливу на їх ХП у ситуації споживання їжі.

Серед конкретних маніпулятивних технік, як способів впливу на ХП, найбільшу частотність отримали тактики заохочення, спонукання, обіцянок винагороди, схвалення, визнання, застереження, переключення уваги, а також прийоми навіювання, метафоричного образного порівняння, емоційного впливу та ін. Серед прямих засобів впливу найбільшу частотність отримали наступні тактики та прийоми примушування: заборона, обмеження, відторгнення, деструктивна критика, залякування, позбавлення різноманітних форм задоволень тощо.

Вважаємо, що особливості суб'єктивної картини життєвого шляху досліджуваних опосередковано розкривають «прогалини» у домінуючій системі переконань їхніх батьків щодо приймання їжі, зокрема, щодо *необхідності примусового впливу* на дітей у ситуаціях вибіркової відмови від їжі або, навпаки, її надмірного спожи-

вання. На нашу думку, саме «прогалини» у системі переконань батьків провокують дорослих до реалізації *заохочувально-примусової та репресивно-забороняючої стратегії впливу* щодо дітей у ситуації приймання їжі, які реалізуються через конкретні тактики і прийоми та спричиняють у дітей яскраві дискомфортні переживання.

Результатом такого імперативного впливу є виникнення та подальше підсилення у дітей почуття приниженості та власної меншовартості. За цих умов, і «ситуація приймання їжі», і «відносини», які в ній складаються, наповнюються конкретним змістом, який супроводжується специфічною емоційною оцінкою та психологічним сенсом: *«неважливо «що», «скільки» та «коли» хочу з'їсти я, важливіше, що з цього приводу вважають дорослі (мама, тато, бабуся, дідусь, вихователь та ін.)*.

Багаторазове відтворення ситуації зовнішнього тиску у «зв'язці» з прийманням їжі за типом ритуалу або ритуалізованої діяльності «запускає» механізми психологічного захисту, які дозволяють внутрішньо прийняти ситуацію харчового насильства та знизити психоемоційне напруження. Таким чином, у дитини формується специфічний досвід проживання такої ситуації. *Характерними особливостями такого досвіду є переживання безпорадності, безнадійності, безвиході та неможливості контролювати події власного життя*.

Іншими словами, ідеться про формування стану набутої безпорадності та песимістичного стилю мислення. Особливості стану та стилю мислення обумовлюють специфічність переконань та схильність до негативного інтерпретування подій («у мене немає можливості з цим впоратися», «спиратися безглуздо», «все марно», «я слабка людина» тощо). Своєю чергою, особливості стану та стилю мислення детермінують специфічну форму реагування в ситуаціях зовнішнього тиску – стратегію уникнення (як стратегію відмови від вирішення проблеми заради збереження «комфортного» стану, керуючись ідеєю «щоб не було гірше»). На тлі звичного ігнорування власних фізіологічних відчуттів і психоемоційних переживань формується *стратегія підпорядкування «могутньому дорослому» (авторитету)*, що супроводжується втратою почуття власної гідності, ініціативності, самостійності, віри в себе і власні можливості. У таких випадках дитина *втрачає мотивацію до розширення сфери своєї активності та «змушена» концентруватися на відчуттях задоволення або*

незадоволення в їх взаємозв'язку з ситуацією приймання їжі та власної маси тіла, що сприяє фіксації на специфічних стратегіях уникнення реальності, зокрема, на перекручених патернах ХП у континуумі «обмеження в їжі – переїдання».

Означена ритуалізована стратегія уникнення є непродуктивною щодо особистісного розвитку/зростання, оскільки фактично є «відмовою від себе» (від власних потреб, цінностей, бажань тощо). Однак, у ситуації «харчового насильства» стратегія уникнення дозволяє дитині впоратися з психоемоційним напруженням, що виникає в ситуації зовнішнього тиску. При цьому *засвоєна поведінкова стратегія екстраполюється на інші подібні конфліктні ситуації*. Ідеться про такі ситуації зовнішнього примусу, які для вирішення конфлікту вимагають від суб'єкта певної автономності та спрямованості на подолання труднощів (наприклад, в ситуаціях, коли необхідно заявити про себе, відстояти власні інтереси, потреби, бажання – перед партнером, лідером групи, вчителем тощо).

У дитини, яка звикає підкорятися значущому дорослому в ситуації приймання їжі, енергія конфліктних переживань, замість того, щоб бути витраченою на подолання перешкод та вирішення конфлікту, наче «заморожується» у тілесності у метафоричний контейнер несвідомого, що дозволяє певний час не відчувати емоційний біль. Акумуляція негативних переживань «у зв'язці» зі специфічними смислами їжі формують викривлені патерни ХП. Останні, з одного боку, є неконструктивними способами подолання конфліктів та досягнення автономності, з іншого – викривленими способами самопрезентації, які «не дозволяють» індивіду усвідомити свої «відносини з їжею».

Викривлені стратегії харчової поведінки («обмеження в їжі», «переїдання» або їх поєднання «переїдання-обмеження-переїдання»), зливаючись з переживаннями задоволеності-незадоволеності собою, підсилюють негативне самовідчуття «Я» (відчуття власної неправильності, меншовартості, нікчемності тощо) та перетворюються в інструмент самозаохочення або самопокарання. Зокрема, у групі респондентів з реальною зайвою вагою та бажаних знизити свою вагу, нами була виявлена, на перший погляд, парадоксальна поведінка, що властива певній частині досліджуваних (37%), як реакція на ситуацію «соціальної поразки» (після «провального» виступу на змаганнях, академконцерті, недостатнього рівня компетентно-

сті у ситуаціях контролю знань, умінь, навичок, конфлікту з близькими людьми тощо). Незвичайність/специфічність цієї реакції в тому, що на тлі негативних переживань внаслідок власних помилок та невдач виникає «потреба» покарати себе їжею, тобто переїданням, як перевіреного засобу здатного посилити емоційний та фізичний дискомфорт, що є своєрідним актом аутоагресії з прихованим підтекстом: «я бездарна, лінива, тупа невдаха, а до того ж ще й ненажера».

Таким чином, ми вважаємо, що *ситуація приймання їжі, що супроводжується примусом*, є специфічною соціальною ситуацією розвитку, що не дає можливості сформувати у дитини необхідні навички «впізнання» та диференціації власних потреб, не тільки харчових, але й особистісних (таких як почуття цінності самої себе). При цьому «*негативну зарядженість*» отримує не тільки «*ситуація приймання їжі*», але й «*ставлення до батьків*». У подальшому негативна зарядженість обумовлює або *надмірне дистанціювання від них, або надмірну залежність від їхньої думки* (щоб бути хорошим, треба догоджати батькам, «добре їсти», «дотримуватися дієти» та не звертати увагу на власні відчуття). Іншими словами, ситуація харчового насильства, як багаторазове ігнорування дорослими харчових потреб та психофізіологічних переживань дитини, обумовлює формування таких патологічних процесів тілесності, які зміщують функціонування у бік різноманітних порушень. Серед них найважливішими є:

- надмірна фіксація на власних «знакових» індивідуальних кодах їжі як специфічної системи семіотичних смислів, що зміщує акценти сприйняття їжі (як з «джерела поживних речовин та енергії» на інші психологічні смисли їжі), що проковує перекручення патернів харчової поведінки та створює передумови для формування проблемних стратегій ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі»;

- надмірна фіксація досліджуваних на харчовій активності, що блокується, карається або штучно стимулюється, а також на критичних зауваженнях Інших щодо ваги, розмірів та об'ємів тіла, що зумовлює закріплення та домінування у репертуарі поведінки неконструктивні способи подолання труднощів та досягнення автономності. Такими неконструктивними способами відходу від реальності є викривлені патерни харчової поведінки обмежувального, екстернального та емоціогенного типів, а також клінічні форми розладів харчової поведінки;

– дистанціювання (відчуження, відсторонення, дисоціації) від дискомфортних відчуттів у тілі, що зумовлює різноманітні порушення контакту з власним тілом, зокрема, втрату здатності до диференціації різних тілесних відчуттів, передусім, відчуттів голоду та ситості як основних регуляторів харчової поведінки у системі «голод – апетит – їжа – насичуваність – насичення – ситість»;

– відчуття власної «меншовартості» як специфічний досвід переживання безпорадності та базової основи глобальної незадоволеності відносинами з «Іншими», «тілом», «їжею», «собою» та життям загалом.

Викладена нами позиція узгоджується з даними наукових досліджень (О. А. Демчук, Т. І. Дучимінська, В. С. Ротенберг, В. В. Аршавський, С. М. Бондаренко, Д. О. Цирінг, І. В. Пономарьова та ін.), в яких розглядається вплив сім'ї та найближчого оточення на формування життєвого сценарію дитини, зокрема вплив негативних посилів на розвиток стану набутої безпорадності [103; 121; 339; 340; 435]. При цьому особистісна безпорадність розглядається як *втрата людиною віри щодо власної ефективності* (М. Е. Р. Seligman, К. Reivich, Л. Jaycox, J. Gilham та ін.) [647]; як *порушення мотиваційної характеристики людини* (Д. О. Цирінг, І. В. Пономарьова та ін.) [435].

Вищезазначене дозволило дійти висновків щодо необхідності формування у дітей і дорослих здоров'язберігаючої компетентності (ЗЗК) як базової основи гармонійного розвитку харчової поведінки. Важливими аспектами ЗЗК є:

- формування компетентності щодо викривлених патернів харчової поведінки в континуумі «обмеження в їжі – переїдання» як до специфічної поведінки, за якою маскується звична стратегія уникнення реальності в ситуаціях зовнішнього тиску, що «звільняє» від необхідності розв'язувати психологічні проблеми та «змушує» індивіда відмовитися від себе (задоволення своїх потреб, реалізації своїх бажань, цілей тощо, заради помилкового відчуття комфорту);

- формування компетенцій, які допомагають вивільнити «заблоковану» енергію конфлікту та ініціювати продуктивні форми активності. Серед різних форм активності, найбільш корисними щодо нормалізації харчової поведінки, є: а) усвідомлення та прийняття відповідальності за реалізацію власних потреб, бажань, емоцій, життєвих цілей і завдань; б) оволодіння методами і прийомами

саморегуляції, що дозволяють освоїти ефективні способи самонастроювання на досягнення поставлених цілей і завдань життєвого шляху, розвивати здатність витримувати складні ситуації та надзвичайно інтенсивні емоційні стани; в) розширення репертуару копінг-стратегій (як активних стратегій подолання та вирішення складнощів, які виникають у контексті життєвого шляху) з метою підвищення життєстійкості особистості та формування самовідчуття «я можу долати і самотійно вирішувати життєві складнощі», «можу досягати успіху і реалізовувати власні наміри» (див. 6 розділ та статті [548; 549; 550; 553]).

Необхідність формування здоров'язберігаючої компетентності (ЗЗК) як базової основи гармонійного розвитку харчової поведінки також зумовлена тим, що обізнаність та виконання дій не є тотожними. Так, при аналізі відповідей шкільної та студентської молоді на запитання «Анкети дослідження особливостей харчової поведінки» (див. дод. Б, пункт 19) нами було встановлено, що всі 100% респондентів загалом добре інформовані про те, які категорії продуктів є шкідливими та чому. Наведемо деякі приклади відповідей респондентів, які в цілому відображують різний рівень обізнаності: «мама говорить, що ковбаси й сосиски незрозуміло із чого зроблені, там купа шкідливих добавок, які псують шлунок» (К. М., 14 років); «чіпси, сухарики й кока-кола шкідливі, тому що це нездорова їжа» (В. Т., 16 років); «у процесі обсмажування в чіпсах утворюється велика кількість канцерогенів – речовин, які провокують рак» (А. К., 19 років); «Смажені пиріжки, біляші, чебуреки, картопля-фрі, гамбургери, хот-доги, шаурма та ін. містять велику кількість вуглеводів, холестерину, солі й жиру, при тривалому споживанні такі продукти викликають захворювання органів травлення, нудоту і печію» (С. Н., 21 рік); «Фастфуд – це прямий шлях до ожиріння» (А. Д., 20 р.).

Однак на запитання: «Чи споживаєте Ви шкідливі продукти? Якщо «так», то чому?» – 89% школярів та 75% студентів відповіли «так», аргументуючи тим, що «це смачно» або «тому, що зараз усі продукти шкідливі», або «натуральних, чистих продуктів взагалі не існує». Крім того, 7% дітей підліткового віку, незважаючи на досвід госпіталізації із приводу ацетонемичного кризу (на тлі споживання чіпсів, солодкої газованої води тощо) все-таки іноді купують заборонені продукти приховуючи це від батьків. За результатами опитування щодо споживання шкід-

ливої їжі та її негативного впливу серед школярів і студентської молоді було визначено, що незважаючи на обізнаність щодо негативних наслідків споживання певних продуктів, більшість досліджуваної молоді (89% школярів та 75% студентів) не вважають потрібним відмовлятися від цих продуктів.

4.1.3 Особливості батьківських переконань і тактик контролю харчової поведінки дітей в ситуації прийому їжі. Аналіз біографічної інформації наративного характеру (на основі есе школярів та студентів на тему «Мої відносини з їжею») продемонстрував *значущість впливу батьків та інших дорослих на формування особливостей харчової поведінки дітей*. Це зумовило необхідність дослідження різноманітних установок (думок, суджень, уявлень) дорослих про необхідність контролю харчової поведінки дитини та застосування ними засобів впливу «у ситуації приймання їжі». Виходячи з мети дослідження нами було проведено опитування батьків та інших родичів, які активно беруть участь у вихованні дітей шкільної вибірки (N = 282). Позиція дорослих досліджувалася на основі даних анкети, розробленої нами, яку вони заповнювали на батьківських зборах (див. додаток В). В опитуванні взяли участь 238 респондентів (з них: матерів – 122 особи, що складає 51% від загальної вибірки; бабусь – 38 осіб – 6%; батьків – 63 особи – 26,7%; дідусів – 15 осіб – 6,3%). 32 особи – не з'явилися на батьківські збори, 12 – відмовилися заповнювати анкету.

Аналіз результатів опитування дорослих виявив (див. рис. 4.15), що 23% дотримуються переконання, що в ситуації приймання їжі необхідно враховувати смакові уподобання і побажання дитини щодо їжі та ніколи не намагаються керувати дитиною під час приймання їжі.

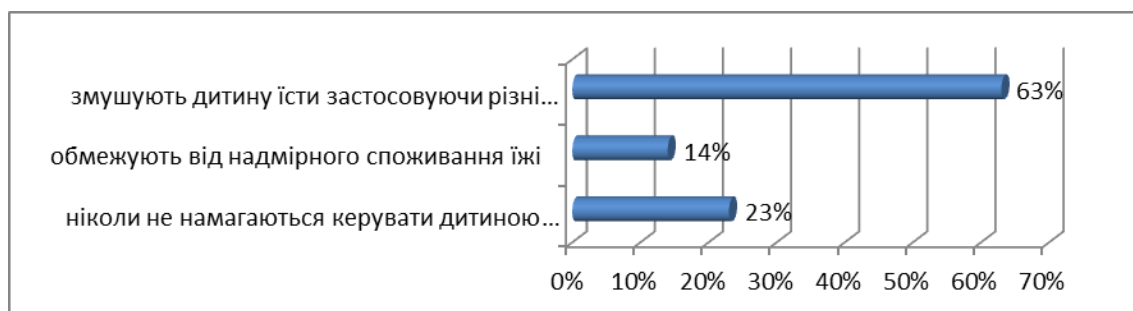


Рис. 4.15. Розподіл відповідей батьків щодо необхідності застосування засобів примушування з метою зміни харчової поведінки дитини

14% батьків відзначили, що їм, навпаки, доводиться контролювати кількість і якість їжі, що споживається їхніми дітьми (тобто стримувати непомірний дитячий апетит, зокрема втримувати від надмірного споживання кондитерських і здобно-булочних виробів, солодких газованих напоїв тощо).

Більшість батьків (63%) сприймають ситуацію приймання їжі як сувору об'єктивну необхідність у якій їм доводиться застосовувати різні засоби впливу на дитину з метою змінення її харчової поведінки, зокрема, змушувати їсти, незважаючи на протест та заперечення дитини.

Отже, 77% батьків вважають, що для того, щоб створити умови для оптимального розвитку дитини, зберегти та зміцнити її здоров'я, вони змушені застосовувати ті або інші засоби впливу щодо ХП дитини. Серед аргументів (як категорій особистісного змісту), що *виправдовують позицію примушування дитини до споживання їжі всупереч її бажанню*, виокремлено чотири категорії: (див. рис. 4.16):

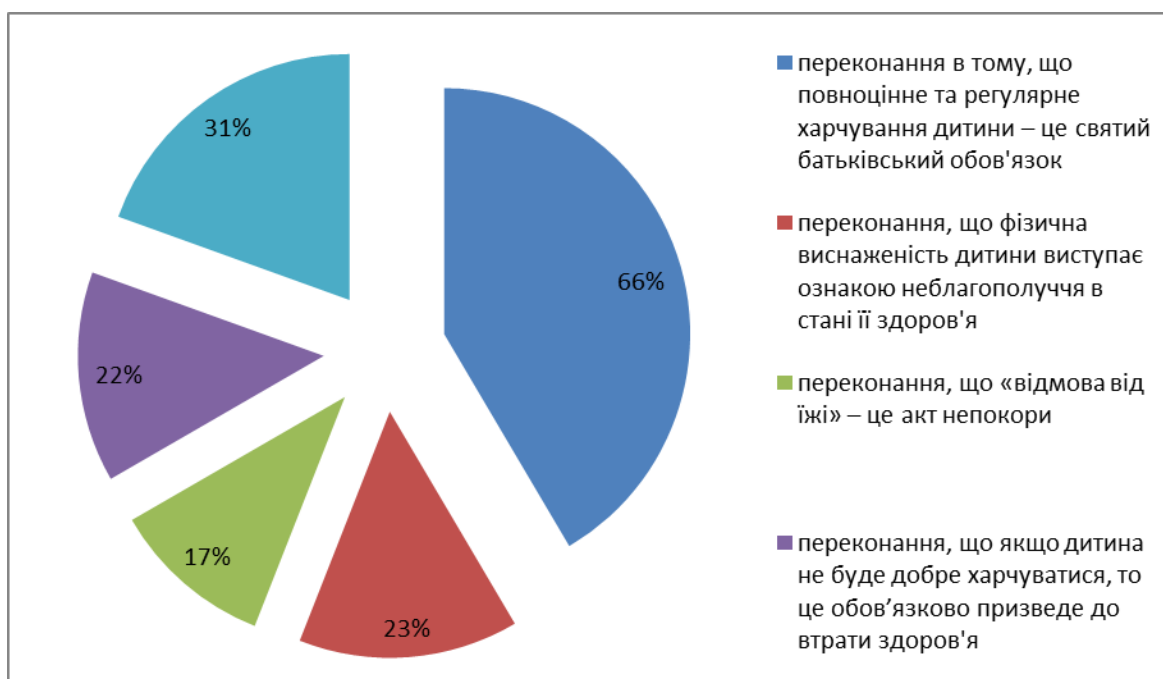


Рис. 4.16. Категорії особистісного змісту позицій батьків, що виправдовують їхню позицію примушування дитини до споживання їжі всупереч її бажанню

Примітка: сума перевищує 100%, оскільки батьки могли обрати декілька пунктів.

а) переконання в тому, що фізична виснаженість дитини є ознакою неблагополуччя в стані її здоров'я. До цієї смислової категорії, ми також включали комплементарні висловлювання батьків, де зазначалася ідея про те, що

«ситість» та «вгодованість» є ознаками здорового та міцного організму. Означену позицію обрали 23% опитаних дорослих;

б) переконання в тому, що повноцінне та регулярне харчування дитини – це святий батьківський обов'язок, підтримало 66% опитаних дорослих. Якісну своєрідність цієї позиції розкривають наступні висловлювання:

- *«якщо нашу дитину не змушувати їсти, то вона взагалі ніколи б не їла, або харчувалася б винятково харчовим сміттям»;*

- *«у дитячому та підлітковому віці діти повинні дуже добре їсти, оскільки вони ростуть, багато рухаються й витрачають багато енергії. Однак самі вони ще не здатні правильно організувати свій режим харчування в силу самих різних причин (елементарної неорганізованості, байдужного ставлення до власного здоров'я, викривлених уявлень про правильне харчування, відсутності чутливості до потреб тіла та ін.), тому без примусу в цьому питанні ніяк не обійтися».*

в) переконання в тому, що «відмова від їжі» – це акт непокори (бажання продемонструвати свій характер, гра на нервах, примхи тощо), проти чого батькам необхідно висувати контрзаходи, щоб не допустити потурання дитячим примхам. Цю позицію підтримало 17% опитаних дорослих.

г) переконання в тому, що, якщо дитина не буде добре харчуватися, то це обов'язково призведе до втрати здоров'я. Зазначена позиція була виявлена у 22% опитаних дорослих. Підтвердженням такої точки зору є наступні висловлювання: «наш син і так занадто худий, якщо йому ще дозволити харчуватися як йому заманеться, то він зовсім протягне ноги»; «на нашого – без сліз не глянеш, одна шкіра та кістки, незрозуміло навіть у чому душа теплиться», «...занадто слабенька», «занадто часто хворіє» тощо.

Частина дорослих (31%) зазначили, що, в ситуації майже постійної відсутності апетиту у дитини головне – *змусити її хоча б щось з'їсти, а те, яким чином це вдалося, зовсім не важливо*. Обґрунтовуючи свою точку зору, батьки наводили різні аргументи, основний зміст яких зводиться до переконання в тому, що для забезпечення повноцінного життя та гідного існування необхідно гарно й смачно їсти (тобто, «свята мета» виправдовує застосування будь-яких засобів). Подібна позиція знайшла відображення в наступних висловлюваннях:

- *«... на жаль, іноді доводиться змушувати, тому що по-іншому ніяк...»;*

- *«що ж зробиш, якщо наше чадо завжди не має апетиту»;*

- *«єдиним засобом впливу, щоб змусити нашу дочку що-небудь з'їсти, є тільки погрози покарання»;*

- «коли мені набридло майже постійно чути від сина «це я не хочу», «це я не буду» я припинив вмовляти, пояснювати та погрожувати. Набагато ефективнішим виявився дідівський засіб – потиличники. З того часу «страждання над їжею» відразу припинилися»;
- «як кажуть, мета виправдовує засоби... і взагалі, навіть у Біблії сказано: «не шкодуй різок для чада свого» або «хто шкодує різку свою, той ненавидить чадо своє».

Аналіз відповідей батьків, котрі були занепокоєні специфічними проявами харчової поведінки власної дитини (зокрема у спектрі «переїдання – відмова від їжі»), виявив, що у різні вікові періоди дитини дорослі віддають перевагу різним методам впливу з метою змінення ХП дитини (див. рис. 4.17 та 4.18).

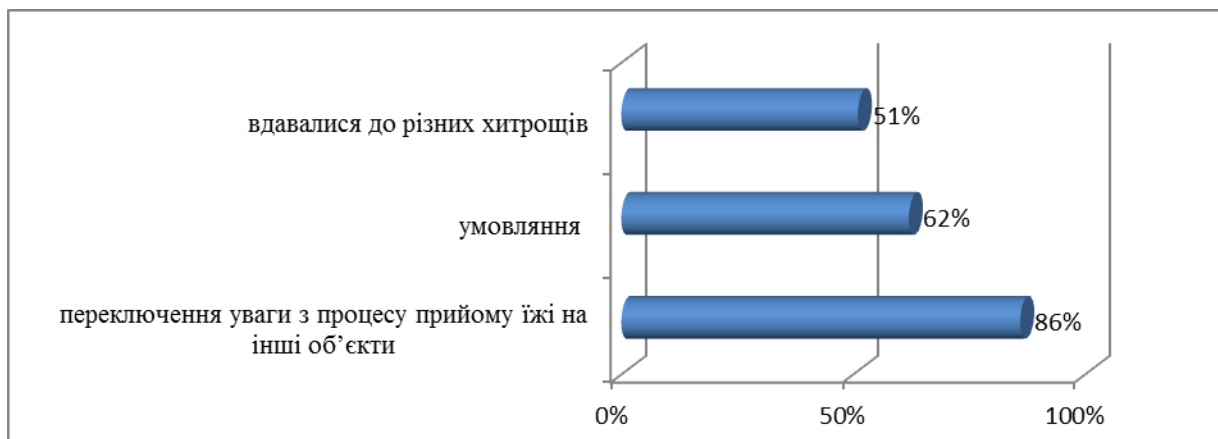


Рис. 4.17. Тактики впливу дорослих з метою зміни харчової поведінки дитини у дошкільний період життя

Так, у дошкільний період життя батьки найчастіше застосовують наступні тактики впливу (див. рис. 4.17):

- переключення уваги з процесу прийому їжі на інші об'єкти – перегляд мультфільмів, розповідання історій тощо (86%);
- умовляння (62%);
- вдавалися до різних хитрощів: готували страви з «секретом» (суп-пюре, млинці з гарбуза, моркви, шпинату); пропонували відвідування цікавих місць відпочинку, парку розваг, обіцяли придбати найбажаніші ласощі, речі тощо (51%).

У шкільний період життя найбільш популярними тактиками впливу з метою зміни ХП дітей (понад 50%) виявилися наступні (див. рис. 4.18): застереження у вигляді історій про можливі негаразди у стані здоров'я внаслідок регулярного недоїдання або переїдання (84%); звинувачення, докори, звертання до почуття відповідальності за власне здоров'я, присоромлювання (71%);

критика фігури (маси тіла, зовнішності), особливостей харчових звичок і стилю харчування, особливостей поведінки за столом (63%).

Значущо рідше зустрічаються згадування про використання покарань у виді позбавлення їжі (23%) або яких-небудь інших задоволень неїстівного характеру (31%), наприклад: заборона дивитися телевізор, користуватися планшетом і телефоном з метою гри; заборона прогулянок; скасування або погроза скасування обіцянок щось купити, запланованих цікавих заходів, розваг будь-якого роду тощо.

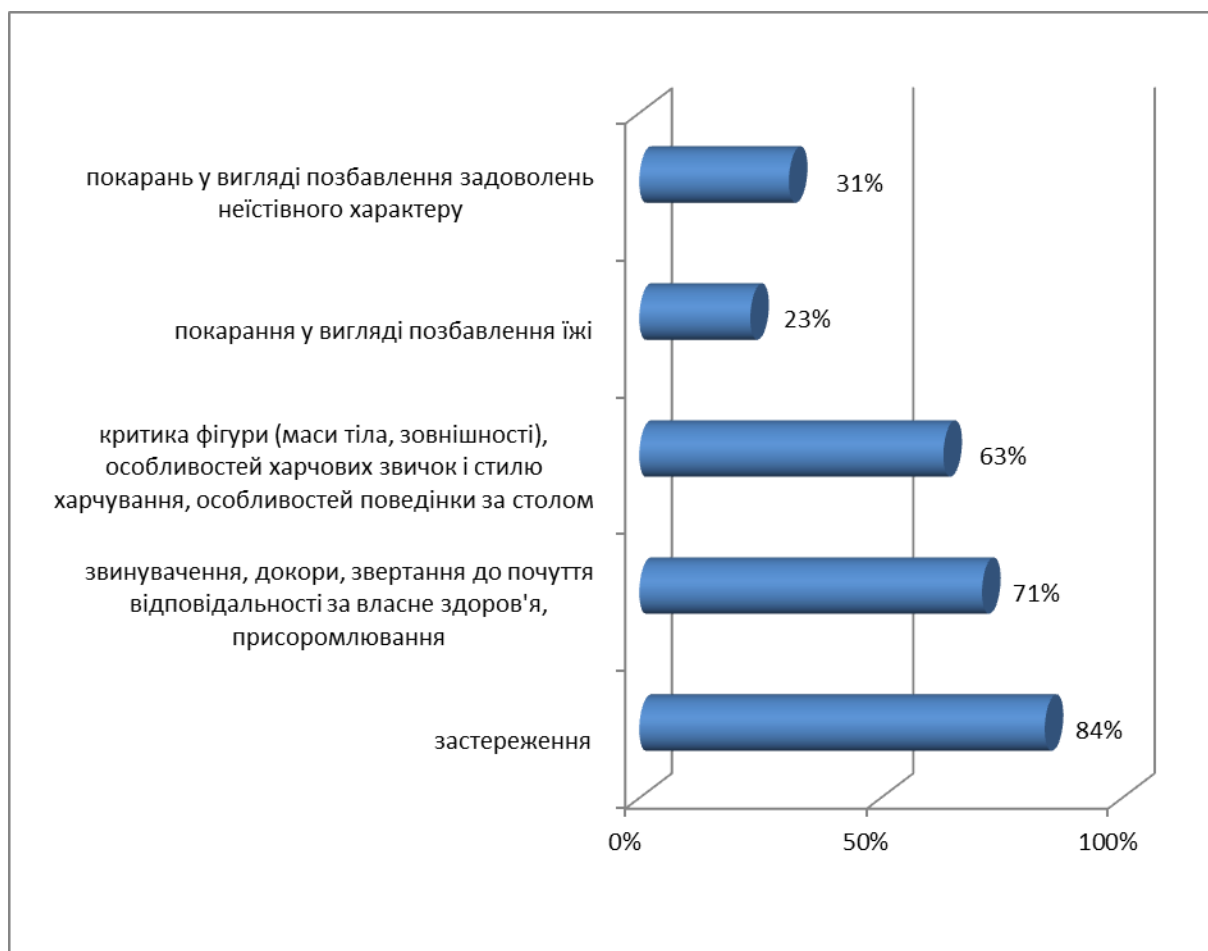


Рис. 4.18. Тактики впливу дорослих з метою зміни харчової поведінки дитини у шкільний період життя

Узагальнюючи результати аналізу, зазначимо, що незважаючи на досить широку варіативність методів впливу на ХП дітей у ситуації приймання їжі, більшість із них обумовлюють формування викривлених «відносин з їжею», незадоволеність собою та життям загалом, негативізм у відносинах із близькими та ін., що особливо яскраво виявляється в підлітковому віці й закономірно фіксує на ексцентричних

формах ХП (як способах, які суб'єктивно допомагають знизити психічну напругу). Отже, виявлені особливості батьківських переконань і тактик контролю харчової поведінки дітей у ситуації приймання їжі *вказують на недостатню компетентність батьків* щодо основ психології харчової поведінки та психології розвитку. Це визначає мету та завдання психопрофілактичної роботи, спрямованої на підвищення батьківської компетентності як визначального чинника гармонічного психосоматичного розвитку дитини, зокрема розвитку її здоров'язбережувальної ХП як основи цілісного здоров'я з урахуванням особливостей усіх етапів онтогенетичного розвитку (сомато-, психо-, соціо- та екзистенціалгенезу). Це передбачає обізнаність батьків не тільки в галузі організації здорового (раціонального, правильного) харчування, але і в інших галузях повсякденної життєдіяльності й становлення дитини. Зокрема, *здоров'язбережувальна батьківська компетентність* передбачає розуміння відмінностей між *індивідними (вродженими)* особливостями протікання фізіологічних процесів, біоритмів тощо та *індивідуальними (особистісними)* особливостями формування харчових уподобань, патернів харчової поведінки, а також розуміння та врахування соціально-зумовлених процесів зростання, гендерних особливостей, природи й характеру кризових явищ у різні періоди життя дитини тощо. Важливою складовою здоров'язбережувальної батьківської компетенції (ЗЗБК) ми вважаємо *підвищення компетентності щодо модулювання проблемною харчовою поведінкою дитини*. Під модулюванням ми розуміємо нормалізацію проблемної харчової поведінки дитини не за рахунок встановлення жорсткого контролю над нею, а за рахунок активної реконструкції взаємин у родинних стосунках. Перебудова стосунків у сімейній системі «дорослі – дитина» потребує від батьків, насамперед, визначення, усвідомлення та виключення хибних форм взаємодії, які панують у родині та можуть мимоволі провокувати, підтримувати й фіксувати проблемні патерни ХП дитини, як форми відхилення поведінки й реагування на конфлікти у мікросоціумі (зокрема через зіткнення інтересів, мотивів, потреб, позицій, поглядів, нетактовної поведінки, образливих зауважень тощо).

Блок ЗЗБК характеризується єдністю стійкої мотивації на підтримку здорового харчування та нормалізацію ХП (*ціннісно-мотиваційний аспект компетенції*), відповідних знань щодо раціонального харчування та здорового

способу життя, що є складовими цілісного здоров'я (*когнітивно-рефлексивний аспект компетенції*), умінь і досвіду щодо організації здорового харчування та підтримки здорових патернів ХП (*поведінковий аспект компетенції*). Іншими словами, підвищення батьківської компетентності щодо модулювання проблемною ХП дитини орієнтує на *здоров'язбережувальну* та *здоров'ярозвивальну* діяльність усіх членів родини. Особливість цієї діяльності полягає в організації такого сімейного простору, який допомагає дитині взяти відповідальність за вибір домінуючої стратегії харчової поведінки й піклуватися про себе самостійно (бо саме це є основою підтримки усіх рівнів цілісного тілесного здоров'я – соматичного, психічного, соціального та духовного).

Окрім цього, вважаємо, що з урахуванням сучасних умов життя та специфічності досліджуваної проблеми, первинна профілактика проблемної харчової поведінки має бути спрямована на визначення дисонансних тенденцій, що у точках біфуркації можуть спровокувати зрушення системи у бік формування патологічних патернів ХП та їх соматичних еквівалентів у вигляді порушення ваги й інших серйозних ускладнень, що зумовлює зміну усталеного режиму самоорганізації у системі тілесності та її перехід на новий рівень упорядкованості та функціонування. Отже, визначення дисонансних тенденцій вимагає пильної уваги з боку фахівців різного профілю (психологів, педагогів, соціологів тощо). Відповідно, це потребує відмовитися від одноплосчинного сприйняття розладів харчової поведінки лише з позицій суто медичного (психіатричного) підходу.

Реальна допомога (через організацію психолого-педагогічної та соціальної підтримки дітям і батькам) у подоланні індивідуальних труднощів, що виникають у процесі життєдіяльності, підвищенні стресостійкості до різних несприятливих факторів макро- і мікросередовища, дозволить блокувати фіксацію на проблемній ХП (див. розділ 2 та публікації [519; 560]). Іншими словами, люди, яким властиві неадекватні патерни харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та їхні близькі родичі потребують комплексної допомоги, зокрема, психологічної, соціальної, духовної, медичної. Вважаємо, що саме такий підхід до пропедевтики розладів ХП дозволить значно знизити ризик розвитку дисгармонійних патернів ХП.

На сьогодні, незважаючи на збільшення кількості людей, які мають викривлені патерни ХП та їх негативні наслідки у формі порушення маси тіла, поняття «про-

педевтика проблемної харчової поведінки», відсутнє. Водночас, окремі питання пропедевтики проблемної ХП розглядаються в інших областях наукового знання, зокрема: «Психіатрична пропедевтика», «Дитяча психіатрична пропедевтика», «Пропедевтика дитячих хвороб», «Пропедевтика девіантної поведінки», «Пропедевтика культури здоров'я» та ін. Однак, враховуючи специфічність проявів викривлених патернів ХП та їх тяжких наслідків у межах власної тілесності, зокрема, саморуйнування, що відбувається при клінічних варіантах проблемної ХП, виникає необхідність у розробці пропедевтичних програм щодо окресленої проблеми.

Ми розуміємо об'єктивні труднощі реалізації *тренінгів батьківської компетенції* як конкретної форми пропедевтичної роботи з батьками дітей із групи ризику, тобто дітей з високим ризиком розвитку розладів ХП та порушень ваги, що виявляють результати скринінгової діагностики. Втілення такого пропедевтичного проекту в життя – це, безумовно, і масштабний, і витратний профілактичний проект, який вимагає державної підтримки у вигляді довгострокових матеріальних інвестицій, а також підготовки спеціальних експертів. При цьому ми усвідомлюємо, що розтягнутість проекту у часі на кілька років та помірний рівень очікуваного соціально-психологічного ефекту від реалізації проекту, трохи знижує його привабливість. Однак, з іншого боку, різноманітні форми проблемної ХП, які маніфестують у підлітковому та юнацькому віці у вигляді викривлених патернів харчової поведінки та порушень ваги (своєрідного соматичного еквівалента ХП), досить часто залишаються нерозв'язною проблемою людини впродовж усього наступного життя. За цих обставин фізичний і психічний стан на тлі приєднання різних ускладнень і важких захворювань з роками суттєво погіршується, що зумовлює закономірну втрату працездатності та ранню смерть.

У межах запропонованої синергетичної моделі такий розвиток хвороби (від її початку до явних клінічних форм) відповідає динаміці переходу від «ініціального фракталу» (де викривлені патерни харчової поведінки фіксуються як внутрішня потреба та зумовлюють деформацію ваги як їх соматичного еквіваленту) до фракталу «розгорнута клінічна картина та кінцевий результат». Враховуючи важкі наслідки, проблемну ХП можна розглядати як чинник непрямого (медико-

біологічного) збитку економіці країни, і це, нам здається, вагомий аргумент на користь витрат на профілактику проблемної харчової поведінки.

Узагальнюючи матеріал за результатами цієї частини дослідження викладемо основні наші умовиводи:

- Надмірна фіксація на власних індивідуальних смислах їжі як специфічної знаково-семіотичної системи зміщує акценти сприйняття їжі як джерела енергії на інші психологічні смисли їжі, виконуючи функцію атрактора-метапрограми, що детермінує виникнення проблемних стратегій ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі». З'ясовано, що проблемна харчова поведінка, що артикулюється нами як викривлені «відносини з їжею», приховує різноманітні нерозв'язані психологічні проблеми повсякденної життєдіяльності автора-респондента, які потребують психотерапевтичної корекції. Насамперед, це афективно заряджені проблеми відносин зі значущими близькими у ракурсі ситуації приймання їжі та неадекватного ставлення до їжі, свого тіла, себе як до особистості.

- У батьківській родині достатньо часто виникають ситуації примушення/насильства під час прийому їжі, які детермінують травматичний тілесний досвід, що супроводжується неприємними почуттями щодо себе (сорому, провини, тривоги, власної малоцінності тощо) та широкою гамою почуттів щодо дорослих (від образи до ненависті). Разом з тим, батьки в ситуації прийому їжі достатньо часто декларують турботу про дитину, але при цьому вважають потрібним визначати «що», «коли» і «скільки» необхідно з'їсти дитині, ігноруючи її смакові уподобання, фізіологічні відчуття, готовність/неготовність і бажання/небажання приймати їжу. При цьому дозволяють собі принижувати й ображати дитину, висловлюючи уїдливі вразливі репліки щодо її зовнішності або харчових звичок.

- Застосовування батьками різноманітних «технологій відволікання» з метою впливу на харчову поведінку дитини формує у дітей: а) специфічний стереотип поведінки, характерною рисою якого є спрямованість уваги на інші види діяльності («більш цікаві, більш значущі, ніж їжа»). Наслідком такого стереотипу є звичка приймати їжу «без уваги», а отже, без усвідомлення багатьох важливих психологічних компонентів, які супроводжують процес приймання їжі. Відсутність усвідомлення процесу споживання їжі зумовлює зниження емоційної та фізіологічної чутливості, здатності до розрізнення відтінків смакових відчуттів,

можливості отримувати задоволення від характеристик їжі (її смаку, запаху, консистенції, кольору) та процесу прийняття їжі загалом. Відсутність фокусу уваги на процесі приймання їжі є одним із механізмів, що зумовлює регулярне переїдання, оскільки поза фокусом уваги, а отже, поза усвідомленням залишаються такі важливі механізми контролю харчової поведінки, як «відчуття насиченості» та «відчуття ситості»; б) специфічну емоційну програму у вигляді установок емоційного реагування та ригідних поведінкових патернів на негативні переживання, які первинно виникають «у зв'язці» із ситуацією приймання їжі.

- Під час повсякденної комунікації «їжа» включається в знакову систему. За цих умов процес прийняття їжі, окрім свого основного значення (джерела поповнення поживних речовин і енергії), сам стає знаком – носієм специфічних індивідуальних значень та смислів. Специфічний семіотичний смисл їжі та її споживання є індивідуальним внутрішнім предметним кодом, власною системою психологічних смислів, які формуються як під впливом дорослих, так і під впливом досвіду індивідуальних переживань. Домінування тих або інших смислів обумовлює особливості харчової поведінки в континуумі «норма – патологія».

- Ситуація приймання їжі, яка супроводжується примусом, є специфічною соціальною ситуацією розвитку, що не дає можливості дитині сформувати необхідні навички «впізнання» та диференціації власних потреб, не тільки харчових, але й особистісних (таких, як почуття цінності самої себе). При цьому «негативну зарядженість» отримує не тільки «ситуація приймання їжі», але й «ставлення до батьків». У подальшому негативна зарядженість зумовлює або надмірне дистанціювання від них, або надмірну залежність від їхньої думки (щоб бути хорошим, треба догоджати батькам, «добре їсти», «дотримуватися дієти» та не звертати увагу на власні відчуття). Іншими словами, ситуація харчового насильства, як багаторазове ігнорування дорослими харчових потреб та психофізіологічних переживань дитини, зумовлює формування таких патологічних процесів тілесності, які зміщують функціонування у бік різноманітних порушень. Серед них найважливішими є: а) надмірна фіксація на власних «знакових» індивідуальних кодах їжі, як специфічної системи семіотичних смислів, що зміщує акценти сприйняття їжі (як з «джерела поживних речовин та енергії» на інші психологічні смисли їжі), що

провокує перекручення патернів харчової поведінки та створює передумови для формування проблемних патернів харчової поведінки; б) надмірна фіксація на формах харчової активності, яка блокується, карається або штучно стимулюється, а також на критичних зауваженнях Інших щодо ваги, розмірів та об'ємів тіла призводить до закріплення та домінування у репертуарі поведінки неконструктивних способів подолання труднощів та досягнення автономності (зокрема викривлені патерни харчової поведінки за обмежувальним, екстернальним та емоціогенним типом, клінічні варіанти розладів ХП); в) здатність до дистанціювання (відчуження, відсторонення, дисоціації) від дискомфортних відчуттів у тілі, що виявляється різноманітними порушеннями контакту з власним тілом, зокрема, втратою здатності до диференціації різних тілесних відчуттів, передусім, відчуттів голоду та ситості як основних регуляторів харчової поведінки у системі «голод – апетит – їжа – насичуваність – насичення – ситість»; г) відчуття власної «меншовартості» як специфічний досвід переживання безпорадності та базової основи глобальної незадоволеності ставленням до «себе», «тіла», «їжі», відносинами з «Іншими» та ставленням до життя загалом.

- Виявлені особливості батьківських переконань і тактик контролю харчової поведінки дітей у ситуації приймання їжі вказують на недостатню компетентність батьків щодо основ з організації раціонального харчування та ін. Це визначає певні завдання психопрофілактичної роботи, що мають на меті збереження здоров'я дитини на всіх етапах її онтогенетичного розвитку і попередження відхилень у поведінці шляхом узгодження соціальних ролей, гармонізації відносин з оточенням та духовного розвитку.

4.2 Обґрунтування дослідження впливу проблемної харчової поведінки на трансформації внутрішньої картини життєдіяльності

4.2.1 Вплив негативного тілесного досвіду на трансформацію внутрішньої картини життєдіяльності. Під негативним тілесним досвідом ми розуміємо досвід перебування у ситуації хронічної незадоволеності реальною або уявною зайвою вагою, який супроводжується цілеспрямованим пошуком стратегій зни-

ження ваги, зокрема орієнтацією на викривлені стратегії ХП. При цьому мінімальна тривалість періоду незадоволеності повинна складати не менше півроку.

Стан хронічної незадоволеності власною вагою (реальною або уявною надмірною вагою) спонукає людину або до прийняття ситуації, тобто до прийняття свого зовнішнього тіла, або до пошуку способів зміни поточної неблагополучної життєвої ситуації. Розуміючи очевидний зв'язок між вагою (соматичною характеристикою тіла) та власною харчовою поведінкою (особливими виявами свого «Я»), людина намагається, насамперед, змінити стратегії своєї харчової поведінки. Критерієм успішності в боротьбі з зайвою вагою, природно, вважається зниження ваги. Кінцевий результат цієї боротьби в силу різноманітних причин може бути різним. Успішним результатом є досягнення конкретизованої мети (зниження ваги до бажаної цифри). З цього моменту суб'єкт здебільшого припиняє здійснювати дії, що спрямовані на зниження ваги, і надалі турбується лише про підтримання здорового стилю життя та ваги на сталому рівні. Самооцінка підвищується, відчуття незадоволеності трансформується на відчуття задоволеності вагою, тілом, собою та життям загалом. Тема ваги власного тіла, висловлюючись мовою гештальтпсихології, відходить у фон, а різноманітний світ цінностей дозволяє відчувати насиченість життя.

Однак у деяких випадках відбувається збій. Прагнення до зниження ваги переростає у нужду, як глибоку внутрішню потребу нав'язливого характеру, котра ініціює наполегливий пошук способів схуднення. Здебільшого шлях до схуднення розпочинається з обмеження режиму харчування (кількості їжі, певних продуктів тощо), але подальший розвиток обраної харчової стратегії може призводити до повної відмови від їжі. Спочатку це стосується лише певних продуктів, але поступово внутрішній дискурс «ідеї схуднення» зумовлює виключення з меню все більшої кількості продуктів. Суб'єкт поступово втрачає контроль над своєю харчовою поведінкою. Процес споживання їжі, що в нормі приносить задоволення, сприймається як акт насилля над собою. У подібних випадках ситуація хронічної незадоволеності уявною зайвою вагою плавно переходить (трансформується) у ситуацію хвороби – анорексію – важкого психосоматичного розладу, що призводить до грубих порушень соматичного та психічного рівнів тілесності. Хворі на анорексію

часто підкреслюють, що споживання їжі провокує в них появу сильного болю та різних дискомфортних переживань, які надалі зумовлюють сильну відразу до їжі.

В інших випадках, незважаючи на різноманітні способи і методики схуднення суттєво знизити вагу не вдається. Маса тіла коливається або навіть збільшується, перевищуючи вихідні показники ваги. При цьому люди з надмірною вагою часто констатують, що після певного успішного періоду дотримання дієти, незважаючи на сильне відчуття незадоволеності вагою власного тіла і потужне бажання схуднути, завжди відбувається «харчовий зрив» – переїдання, яке супроводжується болісним почуттям провини. У цих випадках суб'єкт також поступово втрачає контроль над своєю харчовою поведінкою. На тлі зневіри у себе та у можливість виходу із ситуації стратегія переїдання стає звичкою (як влучно зазначив свого часу Дж. Вольпе: «невроз – це погана стійка звичка неадаптивної поведінки, набута в процесі навчіння»).

Однак сценарій розвитку психосоматичного синдрому ХП набуває іншого характеру. Особи, що схильні регулярно переїдати, відзначають труднощі іншого роду – нездатність диференціювати стан насичення і вчасно зупиняти приймання їжі. У подібних випадках ситуація хронічної незадоволеності *реальною зайвою вагою* плавно переходить у ситуацію хвороби – ожиріння, психогенне переїдання, синдром нічної їжі, що ускладнюється додатковими негативними переживаннями щодо себе та власного тіла (почуттям сорому, провини, безпорадності, ненависті тощо).

Проміжне положення займає *булімія* як розлад прийому їжі, що поєднує «стратегії переїдання» та «стратегії обмеження в їжі» на тлі незадоволеності вагою й нав'язливого прагнення знизити вагу через страх погладшати.

Ретельний теоретичний аналіз наукової літератури з тематики дослідження, проведений у першому розділі, дозволив виявити, що дослідження ожиріння та розладів харчової поведінки традиційно розглядаються з позицій різних підходів. Зокрема, ожиріння, вивчається як соматичне захворювання, яке має генетичну та метаболічну природу, відповідно, ефективними засобами лікування вважається дієта, фармакологічні засоби, хірургічне втручання [37; 81; 83; 317; 351]. РХП, з позицій медичного (психіатричного підходу), розглядаються як аутозахворювання

й важкі розлади психіки внаслідок обтяженої спадковості на тлі афективних, тривожних, шизотипічних та інших розладів (Н. І. Долишня, О. К. Кіслова, Н. В. Ковальова, М. В. Коркіна, М. О. Цивілько, В. В. Марілов та ін.). Відповідно, найбільш ефективними способами лікування вважають лікарські засоби, а у випадку кахексії, годування через зонд та своєрідну дієту.

Разом з тим у останні роки в області психотерапії з'явилися роботи, які вказують на ефективність когнітивно-поведінкової та сімейної психотерапії як при роботі з аліментарним ожирінням, так і при роботі із клінічними формами розладів харчової поведінки (Т. М. Вознесенська, Т. І. Гряділь, К. І. Чубірко, І. В. Чопей, М. М. Гечко, Я. О. Михалко, О. Р. Пулик, К. В. Лобін, А. В. Пріленська та ін.). Результати цих досліджень дозволили змінити точку зору на можливості психотерапії й реабілітації при роботі з зазначеною категорією хворих. Окрім того, автори висловлюють думку про те, що розгляд й поляризація РХП та ожиріння в різних класифікаційних групах є вкрай невдалим [81; 96; 243; 317; 351; 363; 566]. Приєднуючись до презентованої позиції, вважаємо, що замість поляризації й дивергентного підходу до розладів прийому їжі та ожиріння має бути холістичний підхід, який сприяє цілісному розумінню розладів ХП як розладів тілесності в їх логічних взаємозв'язках. Означена позиція передбачає проведення досліджень харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» і з урахуванням контексту життєвого шляху особистості. Особливо важливим вважаємо вивчення не тільки клінічних (крайніх) варіантів РХП, але й виявлення, корекцію й реабілітацію того контингенту людей, у яких патерни ХП, є вже викривленими, але ще не досягли рівня клінічної патології. Ідеться про межові або субклінічні порушення харчової поведінки, які характерні для більшої частини людей як дорослої, так і дитячої популяції. Не менш актуальними є дослідження, які спрямовані на формування здорової харчової поведінки як складової частини холістичного здоров'я на відміну від фрагментарного здоров'я⁸.

Таким чином, вважаємо, що люди, які перебувають у стані хронічної незадоволеності власною вагою та стурбовані пошуком ефективних методів зниження маси тіла (на тлі реальної або уявної надмірної ваги), перебувають не тільки у си-

⁸ Термін «фрагментарне здоров'я» введений В. О. Ананьєвим для позначання гіпертрофованого рівня одних потенціалів (ресурсів) здоров'я на противагу гіпотрофованому рівню інших ресурсів [13].

туації хронічного стресу, але й у стані передхвороби, подальший розвиток якого формує атрактор хвороби, зумовлюючи фіксацію і домінування крайніх варіантів викривлених патернів ХП. Сукупність відхилень (симптомів соматичного й психогенного характеру) на тлі реальної або уявної надмірної ваги ми розглядаємо як «негативний тілесний досвід». При цьому часовий фактор, зокрема тривалість перебування у стані незадоволеності грає важливе значення у перебігу проблемної ХП. Зокрема видається, що чим довший (за тривалістю) період незадоволеності власною вагою, тим важчими є зміни тілесності, що виникають у зв'язку з порушеннями функціонування на соматичному та психічному рівнях, зокрема, внаслідок розладів прийому їжі. Вагомим підтвердженням цієї позиції є наукові праці медичного напрямку [26; 113; 119; 151; 159; 290; 424]. Крім того, чим триваліший період незадоволеності власною вагою, тим сильнішою є міра впливу негативного психічного стану на сприйняття та самооцінку (власної зовнішності, свого тіла, себе як особистості, свого життя в цілому). З цього випливає важливість своєчасного надання психологічної допомоги з приводу перекручених патернів харчової поведінки та зайвої ваги. Надання своєчасної психологічної допомоги (до проходження «точки неповернення», «точки біфуркації» під час розвитку проблемної харчової поведінки) не тільки значно підвищує ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів, але й дозволяє уникнути переходу хворої людини на ту стадію розвитку хвороби, коли суб'єкт вже майже нічого не може змінити (інакше кажучи, коли людина ніяким чином не впливає на розвиток свого життя).

Екстраполяція положень теорії В. О. Ананьєва, про те, що нелінійна система після проходження точки біфуркації у подальшому розвивається відповідно до закономірностей атрактора хвороби на закономірності розвитку аліментарно-залежних хвороб дозволяє припустити, що якщо індивід керується крайніми позиціями (пасивною – «будь що буде» або надмірною вимогливістю до себе – «я повинний»), то шлях відновлення тілесного здоров'я майже неможливий, навпаки, атрактори хвороби неминуче наближають летальний кінцевий результат (зазвичай на тлі приєднання важких соматичних розладів). Нормалізація харчових патернів або розрив закономірного ходу розвитку хвороби й відновлення

функціонування системи тілесності вимагає значних зусиль та певної установки на відновлення здоров'я. Саме на це мають бути націлені програми психокорекції, що розробляються на допомогу тим, хто страждає на РХП та зайву вагу.

Задаючись питанням: «які чинники впливають на формування атрактора аліментарно-залежних хвороб?», ми висунули гіпотезу, що атрактор зумовлює неоднозначний майбутній розвиток нелінійної системи та визначається певними початковими умовами. Це припущення знаходить підтвердження у наукових розвідках, які підкреслюють необхідність аналізу *контексту подій*, що відбуваються у житті людини, або *ситуацій, у яких перебуває людина* (О. І. Богучарова, Л. Ф. Бурлачук, Ф. Є. Василюк, П. П. Горностай, В. М. Крайнюк, Е. Г. Ракша, Т. М. Титаренко та ін.). При цьому ситуації хвороби, враховуючи факт порушення функціонування тілесності (її соматичного і психічного рівнів), різні автори визначають як складну життєву ситуацію [8; 18; 21; 43; 60; 68; 71; 210; 274; 276].

Поділяючи викладену позицію, *ми розглядаємо ситуацію тривалого перебування⁹ у стані незадоволеності реальною або уявною зайвою вагою*, з одного боку, як «негативний тілесний досвід», з іншого боку – як *кризову* (критичну, складну, фрустраційну, стресову) життєву ситуацію, що супроводжується викривленими стратегіями ХП та цілеспрямованим пошуком стратегій зниження ваги. Окрім цього, відзначимо, що на сприйняття свого перебування в ситуації хронічного незадоволення власним тілом/вагою значно впливають соціальні стереотипи сприйняття краси тіла, критерії нормальної ваги, можливості досягти успішності та популярності залежно від зовнішнього вигляду тощо. Отже, формування життєвої ситуації хронічної незадоволеності вагою як сукупності чинників, які створюють специфічні відносини зображено на рис. 4.19.

⁹ Під тривалим перебуванням ми розуміємо тривалість, що перебільшує 6 місяців.

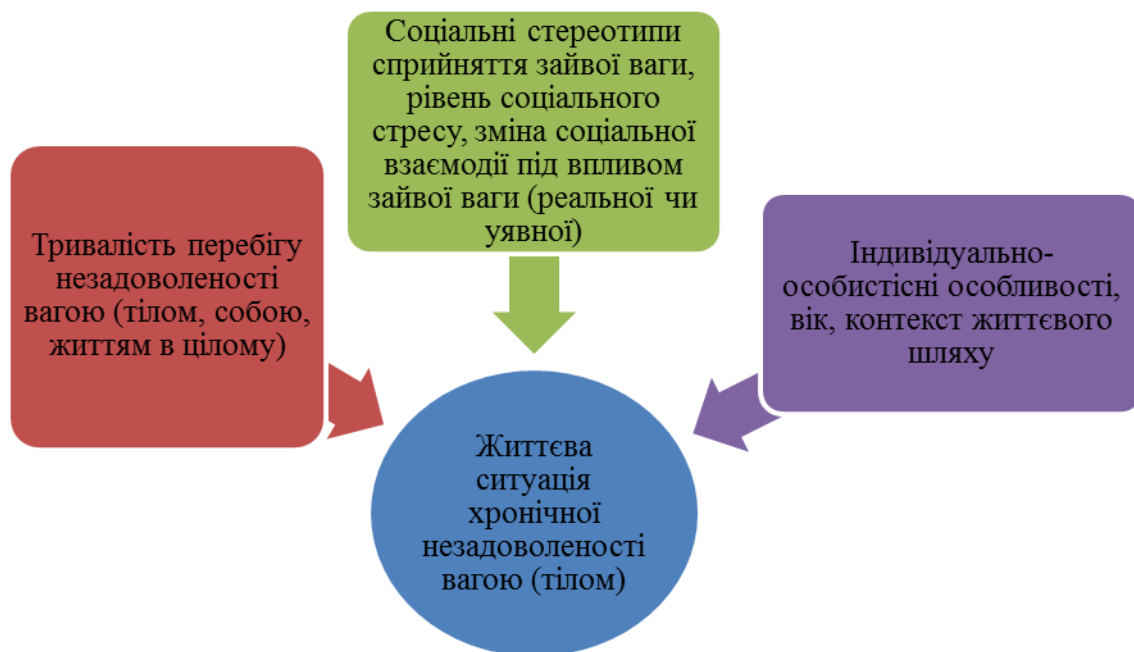


Рис. 4.19. Формування життєвої ситуації хронічної незадоволеності вагою (тілом)

Важливою особливістю життєвої ситуації хронічної незадоволеності вагою (тілом) є її самовідтворення як відносно сталої системи, що дозволяє передбачити особливості проявів у майбутньому, хоча зрозуміло, що самовідтворення відбувається лише у загальних рисах. Другою особливістю ситуації є те, що вона конкретна за змістом та існує в певних просторово-часових межах. З позиції суб'єкта, оцінка ситуації здебільшого визначається характером «відносин з їжею», успішністю контролю ваги.

Автор дисертації припускає, що хронічна незадоволеність власною вагою змінює внутрішню картину життєдіяльності, її часовий й смисловий аспекти, що призводить до відхилень (дезадаптивних стратегій життєдіяльності). Відповідно виникає *необхідність розглянути особливості трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості, що зумовлюється впливом негативного тілесного досвіду, зокрема, станом хронічного незадоволення зайвою вагою.*

Спираючись на дослідження Т. Д. Василенко, ми розглядаємо внутрішню картину життєдіяльності як цілісну єдність двох структурних компонентів – часового й смислового аспектів, що схематично зображено на рис. 4.20.

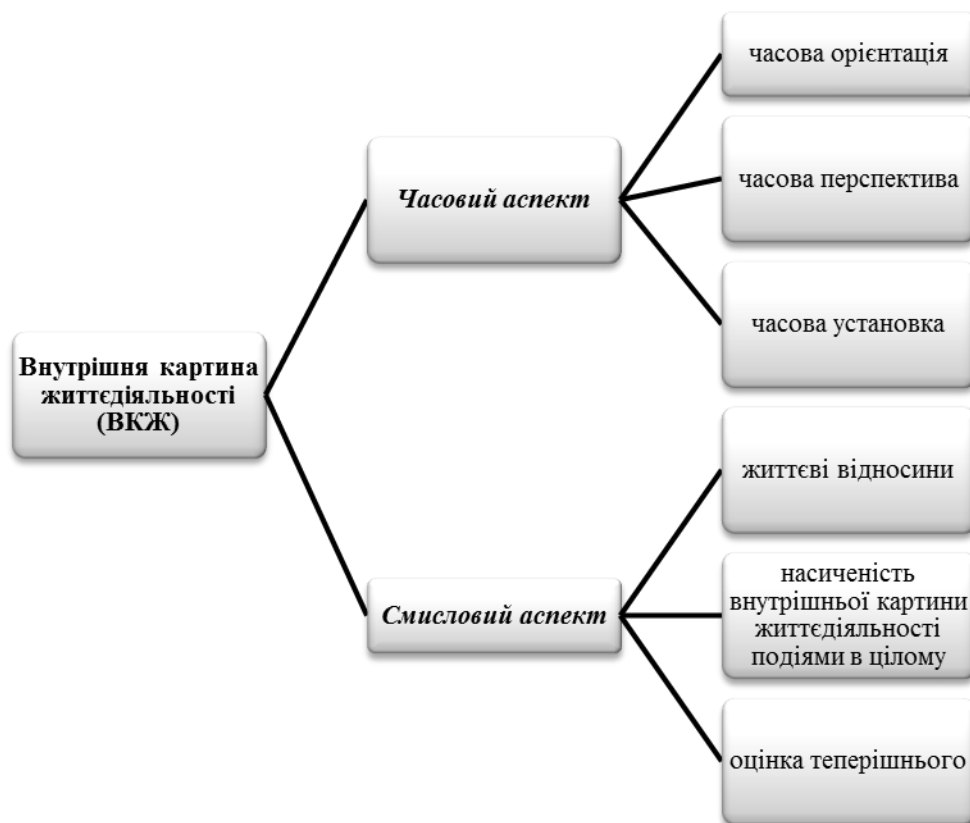


Рис. 4.20. Часовий та смисловий аспекти внутрішньої картини життєдіяльності

Як видно з рисунку 4.20, структурний компонент «часовий аспект» внутрішньої картини життєдіяльності (ВКЖ) містить наступні складові: часову орієнтацію, часову перспективу, часову установку. Розглянемо означені структурні компоненти часового аспекту ВКЖ (або суб'єктивної картини життєвого шляху особистості) більш докладно. У нашому дослідженні під поняттям «часова орієнтація» розуміється узагальнене сприйняття подій та їх співвідношення як різних періодів життєвого шляху (минулого, теперішнього й майбутнього), разом з тим складова, «часова установка», виявляє емоційну налаштованість (позитивну або негативну) стосовно минулого, теперішнього або майбутнього. При цьому загалом ми поділяємо позицію ряду авторів, які вважають, що людина завжди живе у теперішньому часі [68; 258; 273; 294; 296; 374; 678]. Так, К. У. Denbigh, підкреслює, що людина взагалі не має інших показників часу, окрім теперішнього, а отже, майже завжди перебуває «у власному теперішньому» [600, с. 312]. Ж. Нюттен відзначає, що поведінкове функціонування теперішнього залежить від актуалізації когнітивних настанов, які в різні періоди життя (як минулого, так і очікуваного майбутнього) можуть мати відмінності [284]. Поряд із цим, низка авторів (Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова,

Т. Д. Василенко, К. Муздибаєв, А. J. Rabin та ін.) стверджують, що, перебуваючи у теперішньому людина може подумки звертатися або до минулого, або до майбутнього [60, 68; 258; 639]. Відповідно, теперішнє, є взаємопроникненням минулого та передбачуваного майбутнього (див. рис. 4.21) [60, с. 30].



Рис. 4.21. «Теперішнє» як взаємозв'язок та взаємопроникнення протилежних рухів «минулого» й «майбутнього»

Відповідно, залежно від того, яке переживання часу (минулого або майбутнього) домінує у процесі життєдіяльності, виділяють категорії людей, які орієнтовані переважно на минуле або здебільшого на майбутнє, що в комбінації з індивідуально-особистісними особливостями людини визначає особливості сприймання конкретної життєвої ситуації та поведінку людини в ній. Отже, часова орієнтація не є сталою характеристикою, вона може змінюватися (під впливом різних подій життєвого шляху та їх сприймання). Певним доказом цього є численні приклади в області психотерапії неврозів, коли люди змінюють свою первісну орієнтацію з «минулого» на «майбутнє», що оцінюється як позитивний ефект лікування [68; 143; 147; 239; 302; 359; 380; 438; 439; 566; 580; 584; 586]. Травмуючі події й переживання минулого стають для людини менш актуальними й значущими, водночас кількість позитивних подій, що передбачаються в перспективі (у майбутньому) – зростає. При цьому сприйняття травмуючих подій та переживань минулого трансформується, вони стають для людини менш актуальними, значущими та болісними, водночас кількість позитивних подій, передбачуваних у перспективі, зростає. Виходячи з результатів дослідження, А. J. Rabin стверджує, що люди, які схильні фіксуватися на негативних переживаннях (почуттях образи, провини, ненависті, журби та ін.), орієнтовані на минуле [639, с. 294–300].

Інша складова часового аспекту ВКЖ особистості – «часова перспектива», розглядається у взаємозв'язку із силою «Его», що виконує функції сприймання, антиципації й можливості відстрочення задоволення, але, насамперед, пов'язується з формуванням у людини моделі власного майбутнього, яка містить: а) мотиваційну спрямованість особистості на реалізацію життєвих планів (масштабність яких носить індивідуальний характер); б) способи досягнення результатів (операціональний аспект, що включає цілепокладання, наміри тощо) [639, с. 296–297]. Подібні думки перегукуються з дослідженнями К. Левіна щодо *намірів*. Останні розглядаються як особливе функціональне утворення психіки, що виникає як передбачуваний результат (підсумок акту цілепокладання). За таких умов поведінка людини визначається цілісним полем «теперішнього моменту», а останнє, охоплює її уявлення як про своє минуле, так і про своє майбутнє (як певні очікування, бажання, страхи, мрії, перспективи тощо). При цьому уявлення людини про минуле часто можуть не відповідати об'єктивній дійсності, проте вони створюють у її життєвому просторі «рівень реальності» минулого [203]. Згідно з позицією Ф. Зімбардо, часова перспектива – це конструкт, який є фундаментом, на якому будуються інші конструкти, зокрема, досягнення, постановка цілей, ризикована поведінка, пошук нових відчуттів, стан залежності, почуття провини тощо. [679]. При цьому фокус часової перспективи, його позитивне або негативне забарвлення, значною мірою впливає на процес прийняття рішення, інтерпретацію та особливості реагування щодо теперішнього. Надмірна концентрація на подіях минулого, майбутнього або теперішнього утворює когнітивне темпоральне «упередження». У тих випадках, коли упередження існує тривалий час, то воно стає диспозиційним стилем прийняття рішення, змінною індивідуальних відмінностей та предиктором поведінки людини. При цьому дослідник зазначає, що у специфічній ситуації кожна орієнтація може призводити як до оптимального, так і до дезадаптивного рішення. На противагу темпоральним упередженням, автор також розглядає збалансовану темпоральну орієнтацію як ідеалізовану розумову структуру, яка дозволяє індивіду гнучко переключатися між минулим, майбутнім і теперішнім у залежності від ситуативних вимог, оцінювання ресурсів та особистісних і соціальних якостей. Поведінка людини

з цією темпоральною орієнтацією буде визначатися балансуванням між змістом репрезентацій минулого досвіду, бажаннями, зумовленими теперішнім та можливими наслідками, що очікуються у майбутньому [136].

Таким чином, аналіз різних позицій щодо визначення часової перспективи дозволяє зазначити, що темпоральні упередження з домінуючою орієнтацією на той або інший час, десинхронізують систему, а отже, вносять свій внесок у створення функціонального атрактора, що визначає майбутнє системи. При цьому часова перспектива розглядається, з одного боку, як ситуативно-детермінований процес, з іншого, – як відносно сталий прояв індивідуальних відмінностей.

Під час нашої практичної діяльності ми достатньо часто спостерігали, що люди планують події, висловлюючи побажання або наміри, виходячи з відчуттів минулого (наприклад: *«я прагну повернути любов свого чоловіка»*; *«мені хотілося б відчувати від своїх дітей тепло, ніжність, увагу й турботу, які я відчувала від своїх батьків у дитинстві»*; *«мені хотілося б забути, як мама жорстко й безжалісно карала мене у дитинстві, але я не можу цього зробити»* тощо). З цього випливає, що відмінності між структурою «бажаного» (ідеального майбутнього) та «реального минулого» грають важливу роль у виникненні феномена провини, який зумовлює фіксацію на минулому. Пояснимо зазначене прикладом у руслі теми нашого дослідження: дівчина ставить перед собою ціль – «знизити зайву вагу» (реальну). Однак під впливом фруструючих подій, з якими вона стикається впродовж свого життя, та звичних харчових стереотипів (домінування емоціогенного та екстернального типів харчової поведінки) вона регулярно переїдає. Стикаючись зі своєю «нездатністю» втриматися від надмірного прийому їжі, вона починає активно шукати способи контролю над вагою. Під час пошуків вона знаходить прийнятний для себе спосіб зниження ваги – викликання штучної блювоти. Через деякий час дівчина визнає, що вона не може відмовитися від цього хибного способу, незважаючи на обіцянки, які вона дає самій собі та/або батькам. Цикл «переїдання – блювота» відтворюється нею щоразу, коли вона відчуває дискомфортні ознаки переїдання. При цьому, з одного боку, вона відзначає появу нестримного прагнення їсти (відчуття необхідності), з іншого – сильний страх набрати зайву вагу. У цьому разі, блювота, – це прийнятний і ефективний для неї засіб, який обирається цілком свідомо. У зв'язку з цим споживання їжі, і навіть переїдання, для неї є лише ланкою процесу, який

повинний завершитися блювотою (суб'єктивно це приносить короткочасне полегшення). Але потім виникають негативні переживання (почуття провини, презирства, відрази до себе, відчуття гнітючого стомлення від ситуації «ненормальних відносин з їжею» та відчуття сильного незадоволення собою й життям в цілому тощо). Подальша динаміка розвитку проблемної ХП зумовлює прийняття блювоти як цілком нормального явища. Таким чином, автор дисертації вважає, що негативні переживання, які виникають у зв'язку з описаною ситуацією, обумовлюються, з одного боку, відмінностями між цілепокладанням та намірами, з іншого – суб'єктивним минулим. Цілепокладання та наміри спрямовані на «зниження ваги» або на «підтримку ваги на сталому рівні». Тиск суб'єктивного минулого виявляється двома основними моментами. Один з них пов'язаний з особливостями сприймання та переживання подій повсякденного буття, другий – визначається психологічним смислом їжі («відносинами з їжею»). Кризові (фруструючі) події теперішнього «запускають» стратегії переїдання, які у попередньому досвіді позначені як можливість заспокоїтися, отримати розрядку, задоволення від самого процесу споживання їжі». Водночас, страх набрати вагу ініціює виклик блювоти (як найефективнішого способу контролю ваги). Різноспрямованість та несумісність тенденцій тілесності зумовлює загострення внутрішнього конфлікту, який супроводжується негативними переживаннями, відразу до себе, зниженням самооцінки.

Спираючись на попередньо розглянутий матеріал (клінічні описання розладів харчової поведінки, ідеї про часову перспективу й темпоральні виміри) та власний досвід психотерапевтичної роботи з цією категорією людей, нами висунуто припущення, що стан *хронічної незадоволеності вагою зумовлює диспозиційний стиль прийняття рішення та є предиктором поведінки людини, в тому числі, харчової.*

Люди з реальною надмірною вагою на тлі хронічної незадоволеності вагою (з «ожирінням», «психогенним переїданням», «синдромом нічної їжі» та ін.), у харчовій поведінці яких домінують стратегії переїдання, часто орієнтовані на минуле, яке для них має позитивне забарвлення. Наведемо найхарактерніші для них вислови: «раніше, коли я була молодою та стрункою, чоловік носив мене на руках», «у минулому я була здорова і дуже гарна – чоловіки оглядалися на мене, дивлячись мені услід, а зараз я противна сама собі», «коли я згадую минулі часи, мене охоплює відчай...» та ін. Більш того, люди цієї категорії у майбутньому

передбачають тільки погіршення свого життя (погіршення стану здоров'я на тлі природнього старіння, зростання зайвої ваги й неможливості щось змінити в цій ситуації). Описана часова перспектива характерна для означеної категорії людей з зайвою вагою, які стали повними після 17-18 років (рис. 4.22).



Рис. 4.22. Часова перспектива людей з домінуючою стратегією переїдання

Для тих, хто відчуває себе «товстою людиною» з дитинства, ставлення до минулого, частіше, негативне. При цьому обидві категорії людей поєднує фаталістичне сьогодення та безнадійне ставлення до майбутнього. Підтвердженням є характерні вислови: «я, звичайно, дуже хочу схуднути, але я ж знаю, що це неможливо», «я стільки вже перепробувала різних дієт та способів схуднення, але все марно», «мені, безумовно, бажано схуднути, але ... така вже я народилася, і з цим нічого вже не зробиш – це мій хрест», «мені усі говорять, що якщо я не схудну, – в найближчий час я помру, я дуже не хочу помирати, але я нічого не можу зробити з цією ненависною зайвою вагою» тощо.

Водночас люди, які проявляють активну позицію боротьби із зайвою вагою, зокрема учасники різних корекційних програм, що спрямовані на здорове харчування та моделювання тіла, орієнтовані на позитивне майбутнє.

Іншу картину ми спостерігаємо у категорії людей, що знаходяться у стані хронічної незадоволеності вагою при об'єктивно нормальних показниках ваги або навіть мають знижену вагу (люди з діагнозом «анорексія», «булімія»). На нашу думку, ця категорія людей, окрім домінування специфічних стратегій обмеження у споживанні їжі, характеризується своєрідним переходом у **стан «не-буття»**, що

супроводжується втратою «відчуття буття» у просторово-часовому вимірі. Вважаємо, що «анорексиків» й «буліміків», незважаючи на те, що формулюють власні цілі та наміри з орієнтацією на майбутнє, насправді є заручниками «часової пастки», яку створюють самі собі під впливом певних когнітивних настанов. Наведемо окремі вислови, що є характерними для цієї категорії людей. Специфічність цих висловів проявляється в тому, що в них підкреслюється необхідність зниження маси тіла заради... «світлого майбутнього»; «бути гарною», «знайти кохання», «вийти заміж», «страх втратити коханого, бо він попереджав, що йому подобаються лише худенькі дівчата», «...щоб не втратити роботу»; «щоб мати можливість займатися справою, яку люблю» (найбільш характерно для танцюристів, балерин, моделей, спортсменів) та ін. Подібні висловлювання, на нашу думку, є «часовою пасткою» саме тому, що *мета «зниження ваги» набуває глобально-орієнтованого характеру та «закриває» життєві горизонти і перспективи розвитку*. Іншими словами, всі життєві цілі, можливі досягнення і успіхи в найрізноманітніших сферах життя (наявність родини, сексуальних стосунків, цікавої роботи, кар'єрного зростання, матеріальної забезпеченості та ін.) ставляться в залежність від «достатнього рівня схуднення»: «я тільки тоді почну по-справжньому жити, коли достатньо схудну». Але саме така постановка питання зумовлює проблему та *перетворює майбутнє в ірреальність*, тому що для цієї категорії людей «достатній рівень схуднення» не існує (будь-яка цифра на вагезах не задовольняє, будь-яка маса власного тіла залишається не достатньою для того, щоб відмовитися від бажання худнути).

Окрім того, звертає на себе увагу той факт, що пацієнти з діагнозом «анорексія» та «булімія» також наче *відмовляються від свого минулого або якоїсь його частини*, що, як правило, пов'язане з травмуючим досвідом. Підтвердженням цьому є висловлювання цієї категорії людей про те, що весь досвід їхнього минулого життя, особливо стиль харчування є «великою помилкою». Особливістю темпоральних вимірів «анорексиків» та «буліміків» є порушення зв'язку як з минулим, так і з майбутнім періодом свого життєвого шляху. При цьому «теперішнє» супроводжується фіксацією на дискомфортних відчуттях свого «жальгідного існування», що непрямо вказує на відсутність комфортного місця та комфортного періоду існування-буття. Інакше кажучи, вони «не живуть», а лише планують жити після досягнення їхньої мети – «достатнього схуднення».

Виходячи з означеного, автор дисертації припускає, що хронічна незадово-

леність вагою (тілом) з наполегливим прагненням до відтворення стереотипно-ритуальних стратегій ХП у спектрі «переїдання – відмова від їжі» зумовлює виникнення траєкторії розвитку тілесності до стану **«стану не-буття»**, що супроводжується відчуттям втрати смислу буття й є диспозицією й предиктором поведінки на самознищення (див. рис. 4.23).

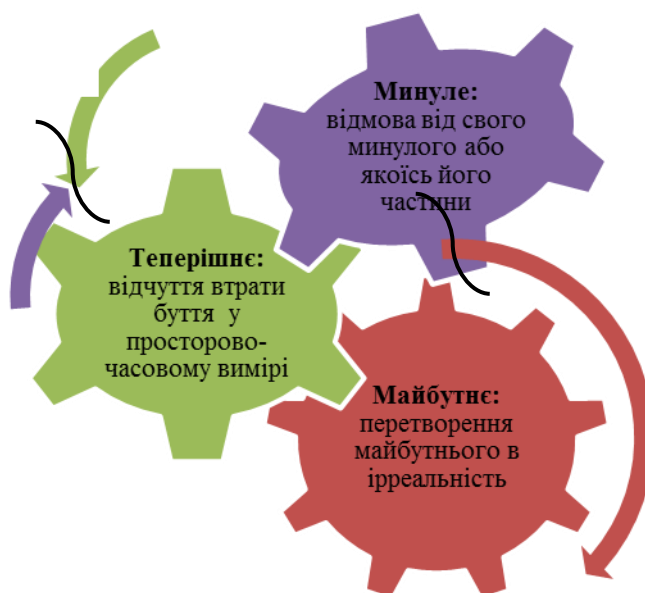


Рис. 4.23. Часова перспектива людей з домінуючою стратегією обмеження в їжі

При цьому настанова на самознищення відчувається як внутрішня потреба, яка може бути усвідомленою або неусвідомленою. Саме тому такий необхідний для життєдіяльності психофізіологічний процес, як споживання їжі, навіть у невеликій кількості, замість відчуття задоволення спричинює біль та інші дискомфортні відчуття або зумовлює бажання стимулювати штучну блювоту. Небезпеку цього стану для суб'єкта ми бачимо в тому, що нівелюється сама основа існування будь-якої живої істоти – «інстинкт життя», внаслідок чого ця категорія людей не тільки не боїться смерті, але й активно наближає смерть власними діями.

Подібні ідеї щодо стану небуття ми зустріли у А. Ленгле, який розглядає виникнення особливого екзистенціального відчуття *«відсутність сили бути»* [219, с. 126-127]; у П. Тілліха, який розглядає поняття *«втрата мужності бути»* як прояв особливого екзистенціального відчуття – *«відчуття відсутності смислу існування»*, що виникає внаслідок очікування вищого вироку за свої вчинки (скоєння гріха, порушення моральних норм) [392]. Виходячи з зазначеного, вважаємо, що

стан «не-буття» у анорексиків та буліміків відповідає їхній внутрішній життєвій позиції «я не заслуговую права на буття». У цьому разі обмежувальні стратегії ХП є внутрішньою потребою й спрямовані не просто на зниження ваги, а на *знищення власного «Я»*. При цьому мета цієї проблемної ХП має достатньо чіткі орієнтири – займати у просторі якнайменше місця; бути легкою, ефемерною, прозорою, невидимою, що дозволить розчинитися, назавжди зникнути з буття та ін.

Розглянуті вище міркування дозволяють нам припустити, що психокорекція з означеною категорією людей має бути спрямована на відродження бажання жити (на основі пошуку вищих екзистенціальних смислів, відновлення контакту з власним тілом та їжею, прийняття себе й власного тіла, підвищення самоцінності власної особистості, підвищення турботи про себе на тлі виявлення та задоволення справжніх власних інтересів та ін.).

Фахівцям добре відомі факти відновлення (майже «воскресіння») важко хворих при абсолютно несприятливому прогнозі. Подібні історії одужання зазвичай називають «дивом». Однак усі визнають, що в основі цього «дива» полягає важлива психологічна складова, що є додатковим і потужним чинником одужання. Ідеться про вияв нездоланної волі, нестримне прагнення подолати хворобу та дуже сильне *бажання жити*. Поряд із цим широко відомі й протилежні історії, коли людина раптом вмирає за відсутності об'єктивних підстав загрози життю (здоров'ю). У цих випадках говорять: «*вона просто не бажала жити*» або «*він начебто прагнув смерті*». На нашу думку, клінічні варіанти проблемної ХП є різними траєкторіями психосоматичного розвитку системи тілесності, що тяжіє до атрактору хвороби (як багаторівневої дезадаптованої структури тілесності). При цьому випадки регулярного переїдання відображують поширено розповсюджений вислів: «людина заїла себе до смерті», а випадки жорсткого обмеження в їжі (при анорексії) – «людина вморила себе голодом».

Перейдемо до другого структурного компоненту у складі ВКЖ. Як видно з рис. 4.20, структурний компонент «*смисловий аспект*» охоплює: життєві відносини, оцінку теперішнього, насиченість (ємкість різноманітними подіями та узагальнюючий смисл життєвих подій минулого, теперішнього та майбутнього,

що зберігає для особистості певний актуальний зміст).

У контексті розуміння людської поведінки та її взаємозв'язку зі смыслом, висловлювалися багато дослідників. Так, В. Франкл, описуючи специфіку людського буття, використовує термін «воля до смыслу», під яким він розумів екзистенціальне прагнення людини до знаходження смыслу свого існування. При цьому автор визнає, що сенс життя, є системою, яка компонується з безлічі малих смыслових структур [415, с. 184–185]. Близькі ідеї висвітлені у дослідженнях О. Г. Асмолова, Д. О. Леонтьєва [24; 208]. М. М. Трубніков, зазначає, що як кожна подія оцінюється в контексті всього життєвого шляху, так і весь життєвий шлях у конкретній життєвій ситуації будується з «точки теперішнього» знову, що спонукує суб'єкта до рефлексії, до розуміння власних цілей, намірів, бажань, до пошуку свого місця у світі та пошуку смыслу власного життя [401].

Згідно з А. Ленгле, зріла здорова особистість постійно співвідносить «Я» й умови ситуації, сама створює свою екзистенціальну основу та творить своє життя: «...орієнтуючись на власні фундаментальні мотивації, вона приходить до певної позиції та дає внутрішню згоду тому або іншому рішенню... завдяки внутрішній згоді щодо власного буття у людини з'являється певний погляд на повноту буття» [219, с. 31–32]. Спираючись на ідеї А. Ленгле, ми розглядаємо проблемні (дезадаптивні) стратегії ХП, які нав'язливо відтворюються впродовж тривалого періоду (начебто всупереч волі суб'єкта!) як *внутрішню потребу, що виникає відповідно до перекрученого смыслу та викривленої фундаментальної мотивації*. Так, при анорексії, на тлі *хронічної незадоволеності **уявною** надмірною вагою*, головний мотив – це «зниження ваги». При цьому всі тактики поведінки, які спрямовані на зниження ваги, у т.ч. обмежувальна харчова поведінка, здобувають роль головного смыслоутворюючого мотиву, який стає домінуючим мотивом життя. Всі інші екзистенціальні мотиви, зберігаючи свою спрямованість, «працюють» на викривлений головний мотив, зокрема:

- *мотивація «сила бути»*, що є основою духовного подолання труднощів буття, але у цьому разі здебільшого спрямовує на боротьбу із відчуттям голоду. В основі цієї боротьби полягає бажання довести, перш всього, самому собі, що «я можу долати навіть голод». Зазначена ідея узгоджується з думкою І. Міщенко про те, що Голод (як архетип), є персоніфікованою (хтонічною) сутністю, що вселяє жах та

спричиняє сильний глибинний, архаїчний страх. У цьому разі *боротьба з голодом* як злою сутністю, що володіє та править світом, набуває смислу шляхетної місії. Образ «Я» асоціюється з образом Войовника або Рятівника світу від Царя-Голоду;

- мотивація «*подобається жити*», що спрямована на отримання радості від життя й переживання її цінності, дає відчуття радості тільки у разі зниження ваги, в той час як навіть незначне підвищення ваги (у межах 300 – 100 грамів) може стати приводом для відчаю й злості проти себе, їжі, власного тіла, інших людей, які намагаються нагодувати умовляннями або силоміць;

- мотивація *персональної автентичності* дозволяє ігнорувати зауваження родичів, друзів, лікарів та інших людей, які вказують суб'єкту на його надмірну худорлявість і благають «прийняти їжу». Поведінкова тактика Інших, які змушують суб'єкта до споживання їжі, лише посилює його бажання зберігати персональну автентичність й мотивацію «утримання оборони», що може досягати рівня нав'язливої надцінної ідеї (одержимістю ідеєю «краще вмерти, ніж жити товстою», «поки не схудну – не поїду у відпустку» тощо).

Подібна картина, на нашу думку, відбувається *на тлі хронічної незадоволеності реальною надмірною вагою* при психогенному переїданні та ожирінні. Але, незважаючи на наявність проблеми зайвої ваги, головний мотив буття все ж таки спрямований не на «зниження ваги». Навпаки, у цьому разі смислоутворюючий мотив спрямований на досягнення стану внутрішнього комфорту, спокою та задоволення. Але, оскільки для суб'єкта (в силу різних причин), споживання їжі є майже єдиним засобом досягнення комфортного стану, то його життя проходить під девізом: «жити – щоб їсти!». Інші екзистенціальні мотивації, зберігаючи свою екзистенціальну сутність, «працюють» на головний викривлений мотив, зокрема:

- мотивація «*сила бути*» спрямовує всю силу духовного подолання *труднощів* на боротьбу із власним відчуттям голоду та власним бажанням споживати смачну їжу. У цьому разі, на думку І. Міщенко, персоніфікована фігура Голоду з'являється у вигляді зовнішнього Чудовиська, якому вдається повільно «вигризати» тіло людини з середини. При цьому людина відчуває неможливість перебороти цю нездоланну силу, а єдиний засіб, що допомагає їй позбавитися від виснажливого

відчуття голоду вона вбачає у тамуванні голоду смачною їжею;

- мотивація «*подобається жити*» спрямована на отримання відчуття радості від життя й переживання її цінності в ситуаціях споживання смачної їжі. Водночас неможливість споживання їжі може стати серйозним приводом для засмучення;

- мотивація *персональної автентичності* дозволяє знехтувати рекомендаціями Інших, які радять змінити стиль харчування, підвищити фізичну й життєву активність. Свідоме чи несвідоме неприйняття критичних зауважень і порад Інших лише зміцнює мотивацію суб'єкта до персональної автентичності, що проявляється фіксацією тактики пасивного опору тиску зовнішнього оточення («це нічого, що я товстий – проте добрий», «хорошої людини має бути багато» тощо). Розбіжність між відчуттям незадоволеності власною вагою та позицією пасивності як внутрішнього переконання у неможливості будь-яких змін загострює внутрішній конфлікт, підсилює незадоволення собою й життям в цілому, фіксує викривлену мотивацію «не подобається жити».

Наші міркування співзвучні з ідеями А. Ленгле про те, що переживання особистістю життєвих ситуацій відбувається під впливом відкриття смислу теперішнього, що може змінювати сприйняття контексту всього життєвого шляху. Зокрема, негативні переживання особистості життєвої ситуацій «теперішнього» негативно забарвлюють як минуле, так і майбутнє. Водночас звернення до позитивного попереднього досвіду життя, особливо до успішного виходу з важких життєвих обставин, може стати тим внутрішнім ресурсом особистості що є необхідним для подолання важкої ситуації теперішнього, зокрема проблемних патернів ХП та потребує перебудування життєвих відносин із тілом, вагою, собою та Іншими.

Смислові та часові аспекти (як фундамент життєвих відносин) дозволяють розглядати людину як суб'єкта свого життя або свого життєвого шляху. Концепція життєвих відносин розроблялася у дослідженнях С.Л. Рубінштейна, О.М. Леонтьєва, К.О. Абульханової, Д.О. Леонтьєва та ін. Так, К.О. Абульханова та Т.М. Березіна, запропонували поняття просторово-часових відносин, які розглядалися ними як різновид життєвих відносин особистості, «екзистенціальна тканина життя особистості, її просторово-часова архітектоніка [3, с. 27]. На думку авторів, саме у життєвих відносинах особистість самовиражається, об'єктивізується, самореалізується та

створює себе. На думку Д.О. Леонтьєва, реалізація життєвих відносин здійснюється суб'єктом завдяки його активності, що спрямована на встановлення оптимального стану життєвих відносин, тобто такого стану, який максимально сприяє повсякденному буттю та розвитку суб'єкта [208, с. 119]. Автор відзначає, що смислові утворення є «перетвореною формою життєвих відносин», а внутрішній світ суб'єкта утворюється сукупністю різноманітних життєвих відносин [208, с. 5].

Життєві відносини також розглядатися у концепції В. М. М'ясищева [262]. На думку автора, «відносини» є інтегральною системою, що відображає індивідуальні вибіркові зв'язки суб'єкта з різними сторонами об'єктивної дійсності, які проявляються в діях, реакціях, переживаннях та відображають основні потреби й інтереси людини, виходячи з її особистого досвіду. Спираючись на дане положення, вважаємо, що система відносин особистості у ситуації хронічної незадоволеності власною зайвою вагою формується на основі узагальнення конкретних ситуаційно детермінованих життєвих відносин. У руслі нашої роботи важливо та необхідно досліджувати «відносини з їжею» – різноманітні психологічні смисли їжі, що відображають приховані проблеми ставлення до їжі, тіла/ваги, себе як особистості й відносин зі значущими близькими у ракурсі ситуації приймання їжі. Означені проблеми створюють основу хронічної незадоволеності вагою, тілом, собою та життя в цілому. Це зумовило необхідність дослідження порушеного контакту з тілом і ставлення до тіла («відносин з тілом»); особливостей взаємозв'язків в аспекті «прихильності» до Інших та «турботи про себе» (відносин з Іншими»); ставлення до себе у континуумі «турбота – зневага» до своїх потреб, інтересів, бажань тощо («відносини із самим собою»).

Зрозуміло, що життєві відносини формуються у процесі життєвого шляху особистості. Тому для подальшого обґрунтування нашої концепції коротко зупинимось на основних моментах внутрішньої картини життєдіяльності як відображення життєвого шляху людини у руслі теми нашого дослідження.

Життєвий шлях особистості це, з одного боку, результат активної взаємодії суб'єкта зі світом, з іншого, власна історія свого життєвого шляху з боку цілісної внутрішньої картини життєдіяльності, що є відображенням індивідуального досвіду вирішення різних життєвих ситуацій. Внутрішня картина життєдіяльності (як відо-

браження життєвого шляху людини) постійно розвивається. Важливим аспектом вивчення ВКЖ є дослідження закономірностей, що супроводжують зміни в її структурі й змісті під впливом життєвих ситуацій, особливо якщо ці ситуації стосуються самих основ існування-буття людини (здоров'я). Які особливості будування внутрішньої картини життєдіяльності в ситуації хронічної незадоволеності вагою, хвороби на ожиріння або РХП? Яким чином феномени тілесності проєктуються у внутрішню суб'єктивну картину життєдіяльності? Дослідження цих питань дозволить прояснити закономірності психосоматичного розвитку ХП і підвищити ефективність психологічного супроводу особистості в ситуаціях особливого (негативного) тілесного досвіду (перебування у ситуації з уявною або реальною надмірною вагою).

Феномени тілесності, які формуються у просторі цілісного життя суб'єкта й включаються у ВКЖ новими смисловими утвореннями можуть супроводжуватися як збереженою, так і трансформованою внутрішньою картиною життєдіяльності. *Процеси трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості описуються з позиції функціонування динамічних смислових систем* [2; 3; 19; 24; 92; 137; 208; 226; 227; 239; 296; 393] та *теорії нелінійних динамічних систем* [112; 306; 358; 359; 386; 400; 447].

Відповідно до позиції О. Г. Асмолова, динамічна смислова система характеризується не тільки похідними від діяльності суб'єкта та позиції, яку він займає, але також має й власну внутрішню динаміку [24]. Водночас, згідно з теорією нелінійних динамічних систем, будь-яка відкрита система перебуває в хиткій рівновазі з середовищем, для підтримки якої необхідний приток енергії. Отже, будь-яка відкрита система прагне до росту ентропії (дезорганізації, хаосу). У зв'язку із цим для збереження цілісності людині необхідно постійно підтримувати відчуття суб'єктності, відчуття відмінності від середовища, що з необхідністю вимагає притоку енергії (речовини або інформації). М. В. Піддубний, стверджує, що «Я» людини завжди прагне до самоорганізації та самовідтворення. Якщо співвіднести цю ідею з концепцією життєвого шляху особистості, то доходимо висновку, що саме «відтворення» динамічної смислової системи у моменті «тепер», а іноді й «переробка» життєвої історії є для людини певним засобом зберегти цілісність власної особистості [306].

У теорії нелінійних динамічних систем стверджується, що розвиток є нелі-

нійним і циклічним процесом. При цьому взаємні переходи хаосу в порядок і, навпаки, (як ряд циклів, етапів, що повторюються) мають свої закони. Безсумнівно, що в різні періоди розвитку системи одні події мають більшу значущість, інші – меншу. Момент, що передує «точці біфуркації», має вкрай високу напругу, а після проходження біфуркації динаміка системи впорядковується. Відповідно, життєвий шлях, як система подій розвивається нелінійно та циклічно. Після проходження точки біфуркації розвиток системи може бути спрямований на один із безлічі шляхів. Варіативність величезна – життєвий шлях альтернативний.

Внутрішня картина життєдіяльності є динамічною смисловою системою (цілісною сукупністю смислів), які співвідносяться з фізичним минулим та майбутнім через період теперішнього життя суб'єкта. Поняття динамічної смислової системи як єдності афективних і інтелектуальних процесів було введено Л. С. Виготським (цит. за Д. О. Леонтьєвим) [208, с. 233], та пізніше розвинуто О. М. Леонтьєвим [205], О. Г. Асмоловим [24], Л. І. Анциферовою [19], Д. О. Леонтьєвим [206; 208].

Динамічність особистісних структур як складної регуляції життєдіяльності, виходячи з їхніх функцій, які постійно змінюються на тлі зміни умов і ситуацій суб'єкта, підкреслює Л. І. Анциферова [19, с. 254]. Розглядаючи трансформації смислової сфери, Д. О. Леонтьєв, пов'язує їх з якісними змінами процесів смислоусвідомлення, смислоутворення, смислової регуляції в цілому, а не просто зміною одних смислових утворень іншими [208]. Продовжуючи логіку Д. О. Леонтьєва щодо смислоутворення системи «мотив – мета» як глобального процесу підключення інших (нових) об'єктів/явищ до існуючої системи смислових зв'язків, коли нові об'єкти/явища вбудовуються у систему життєвих відносин суб'єкта і отримують інші регулюючі функції, вважаємо, що внутрішня картина життєдіяльності особистості відображає процес смислоутворення – події життя розглядаються виходячи з поточної життєвої ситуації. При цьому особистісна екзистенція фізичного часу (внутрішнє переживання часу), локалізація теперішнього актуального смислу поточної життєвої ситуації охоплює минуле та майбутнє. Іншими словами, теперішнє як етап життя є протяжним та містить минуле й майбутнє у нерівномірному співвідношенні (див. рис. 4.24).



Рис. 4.24. Теперішнє як перехрестя часів минулого й майбутнього

Екстраполюючи міркування щодо ВКЖ як динамічної смислової системи у ситуації хронічної незадоволеності реальною або уявною надмірною вагою, вважаємо, що «ситуація незадоволеності» запускає такі процеси смислоутворення, які призводять до зміни обох аспектів (часового та смислового) ВКЖ, змістовної перебудови смислових структур (як основи життєвих відносин), а це, своєю чергою, зумовлює формування іншої (нової) картини життєдіяльності особистості, яка, у певному розумінні, є атрактором хвороби як притягуючої множини патологічного модусу (див. рис. 4.25).

У психологічному розумінні ВКЖ особистості відображає смислову сферу як систему значущих подій (на відміну від біографії, коли відзначається низка подій, не обов'язково значущих для особистості). Отже, відтворення життєвої ситуації у свідомості презентується тими подіями, що мають для особистості значущий смисл (особливо якщо ця ситуація має протиріччя й активізує певні суб'єкт-об'єктні відносини).

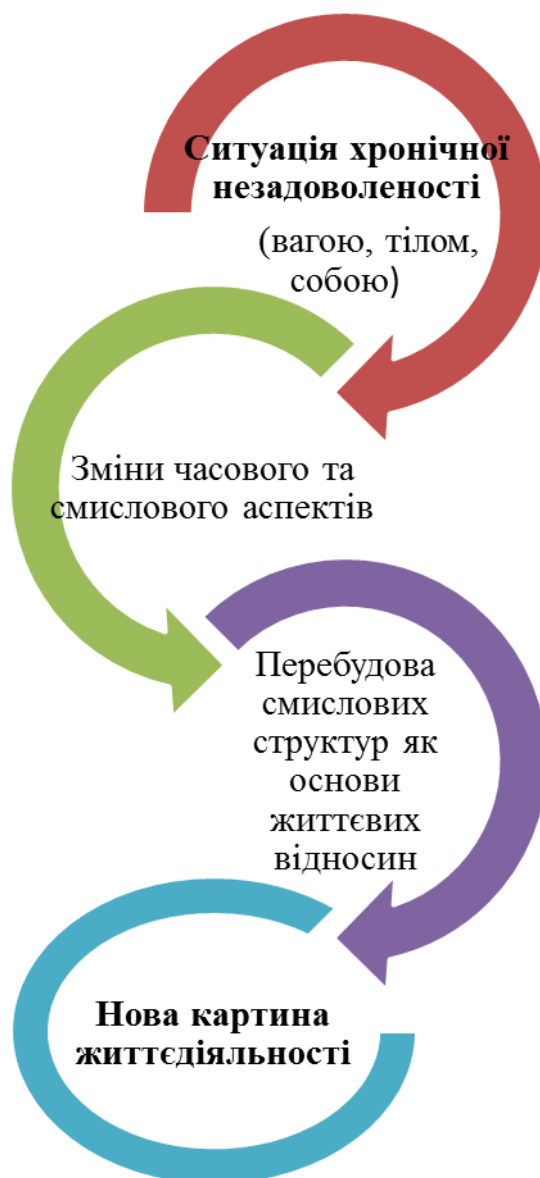


Рис. 4.25. Динаміка змін внутрішньої картини життєдіяльності під впливом тривалого перебування у ситуації незадоволеності

Аналіз цих подій дозволяє з'ясувати зміст смислової сфери, особливості внутрішньої картини життєдіяльності як суб'єктивної картині життєвого шляху. Розгортання ситуації визначає зв'язки між суб'єктом та об'єктами (див. рис. 4.25).

Вважаємо, що визначення особливостей негативного тілесного досвіду як особливої життєвої ситуації, виявлення закономірностей суб'єктивної переробки такої ситуації, розуміння механізмів, які зумовлюють трансформацію ВКЖ, або, навпаки, забезпечують її збереження, розширить уявлення про особливості адаптації особи до психотравмуючої ситуації буття з реальною або уявною надмірною вагою, а також розширить біо-психо-соціо-духовну модель розвитку ХП у

континуумі «норма – патологія».

Разом з тим Д. О. Леонтьєв підкреслює, смислоутворення й смислуосвідомлення, створюючи передумови для перебудови смислової системи особистості, не в змозі її реалізувати, оскільки ідеться про необхідність перетворення не структур діяльності або психічного відображення, а глибинних особистісних структур» [208, с. 261]. Подібну ідею висловлює Ф. Є. Василюк, який розглядає будівництво смислу як неусвідомлюваний процес перетворення глибинних особистісних структур. Автор зауважує, що особливо чітко ці процеси виявляються в критичних життєвих ситуаціях, екзистенціальній кризі. На його думку, у тих випадках, коли особистість має розв'язати задачу на формування інших (нових) підстав свого життя або своєї ідентичності, то до процесів смислуосвідомлення та смислоутворення вимушено приєднується процес смислубудівництва [71]. Підтвердження розглянутої позиції знаходимо у багатьох дослідженнях, які наводять дані про наявність смислового зв'язку між хворобою та тим, що уявляється загрозою для життя. Науковці зазначають, що наявність такого зв'язку детермінує знецінювання навіть позитивних подій, які відбуваються в різних сферах життя хворих людей, у т.ч. реальні успіхи під час лікування [21; 60; 275; 276; 396; 404; 413; 424; 425; 439; 580]. Отже, у внутрішній картині життєдіяльності смисл є принципом зв'язку, що поєднує значущі події у певну сукупність. При цьому принцип зв'язку вибудовується особистістю під впливом реальної життєвої ситуації, образу світу, досвіду, рівня розвитку суб'єкта, його можливості «піднятися» над ситуацією та вийти за її межі.

Автор дисертації припускає, що в ситуації проблемної ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» існує значущий смисловий зв'язок між суб'єктивним відчуттям неблагополучного життя (відчуття його нестерпності, «життя як загрози») та відчуттям «зайвої ваги» (реальної або уявної). Наявність цього зв'язку запускає механізми знецінювання будь-яких життєвих успіхів і досягнень. У цьому разі досягнення «стану задоволеності» не уявляється можливим, тому що будь-яка позитивна подія в житті розцінюється як цілком закономірне (заслужене, очікуване) явище, тоді як будь-які успішні результати завжди знецінюються («могло б

бути значно краще!») та вважаються «недостатніми» для того, щоб відчувати задоволення від життя. Відповідно, смисловий зв'язок між категорією «зайва вага» і суб'єктивним відчуттям «неблагополучного життя» є значущою перешкодою впродовж здійснення будь-яких оздоровчих заходів (терапії, корекції, реабілітації). Незважаючи на поліпшення об'єктивних показників психосоматичного здоров'я, хворі заперечують позитивну динаміку й поліпшення самопочуття. Замість фіксації на реальних успіхах щодо нормалізації ваги або контролю над харчовими стратегіями тощо, хворі зосереджуються на «незадоволеності» (вагою, тілом, собою та життям в цілому), на «неможливості» впоратися із хворобою, що закономірно зумовлює неблагополучний кінцевий результат розвитку хвороби.

Отже, ми припускаємо, що **анорексія, як «ситуація уявної надмірної ваги»** (крайній вияв проблемної ХП за типом обмеження споживання їжі на тлі хронічної незадоволеності вагою) зумовлює трансформацію внутрішньої картини життєдіяльності, що проявляється викривленнями смислу як минулих, так і майбутніх подій. В основі трансформації лежить специфічний принцип смислового зв'язку, що пов'язує в єдине ціле такі категорії, як «суб'єктивне відчуття неблагополуччя життя», «зайва вага» та «їжа». При цьому їжа одержує статус (смысл) «ворога». До цієї ж категорії належать також люди (рідні, близькі, лікарі та ін.), які, турбуючись про суб'єкта, намагаються його нагодувати.

Аналогічно **психогенне переїдання як «ситуація реальної надмірної ваги»** (крайній вияв проблемної ХП за типом переїдання на тлі хронічної незадоволеності вагою) також зумовлює трансформацію внутрішньої картини життєдіяльності. Однак, у цьому разі, «їжа» розглядається як основний спосіб зниження психічного напруження. Виникає питання: у яких випадках особливий тілесний досвід призводить до трансформації внутрішньої картини життєдіяльності? З чим пов'язане збереження структури внутрішньої картини життєдіяльності?

Спираючись на вищевикладені закономірності, ми припускаємо, що стан хронічної незадоволеності реальною або уявною надмірною вагою (як особливий негативний досвід тілесності) трансформує внутрішню картину життєдіяльності особистості, зокрема, її часовий й смисловий аспекти. Процес трансформації внут-

рішньої картини життєдіяльності особистості відображає процес формування іншої (нової) ідентичності на основі прийняття нової (іншої) психосоматичної ролі – «пасивного товстуна» («худого товстого») або «активного товстуна» («товстого худого»)¹⁰, що сприяє формуванню й закріпленню проблемних харчових патернів у континуумі «норма – патологія» як перебігу хвороби. Іншими словами, проблемні стратегії харчової поведінки є результатом трансформації ВКЖ, кризи ідентичності (у зв'язку з порушенням звичної системи ролей і прийняттям іншої ролі), зниження життєстійкості, блокування або надмірної активності рефлексивних процесів, втрати контролю над ситуацій (зниженням інтернальності каузальності).

Отже, на підставі аналізу ситуації хронічної незадоволеності реальною або уявною зайвою вагою, що супроводжується викривленими патернами ХП та чинників трансформації ВКЖ особистості, ми дійшли висновку, що нормалізувати проблемну (дезадаптовану) харчову поведінку можливо засобами психокорекційного впливу. Мішенями впливу мають бути викривлені аспекти ВКЖ (життєві відносини, часові орієнтації тощо). Опорою на цьому шляху є особистісні ресурси індивіда (підвищення ефективності рефлексивних процесів, рівня відповідальності за власне життя, життєстійкості, інтернальності каузальності та ін.). Це дозволить гармонізувати відносини суб'єкта зі світом, ставлення до себе, а отже, надасть можливість відчувати задоволеність від свого повсякденного буття та радість від шляху, який називається ЖИТТЯ.

Модель, що відображає закономірності й фактори впливу особливого тілесного досвіду на внутрішню картину життєвого шляху, презентовано на рис. 4.26.

¹⁰ У 1957 році Н. Bruch на основі власних досліджень хворих на ожиріння ввела терміни «худий товстий» та «товстий худий». Термін «товстий худий» був запроваджений для осіб, які, незважаючи на успішне зниження ваги та значне схуднення, все ж таки незадоволені власною зовнішністю та продовжують сприймати себе «товстими», що зумовлює проблемну харчову поведінку. Термін «худий товстий» стосується осіб, у яких ожиріння з'явилося у дорослому віці, тобто коли цілісний образ свого тіла вже був сформований як «худий» або «нормальний». Це дозволяє індивіду, що страждає на ожиріння, сприймати порушення ваги як формальну зовнішню ознаку, яка свідчить про окремі проблеми зі здоров'ям. В його уявленні ожиріння – як «поганий одяг», якого необхідно позбутися для того, щоб знову відчути себе здоровим [589].

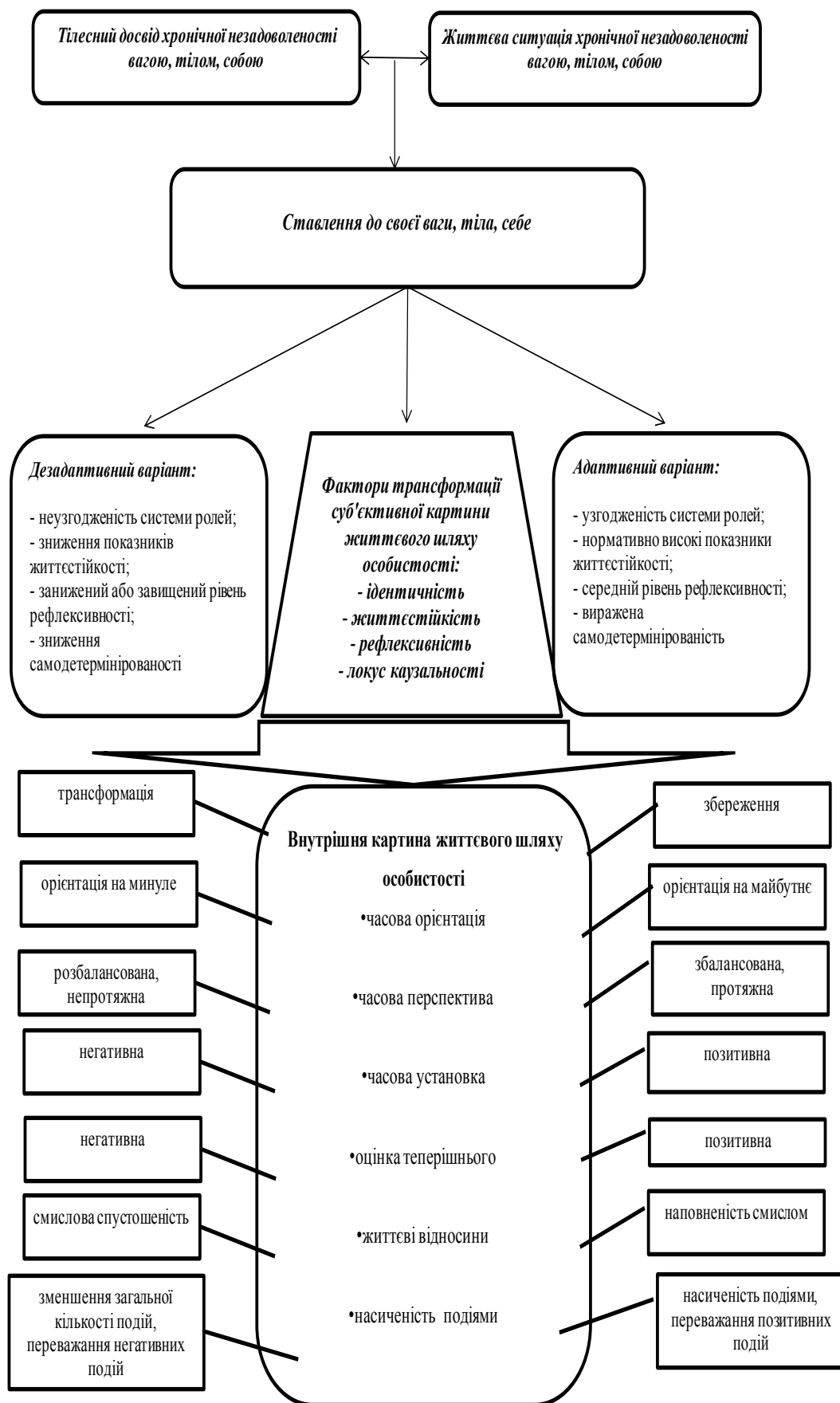


Рис. 4.26. Чинники трансформації внутрішньої картини життєвого шляху особистості

Докладний аналіз впливу факторів трансформації суб'єктивної картини життєвого шляху особистості був презентований нами у публікаціях [61; 537; 538; 560; 655; 656]. Зважаючи на рамки дисертаційного дослідження стисло викладемо основні міркування.

4.2.2 Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з проблемною харчовою поведінкою. На сьогодні багато науковців досліджують проблеми мотивації та самодетермінації щодо різноманітних аспектів поведінкових проявів у контексті життєвого шляху (Т. Д. Василенко, Т. О. Гордєєва, О. Є. Дергачова, Д. О. Леонтьєв, Т. В. Тадеєва, Р. Р. Baard, E. L. Deci, R. M. Ryan та ін.) [68; 91; 104; 208; 385; 585; 597; 598; 599], особливості внутрішньої та зовнішньої мотивації щодо різних аспектів повсякденного життя (Л. В. Дзюбко, Л. І. Гриценюк; О. Захарко, В. О. Климчук, В. В. Горбунова, А. К. Маркова, Т. О. Матіс, Т. Патирко, В. І. Чирков та ін.) [108; 134; 155; 230; 299; 449; 592; 593]. Разом з тим серед сучасних досліджень ми не зустріли наукових розвідок, присвячених питанням внутрішньої мотивації щодо нормалізації харчової поведінки у осіб з проблемною ХП на підґрунті ідей психологічної теорії самодетермінації. Водночас низка авторів зазначають низький терапевтичний ефект лікування хворих на ожиріння та РХП. Зокрема, за даними Національного інституту здоров'я США, у 30–60% осіб, які худли лише тільки за допомогою дієт та фізичного навантаження маса тіла поверталася до початкового рівня впродовж одного року, а через п'ять років, майже у всіх [672].

На нашу думку, це зумовлено поверненням до «старих» стратегій харчування, відсутністю усвідомлення домінуючих патернів ХП як патологічних, систематичним порушенням рекомендацій фахівців, але все це, – є наслідком відсутності стійкої мотивації до нормалізації ваги. Отже, виникає потреба у дослідженні особливостей мотивації до нормалізації ХП у контингенту людей з проблемною ХП у континуумі «норма – патологія». Саме це і зумовило власні наукові пошуки у означеному напрямі, що було зроблено у низці публікацій [61; 560]. Стисло презентуємо наші умовиводи з означеного питання.

Насамперед виникає необхідність розглянути відмінності між внутрішньою і зовнішньою мотивацією щодо нормалізації харчової поведінки. Під *внутрішньою мотивацією* розуміємо такий тип детермінації ХП, коли чинники, що її ініціюють

та регулюють, зумовлені особистісними смислами, тобто внутрішньо особистісним «Я». Прикладом є наступні переконання: *«нещодавно я зрозуміла, що моїм першочерговим завданням повинно стати зниження ваги»*; *«...якщо я не схудну у найближчий час, то у майбутньому на мене чекає тільки жалюгідне, нікому не потрібне існування та смерть у молодому віці» тощо.*

Під конструктом «зовнішня мотивація» розуміємо такий тип детермінації ХП, коли чинники, що її ініціюють та регулюють, є зовнішніми, тобто знаходяться поза особистістю. У межах тематики нашої роботи до зовнішньої мотивації нормалізації ХП, ми відносимо:

- орієнтацію на висловлювання Інших людей: *«мама постійно мені говорить про те, що мені необхідно схуднути»*; *«чоловік вважає, що мені необхідно скинути зайву вагу й загрожує мені розлученням»*; *«юнак, який мені безумно подобається та дуже дорогий для мене, поставив мені умову, щоб я схудла, бо з такими товстими, як я він не зустрічається»*; *«лікар сказав, що мені необхідно терміново схуднути»*;

- орієнтацію на критичні, неетичні висловлювання щодо пишних форм тіла або, навпаки, на відкриту та приховану пропаганду стрункого (худого) тіла як еталону краси, що поширено пропагується у ЗМІ;

- акцентуацію уваги на тому сегменті інформації у ЗМІ, що сприяє формуванню іпохондричного дискурсу (зокрема, повідомлення про шкідливі продукти харчування, хвороби, що виникають внаслідок переїдання або внаслідок неналежної кулінарної обробки під час її готування, або взагалі внаслідок її кулінарної обробки тощо).

Найбільш продуктивно співвідношення конструктів внутрішньої та зовнішньої мотивації, їх вплив на ставлення до життя презентовано у теорії самодетермінації (Self-Determination Theory) Е. Дісі та Р. Раяна [599; 643]. Модель мотивації поведінки, яку розглядають дослідники, описує закономірності самостійного вибору людиною перспектив своєї життєдіяльності. При розробці теорії самодетермінації автори спиралися на ідеї та погляди різних дослідників: Р. Вудвортса (R.S. Woodworth, 1918), А. Маслоу (A.Maslow, 1999) [234], Ф.Хайдера (F. Heider, 1958) [620], Р. Уайта (R.White, 1959), Р.деЧармса (R. de Charms, 1968) [591], які у різні часи висували припущення про те, що люди: а) мають вроджені тенденції (активні прагнення), що спрямовані не тільки на подолання труднощів навколиш-

нього середовища, але й на психологічне зростання та духовний розвиток; б) здатні переводити досвід подолання в особистісні смисли; в) мають вроджені потреби у власній компетентності та прихильності до Інших.

На основі наших власних спостережень виявлено, що, люди, які регулярно переїдають, здебільшого вважають, що джерело переїдання *знаходиться поза ними самими* (тобто не вони відповідальні за процес споживання їжі та порушення ваги, а зовнішні обставини). Відповідно, факт переїдання, як правило, взагалі заперечується, не визнається, не фіксується у свідомості або раціоналізується та пояснюється певним чином (наприклад: «...їжа начебто кличе, зазиває мене...»; «їжа мене постійно спокушає»; «...чесне слово, я спираюся як можу – щосили, але, найчастіше, переконуюся у тому, що людина є слабкою, нікчемною та грішною істотою», «...якби мама не готувала так смачно, то я би не переїдав» тощо). У подібних випадках приступ компульсивного переїдання, що виникає на тлі екстернальної та емоційгенної харчової поведінки, є засобом швидкого отримання задоволення в координатах соматичного «Я». При цьому вияви обжерливості відчужуються («це не Я, це від мене не залежить») або навіть, якщо і сприймаються як власні дії, за які дуже соромно та ніяково, то відповідальність за них не визнається, тобто перекладається на різноманітні зовнішні обставини.

Протилежна тенденція, коли джерело переїдання пов'язується лише із внутрішніми причинами, спостерігається здебільшого у анорексиків. Водночас, зауважимо, що така тенденція періодично (циклічно) з'являється й у тих, хто зазвичай схильний регулярно переїдати, зокрема, у буліміків (у період дотримання жорсткої обмежувальної дієти, що співвідноситься з даними досліджень інших науковців [113; 348; 351; 360]). Особливістю цього періоду є те, що люди з домінуванням проблемної ХП у модусі «обмеження в їжі» з гордістю відзначають свою перемогу «над їжею», оскільки відчують, що внутрішнє джерело ініціації до перемоги над вагою та/або подолання тяжіння до їжі знаходиться в них самих. Продemonструємо сказане висловлюваннями досліджуваних з досвіду нашої практичної роботи: «свою дієту я вигадала сама, і за півроку жодного разу з неї не зірвалася – адже це моя дієта!»; «коли я їм за своєю власною дієтою, то я бачу себе в дзеркалі гарною, але варто мені з'їсти, щось інше, так я відразу помічаю, що я стала товстою, хоча на вагах усе залишається без змін...».

На нашу думку, саме специфічність поєднання *когнітивного конструкту й особливостей переживання* «Переможця» (над голодом, їжею, вагою) на тлі подолання труднощів і досягнення певних результатів дозволяє відчувати себе вільною людиною – автономною, незалежною, успішною, ефективною, компетентною. Розглянута позиція узгоджується з думкою В. С. Роттенберга: «...анорексія – це процес повсякденного подолання та боротьби з перешкодами на шляху схуднення» [341]. Автор вважає, що анорексія – це *своєрідна пошукова активність*, коли процес подолання труднощів є значно важливішим за результат, по суті, це *виклик*, що кидають дівчата власному апетиту та всім тим, хто має намір змусити їх нормально їсти, тобто приймати їжу відповідно до «чужих» норм.

Важливим параметром, який дозволяє визначити особливості когнітивного конструкту, що відображає міру автономності (самодетермінованості) при плануванні та реалізації діяльності, є «локус каузальності», презентований у моделі мотивації поведінки Е. Дісі та Р. Раяна [597]. Іншими словами, *зовнішній локус каузальності* зумовлює у людини виникнення *самовідчуття*, що джерело поведінки (діяльності) знаходиться поза нею, при цьому індивід відчуває себе об'єктом маніпуляцій та стороннього впливу. У таких випадках суб'єкт діє вимушено (під впливом покарання або нагороди, тобто «через необхідність»), і хоча він розуміє зв'язок між власною поведінкою та її результатами (наслідками тих чи інших власних поведінкових реакцій), але «результат» як підсумок діяльності може знецінюватися індивідом або навіть оцінюватися негативно «як результат, який не є власним» («я не маю до цього ніякого відношення», «я в цьому не винний» тощо). Наприклад, досліджувані нами анорексики, відповідали, що під впливом тиску обставин інколи можуть порушити власну дієту («щоб заспокоїти маму», «щоб не кормили насильно через зонд» тощо). Але результат споживання їжі, тобто забезпечення організму необхідними поживними речовинами, енергією тощо, ними знецінюється, тому що вступає у протиріччя з їхнім особистим наміром та бажанням. Розбіжності між двома протилежними намірами (внутрішнім та зовнішнім) та між різноспрямованими очікуваннями результату («зниження ваги під впливом внутрішнього наміру» та «зростання ваги під впливом зовнішнього наміру») спричиняє різні непри-

емні відчуття, зокрема відчуття гострого болю внаслідок споживання їжі.

Разом з тим відмітимо, що коли мета схуднення має зовнішню орієнтацію, то діяльність щодо зниження ваги має характер маятника: люди, то дотримуються жорсткої дієти та інших способів, які забезпечують схуднення, то схильні до «нападів обжерливості» – харчового зриву як засобу швидкого отримання задоволення в координатах соматичного «Я». Вважаємо, що це зумовлено, з одного боку, усвідомленням необхідності схуднення під впливом тиску оточуючих, з іншого – відчуттям насильства над власним організмом, яке завжди виникає у тих випадках, коли зовнішня мотивація не трансформується у внутрішню, тобто є тиск зовнішньої установки «треба худнути!», але конкретний образ власного фізичного тіла – відсутній, або він є, але несумісний з реальними законами функціонування організму. Різноступіньність внутрішніх прагнень підсилює незадоволеність собою та життям в цілому, що лише поглиблює внутрішній конфлікт. Викривлені стратегії харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» фіксуються і набувають надцінний характер – стають єдиним ефективним способом отримання задоволення, регулювання настрою, харчування, ваги, керування Іншими тощо. З означеного випливає, що фіксація проблемної ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» зумовлена: 1) відсутністю чіткого образу бажаного фізичного тіла; 2) спрямованістю на культивування тіла заради нього самого без співвідношення з реальними законами функціонування тілесності, що, насамперед, відбувається внаслідок знецінення духовного значення тіла; 3) обмеженим репертуаром володіння ефективними стратегіями поведінки, які б дозволили знизити тиск негативних емоцій та одночасно відчувати внутрішнє задоволення як єдність соматичного та психічного.

Поділяючи позицію авторів (G.C. Williams, E. M. Cox, V. Hedberg, E. L. Deci, R. M. Ryan) [674; 675] щодо життєвих прагнень, вважаємо, що зовнішні життєві прагнення, з одного боку, є засобами досягнення зовнішніх цілей щодо особистісного «Я», з іншого – є зовнішніми орієнтирами якості життя та умов життєвого благополуччя. За умови досягнення цих зовнішніх атрибутів індивід вважає, що «життя вдалося»; у протилежному разі – життя оцінюється як «нікчемне, огидне, ганебне тощо». Саме тому орієнтування на досягнення та реалізацію зовнішніх життєвих прагнень ніколи не задовольняє індивіда, тому що оцінка цих зовнішніх атрибутів залежить:

1) від порівнювання «того, що я маю» та «того, що мають інші». При цьому

індивід не враховує, що завжди знайдеться той, хто має кращу зовнішність, більш пружне тіло, більші статки, більший успіх, владу, популярність тощо. У подібних випадках людина самотійно створює ситуацію хронічного незадоволення, насамперед, собою;

2) від реакцій інших людей. Але, як і у попередньому випадку, завжди знайдеться той, хто знайде недоліки, вади, дефекти та буде знецінювати реалізовані досягнення;

3) від власного незадоволення рівнем досягнутого.

Такий життєвий шлях, коли суб'єкт завжди відчуває нужду («мінуси», «нестачу», «дефіцит») зовнішніх атрибутів благополуччя у своєму житті, перетворює його життя на нескінчену гонку за примарним щастям, виснажує його та є *перешкодою особистісного зростання, духовного розвитку та гармонійного життя*.

У зв'язку з вагомістю інтеріюризації принципів здорового харчування та корекції перекручених патернів ХП *особливого значення набуває проблема динаміки та переходу від ззовні мотивованих дій до аутентичної регуляції*, тобто з'ясування умов, що сприяють та перешкоджають інтеріюризації та інтеграції *нормалізованої ХП*.

Спираючись на виокремленні у працях Е. Дісі та Р. Раяна стилі регуляції зовнішньої мотивації, зокрема, інтроектований, ідентифікований, інтегрований, ми екстраполювали їх на стилі регуляції зовнішньої мотивації ХП (при цьому на думку авторів проходження через кожен означений стиль не є обов'язковим) [599, с. 33]. Стилi регуляції зовнішньої мотивації мають суттєві відмінності між собою за рівнем автономності та ефективності. Найменш ефективними є засоби *зовнішньої винагороди* (коли значущі Інші обіцяють бажану цікаву подорож або якісь вишукані дорогі речі, аксесуари тощо) або *зовнішнього покарання* (коли значущі Інші обіцяють щось заборонити або позбавити чогось значущого, що надає приємних почуттів). Подібні засоби відповідають зовнішній мотивації, вплив таких дій має короткотривалий ефект та у подальшому «не працює» (не знаходять відгуку «Я» та не виконуються).

Інтроектований стиль регуляції, за якого локус каузальності є лише до певної міри зовнішнім, є ще більш ефективним. Цей стиль базується на відповідних регуляторних процесах (*самоконтролю, внутрішніх винагород та покарання*), що дозво-

ляє, з одного боку, продемонструвати власні потенції, з іншого – уникнути невдачі. Прикладами функціонування такого стилю регуляції є наступні вислови: *«якщо я хоча б один день на тиждень буду харчуватися, як мені рекомендує лікар, то я буду заслуговувати на якийсь подарунок і зроблю для себе щось приємне»*; *«якщо я зможу змінити свій раціон харчування, то я припиню картати себе»*; *«якщо я знову зірвуся, то я сама себе покараю за це»*. Прикладом підвищення свідомого позитивного оцінювання та ідентифікації принципів здорового харчування є *ідентифікований стиль регуляції*, що базується на *усвідомленні особистісної значущості*: *«я приймаю їжу заради того, щоб жити, а жити мені необхідно заради дитини»* (чоловіка, батьків).

Найбільш автономною формою зовнішньої мотивації є інтегрована регуляція на основі відповідних регуляторних процесів, зокрема, *усвідомлення користі від нормалізації харчування особисто для себе та узгодженості цих настанов із зовнішньо мотивованою харчовою діяльністю (поведінкою)*: покращення харчування дозволить мені покращити рівень мого здоров'я (...покращить стан волосся, шкіри, нігтів),...зробить моє життя більш цікавим, наповненим, ... я зможу сприяти відновленню місячних,... зможу завагітніти тощо.

Отже, *цілковито зовнішня* регуляція ХП передбачає підпорядкування лише зовнішній мотивації (задля уникнення покарання, осуду, отримання винагороди тощо), а *при внутрішньому локусі каузальності зовнішня мотивація* пов'язується з відчуттям особистісного вибору через усвідомлення *значення* споживання їжі для здоров'я, підвищення життєстійкості (вітальності) та повноцінного життя. Підсумовуючи вищевикладене, зазначимо, що незважаючи на те, що зовнішньо мотивована діяльність зазвичай не є привабливою, люди все ж таки її виконують. Головною причиною цього є вплив значущих Інших з якими людина має близькі стосунки, котрі показують або підказують ці дії. Це свідчить (хоча і непрямо) про те, що *близькі стосунки є необхідними для інтеріоризації та інтеграції принципів здоров'язбережувальної ХП*.

Під час власних емпіричних досліджень нами було встановлено, що діти (підлітки та юнаки) з проблемною ХП часто сприймають власних батьків як ворогів у тих ситуаціях, коли батьки намагаються завадити здійсненню ними тих або інших викривлених харчових стратегій (проявів обжерливості, блювоти, відмови від їжі).

Це зумовлює значне погіршення дитячо-батьківських стосунків. Наслідком цього є цілеспрямований пошук підтримки та допомоги серед себе подібних, зокрема, пошук неформальних зв'язків (єдиновірців) у різноманітних групах віртуального простору, де окрім бажаного розуміння та прийняття на ґрунті споріднених цінностей та інтересів люди з проблемною ХП отримують численні шкідливі поради, що може зумовлювати поглиблення розвитку хвороби. Отже, спілкування людини з проблемною ХП у віртуальному середовищі однодумців, з одного боку, дає їй можливість заповнити порожнечу від втрати неформальних зв'язків із близькими, а з іншого – зумовлює відчуження та віддаленість від близьких і рідних та значно поглиблює кризу стосунків з ними (див. розділ 5 та публікації [532; 560]).

Аналіз форм та стилів мотивації як певного психологічного дискурсу самодетермінації ХП дозволяє запропонувати практичні рекомендації та визначити напрями формування внутрішньої мотивації на здоров'язбережувальну ХП. На нашу думку, психологічна допомога людям з проблемною ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та деформаціями ваги потребує:

1. Допомогти визначенню: а) перешкод на шляху досягнення мети та співвідношення власних потенцій з можливостями їх досягнення; б) «сильних» та «слабких» рис особистості та їхнього співставлення з бажаними цілями (зادля усвідомлення можливості-неможливості досягнення цілей з урахуванням реальних якостей особистості).

2. Розробити разом із клієнтом поетапну стратегію досягнення цілей. У процесі подолання труднощів та перешкод на шляху досягнення бажаного розвивати здатність позитивного оцінювання навіть «незначного» результату, усвідомлення успіху як результату боротьби, що підвищує почуття самоцінності, компетентності, самодетермінованості, самоздійснення, задовольняє потребу у значущих відносинах, домаганнях, стосунках.

3. Допомогти віднайти баланс між «хочу» – «потрібно» – «можу», між жорстким контролем та свободою, між зовнішніми вимогами та внутрішньою свободою. Людина співвідносить своє відчуття «хочу» (бажання, захоплення, інтереси тощо) з самовідчуттям «можу» (можливостями, самоствавленням, самооцінкою) і тиском необхідності «потрібно» (самоконтроль, що включає в себе самоорганізацію, а

також уявлення про соціальні еталони, настанови, вимоги тощо).

4. Сформувані навички аналізу співвідношення між тими можливостями, які надає реалізація мети й тими зусиллями, які необхідно витратити задля її досягнення (визначення своєрідної «ціни» за реалізацію мети). Низка простих питань дозволяє краще усвідомити актуальність, важливість, імовірність, досяжність поставлених цілей: Наскільки мені це необхідно зараз та у майбутньому? Яка ймовірність досягнення бажаного результату? Що зміниться в моєму житті, якщо я цього досягну? Що зміниться в моєму житті, якщо я цього не досягну? Що трапиться в моєму житті, якщо це не відбудеться? Чого не трапиться в моєму житті, якщо це не відбудеться?

Отже, зовнішній локус каузальності в комбінації зі зниженням життєстійкості, хронічною незадоволеністю, неусвідомленістю мотивів і відсутністю смислу життя на тлі тривалого перебування у ситуації уявної/реальної надмірної ваги (як травматичного досвіду тілесності) зумовлює дезадаптивний варіант трансформації внутрішньої картини життєдіяльності (або суб'єктивного варіанту життєвого шляху особистості). *Особливості внутрішньої каузальної орієнтації* (самодетермінації, саморегуляції) є тими чинниками, які у випадку *межових (субклінічних) варіантів* проблемної ХП можуть перешкоджати розвитку дезадаптивних варіантів трансформації ВКЖ; а отже, перешкоджати подальшому розвитку ХП у патологічний модус атрактора; у *випадку клінічних варіантів* проблемної ХП є предикторами нормалізації ХП – чинниками, які сприяють перетрансформації дезадаптивних варіантів ВКЖ в адаптивний.

4.2.3 Ідентичність особистості як базова структура нормалізації харчової поведінки. У нашій роботі ми виходимо з припущення, що проблемна ХП є результатом багатьох десинхронних процесів тілесності, зокрема викривлення деяких аспектів особистісної ідентичності. Саме тому цей пункт роботи, присвячений дослідженню питання про можливість трансформації особистісної ідентичності, оскільки нормалізація ХП можлива лише за умови гармонізації особистості.

Спираючись на теоретичні позиції розглянуті нами у публікаціях [537; 538; 560; 655; 656], вважаємо, що ідентичність може бути презентована як антологія «Я» щодо життєвих подій, наповнених для особистості певним змістом. На нашу думку, реальна або уявна надмірна вага як соматична характеристика тілесності

зумовлює негативний емоційний стан як сукупний результат різноманітних соматичних відчуттів та психологічних переживань негативного характеру. У випадку його тривалості хронічна незадоволеність власною вагою «вплітається» в ідентичність та стає фоною характеристикою особистості. Інтеграція негативних психосоматичних чинників тілесності детермінує процеси *трансформації ідентичності та змінення сприйняття сукупності значущих подій*. Це відбувається внаслідок переосмислення свого перебування у теперішньому як життєвому просторі, що пов'язує оцінки подій минулого та очікування від майбутнього. При цьому саме «теперішнє» надає цим подіям смисл та сприяє або збереженню ідентичності на відносно сталому рівні, або формуванню іншої (нової), але не обов'язково адаптивної ідентичності. На нашу думку, саме ідентичність або «робоча Я концепція» як складне інтегроване утворення тілесності виконує ряд важливих функцій – розуміння й осмислення конкретної життєвої ситуації. Звідси випливає, що процес психотерапевтичної корекції повинний бути спрямований на допомогу людині створити нову (іншу) більш гармонійну упорядкованість смислових подій, що є запорукою суб'єкта щодо розв'язання різних конфліктів. Це дозволить перетрансформувати ідентичність суб'єкта, гармонізувати його відносини зі світом (в т.ч. Іншими, власним тілом, їжею, собою в цілому тощо), і, відповідно, вийти з кризи (психотравмуючої ситуації хронічної незадоволеності) та нормалізувати ХП.

Проведений нами теоретичний аналіз категорії «ідентичність» у ракурсі чинника трансформації внутрішньої картини життєдіяльності, показує, що дослідники звертають увагу, що навіть за умови нормативного розвитку базовим проявом ідентичності є трансформація «Я». При цьому характерними особливостями ідентичності є формування «відчуття цілісності, єдності та неперервності» і «відчуття цілісності різних періодів життя», що є результатом пошуку смислової бази та ціннісного самоконструювання особистості, ядром якого є стійкі смислові конструкти – особистісні смисли, ідеали й цінності, які розподілені та презентовані у часі. У разі життєвої кризової ситуації організація чуттєво-діяльнісного сприймання подій теперішнього грубо порушується, що зумовлює переоцінку та переосмислення подій минулого і майбутнього.

Дослідження ідентичності у сучасних наукових розвідках [2; 3; 23; 29; 32; 35; 68; 143; 149; 152; 176; 179; 210; 219; 220; 222; 265; 269; 274; 277; 284; 334; 342; 393-398; 415; 416; 417; 420; 427; 577; 608] акцентують увагу на тому, що поведінка особистості в конкретній ситуації визначається спрямованістю її ідентичності, тобто людина будує свою поведінку відповідно до суб'єктивного розуміння ситуації, що, своєю чергою, базується на особистих оцінках та особливостях сприйняття. Ми поділяємо зазначені дослідницькі позиції та вважаємо, що здорова (зріла) життєва позиція визначає формування здорової (зрілої) особистості, яка здатна вирішувати життєві протиріччя, знаходити оптимальне співвідношення зовнішніх і внутрішніх вимог та на цій основі формувати свою здорову тілесність, у т.ч. здорову харчову поведінку. Водночас ми переконані, що порушення ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» зумовлюються внутрішнім конфліктом внаслідок неузгодженості між зовнішніми та внутрішніми вимогами. При цьому викривлені стратегії харчової поведінки – «стратегії переїдання» або «стратегії обмеження в їжі» (навіть повна відмова від їжі) обираються суб'єктом як спосіб вирішення внутрішнього конфлікту. Однак, ці способи виконують лише компенсаторну функцію, і не здатні розв'язати внутрішній конфлікт, тому подальша фіксація ініціює виникнення порушення циклів харчової поведінки. Етапи циклу презентують відповідні схеми:

У випадку анорексії: «уявна надмірна вага» → «намір знизити вагу» → «психологічний смисл їжі: їжа – ворог» → «обмеження в споживанні їжі» → «харчовий зрив¹¹» → «уявна надмірна вага» → повтор циклу.

У випадку булімії: «реальна або уявна надмірна вага» → «намір знизити вагу» → «внутрішній конфлікт між позитивними й негативними психологічними смислами їжі» → «поведінкові стратегії, спрямовані на зниження ваги та обмеження в споживанні їжі» → «харчовий зрив – переїдання – блювота» → «реальна або уявна надмірна вага» → повтор циклу.

У випадку ожиріння, психогенного (компульсивного) переїдання: «реальна надмірна вага» → «намір знизити вагу» → «конфлікт між наміром знизити вагу й позитивним психологічним смислом їжі» → «поведінкові стратегії, що спрямовані на зниження ваги й обмеження у споживанні їжі» → «харчовий зрив – переїдання»

¹¹ У даному контексті термін «харчовий зрив» вживається з позиції хворого на нервову анорексію, хоча насправді кількість з'їденого найчастіше значно менше нормального порційного об'єму їжі.

→ «реальна надмірна вага» → повтор циклу.

Відтак результат боротьби на етапі конфлікту може завершитися не на користь харчового зриву, а на користь дієти і фізичних навантажень, що дійсно дозволить реально знизити вагу. Однак проблема в тому, що після завершення періоду дієти маса тіла знову зростає. У зв'язку з цим, *щоб виключити харчові зриви, що провокують наростання ваги, необхідна трансформація смислів як самого процесу схуднення, так і психологічних смислів їжі та смислу подолання труднощів, смислу свого теперішнього буття.*

Вважаємо за потрібне звернути увагу на те, що у випадку анорексії психологічний смисл їжі («їжа – ворог»), з одного боку, загострює соматичний діатез, оскільки є відкритою конфронтацією з соматичною складовою тілесності, зокрема біологічними потребами тіла («щоб жити треба їсти»), з іншого боку, – узгоджується з наміром «знизити вагу» (у складі психологічної складової). Відповідно, це підсилює психосоматичний діатез – мотивацію на самообмеження в їжі й створення неадекватних когнітивних конструктів («заборона на їжу – це найкраще, що я можу для себе зробити», «жити, щоб не їсти» тощо). Крім того, підсилюється мотивація до підтримки інших поведінкових стратегій, які сприяють зниженню ваги. На нашу думку, *мотивація анорексиків як внутрішня сила (енергія боротьби)* – це результуючий вектор двох односпрямованих енергій (тенденцій) – *результат поєднання намірів й смислів*. Завдяки власній мотивації (енергії внутрішньої нужди), суб'єкт здатний успішно витримувати й долати (хоча й дезадаптивно!) як зовнішній тиск оточення (близьких, лікарів та інших людей, які змушують їсти), так і внутрішній тиск власної тілесності (реальну потребу в їжі, відчуття голоду й апетиту тощо). Відтак, стратегії подолання (викривлені патерни ХП, надмірні виснажливі фізичні навантаження, прийом лікарських препаратів, очисні процедури та ін.), виконуючи для суб'єкта позитивну функцію (відповідно до його намірів та смислів), є безумовно дезадаптивними, оскільки призводять до різних серйозних функціональних порушень та повного виснаження організму.

У випадку ожиріння або психогенного переїдання психологічний смисл їжі виконує функцію джерела задоволення (способу розрядки, розради, «вірного друга» тощо), при цьому, з одного боку, вступає в протиріччя з наміром «зниження

ваги» (як ідеальної психологічної складової), з іншого – узгоджується з потребами тіла (соматичною складовою тілесності: «щоб жити треба їсти») та потребами у відчуттях комфорту й задоволення (психологічної складовою тілесності). Перевага у бік останньої змінює життєву позицію («жити щоб їсти») – поведінкові стратегії спрямовуються на користь психологічного смислу їжі, що зумовлює внутрішнє протиріччя, оскільки суперечить наміру схуднути. Такий зсув поведінкових стратегій життєдіяльності стає «живильним» середовищем для виникнення й розвитку відчуття безпорадності, переконання у власній неспроможності й неможливості позитивних змін (як на усвідомлюваному, так і на неусвідомлюваному рівнях). Іншими словами, результуючий вектор, як результат двох різноспрямованих енергій – «наміру» та «смислу», є основою астенізації внутрішньої сили, що значно знижує впевненість суб'єкта у собі, нівелює самовідчуття «Я можу». Відсутність переконаності в можливості досягнення успішних результатів зумовлює фіксацію на стратегіях, які дозволяють швидко і з мінімальними енергетичними витратами одержати відчуття комфорту, заспокоєння й задоволення. Найпоширенішим видом стратегій такого роду є переїдання, але фіксація на «стратегіях переїдання» зумовлюється не стільки потребою в їжі (соматичною складовою тілесності), скільки впливом її психологічної складової – можливості отримати емоційну розрядку на несприятливі зовнішні ситуації; можливістю швидко й з мінімальними енергетичними витратами відчувати комфорт, заспокоєння та задоволення. Отже, стратегії переїдання як викривлені патерни ХП, відповідно до перспективи здоров'я, є дезадаптивними стратегіями, що загрожують різними хворобами, несумісними з життям. Водночас, для певної категорії людей, у ситуації «тут і тепер», стратегії переїдання часто є єдиним надійним способом отримання задоволення/комфорту.

Виходячи з вищезазначеного, вважаємо, що *поняття «стратегія ХП»* є одиницею аналізу досвіду буття осіб з надмірною вагою на тлі хронічної незадоволеності вагою. Дане поняття операціонально містить не тільки стратегії вибору їжі та особливості приймання їжі, але й *способи поводження в різних ситуаціях, ставлення до себе та свого життя, принципи вирішення життєвих завдань, принципи відносин з Іншими, «відносин з їжею», власним тілом (ядром яких є смислові конструкти особистості: «Я та моє тіло», «Я та їжа», «Турбота про себе»,*

«Прихильність до Інших»).

На нашу думку, негативний тілесний досвід, зокрема, перебування у ситуації реальної або уявної надмірної ваги на тлі хронічної незадоволеності вагою переживається особистістю як травмуюча ситуація, що супроводжується *кризою ідентичності*, котра характеризується рольовим зсувом, порушеннями відчуття самототожності та смислових аспектів самовизначення. Окрім цього спостерігається порушення часових аспектів ідентичності особистості, що характеризується наступними проявами: - звуженням часової перспективи та сфер мотивації («відсутністю позитиву у майбутньому», «відсутністю майбутнього», «уявленнями ірреального майбутнього»); - переоцінюванням та переосмислюванням значущих життєвих ситуацій відповідно до реальної травмуючої ситуації, що зумовлює новий етап життя, вибудовування іншої (нової) ідентичності на основі інших (нових) смислів, зміну життєвих стратегій, у т.ч. стратегій самопрезентації; - фіксованістю на подіях найближчого часу, пов'язаних з темою «їжі», «зниженням ваги», «моделюванням тіла», «ставленням до тіла» та ін.

4.3 Фіксація стратегії переїдання та зростання ваги як наслідок трансформації внутрішньої картини життєдіяльності

У попередніх розділах нами було визначено, що ключовою установкою, яка провокує виникнення та розвиток проблемної харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» є невідповідність між внутрішньою зорієнтованістю на «худобу» як внутрішнього ідеалу та реальними параметрами власного тіла (зокрема, ваги, об'ємів, форми тіла тощо). При цьому «внутрішній ідеал» формується переважно під впливом зовнішньої референції (позитивних і негативних оцінок Інших), але без врахування потреб власної тілесності. Означені розбіжності, на нашу думку, зумовлюють перебудову психічного рівня тілесності. Чинниками, які детермінують низку взаємопов'язаних психічних трансформацій, є:

– *дисфункційне переконання* в тому, що стан психологічного благополуччя (відчуття задоволеності, щастя, успішності та ін.) безпосередньо залежить від параметрів власного тіла;

– надмірна концентрація на негативних зовнішніх оцінках, що зумовлює формування комплексу неповноцінності («Квазімодо», «худий товстий», «товстий худий», «потворного жирного невдахи» тощо).

Базову основу зазначеного комплексу закладає відчуття психологічного неблагополуччя, яке виникає внаслідок хронічного незадоволення вагою, тілом, собою та життям у цілому та комплексу негативних почуттів (сорому, образи, провини, страхів, тривоги, злості, болю, розпачу, зневіри, безпорадності, розчарування та ін.). При цьому зсув акценту сприйняття на негативне бачення себе «занадто товстим» мотивує суб'єкта до пошуку різноманітних способів регуляції ваги. Метою цього цілеспрямованого пошуку є не стільки корекція параметрів тіла (ваги, об'ємів, форми та ін.), скільки бажання кардинальних змін у соціальній ситуації щодо себе – очікується поява нових соціальних контактів, близьких друзів, родини, народження дітей тощо. Інакше кажучи, суб'єкт сподівається, що змінення параметрів тіла автоматично призведе до глобальних позитивних змін у його повсякденному житті, тобто гарантує йому «задоволеність життям», «успішність», «щастя» тощо.

Необхідність перевірки презентованої позиції зумовила проведення цільового опитування, спрямованого на розв'язання дослідницьких завдань цієї частини наукової роботи. Емпіричну вибірку, з урахуванням критеріїв презентованих у розділі 3, склали 315 осіб (185 жінок та 130 чоловіків), що мають показник ІМТ у межах від 26 до 41. Середній вік – 35,2 роки. Дослідження проводилося за допомогою авторської анкети прикладного дослідження «Особливості самосприйняття свого тіла», що включала питання відкритого й закритого типу (див. додаток Г) [577]. Мета опитування була спрямована на визначення самоствавлення та з'ясування стратегій поведінки у зв'язку з особливостями сприйняття свого тіла у підлітковий період життя. Специфічністю цього етапу дослідження є з'ясування «ретропозиції» дорослих респондентів щодо своєї тілесної самоідентифікації в підлітковому віці. Окрім того, отриманий матеріал дозволив визначити особливості мотивації зниження ваги не тільки минулого, але й теперішнього етапу життя. Під час обробки результатів ми, насамперед, звертали увагу на специфічність «уявлень» (знань) респондентів про своє тіло, що зумовлюють своєрідність поведінкових стратегій щодо свого тіла, зокрема, специфіку стратегій спрямованих на зниження або збільшення ваги. Аналіз отриманих результатів надано у табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Ретро-погляд респондентів у зрілому віці на особливості сприйняття свого тіла та відповідні їм стратегії поведінки у підлітковому віці (на вибірці людей із зайвою вагою; $n=315$; вік досліджуваних 30-40 років)

Категорії сприйняття свого тіла і відповідні їм стратегії поведінки	Група	Жінки		Чоловіки		Всього	
		Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Вважали себе худими; реальна вага нижче норми; стратегії поведінки, спрямовані на збільшення ваги	I	24	13	41	32	65	21
Вважали себе худими; реальна вага відповідає нормі; стратегії поведінки, спрямовані на збільшення ваги		5	3	11	8,5	16	5
Вважали свою статуру у межах нормативних показників; не вживали ніяких зусиль із метою регуляції ваги	II	31	17	38	29	69	22
Вважали себе товстими; реальна вага вище норми; прагнули знизити вагу	III	38	20	29	22	67	21
Вважали себе товстими; реально вага відповідає нормі; прагнули знизити вагу		87	47	11	8,5	98	31
Усього:		185	100	130	100	315	100

Для порівняння двох вибірок за частотою конкретного ефекту ми використали критерій ϕ^* – кутове перетворення Фішера. Критерій Фішера оцінює достовірність різниці між відсотковими частками двох вибірок, в яких зареєстрований ефект, що цікавить дослідника [354; 267].

Аналіз даних таблиці дозволяє побачити, що лише 22% зрілих досліджуваних (17% жінок і 29% чоловіків, які склали II групу) відзначили, що в період підліткового віку були цілком задоволені своєю вагою, хоча не докладали задля цього ніяких зусиль.

До складу I гр. увійшли респонденти (26% від загальної кількості досліджуваних), які на підлітковому етапі життя відчували *гострі негативні переживання щодо своєї худорлявості*, що було обумовлено об'єктивними та суб'єктивними підставами (див. показники I групи табл. 4.1). Саме переживання незадоволеності

своїм худим тілом підштовхувало підлітків на пошук відповідних поведінкових стратегій, спрямованих на зростання ваги як засобу моделювання тіла. Спільність мети та бажання підліткового періоду життя «позбутися своєї худорлявості» дозволило нам об'єднати досліджуваних в одну групу (як тих, показники ваги яких були нижчими за нормативні, так і тих, показники ваги яких відповідали «нормі»).

Порівняння результатів між жіночою (16%) та чоловічою вибірками (40,5%) І гр. дозволяє стверджувати, що *прагнення до збільшення ваги на тлі самовідчуття себе «занадто худорлявою людиною»* більш властиве для хлопчиків-підлітків ($F^*_{емп.} = 4,841$, рівень значущості різниці $p \leq 0,000$). Ми пояснюємо це впливом поширено розрекламованих у нашій культурі стереотипів «ідеального» тіла – жіночого (як стрункого, тендітного й граціозного) та чоловічого (як міцного, кремезного й накачаного).

Аналіз даних опитування за анкетною «Особливості самосприйняття свого тіла» дозволяє стверджувати, що респонденти І-групи тривалий період свого життя відчують *незадоволеність власним тілом, зокрема вагою*. При цьому майже усі досліджувані (289 осіб – 91,7%) усвідомлюють залежність між відчуттям незадоволеності власним тілом та відчуттям незадоволеності собою і своїм життям. Тривалість часу, що складає період задоволеності власним тілом (за даними ІІІ блоку анкети), в середньому складає лише 12%. Відповідно, більшість часу свого життя (88%) респонденти цієї групи живуть з відчуттям незадоволеності власним тілом (вагою, фігурою, статуєю, комплекцією, зовнішністю, формами тощо). Водночас, важливо відмітити, що якщо у *підлітковому віці респонденти відзначали незадоволеність своїм худим тілом, то у зрілому – своїм товстим тілом*. Інтервал часу, впродовж якого відбувалася трансформація внутрішньої позиції щодо власного тіла складає від 5 до 10 років. Зауважимо, що зсув акценту самосприйняття та самовідношення до власної тілесності відбувається нібито непомітно для самих респондентів. На нашу думку, *«непомітний» зсув акценту самосприйняття й самовідношення щодо власного тіла*, тобто перехід від «незадоволеності худим тілом» до «незадоволеності товстим тілом», обумовлений двома факторами. Перший – детермінується внутрішньою акцентуацією на «необхідність збільшення ваги», що на підлітковому етапі життя набуває для суб'єкта статус актуального завдання. Інакше кажучи, бажання «набрати вагу»

задає внутрішні орієнтири специфічної програми (установки, диспозиції досягнення мети), що обумовлює функціонування у певному режимі та визначає вибір стратегій поведінки, у т.ч. харчових, орієнтованих на збільшення ваги.

Другий фактор детермінується позитивним емоційним забарвленням щодо всього, що пов'язане з реалізацією внутрішнього завдання (насамперед, це сам факт збільшення маси тіла, а також компліменти та захоплення оточуючих, пошук та дотримання відповідних поведінкових стратегій, дієт, фізичних вправ тощо).

На нашу думку, сумарний вплив зазначених факторів спричиняє «нечутливість» суб'єкта до тих негативних (небажаних) змін, що відбуваються у його фізичному тілі. «Нечутливість» виявляється в тому, що, незважаючи на втрату актуальності «завдання» щодо збільшення ваги, стратегії поведінки, що орієнтовані на нарощування маси тіла, продовжують домінувати у поведінковому репертуарі суб'єкта (тобто суб'єкт продовжує функціонувати у звичному для нього режимі). Вважаємо, що така лінія поведінки пов'язана з тим, що стратегії переїдання на психологічному рівні продовжують зберігати свою значущість (вагомість, важливість, функціональність, корисність, оптимальність). І лише під впливом значних проблем зі здоров'ям або інших значущих мотиваторів суб'єкт «наче зненацька» виявляє надмірну вагу та необхідність її зниження, що оформлюється в нову мету теперішнього періоду життя. Це відображено у наступних висловлюваннях респондентів:

- *«Коли я був підлітком, то був дуже худим, кволим і хворобливим... тому я мріяв набрати вагу. Зараз, коли я став товстим, я мрію про те, щоб схуднути, і щиро сумую за тим часом, коли я міг без страху, сорому й почуття провини лопати все підряд та у будь-якій кількості!*

- *«Лише зараз я називаю підлітковий період мого життя «золотим» часом, справжнім щастям... бо це була дійсна воля... не треба було морочити голову з приводу того, чого й скільки можна з'їсти, не треба було контролювати своє харчування»;*

- *«Пам'ятаю, що я болісно реагувала на слова: «щось ти схудла» і, навпаки, безумно раділа, коли хтось казав мені, що я потовстішала. Від таких слів у мене завжди покращувався настрій... тому що чого тільки я не робила в той період життя для того, щоб набрати вагу. Однак мені нічого не допомагало. А тепер, навпаки, чого тільки я не роблю для того, щоб знизити вагу, а вона продовжує повзти вгору»;*

- *«Якось непомітно для себе я з худого, навіть занадто худорлявого хлопця перетворився на потворного товстого кабана. Жити із цим не просто важко. Жити із цим – нестерпно».*

Додатковим чинником, що сприяє майже «непомітному» збільшенню маси тіла у цієї групі досліджуваних, ми вважаємо зниження фізичної активності на теперішньому етапі життя, порівняно з попередніми етапами. Зокрема, 65,4% опи-

таних І групи зазначили значну занепокоєність непрезентабельністю свого зовнішнього вигляду у підлітковому та юнацькому віці, що підштовхувало їх активно займатися моделюванням свого тіла (зміцнювати м'язовий корсет, підсилювати м'язовий тонус, нарощувати м'язову масу та ін.). Засобами моделювання тіла (у минулому) були різноманітні танцювальні гуртки та спортивні секції (важка й легка атлетика, веслування, плавання, велосипед, футбол, гандбол, баскетбол, волейбол, гімнастика та ін.). 19,8% респондентів І групи не відвідували занять в організованих секціях, однак займалися моделюванням свого тіла самотійно (біг, стрибки зі скалкою, силова фіззарядка з гантелями, катання на ковзанах, велосипеді та ін.).

На момент проведення дослідження в цій вибірці спостерігається зворотна тенденція. Зокрема, більшість респондентів (76%) припинили активні спортивні заняття з різних причин: «вийшла заміж/одружився» – 87%; «народила» – 68%; «немає часу», «значна завантаженість на роботі» – 96%, «вступив(-ла) у навчальний заклад» – 34%; «з'явилися інші життєві завдання» – 46%¹².

І лише 24% опитаних відзначили, що зазвичай під впливом критичних зауважень Інших та власного «самоїдства», вони періодично ініціюють фізичні навантаження з підвищеним режимом рухової активності (зарядка, піші прогулянки, спортивна ходьба та ін.), які мають несистематичний характер.

Отже, аналіз відповідей щодо фізичної активності респондентів із зайвою вагою на теперішньому етапі життя дозволяє нам стверджувати, що найчастіше вона зумовлена негативним ставленням до свого тіла та негативною мотивацією¹³ (страхом смерті від тяжкої хвороби або страхом остаточно втратити здатність до звичайної рухливості у межах повсякденного життя – здатність ходити, нахилятися тощо).

Підводячи підсумки результатів анкетування першої групи (що у підлітковому віці вважали себе занадто худорлявими та прагнули набрати вагу), ми дійшли висновку, що предиспозиціями (провокаторами) порушень харчової поведінки й збільшення маси тіла є наступні:

1) *спрямованість на зростання ваги.* Вплив цієї предиспозиції зумовлений

¹² Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли зазначати кілька варіантів відповідей.

¹³ Негативні мотиватори – це такі фактори, що активізують (мотивують) суб'єкта до досягнення мети, але супроводжуються негативним емоційним забарвленням (відчуттям тривоги, страху, почуттів сорому, провини, розгубленості, розпачу, безпорадності, безвір'я, суму, моральної відповідальності, бажанням комусь щось довести та ін.).

внутрішньою орієнтацією (установкою, програмою, мотивацією, прагненням, бажанням, завданням) підліткового періоду життя, що мало на меті «моделювання» свого худорлявого (негарного, відразливого, спотвореного) тіла. Незважаючи на втрату актуальності у теперішньому періоді життя, дане завдання продовжує визначати функціонування суб'єкта та зумовлює «нечутливість» до тілесних змін та обмежень, що з ними пов'язані;

2) *тривала фіксація на негативному сприйнятті та негативних оцінках щодо власного тіла*. Цей фактор є хронічним стресором та закономірно обумовлює *негативні емоційні переживання* циклічного або стабільного характеру. При цьому негативні переживання стимулюють суб'єкта до пошуку способів зниження психоемоційної напруги. В силу різних причин респонденти цієї групи вважають «їжу» (приймання їжі) найефективнішим засобом зниження негативних переживань. У цьому випадку їжа набуває значення «регулятора» настрою та «умови» досягнення комфортного самовідчуття, що, своєю чергою, зумовлює фіксацію на патернах переїдання як внутрішньо «необхідної» та «вкрай потрібної» форми реагування;

3) *відчуття глобального психологічного неблагополуччя*. Цей фактор формується в умовах тривалого перебування в стані негативного зовнішнього й внутрішнього оцінювання, і тому є комплексом різноманітних переживань та відчуттів незадоволеності (вагою, тілом, собою та життям у цілому). У цьому випадку вимушеною мірою захисту для себе суб'єкт вважає переривання безпосередніх контактів з оточенням. Цьому також сприяють незрілі механізми психологічного захисту. Одним із таких засобів захисту є механізм відчуження «Я» від тіла, що, з одного боку, захищає особистість від негативних емоційних переживань і перцепцій, а з іншого – значно ускладнює можливість рефлексії як усвідомленої здібності відзначати небажані зміни власної тілесності.

4) *пасивні варіанти життя*, що виявляються поєднанням стратегій переїдання та малорухливого способу життя.

Сумарний вплив наведених вище факторів, на нашу думку, обумовлює вимушену, але необхідну з позиції адаптації перебудову тілесності. Безперечним свідченням перебудови *фізичного рівня тілесності* є надмірне збільшення маси

тіла (ожиріння різного ступеня). На перебудову *психологічного рівня тілесності* вказує формування своєрідної «мертвої зони уваги» або «психологічної сліпоти», що дозволяє суб'єкту певний період часу ігнорувати явні, але небажані соматичні зміни у власному тілі. Подібний феномен розглядається у низці досліджень та визначений як феномен «товстого худого» (за Н. Bruch) [589].

Таким чином, аналіз та узагальнення результатів цієї частини дослідження дозволяє нам підтвердити *припущення про те, що стан хронічної незадоволеності вагою на тлі специфічного негативного досвіду тілесності* (дезадаптивних перекручених патернів харчової поведінки та порушень ваги) трансформує внутрішню картину життєдіяльності особистості. Саме варіативність поєднання різноманітних факторів у точках біфуркації зумовлює розмаїття специфічних проявів харчової поведінки у континуумі «норма–патологія». Іншими словами, перебудова тілесності у напрямі формування патологічно зміненої потреби щодо їжі та порушення ієрархії мотивів зумовлюють розвиток розладів харчової поведінки та порушення ваги. Це відбувається під впливом зовнішніх й внутрішніх факторів повсякденного життя людини, які зумовлюють перехід з одного фракталу на інший у точках біфуркації системи людина – середовище. На результат трансформації також впливають кризи ідентичності (порушення звичної системи ролей або прийняття іншої ролі), зниження життєстійкості, пригнічена або підвищена активність рефлексивних процесів, відчуття втрати контролю над ситуацією (зниження інтернальної каузальності).

Перейдемо до розгляду результатів III групи. До складу цієї групи увійшли ті досліджувані, які у *підлітковому віці вважали себе товстими*. Це змушувало їх застосовувати різноманітні поведінкові стратегії з метою зниження ваги (незалежно від її відповідності або невідповідності до нормативних показників). Частка осіб цієї групи респондентів складає 52% від загальної кількості досліджуваних (67% жіночої вибірки та 30,5% чоловічої вибірки, $\varphi^*_{\text{емп.}} = 6,588$, рівень значущості різниці $p \leq 0,000$). Значну перевагу кількості жінок, що прагнуть знизити вагу, порівняно з чоловіками, ми пояснюємо як впливом стереотипів щодо ідеалу жіночого тіла (про що вказувалося вище), так і *психологічною готовністю жінок витримувати дискомфортні переживання заради змінення зовнішності* (зокрема, терпіти соматичний та психологічний дискомфорт через обмеження у харчуванні

та інтенсивні фізичні навантаження).

Якісний аналіз мотивів зниження ваги не визначив значущих відмінностей між досліджуваними всіх трьох груп. Крім того, емпіричний матеріал III групи надав нам можливість докладно розглянути та порівняти мотиви схуднення на етапі підліткового та зрілого періодів життя. Вважаємо, визначені специфічні відмінності актуальних мотивів схуднення, що домінують на різних етапах життя, обумовлені віковою динамікою особистості. Також ми намагалися визначити відмінності між чоловічою та жіночою вибірками щодо мотивації схуднення як рушійної сили, котра змушує особистість докладати зусиль задля схуднення (див. табл. 4.2 та 4.3).

Таблиця 4.2

Актуальна мотивація зусиль, що цілеспрямовані на моделювання свого тіла у підлітковому і зрілому віці (жіноча вибірка, N = 125)

Актуальні мотиви моделювання свого тіла	Розповсюдженість у підлітковому віці, %	Розповсюдженість у дорослому віці, %	Достовірність відмінностей між долями, ϕ^* -критерій
Універсальні мотиви:			
«заради впевненості у собі»	100 %	96 %	$\phi^*_{\text{емп}} = 3,186$ $p \leq 0,000$
«задля привабливості» (для себе, для коханого, на зло всім, всупереч обставинам та ін.)	100 %	100 %	-
«здійснити бажання носити гарний одяг»	95,2 %	86,4 %	$\phi^*_{\text{емп}} = 2,869$ $p \leq 0,001$
«заради близьких стосунків»	86,4 %	98,4 %	$\phi^*_{\text{емп}} = 3,969$ $p \leq 0,000$
Мотиви, що трансформують свій зміст з віком:			
- заради відповідності до стандарту краси «бути схожою на мініатюрну французьку», «бути схожою на Сінді Кроуфорд», «бути схожою на дівчину, а не на стару тітку»	25,6 %	10,8 %	$\phi^*_{\text{емп}} = 4,068$ $p \leq 0,000$
- бажання мати дитину: «щоб завагітніти», «виносити дитину», «народити дитину».	-	45,6 % (100% тих, хто не має дітей)	$\phi^*_{\text{емп}} = 11,72$ $p \leq 0,000$
- заради ставлення інших: у підлітковому віці заради батьків: «щоб заспокоїти рідних і близьких, бо моя вага становить реальну небезпеку для здоров'я»; у дорослих заради дітей: «щоб перестали мене соромитися», «щоб не казали, що бояться бути схожими на мене»	24,3 %	68,8 %	$\phi^*_{\text{емп}} = 4,068$ $p \leq 0,000$

Продовження табл. 4.2			
- для визнання: «чути компліменти», «щоб викликати заздрість і замилювання однокласників», «щоб від моєї краси в пацанів дах рвало», «щоб «за мене» билися, як у лицарські часи»	68,8 %	36,7 %	$\phi^*_{\text{емп}} = 5,170$ $p \leq 0,000$
- щоб запобігти порушенням здоров'я (при реальній загрозі): «щоб перестали мучити болі в суглобах, ногах, спині»; «не хочу бути інвалідом», «не бажая бути в тягар», «не хочу вмерти від ожиріння»; «щоб були сили господарювати, самостійно ходити на базар, готувати, розвішувати білизну»	8,1 %	75,2 %	$\phi^*_{\text{емп}} = 12,03$ $p \leq 0,000$
- для гарного самопочуття і збільшення працездатності: «щоб поліпшити самопочуття», «продовжити свою фізичну молодість»; «мати можливість знову займатися улюбленою справою, чому заважає зайва вага»	4 %	74,4 %	$\phi^*_{\text{емп}} = 13,27$ $p \leq 0,000$
- через вимоги середовища (реальні або уявні): «щоб знайти престижну роботу»	9,6 %	21,6 %	$\phi^*_{\text{емп}} = 2,664$ $p \leq 0,003$

Примітка: не рекомендується розраховувати ϕ^* -критерій Фішера, якщо одна з часток, які порівнюються, дорівнює нулю (це викликано ймовірністю перебільшення показника). В цьому випадку рекомендацією можна знехтувати через дійсно значущу різницю в розповсюдженості вимірюваних ознак.

Порівняльний аналіз актуальних мотивів схуднення у жіночій вибірці, показує, що на підлітковому етапі життя домінують більш інфантильні мотиви зниження ваги, що обумовлені певною «дитячістю», незрілістю особистості, але загалом мають позитивне емоційне забарвлення (див. табл. 4.2). Серед них прагнення досягти відповідності власного тіла стандартам краси, бути схожою або схожим на якусь знамениту «модель», бажання чути від оточення компліменти на свою адресу, викликати в інших почуття захоплення, пристрасті, заздрощів тощо.

Достатньо актуальними також виявилися мотиви «заради здоров'я», що мають на меті покращення фізичної форми. Однак характеристики, на які спираються жінки під час опису власної мотивації до зниження ваги, дозволяють нам засвідчити, що категорія «здоров'я» розглядається респондентами з утилітарної позиції – з позиції корисності у межах виконання численних обов'язків повсякденного життя та побутових проблем («щоб мати сили на домашнє господарювання – ходити на базар, готувати їжу, прибирати, прати, розвішувати білизну» та ін.).

Поряд із цим відзначаються мотиви, які сформульовані у негативній модальності та підкреслюють зосередженість респондентів на хворобливих синдромах та інших негативних аспектах зайвої ваги («не хочу жити, як інвалід», «не хочу

бути тягарем», «не хочу вмерти від ожиріння», «не хочу бути самотньою вовчицею» та ін.). Лише незначну частку (17,6%) складають мотиви, що відображають *позитивну спрямованість* респонденток («поліпшити самопочуття», «задня омолодження та подовження періоду фізичної привабливості», «щоб мати можливість займатися улюбленим хобі», «хочу довести собі та усім Іншим, що я сильна особистість та можу дотримуватися своїх обіцянок», «хочу позбавитися від болю в суглобах, ногах, спині» та ін.).

Приблизно однакову актуальність у жінок III групи, як на етапі підліткового (86,4%), так і на етапі зрілого періоду життя (98,4%), мають мотиви, головний зміст яких відображає *орієнтованість на пошук партнера задля створення сім'ї та близьку взаємодію з Іншими*:

«щоб мати змогу віддавати своє душевне тепло та невичерпну любов, ... щоб у моєму житті з'явилася близька людина, ... щоб стати потрібною хоч для когось, ... зустріти любов та вийти заміж, ... бути щасливою, а це для мене – мати чоловіка і дитину, ... щоб бути гідною свого чоловіка, ... зберегти стосунки, ... повернути близькі стосунки з єдиним чоловіком мого життя, ... щоб не втратити коханого, бо не зможу без нього жити, ... бути привабливою для свого коханого» тощо.

Серед інших мотивів схуднення, що майже однаково актуальні у жінок як на етапі підліткового, так і на етапі зрілого віку, відзначаються наступні: «відчути впевненість у собі» (100% у підлітковому віці та 96% у зрілому віці), «носити яскравий та красивий одяг» (95,2% і 86,4%), «на зло всім», «мати нормальну вагу та фігуру всупереч спадкової схильності до надлишкової ваги», «бути привабливою, сексуальною, бажаною заради коханого» (100% і 100%) тощо.

Подібний порівняльний аналіз актуальних мотивів схуднення було проведено також у вибірці чоловіків (див. табл. 4.3).

Серед домінуючих мотивів зниження ваги на підлітковому етапі життя у чоловічій вибірці зафіксовано дві основних групи мотивів.

Першу групу склали мотиви, що зазвичай обумовлені впливом зовнішньої референції та здебільшого орієнтовані на отримання схвальної оцінки та/або на запобігання негативних оцінок від близького оточення («щоб почути добрі слова на свою адресу від батька/вітчима/батьків, коханої», «... щоб не давали образливих кличок», «щоб не глузували та не засуджували», «щоб не викликати у дівчат відчуття відрази та не діставати від них відкоша» тощо).

Таблиця 4.3

Актуальна мотивація зусиль, що цілеспрямовані на моделювання свого тіла у підлітковому і зрілому віці (чоловіча вибірка, N = 40)

Актуальні мотиви моделювання свого тіла	Розповсюдженість у підлітковому віці, %	Розповсюдженість у дорослому віці, %	Достовірність відмінностей між долями, ϕ^* -критерій
«заради близьких стосунків»	85 %	37,5 %	$\phi^*_{емп} = 4,597$ $p \leq 0,000$
«бажання носити той одяг, що подобається»	65 %	30 %	$\phi^*_{емп} = 3,202$ $p \leq 0,000$
бажанням підвищити свій особистісний статус, формування самовідчуття «звичайного хлопця»: «щоб бути чоловіком із нормальною статурою, а не горою жиру», «хочу позбавитися всього того, що робить мене бегемотом», «щоб довести усім, що я особистість, а не слабак», «щоб позбутися почуття неповноцінності», «щоб бути більш впевненим», «щоб поважати самого себе»	77,5 %	45 %	$\phi^*_{емп} = 3,05$ $p \leq 0,000$
отримання схвальної оцінки та/або на запобігання негативних оцінок від близького оточення: «щоб чути добрі слова на свою адресу від батьків, коханої», «...щоб не давали образливих кличок», «щоб не глузували та не засуджували», «щоб не викликати у дівчат відчуття відрази та не отримувати від них відкоша»	80 %	7,5 %	$\phi^*_{емп} = 7,419$ $p \leq 0,000$
страх незворотних змін у стані здоров'я: «страх значних проблем зі здоров'ям, «страх втрати потенції», «лише страх за своє життя та здоров'я здатен зумовити людину ніщо не змусить нас змінювати свій спосіб життя...»	2,5 %	62,5 %	$\phi^*_{емп} = 6,73$ $p \leq 0,000$
страх за майбутнє дітей у поєднанні зі страхом фізичного й психологічного віддалення від них: «відповідальність за долю дітей – у мене їх троє», «я просто не маю права вмерти раніше, ніж встигну поставити дітей на ноги», «боюся втратити авторитет у дитини, бо не можу грати з нею у будь-які рухливі ігри»	-	45 %	$\phi^*_{емп} = 6,578$ $p \leq 0,00$
страх втратити перспективи кар'єрного та професійного зростання: «зайва вага заважає кар'єрі, а я прагну до професійного росту»; «ожиріння – ворог кар'єрі»	-	57,5 %	$\phi^*_{емп} = 7,696$ $p \leq 0,00$

Другу групу склали мотиви, спрямовані на підвищення особистісного статусу, формування самовідчуття «звичайного хлопця» («...щоб бути чоловіком із нормальною статурою, а не горою жиру», «хочу позбавитися всього того, що робить мене бегемотом», «щоб довести усім, що я особистість, а не слабак» тощо). У цьому випадку сам факт зниження ваги розглядається респондентами як умова

підвищення самооцінки, самоповаги, упевненості у собі (базові почуття, що дозволяють позбутися почуття неповноцінності).

Аналіз актуальних мотивів зниження ваги у чоловіків на етапі зрілого періоду життя дозволяє стверджувати, що більшість з них – це негативні мотиватори:

– *страх незворотних змін у стані здоров'я* (втрати потенції, появи серцево-судинних захворювань, діабету, остеопорозу тощо). У цьому випадку стимулами до зниження ваги є результати аналізів, «адресне» звернення лікаря тощо;

– *страх за майбутнє дітей у поєднанні зі страхом фізичного й психологічного віддалення від них*. Під впливом цих страхів стимулом до зниження ваги є взаємопов'язані між собою емоційні та інтелектуальні переживання (відповідальність за долю дітей, почуття вини, сорому, безпорадності, знецінювання себе, визнання своєї батьківської неспроможності тощо). Підтвердженням цього є висловлювання респондентів щодо необхідності схуднення:

«що я за батько, якщо я не в змозі гратися з дітьми ні у догонялки, ні у футбол, ні на ковзанах?», «боюся втратити авторитет у дитини через те, що я вже нездатний гратися з нею ні в які рухливі ігри», «найстрашніше для мене – це відчувати себе тягарем для власних дітей через свою вагу», «з кожним днем я відчуваю як між мною та власними дітьми поширюється прірва, і все через те, що я вже неспроможний активно рухатися», «...страшно не встигнути вивести дітей у люди», «я кожний день кажу собі, що я повинен жити заради своїх дітей та дочекатися хоча б їхнього повноліття».

- *страх втратити перспективи кар'єрного та професійного зростання* («зайва вага заважає кар'єрі», «ожиріння – ворог моєї кар'єрі й професійної успішності, «успіх та зайва вага у моїй професії – це речі несумісні» та ін.).

На нашу думку, негативні мотиватори здатні настроїти на ефективне функціонування¹⁴ за умови психологічної готовності до стикання з численними труднощами – з різноманітними дискомфортними відчуттями на фізичному та психологічному рівнях. Якщо ж суб'єкт лише усвідомлює необхідність схуднення, але психологічно неготовий до подолання перешкод на шляху досягнення поставленої мети, то негативні мотиватори, навпаки, лише підтримують та навіть підсилюють стан емоційної напруженості та незадоволеності собою, що, безумовно, створює

¹⁴ Під ефективним функціонуванням, що дозволяє нормалізувати фізіологічні та психологічні показники здоров'я (відповідно до завдання нормалізації харчової поведінки й зниження ваги), ми розуміємо здатність людини організовувати свою поведінку, спираючись на основні принципи здорового способу життя.

умови для фіксації та домінування стратегій переїдання, які суб'єктивно допомагають знизити рівень психологічного та соматичного дискомфорту.

Частка чоловіків III групи (7,5%) відзначила певні позитивні мотиватори, як епохальні події життя, які дозволили їм радикально трансформувати ціннісне ставлення до власної тілесності та розпочати процес ефективного функціонування – змінити стратегії поведінки, харчові звички та спосіб життя. Підтвердженням цього є наступні фрагменти з анкетних даних:

- *«якось непомітно з симпатичного коlobка я перетворився у мужика з великим черевом, але... певний період часу це зовсім не заважало мені жити. Усе змінилося, коли я став часто спілкуватися з європейцями (з робочих питань). Так сталося, що я закохався – в країну, в їхній спосіб буття, в жінку, і наче схаменувся... зрозумів, що бути брjухатим, як вагітна на 7-му місяці – це негідно справжнього чоловіка. З того часу я став змінюватися. Раніше я був БАЙДУЖИМ до свого зовнішнього вигляду, зараз схуднення – це мета, що дозволить відкрити двері у нове життя. І хоча мені ще далеко до норми, але я вже зрушився з «мертвої точки», і я впевнений, що неодмінно досягну своєї мети»;*

- *«схуднути я мріяв завжди, але, ймовірно, мені не вистачало чогось на кшталт «золотого пенделя» – чи то злості, чи то спортивного азарту. «Запалився» я від розмови дівчат про мене (яку я випадково почув під час перерви на роботі), вони були впевнені, що їх ніхто не чує. Одна з них запитала в іншої: це такий товстий, огидний, бридкий чолов'яга, який завжди спітнілий та щось постійно жує? Тоді я дуже розлютився... ні, не на дівчину, ...на самого себе, а також на батьків, на своє потворне тіло, на неможливість одягатися у той одяг, що подобається, в не в той, що пропонує магазин «Богатир». Неймовірно, але уперше в житті я вирішив, що неодмінно схудну, і обов'язково доведу, що я найкращий чоловік ...!».*

Найбільш значущі відмінності між вибірками чоловіків та жінок відзначаються щодо мотиву зниження ваги «заради близьких стосунків». У жіночій вибірці зазначений мотив є однаково актуальним на обох етапах життя (як на етапі підліткового, так і на етапі зрілого періодів життя). У чоловічій вибірці значущість цього мотиву на теперішньому етапі життя виявляється менш виразно. При цьому, якщо у підлітковому віці чоловіки загалом визнають необхідність схуднення як важливу умову для «зав'язування» близьких стосунків з дівчатами (85%), то у зрілому віці необхідність схуднення вони найчастіше пов'язують з бажанням підвищити якість інтимного життя або погіршенням стану здоров'я (62,5%).

Зупинимося на статево-рольових відмінностях описових характеристик мотивів зниження ваги. У вибірці жінок головна ідея мотивації схуднення пов'язана з орієнтацією на створення сім'ї, бажання дарувати свою турботу та почуття близьким людям (чоловіку, дітям, друзям). Наведемо найхарактерніші висловлювання:

«хочу дарувати свою любов, турботу, ніжність своїм близьким»; «мрію зустріти любов, вийти заміж, народити дітей»; «... щоб у моєму житті з'явилися близькі стосунки», «... хочу бути потрібною хоч будь-кому, хочу про когось дбати окрім собаки та кота»; «відчуваю, що через мою зайву вагу я втрачаю кохання мого чоловіка до мене, він стає байдужим та неуважним»; «хочу повернути близькі стосунки з чоловіком»; «хочу схуднути задля того, щоб бути привабливою, бажаною для свого коханого».

У чоловічій вибірці подібні висловлювання, хоча й зустрічаються, але не є характерними:

«жінки зазвичай не звертали увагу на мене, але нарешті у мене з'явилася кохана, яка цінує мене за мою душу, тому заради неї я готовий схуднути, щоб не виглядати поруч із нею бегемотом»; «маю схуднути, щоб не втратити єдину рідну для мене душу»; «...мрію мати дім, родину, кохану жінку та діточок».

Проте найбільш характерними для чоловіків виявилися такі мотиви схуднення, що відображають *інфантильну, егоцентричну особистісну позицію* – бажання отримувати увагу, турботу, захоплення, кохання від Інших та сподівання на покращення сексуального життя:

- *«схуднення підвищить мої шанси відшукати жінку, яка буде піклуватися про мене так само, як моя мати, що завжди мене розуміла та щиро раділа моєму товариству і могла мене втішити у важкі хвилини»; «сподіваюся, що коли я схудну, то нарешті зможу зустріти жінку, що буде гідна моєї любові... поки що я таких жінок не зустрічав»;*
- *«хочу схуднути заради якісного сексу», «... хочу бути мачо, щоб жінки шаліли від бажання бути зі мною», «...живіт – ворог гарного сексу», «...щоб остаточно не втратити сексуальну привабливість», «...щоб мій живіт не заважав мені експериментувати щодо сексуального життя» та ін.*

Отже, аналіз та узагальнення результатів щодо провідних мотивів схуднення дозволяє стверджувати, що жінки здебільшого зорієнтовані на «пошук партнера» та «збереження стосунків зі значущими Іншими». При цьому лейтмотив схуднення спрямований на *пошук близької людини, якій хочеться дарувати свою любов, турботу, підтримку*. У чоловічій вибірці, навпаки, найбільш характерними виявилися такі мотиви схуднення, що мають на меті «турботу про себе», але не через прояв власної активності, а через пошук жінки, *котра здатна створити комфортне життя, і має бути такою «як мама» – турботливою домогосподаркою та здатною приймати усі недоліки чоловіка (просто кохати його за те, що він є)*.

Цікаво, що з часом значущість близьких стосунків у вибірці жінок дещо підвищується; у вибірці чоловіків, навпаки, зменшується. Проте, на нашу думку, отримані емпіричні дані, не дають підстави стверджувати, що близькі стосунки

для чоловіків, порівняно з жінками, є менш значущими. Виявлені відмінності скоріше зумовлені специфікою емоційної культури та впливом гендерних стереотипів, що *регламентують* (приписують), *які саме почуття та яким чином чоловіки повинні/або не повинні проявляти*.

Окремого коментарю потребують висловлювання, що виявляють антимотивацію (антимотивованість) щодо зниження ваги у частки чоловіків III групи (22,5%). «Антимотивацію» ми розглядаємо як специфічну психічну діяльність, яка не тільки не сприяє процесу схуднення, але й, навпаки, є своєрідним видом психічного саботажу, що активно гальмує процес схуднення та спонукає до дій (поведінки) з протилежним ефектом, зумовлюючи накопичення зайвої ваги. На нашу думку, антимотивація є складною формою реагування, у певному розумінні формою компенсації хронічного відчуття незадоволеності/нереалізованості, що виникає внаслідок негативних переживань, які супроводжують процес схуднення на тлі багаторазового розчарування результатами схуднення, втратою віри у можливість реалізації мети тощо. Антимотивація виявляється через формування установок, що маркірують будь-яку діяльність щодо схуднення як «безглузду боротьбу», внаслідок чого вона втрачає смисл та значущість у системі цінностей суб'єкта та зумовлює остаточне примирення з проблемою ваги та тлі перекручених патернів харчової поведінки. Суб'єкт вирішує, що нема сенсу витратити ресурси на діяльність, яка не тільки не приносить позитивного результату, але й є джерелом багатьох неприємних відчуттів та переживань фізичного і психологічного характеру.

Таким чином, антимотивація, з одного боку, блокує виконання затратних дій (затратної діяльності), а з іншого – націлює на виконання такої поведінкової активності, що здатна забезпечити максимум задоволення при мінімізації зусиль. Прикладом такої активності є *стратегія переїдання або обжерливості*, що одночасно задовольняє мотиви гедоністичного, атарактичного, гіперактивуючого та самоушкоджуючого характеру. Про це свідчать наступні фрагменти висловлювань:

- «Я вже втомився худнути. Вага, незважаючи ні на які мої зусилля, з кожним роком повільно, але впевнено збільшується. Все набридло... Сенсу в житті я ніколи не бачив, а зараз тим паче, навіть надії не залишилося. Я нікого не кохаю, нічого не люблю, ні на що не сподіваюся. Збоку, може здаватися, що у мене все гарно – є робота, за яку я отримую непогані гроші, є друзі, є підтримка батьківської родини. Єдине чого немає – це здоров'я. Ще з дитинства я постій-

но чув окрики: «тобі це не можна; наберися терпіння; ти що хочеш потрапити до лікарні...?». Потім я зник з цим жити. Була проблема з дівчатами – комплексував із приводу зайвої ваги, але навчився «брати» їх іншими перевагами – вишуканістю манер, гумором та інтелектом – дівчатам це подобалось. Але близькі стосунки так і не склалися. Власної сім'ї нема, та мені вже це і не потрібно, тут хоча б собі дати раду... Зреештою я зрозумів, що немає ніякого сенсу в тому, щоб обмежувати себе в їжі. Заради чого? – щоб прожити трохи довше? Безглуздо...І, навпаки, для мене саме розмаїття кухні дозволяє відчувати різноманітність життя».

- «Моє життя – повний відстій...жалюгідне існування. Розумію, що необхідно щось змінити, але на це вже немає сил. Отже, моє життя – це очікування кінця. Все дістало – робота, яка дратує своєю одноманітністю, діти, які розуміють тільки свої бажання та не бажать жити у злагоді між собою, дружина зі своїми постійними претензіями... Ось і їм, наче на зло усім. Крім того, коли я повертаюся додому, то я хочу лише одного – просто смачно поїсти та відпочити, а не боротися з тим, що надає мені відчуття задоволення та розслабленості.

- «Вважаю, що чоловікам взагалі не потрібно худнути (окрім тих, хто страждає на серцеву недостатність). Для мене зразком справжнього чоловіка є прадавні вікінги, витязі, билинні богатири. Багато хто з них мав не просто велику вагу, але й велике черево, яке їм не тільки не заважало у бою, а навпаки, надавало перевагу бо підвищувало сталість, стійкість (за рахунок зміщення центру важкості!). Саме тому девіз мого життя це: отримуй задоволення, смакуй, та ні в чому собі не відмовляй!».

- «Мій життєвий принцип – живи однією хвилиною, отримуй задоволення «тут та зараз», тому що «завтра» може просто не прийти! Я впевнений, що мучити себе дієтами та фізичними вправами через неідеальні параметри тіла або бажання віддалити зустріч зі смертю – це знущання над собою. Все одно від смерті не втечеш. Так навіщо обмежувати себе в отриманні задоволення, особливо від смакування їжі, якщо це надає можливість отримати «3 в 1»: заповнити порожнечу, відчувати гармонію смаку та зняти напруження після важкого дня?

- «У молодості я дуже бажав схуднути...Однак після одруження заспокоївся. Мабуть тому, що впевнений, що жінка кохає мене за мою душу і високо цінує за все, що я роблю для всієї сім'ї. Ну, є в мене невеличке пузіко, і що? Не бачу сенсу мучитися та відмовляти собі у маленьких радощах червоугодія тільки для того, щоб краще виглядати або прожити на 5-7 років більше??! Особисто для мене – це тортури, а не турбота про себе».

Подібні висловлювання виявляють наявність специфічних антимотиваційних установок:

– не варто жертвувати відчуттям комфорту та задоволення у ситуації приймання їжі, що відбувається «тут і зараз» заради примарних досягнень (стрункого тіла) у далекому майбутньому;

– зусилля, спрямовані «на потім» можуть виявитися даремними. Так чи варто займатися такою діяльністю, ціна якої є занадто високою, а результат може виявитися химерним?

– у житті практично нічого не залежить тільки від тебе, а отже, персональна відповідальність полягає в уникненні марних зусиль та «провальних» дій; у цьому

складному житті, сповненому розчарувань повинно бути хоч щось, що здатне приносити задоволення;

— романтика — це для дітей та юнаків, вони ще можуть дозволити собі мріяти, а доросла і відповідальна людина має бути прагматичною та реалістичною (любов приходить і йде, а їсти хочеться завжди).

На нашу думку, висловлювання подібного роду засвідчують перебудову тілесності у бік формування патологічної потреби щодо їжі на тлі змінення ієрархії цінностей і мотивів. Зокрема, втрата цінності фізичної привабливості (цінності підтягнутого та накачаного тіла без зайвої ваги) на тлі зневіри у можливість схуднення формують нову особистісну позицію. Особливість цієї позиції проявляється байдужістю до власної зовнішності, відмовою від боротьби за тіло (боротьби з зайвою вагою), впевненістю у незмінності цієї ситуації та пошуком раціональних аргументів, які дозволяють не тільки виправдати свій варіант життя перед самим собою, але й знайти в ньому певні переваги для себе (що пояснюється домінуванням механізмів психологічного захисту за типом витіснення, пригнічення, відчуження, оглушення, заміщення, раціоналізації, знецінювання та ін.).

Відсутність висловлювань подібного роду у жіночій вибірці ми пояснюємо збереженням *особистісної зорієнтованості «на боротьбу з зайвою вагою»*. При цьому для жінок це не просто боротьба за власну фізичну привабливість — це боротьба «за краще життя» та «за кращу власну долю» (за можливість мати родину, дитину, щастя, кар'єру, успіх тощо). Більш того, результати порівняльного аналізу відповідей респондентів на питання про складові поняття «щасливе життя» засвідчують, що з роками цінність «фізичної привабливості» для більшості жінок не втрачає своєї значущості, а для деяких навіть набуває більшої актуальності. У чоловічій вибірці, навпаки, значущість власної фізичної привабливості як умови щасливого життя з роками знижується. Спираючись на вищевикладене, вважаємо, що саме ціннісне ставлення до власного тіла як вагомої умови кращого життя підвищує психологічну готовність жінок до стикання з різноманітними перешкодами, що виникають на шляху схуднення.

Таким чином, аналіз мотивів схуднення у групах чоловіків та жінок дозволяє простежити та зрозуміти, яким чином проблема надмірної ваги стає своєрід-

ним способом відмови від життя та перетворюється в ефективний спосіб відмежування від власного тіла. На нашу думку, нав'язливе прагнення до розширення зони соматичного комфорту за рахунок зосередженості/фіксації на «гастрономічних» і фізіологічних відчуттях стає для суб'єкта тим системотворчим переживанням, що імітує «турботу про себе» та «любов до себе».

На початковому (ініціальному) етапі розвитку харчових порушень за аліментарним типом їжа виконує функцію емоційної регуляції. Зокрема, суб'єкт наділяє їжу певними психологічними властивостями (смыслами) – «їжа як розрада», «... як ліки-антидепресанти», «... як нагорода» тощо. Це дозволяє суб'єкту отримати відчуття задоволення та знизити психоемоційну напруженість (поліпшити настрій, позбутися самовідчуття пригніченості, смутку, нудьги тощо). Але з часом стратегія «заїдання стресу» стає джерелом постійного занепокоєння не тільки з приводу зайвої ваги, але й значного погіршення стану здоров'я, зниження активності та сексуальності, втрати зовнішньої привабливості тощо. Усвідомлення негативних наслідків переїдання для свого організму підсилює внутрішній конфлікт між «самовідчуттям незадоволеності тілом» (вагою, собою, життям в цілому) та «прагненням до постійного перебування у стані соматичного комфорту», що виникає в ситуації прийому їжі. Багаторазове поєднання відчуття задоволення під час приймання їжі з мінімізацією витрачених задля цього зусиль обумовлюють суб'єктивну значущість стратегій переїдання. Важливий аспект такого поєднання виявляється в тому, що задля отримання фізіологічного задоволення (що визначається соматичним рівнем тілесності) суб'єкту майже не потрібно докладати зусиль, тим часом як задля отримання психологічного задоволення та комфорту (що визначається психічним рівнем тілесності) суб'єкт повинен докладати певних зусиль. Наприклад, задля отримання відчуття задоволення під час плавання суб'єкту необхідно спочатку навчитися плавати; задля отримання відчуття задоволення під час спілкування – йому необхідно самому стати цікавою людиною і под. Інакше кажучи, задля отримання відчуття психологічного задоволення суб'єкт має бути готовим до певних додаткових витратних зусиль, тобто «сплатити» своєрідну ціну за можливість отримати задоволення. «Ціною питання» є готовність до витрат як матеріального, так і нема-

теріального характеру (готовність витримувати дискомфортні переживання та фізичні навантаження, готовність витратити час та зусилля на виконання різноманітних завдань психологічного характеру тощо). При цьому, якщо суб'єкт вважає, що отриманий результат не відповідає витраченим задля цього зусиллям, то він *знецінює* як саму мету, так і все, що з цим пов'язане (витрачені зусилля, критичні зауваження значущих Інших у свій бік, значущість самих відносин з Іншими тощо) та займає позицію відмови від активної боротьби з проблемою надмірної ваги.

Отже, якщо суб'єкт втрачає відчуття задоволення від подолання перешкод на шляху досягнення мети, то поступово він знецінює усі «затратні» види задоволень. Одночасно надцінними стають відчуття соматичного (фізіологічного) рівня тілесності, які можливо отримати майже негайно «тут і тепер» у ситуації споживання їжі. Згодом суб'єкт відмовляється від активної боротьби з надмірною вагою та знецінює значущість відносин з Іншими. Таким чином, у випадках, коли прагнення до отримання соматичного (фізіологічного) задоволення «тут і зараз» починає переважати над усіма іншими прагненнями щодо власного тіла, то воно поступово витісняє/відсуває/заміщує усі інші «витратні» види задоволень і суб'єкт втрачає здатність відчувати задоволення від подолання перешкод на шляху досягнення мети.

На нашу думку, позиція «відмови від повноцінного життя», що приймається несвідомо, детермінується низкою чинників: втратою ефективних мотиваторів (що мають позитивне емоційне забарвлення та надають сенс життю і віру в можливість вирішення проблеми тощо); психологічною неготовністю до зустрічі з дискомфортними переживаннями фізичного та психічного характеру заради схуднення і зміни зовнішності; вторинними вигодами свого стану.

Відповідно, у випадку, коли суб'єкт вважає, що «зусилля»/«страждання», які були ним витрачені заради схуднення є надмірно високою ціною за отриманий результат, то він відчуває *сильне емоційне невдоволення* (неспроможність, розчарованість, зневіру тощо) та відчуття перебування у замкненому колі проблем. Поглиблення на відчуттях емоційного невдоволення фіксує його на стратегіях переїдання, які, хоча і підвищують вагу, але суб'єктивно допомагають знизити відчуття незадоволення. Це зумовлює *знецінювання стратегій поведінки цілеспрямованих на схуд-*

нення та відмову від подальшої боротьби проти зайвої ваги. При цьому індивід зазначає, що чим вищими стають показники ваги, тим важче йому примусити себе до виконання активних дій повсякденного характеру (зникає бажання доглядати за собою, працювати, спілкуватися тощо). У цьому випадку будь-які зусилля маркуються як «безглузді» (безглуздо звертатися до лікаря, нерозумно витратити ресурси на лікування, абсурдно відмовлятися від задоволення смачно поїсти, безглуздо йти на психотерапію, розкриватися й шукати вихід тощо). Врешті-решт формується позиція «байдужості» до будь-чого, окрім процесу споживання їжі, що зумовлює швидке зростання зайвої ваги. Своєю чергою, зайва вага детермінує змінення у функціонуванні рівнів тілесності та зниження якості життя.

Порівняльний якісний аналіз актуальних мотивів зниження ваги між чоловіками та жінками виявив спільність низки категорій в обох вибірках: «страх серйозних проблем у стані здоров'я» (за яким приховується страх важких хвороб та смерті), «відповідальність за дітей», «бажання професійної успішності та кар'єрного росту», «бажання займатися улюбленим у минулому хобі», і навіть «бажання носити той одяг, який подобається». Водночас кожна вибірка має специфічні відмінності мотивів схуднення. Зокрема, спектр актуальних мотивів зниження ваги *чоловічої вибірки* здебільшого містить наступні мотиви: прагнення уникнути негативного оцінювання з боку Інших; страх втратити сексуальне здоров'я (потенцію) або нездатності до якісного сексу; страх втратити роботу або припинення кар'єрного та професійного розвитку; бажання підвищити особистісний статус (самоповагу, самооцінку, впевненість у собі тощо).

Серед чинників, що зумовлюють специфічність мотивів схуднення у *жінок*, нами виокремлено: бажання отримувати схвальні відгуки, похвалу та компліменти від Інших, викликати захоплення та заздрість; бажання мати близькі стосунки та щасливу родину (партнерські/шлюбні відносини, народити дитину); бажання заспокоїти та порадувати близьких; прагнення до збереження фізичної молодості (привабливості, активності, сексуальності тощо).

Аналіз мотивації зниження ваги на етапі теперішнього періоду життя одночасно дозволив діагностувати «тіньовий», або зворотний бік психологічних проблем особистості (які можна визначити як своєрідні болючі душевні точки). Встановлено, що найбільш типовими *психологічними проблемами*, що виникають

внаслідок зайвої ваги є: душевні страждання з приводу неможливості завагітніти та/або виносити дитину; страх за стан свого здоров'я; страх самотності, страх втрати стосунків з коханою людиною; незадоволеність роботою; відчуття душевної порожнечі (внаслідок значної обмеженості сфери дозвілля й неможливості займатися улюбленою справою тощо).

Отже, спектр психологічних проблем «теперішнього» періоду життя респондентів достатньо різноманітний. Однак, насамперед, він виявляє *акцентуїованість досліджуваних на власній непотрібності, нереалізованості, страхах різноманітного характеру та надмірної залежності від ставлення Інших* (або від наявності Інших у власному житті як умови щасливого життя). Із цього випливає, що умовою нормалізації порушених стратегій харчової поведінки є вирішення психологічних проблем у комбінації з адекватною дієтою та оптимальним фізичним навантаженням. На нашу думку, саме вирішення психологічних проблем дозволить суб'єкту, з одного боку, модифікувати способи вияву себе і гармонізувати відносини в континуумі «Я-Інші», а з іншого – допоможе усвідомити (відшукати/знайти/визначити/ сформулювати) внутрішні мотиви необхідності зниження ваги, що дозволять оптимізувати функціонування внутрішньої програми тілесності (внутрішньої позиції суб'єкта, внутрішньої каузальної орієнтації).

Непрямым підтвердженням викладеної нами позиції є інформація надана досліджуваними цієї групи про безліч невдалих спроб зниження ваги впродовж їхнього життєвого шляху. На нашу думку, низька результативність зниження ваги лише на основі дієтичного харчування та фізичних навантажень пояснюється низкою причин: - відсутність внутрішньої мотивації на схуднення (внутрішньої програми тілесності, внутрішньої позиції суб'єкта, внутрішньої каузальної орієнтації, дійсних мотиваторів, що дозволяють долати численні труднощі та перешкоди на шляху досягнення мети); - впевненість у неможливості подолання різноманітних життєвих проблем та неспроможності досягти бажаного (що зумовлює зниження самооцінки, зневіру у собі та фіксує на відчуттях психологічного неблагополуччя – безпорадності, незадоволеності собою та ін.); - тривале функціонування у режимі відчуження від власної тілесності.

При цьому зауважимо, що тривале функціонування у режимі відчуження від власної тілесності закономірно зумовлює низку змінень:

- втрату чутливості до психосоматичних сигналів тіла (голоду, насичення, спраги);
- втрату до впізнання, усвідомлення та прийняття певної гами переживань як власних потреб (потреби у ніжності, близькому спілкуванні, самоповазі, визнанні Іншими тощо);
- формування перекручених (патологічних) стереотипів реагування на повсякденні події життя за типом заміщення або відмови від базових потреб. Зокрема, замість того, щоб висловлювати свої почуття та потребу в отриманні знаків прихильності від близьких (прояви кохання, ніжності, турботи тощо), суб'єкт використовує їжу як найлегший засіб отримання приємних психосоматичних відчуттів; замість того, щоб усвідомити та відреагувати негативні почуття, що виникають у фруструючій ситуації – застосовується їжа як засіб регуляції емоцій.

Механізм «відчуження від власного тіла» ми вважаємо природним наслідком тривалого функціонування тілесності у режимі «незадоволення собою» та здійснення майже постійного «наси́льства над собою» під впливом зовнішнього локусу каузальності (що виявляється у діяльності, яка спрямована на зниження ваги під впливом зовнішньої мотивації). Режим «наси́льства над собою» здійснюється з порушеннями принципів раціонального (правильного, грамотного, адекватного) режиму життєдіяльності та орієнтується лише на обмежувальну стратегію харчової поведінки (обмежувальні експрес-дієти та монодієти).

У цьому випадку механізм відчуження (як форма психологічного захисту), з одного боку, дозволяє суб'єкту майже постійно перебувати в зоні соматичного комфорту, з іншого – здійснювати лише таку діяльність, що гарантує досягнення значущих результатів схуднення при мінімальних зусиллях і витратах (що узгоджується із принципом найменшого зусилля за Дж. К. Ціпфом [680]). Відповідно, якщо на думку суб'єкта, очікуваний результат відсутній, він знаходить вагомі аргументи для себе, чому від такої «безрезультативної діяльності» необхідно відмовитися.

Непрямими доказами функціонування у режимі відчуження від власної тілесності, ми вважаємо: - схильність інтерпретувати психологічні дискомфортні

переживання як сигнали неблагополуччя тіла (майже постійне почуття голоду та неможливість насититися, що відбувається на тлі ігнорування психологічних причин дискомфорту); - специфічна перебудова психологічного рівня тілесності. Особливості перебудови тілесності, насамперед, виявляються у надмірній фіксації уваги та зосередженості на об'єктах заборони (за принципом «заборонений плід солодкий»). При цьому обмежувальна стратегія ХП разом з обмежувальною дієтою супроводжується яскравими нестабільними емоційними переживаннями. Зокрема, початковий період дотримування дієти та швидкі результати схуднення супроводжується позитивними переживаннями (гордістю, задоволеністю собою, ейфорією, радістю). Однак, зниження темпів схуднення або навіть зростання ваги зумовлює розчарування, дратівливість тощо. Досліджувані фіксуються на негативних переживаннях різноманітної сили та спрямованості (від роздратованості до ненависті на своє тіло, батьків, життя, долю тощо). При цьому інтенсивність розчарування визначається рівнем невідповідності між очікуваним і реальним результатом та між витраченими зусиллями заради схуднення й отриманим результатом.

Відсутність значущого бажаного результату (відповідно до ціннісної системи клієнта) детермінує втрату «віри у себе», «у можливість змінити ситуацію» та ін. Таким чином, багаторазове повторення ситуації розчарування (через «стрибки» маси тіла) фіксує на відчутті власного безсилля, на міркуваннях про безглуздість відмови від «комфорту й задовольень», про марність фізичних і психологічних страждань заради зниження ваги. Сукупність зазначених причин формує стан глобальної незадоволеності (вагою, тілом, собою й життям загалом). При цьому відзначимо, що поява низки сигналів соматичного неблагополуччя (запаморочення, нудота, біль в області ШКТ, головні болі, відрижка, тахікардія та ін.) може бути розглянута як адаптивна реакція тілесності, яка спрямована на відновлення гомеостазу у зв'язку із тривалим перебуванням на неадекватній обмежувальній дієті.

На особливу увагу заслуговує той факт, що значущу частину контингенту досліджуваної вибірки (біля 60 %) склали ті, які ще з підліткового віку вважали себе товстими (жирними, потворними, некрасивими, огидними) і, відповідно, багаторазово здійснювали спроби знизити вагу за допомогою різноманітних дієт. Подібний негативний тілесний досвід, на нашу думку, є хронічним емоційним дистресом, що (як

ми вже відзначали вище) запускає механізм «відчуження тіла». Численні невдалі спроби «модельовання тіла» (за допомогою різних дієт і/або інтенсивних фізичних навантажень) на тлі повернення ваги поглиблюють емоційний дистрес, підсилюють різноманітні негативні почуття (тривогу, провину, сором, злість та ін.). Це, з одного боку, зумовлює втрату можливості знайти ефективний спосіб зниження ваги та контролю над ситуацією переїдання, а з іншого – загострює негативне ставлення до себе, аж до повної відрази й ненависті та остаточно руйнує віру в себе і власні можливості.

Прагнення знизити психоемоційну напругу на тлі негативних переживань (як вже зазначалося вище) «запускає» перекручені стратегії харчової поведінки, які зумовлюють регулярне переїдання (зокрема, чергування обмежувальної стратегії поведінки з емоційною та екстернальною). Досліджувані цієї групи, згадуючи про свої почуття та дії, що супроводжують їхні харчові зриви, відзначали:

- «Я часто їм просто від безділля, коли нудно або моторошно на душі»;
- «Їжа допомагає мені хоч якось скрасити болісні переживання самотності, що роз'їдають мою душу довгими холодними вечорами»;
- «Коли на роботі ми йдемо обідати своєю компанією, то я навмисно беру все, що мені їсти категорично заборонено... Чому я так роблю, сама не знаю. Може, у такий спосіб я прагну всім показати свою байдужість до проблеми зайвої ваги?»;
- «Останнім часом я перестала купувати додому шоколад і цукерки, тому що навіть знання про їхню наявність у домі не дає мені спокою доти, поки я сама їх з'їм, «забуваючи» при цьому про інших членів родини ... потім я звичайно сварю себе за егоїзм, безвільність, жадібність, але це мало допомагає...».

Незадоволеність тілом, собою та життям в цілому впродовж тривалого періоду є потужним стресором, який ініціює цикл чергування харчових стратегій (від жорсткого обмеження до невтримного переїдання), що відображає наступна схема: незадоволеність тілом – пошук виходу – дієта – успіх – зрив – розчарування – посилення невдоволення собою (див. рис. 4.27).

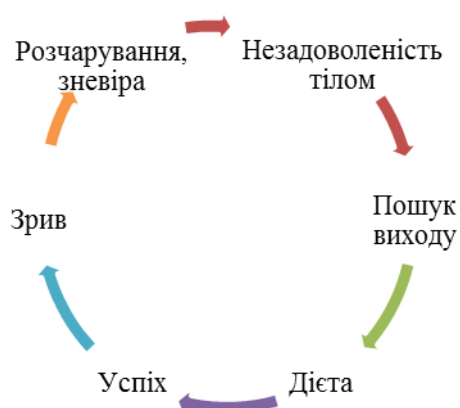


Рис. 4.27. Цикл чергування харчових стратегій (від жорсткого обмеження до невтримного переїдання)

Зазначимо основні результати цієї частини експерименту:

1. Зайва вага (як порушення соматичного рівня тілесності) та проблемні стратегії ХП (як порушення рівня психіки) є наслідком перебудови тілесності у напрямі формування патологічно зміненої потреби щодо їжі та порушення ієрархії мотивів, які зумовлюють розвиток розладів ХП та деформації ваги.

2. Трансформація внутрішньої картини життєдіяльності й перебудова тілесності у бік фіксації стратегії переїдання та зростання ваги зумовлені низкою психологічних чинників, які є предиспозиціями різноманітних варіантів проблемної харчової поведінки. Найзначущими серед них, є: а) особистісна зорієнтованість на зростання ваги у підлітковий період життя (у тих, які у минулому вважали себе худими та прагнули набрати вагу); б) травматичний тілесний досвід, що поєднує негативне сприйняття свого тіла та негативні емоційні переживання щодо себе та свого життя впродовж тривалого періоду, що створює передумови формування відчуття хронічного глобального психологічного незадоволення; в) формування «психологічної сліпоти», що унеможливорює рефлексію небажаних соматичних змін та виявляється у тривалій «нечутливості» суб'єкта до явних негативних тілесних обмежень, що виникають внаслідок «відчуження» тіла від «Я» та є відображенням домінування незрілих механізмів психологічного захисту; г) внутрішня зорієнтованість теперішнього періоду життя на пасивні варіанти життєдіяльності; д) зовнішній характер мотивів схуднення; е) наявність негативної мотивації щодо схуднення.

3. Хронічне відчуття незадоволення спонукує суб'єкта: а) до пошуку способів зниження психоемоційної напруги, але фіксованість на їжі як на найефективнішому «регулятору» настрою сприяє ритуалізації харчових патернів за типом переїдання як внутрішньо необхідної форми реагування; б) до пошуку різноманітних способів регуляції ваги циклічного характеру; в) до несвідомого захисту від травматичного тілесного досвіду, що зумовлює стратегію відмежування від життя та зміну ієрархії мотивів у бік формування негативної мотивації та антимотивації щодо схуднення.

4. Наявність антимотивації до схуднення свідчить про формування патологічно зміненої потреби в їжі внаслідок втрати повноцінної турботи про себе та психологічної неготовності до процесу схуднення. Антимотивація до схуднення є фо-

рмою специфічної психічної діяльності, що, з одного боку, забезпечує блокування затратних видів діяльності, які у системі цінностей суб'єкта втратили свою значущість, а з іншого – активізує і цілеспрямовує лише на таку діяльність, котра не потребує «зайвих» зусиль, але надає відчуття психосоматичного задоволення, що формує позицію «байдужості» до будь-чого, окрім споживання їжі. Наслідком такої позиції є швидке збільшення зайвої ваги, змінення у функціонуванні рівнів тілесності та зниження якості життя.

6. Виокремленні психологічні причини розвитку проблемної ХП визначають мішені психотерапевтичної корекції, основна мета якої спрямована на усвідомлення особистістю відповідальності за своє власне життя, засвоєння методів психоемоційної регуляції та самоконтролю, ідентифікації ситуацій, в яких виникає потреба до прояву перекручених патернів харчової поведінки та свідомої відмови від них. Найважливіші напрями роботи спрямовані: а) на пошук та визначення індивідуально-значущих внутрішніх мотивів не лише схуднення, але й життя в цілому, як смислоутворюючих чинників життєдіяльності, що мають достатню спонукальну силу задля подолання будь-яких труднощів, у т.ч. і на шляху схуднення; б) на саморефлексію та усвідомлення тілесних обмежень як наслідків надмірної ваги та змін в ієрархії механізмів психологічного захисту, цінностей, потреб та власної мотивації щодо життя як негативної психічної трансформації, що вже відбулася під впливом перебудови соматичного рівня тілесності; в) на психологічну переробку психотравматичного досвіду тілесності; г) на оптимізацію позитивного досвіду, мобілізацію і розширення особистісних ресурсів та створення на цьому підґрунті нових зразків поведінки, що дозволить відмовитися від застосування їжі як засобу зниження психоемоційної напруги та конструктивно вирішувати проблеми; д) на навчання навичкам саморегуляції; надання допомоги у пошуку ефективних способів зниження психоемоційної напруги через залучення особистості до різноманітних видів «позитивної» діяльності творчого і спортивного характеру (подорожі, походи та інші завдання, що дозволяють реалізувати потребу у самоствердженні, відроджують віру у себе, підвищують самооцінку тощо).

4.4 Особливості суб'єктивної картини життєвого шляху у вагітних з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної харчової поведінки та деформацій ваги

Ця частина експериментального дослідження спрямована на перевірку низки робочих припущень:

1) травматичний тілесний досвід минулого періоду життя, зокрема перебування у ситуації лікування безпліддя внаслідок розладів ХП і деформацій ваги, зумовлює певні деформації особистісної ідентичності вагітної жінки, що виявляються низкою особливостей:

- негативним сприйняттям контексту подій життєвого шляху щодо «теперішнього» та «майбутнього», особливо негативним сприйняттям тіла на тлі деформацій ваги та нав'язливого відтворення перекручених стереотипних патернів ХП;
- викривленням смислових та часових аспектів внутрішньої картини життєдіяльності (суб'єктивної картини життєвого шляху);
- тривожно-фобічними переживаннями щодо перебігу вагітності та пологів, амбівалентним ставленням до майбутньої дитини і материнства (за тривожним або ігноруючим типом).

2) незважаючи на відновлення репродуктивної функції та реальну вагітність у «теперішньому» як нову соціальну ситуацію розвитку вагітної жінки, стійкі трансформації жіночої ідентичності продовжують визначати викривлення смислових та часових аспектів суб'єктивної картини життєвого шляху;

3) високий рівень вмотивованості на материнство й наполегливе прагнення жінки стати матір'ю «запускає» процеси перетрансформації ідентичності – процеси децентрації его-системи, які дозволяють перебудувати особливості сприйняття та інтерпретації свого тілесного досвіду і структуру суб'єктивної картини життєвого шляху. Результат такої перетрансформації дозволяє реконструювати патологічні патерни ХП та нормалізувати харчову поведінку, в т.ч. гармонізувати ставлення до власного тіла та їжі, змінити харчові звички і патерни поведінки завдяки створенню нової, більш гармонічної системи ставлення до себе та Інших.

Робочі гіпотези, презентовані вище, є результатом теоретичного аналізу наших власних спостережень та низки інших наукових досліджень, присвячених

вивченню психологічних особливостей жінок з проблемною ХП та деформаціями маси тіла (медичними діагнозами «анорексія», «булімія», «психогенне переїдання», «ожиріння») [14; 34; 37; 38; 66; 68; 81; 89; 113; 151; 171; 192; 229; 317; 350; 351; 356; 363; 365; 424].

4.4.1 Вплив травматичного тілесного досвіду на суб'єктивну картину життєвого шляху особистості. Дослідники (О. В. Вахмістров, Т. Г. Вознесенська, В. О. Сафонова, Н. М. Платонова, А. М. Дорожевец, М. В. Коркіна, В. В. Марілов, М. О. Цивілько, І. Г. Малкіна-Пих, О. О. Марков, В. С. Одінцов, Ю. Л. Савчікова, Я. Татонь, F. Solmi, H. Sallis, D. Stahl, J. Treasure, N. Micali, H. Watson, A. Von Holle та ін.) звертають увагу на коморбідність неадекватних харчових поведінкових патернів з особистісною незрілістю, порушеннями статевро-льової ідентифікації, дезадаптивними формами переживання стресових подій [75; 81; 113; 171; 172; 228; 229; 348; 389; 661; 667].

Плеяда науковців (О. В. Безносюк, Ю. М. Дука, А. Ф. Нізамова, K. Ball, C. Lee, A. Easter, A. Bye, E. Taborellet, A. Favaro, S. Koubaa, S. Lähteenmäki, M. S. Linna, N. Micali, E. Tenconi, P. Santonastaso, A. M. Siega-Riz, J. T. Suokas та ін.) відзначають, *що вагітність у жінок з розладами ХП та порушеннями маси тіла супроводжується різноманітними психофізіологічними порушеннями (екстрагенітальними захворюваннями, що обумовлюють безпліддя, «гестоз» вагітних, гестаційний діабет, передчасне переривання вагітності та неможливість виносити дитину тощо)* [34; 119; 271; 586; 604; 610; 623; 630; 634; 635; 659; 664].

Водночас, виходячи з позицій системно-синергетичного підходу перед нами виникла необхідність в узагальненні наукових досліджень, присвячених вивченню психологічної готовності до материнства (В. І. Брутман, А. Я. Варга, І. Ю. Хамітова, С. Ю. Мещерякова, О. П. Проскурняк, О. Тюптя, Г. М. Філіппова, В. С. Шкраб'юк та ін.) [54; 242; 324; 405; 412; 569]. Аналіз численних праць дозволив нам дійти висновку, що неприйняття материнської ролі зумовлено глибоким внутрішнім конфліктом, який жінка не може (не вміє) розв'язати конструктивно. При цьому глибокий внутрішній конфлікт вагітної жінки, що є психоемоційним тлом та створює ситуацію постійної емоційної напруги, значно підсилює внутрішню незадово-

леність собою та життям в цілому. Вважаємо, що постійна емоційна напруга повсякденної життєдіяльності у вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок розладів ХП та деформацій ваги відображається певними особливостями суб'єктивної картини життєвого шляху, тобто особливостями самовідчуття і самосприйняття тілесності, процесами осмислення життя та уявленнями про нього тощо.

Респонденти для цього етапу емпіричного дослідження добиралися відповідно до певних критеріїв наведених у 3 розділу та представлені **трьома групами**:

- **група 1** включала жінок з досвідом першої вагітності (кінець 2-го триместру, 3-й триместр), які в минулому не вагітніли внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій ваги (або надмірно високої маси тіла, або дефіциту ваги). Характерною рисою жінок цієї групи була їхня висока вмотивованість до материнства. Група (N=27) була врівноважена за кількістю людей, котрі мають викривлені патерни харчової поведінки «за типом переїдання» та «за типом обмеження в їжі» (зокрема, 10 жінок з ожирінням на тлі переїдання, 9 – яким властива булімічна ХП, 8 – стратегії харчової поведінки за типом анорексії).

Таким чином, *критерії добору до групи 1* були наступні: незадоволеність власною вагою; досвід лікування безпліддя внаслідок ексцентричних (деструктивних) патернів харчової поведінки й деформацій ваги; перша вагітність; висока мотивація народити дитину і стати матір'ю.

- **група 2** включала жінок, котрі незадоволені своєю вагою та перебували на лікуванні з приводу «ожиріння» або «розладу харчової поведінки» (за типом анорексія, булімія, психогенне переїдання). Іншою характерною рисою жінок цієї групи є їхнє небажання мати дітей. Зазначена група (N=27) також була врівноважена за кількістю людей з викривленими патернами ХП та, зокрема, включала: 8 жінок з ожирінням на тлі переїдання, 9 – з булімічною поведінкою, 10 – з проблемами анорексії. Вік жінок цієї групи від 21 до 27 років (середній вік – 24, 4 роки).

- **група 3** (контрольна) включала жінок із досвідом першої вагітності (кінець 2-го триместру, 3-й триместр), які задоволені власною вагою та не мають ніяких скарг щодо стану свого здоров'я (N=27). Під час формування цієї групи фокусом нашої особливої уваги були питання, що дозволили нам впевнитися у відсутності «особли-

вих» (викривлених, ексцентричних, дезадаптивних, аутодеструктивних) патернів харчової поведінки й репродуктивного здоров'я. Надалі ця група позначається як «*здорові вагітні*». Вік жінок цієї групи від 21 до 29 років (середній вік – 25, 3 роки).

У цій частині емпіричного дослідження використовувалися наступні **методи**: тест «Рівень рефлексивності» (А. В. Карпов, 2003), тест «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО, Д. О. Леонтьєва), опитувальник часової перспективи (Ф. Зімбардо), методика «Фігури» (Г.Г.Філіппова, 2002), методика «Егоцентричні асоціації» (Т. І. Пашукова, 1991), методика «Психологічна автобіографія» (Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова). Крім того, обробці й аналізу піддавалася також та інформація, яку ми отримували від респондентів під час психодіагностичної бесіди.

Аналіз рівня рефлексивності трьох груп досліджуваних жінок дозволив нам констатувати його підвищення у вагітних (7,65 і 6,32 у гр. 1 і гр. 3, відповідно) порівняно з невагітними жінками гр. 2 (див. табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Рівень рефлексивності (за тестом А. В. Карпова)

Показник	Жінки з проблемами ХП та деформаціями ваги		Здорові вагітні (гр. 3)	СКВ		
	Прийняття ситуації безпліддя (гр. 2)	Вагітність на тлі лікування безпліддя (гр.1)		Прийняття ситуації безпліддя	Вагітність на тлі лікування безпліддя	Здорові вагітні
Рефлексія	3,51	7,65	6,32	1,9	1,4	1,7

Зазначимо, що найбільш високий показник рефлексивності в групі 1 (вагітних з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної ХП та деформацій ваги). Навпаки, у досліджуваних 2-групи (невагітних жінок з проблемною ХП) показник рефлексивності є значно нижчим (3,51). На нашу думку, тенденція до зниження рефлексивності у цієї групи зумовлена прийняттям та позитивним сприйняттям ситуації безпліддя внаслідок внутрішньої орієнтованості на життя без дітей.

Тенденція до підвищення рівня рефлексивності, виявлена у вагітних жінок обох груп (гр.1 і гр.3), на нашу думку, зумовлена впливом нової соціальної ситуації розвитку й безпосередньо пов'язана із ситуацією вагітності. Стан вагітності сприяє психологічній трансформації системи ставлення до себе та інших, активізації проце-

сів освоєння нових ролей і переосмислення себе відповідно до нового (іншого) особистісного й соціального статусу (турботливої та ніжної матері; жінки, яка здатна дарувати нове життя, продовжити рід тощо). Крім того, стан вагітності ініціює процеси переосмислення ставлення до способу життя, свого тіла, відносин з їжею, звичних стратегій харчування та ін. Зокрема, під час психодіагностичної бесіди ми з'ясували, що 41,27% жінок гр.1, керуючись мотивом *«заради здоров'я майбутньої дитини»*, змогли змінити стереотипи харчування та свої харчові звички (режим і раціон харчування, способи приготування їжі тощо). Імовірно, переживання, пов'язані з минулим негативним тілесним досвідом (щодо порушення репродуктивної функції та власної нездатності завагітніти на тлі деформацій ваги) *зумовлюють підвищення суб'єктивної цінності вагітності й майбутньої дитини*. Іншими словами, «вагітність», окрім констатації цієї події як анатомо-фізіологічного факту, несе для жінок *додаткові психологічні смисли*. Зокрема, ситуація вагітності не тільки передбачає зміни способу життя у зв'язку з появою дитини у найближчому майбутньому жінки, але й нівелює міф про власну неповноцінність (жіночу неповноцінність, ненормальність, дефективність, неспроможність) і є *своєрідним доказом власної нормальності та подолання тілесних проблем* (порушень репродуктивної функції, розладів ХП й деформації ваги). Таким чином, стан вагітності наповнює та розширює цю життєву подію новими психологічними смислами. Більшість жінок підкреслювали, що стан вагітності дозволив їм майже вперше відчути зародження почуття і розуміння «власної значущості» (як Творця, Богині, що дарує нове життя тощо), особливий «смак» власної цінності, яка не обумовлена соціальними досягненнями.

Автор дисертації вважає, що нові відчуття, які формуються під впливом стану бажаної вагітності, дозволяють жінці отримати нові орієнтири, які визначаються вектором екзистенціал-генезу – налаштуватися на любов до Іншого – майбутньої дитини, котра потребує захисту, турботи та любові. Тут доречно згадати, що, відповідно до концепції Е. Фромма, саме подібні відчуття сприяють задоволенню екзистенціальних потреб індивіда, що робить людину дійсно щасливою та вільною [410]. Зміна уявлення про себе в сфері духовного та соціального «Я» дозволяє жінці суб'єктивно змінити уявлення та ставлення до себе і свого тіла. Наслідком цього є підвищення

рівня рефлексивності – внутрішньої усвідомленості й зосередженості на своєму новому стані й нових переживаннях. На цьому тлі, з одного боку, підвищується відповідальність за здоров'я (своє та майбутньої дитини), а з іншого – тривожність, що актуалізує різні страхи щодо пологів як кінцевого результату вагітності.

Водночас понад половини жінок першої групи (58,73%) указали, що, незважаючи на розуміння необхідності певних змін щодо способу власного життя (особливостей харчування, стереотипних звичок щодо контролю ваги та ін.), вони не здатні повністю відмовитися від нав'язливих дезадаптивних харчових патернів (зокрема, від переїдання, потягу до викликання штучної блювоти та ін.). Разом з тим респондентки відзначали, що частотність виявів викривлених патернів ХП значно знизилася.

Дані за тестом «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО в адаптації Д. О. Леонтьєва) та за опитувальником часової перспективи (Ф. Зімбардо) дозволили виявити особливості трансформації часових і смислових аспектів внутрішньої картини життєдіяльності або суб'єктивної картини (ВКЖ або СК) життєвого шляху в 1-гр. (вагітних з досвідом лікування безпліддя на тлі проблем ХП та ваги) та у 3-гр. (здорових вагітних) (див. табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Часові та смислові аспекти внутрішньої картини життєдіяльності вагітних жінок

Показник	Середній показник у вибірках		Середньоквадратичне відхилення	
	Гр.1 Вагітні з досвідом лікування безпліддя	Гр.3 Здорові вагітні	Гр.1	Гр.3
Негативне минуле	3,15	2,41	0,47	0,55
Майбутнє	2,94	3,58	0,42	0,31
Позитивне минуле	2,94	3,41	0,48	0,43
Фаталістичне теперішнє	3,11	2,72	0,39	0,44
Цілі у житті	31,79	36,53	3,78	6,28
Результативність життя	22,96	29,88	3,31	4,37

Отримані дані свідчать, що характеристики часових і смислових аспектів суб'єктивної картини життєвого шляху в групі вагітних жінок з досвідом лікуван-

ня безпліддя (внаслідок властивих їм деструктивних патернів ХП і деформацій ваги) мають відмінності від означених характеристик у групі здорових вагітних.

Зокрема, у вагітних жінок з досвідом лікування безпліддя параметр часової перспективи *«негативне минуле»*, порівняно зі здоровими вагітними, має тенденцію до підвищення показників (3,15 проти 2,41). Негативне сприйняття минулого з позицій теперішнього у вагітних гр.1, на нашу думку, є наслідком тривалого перебування в ситуації травматичного тілесного досвіду, тобто зумовлене переживаннями щодо порушень тілесного досвіду (порушень репродуктивної функції, деформаціями харчової поведінки та ваги).

Додаткові уточнення, отримані під час психодіагностичної бесіди, дозволяють нам стверджувати, що незважаючи на факт вагітності *«у теперішньому»*, минула ситуація безпліддя все ще залишається травматичною, тобто психологічно *«не переробленою»*. Іншими словами, минулий негативний досвід тілесності, а саме *«нездатність завагітніти»* на тлі проблемної ХП і деформацій ваги все ще сприймається як травмуюча ситуація. На нашу думку, такий травматичний досвід є еквівалентом стану набутої безпорадності і саме тому потребує психокорекції.

Середньогруповий результат за шкалою *«майбутнє»* як важливий аспект часової перспективи у групі жінок з досвідом лікування безпліддя, навпаки, виявився зниженим порівняно з результатами групи *«здорових вагітних»* – 2,94 проти 3,58. Виявлена тенденція до зниження позитивних очікувань від майбутнього здалася нам непередбачуваною (враховуючи факт довготривалого лікування безпліддя та надії завагітніти), а отже, потребувала подальшого уточнення.

Опитування під час *психодіагностичної бесіди* дозволило нам з'ясувати, що жінки, які в минулому зіштовхнулися з *«неможливістю»* реалізації свого бажання стати матір'ю, продовжують відчувати різноманітні страхи й сильну тривогу щодо майбутнього.

Розглянемо основні категорії страхів, які називали респондентки під час психодіагностичної бесіди (див. рис. 4.28):



Рис. 4.28. Розподіл страхів та негативних очікувань у групі вагітних з травматичним досвідом порушень репродуктивної функції на тлі проблемної харчової поведінки та деформацій ваги

- *страх негативних змін у зовнішності через переїдання на тлі вагітності та годування дитини* (страх надмірної ваги, страх розтяжок і дряблості шкіри на животі та грудях: «боюся, що після пологів я на все життя залишуся товстою тіткою»), «безумно шкода тих зусиль, які були затрачені мною у минулому на моделювання мого тіла» тощо). Ця категорія була відзначена у 78% жінок першої групи;

- *страх негативних змін у житті в післяпологовому періоді* (64%). Зазначена категорія репрезентована висловлюваннями досліджуваних, котрі засвідчують страх негативних змін у сфері *сімейного життя* (виникнення дистанції внаслідок охолодження кохання чоловіка, відсутність допомоги з боку чоловіка у вирішенні побутових проблем та у догляді за дитиною, поява у чоловіка коханки, розлучення з чоловіком за його ініціативою тощо); у сфері *особистого життя* (особиста деградація, фінансова залежність, відсутність часу «для себе» внаслідок великої кількості різноманітних обов'язків тощо), у сфері *суспільного життя* (неможливість або ускладнення кар'єрного росту, можливість втратити роботу, значне обмеження міжособистісних контактів, втрат дружніх стосунків тощо);

- *страх больових відчуттів та дискомфорту в області ШКТ на тлі проблемної ХП та ваги* (внаслідок необхідності обмежувати себе в їжі або, навпаки, через намагання примусити себе приймати різноманітну їжу заради дитини) – 36%;

- *страх заподіяти шкоду дитині через наявність дезадаптивних патернів харчової поведінки та інших звичок* (внаслідок нав'язливого бажання періодично викликати штучну блювоту на тлі надмірного споживання їжі та інших форм «особливої ХП», потягу до паління, споживання тонізуючих напоїв, надмірних фізичних навантажень тощо) – 29%;

- *страх викидня внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги* («страх загрози переривання вагітності змушує багато лежати у ліжку, в той час коли хочеться бути активною ... танцювати, їздити, подорожувати, ходити на тренування та ін.», «через свою ненормальну вагу боюся втратити дитину»). Ця категорія була відзначена у 41% вибірки;

- *страх пологів, кесарева розтину та різноманітних ускладнень у стані власного здоров'я у післяпологовому періоді* (63%). При цьому на прохання пояснити, що мається на увазі під висловлюванням «боюся втратити власне здоров'я внаслідок пологів» досліджувані зазначали певні *дефекти зовнішності* (стан шкіри, волосся, зубів, «огрядна фігура», «товсті боки», «обвислі груди», «розтяжки» – 95%) і *погіршення емоційного стану* (перепади у настрої, дратівливість, хронічна втомлюваність, запальність, астеничність – 43%);

- *страх народження хворої дитини через проблемну ХП і деформації ваги* (56%). На прохання уточнити, що мається на увазі під словосполученням «нездорова дитина», ми з'ясували, що найчастіше респондентки під цим мають на увазі народження дитини з порушеннями внутрішніх органів, дефектами зовнішності (заяча губа, вовча паща; відсутність окремих частин тіла – пальчиків, ручок, ніжок та ін.) або народження дитини з порушеннями харчової поведінки («не хочу, щоб моя дитина була такою ж ненажерою, як я», «не хочу, щоб моя дочка страждала такими ж бзиками щодо їжі, як я» тощо).

За шкалою «*позитивне минуле*» (див. табл. 4.5) результати вагітних гр. 1 мають більш низький показник (2,94) порівняно з показником групи здорових

вагітних (3,41). Отримані дані дозволяють стверджувати, що сприйняття минулого періоду життєвого шляху жінок гр.1 (з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем ХП і деформацій ваги) потребує перетрансформації, що можливо здійснити засобами психокорекції / психотерапії, які дозволяють змінити негативне сприйняття минулого на нейтральне, або перевести проблемне минуле у потенціал (ресурс). Конкретні вправи наведено у нашому практичному керівництві «тренінг нормалізації харчової поведінки» [522].

Аналіз даних за шкалою «фаталістичне теперішнє» (3,11 проти 2,72) виявляє, що частка вагітних жінок гр. 1 (з травматичним досвідом тілесності) вважає, що їхня особиста активність ніяк не впливає на те, що з ними відбувається в теперішньому. Вони схильні вважати, що їх здоров'я в теперішній ситуації практично не залежить від їхньої волі та активності. Іншими словами, частка жінок *не відчуває (не визнає) особистої відповідальності за свій стан здоров'я*. Більш того, вони висловлюють думки, які засвідчують їхню впевненість в тому, що інші повинні виявляти підвищену турботу і увагу про них. Непрямо, але це також підтверджує центрованість на минулому негативному досвіді тілесності та впевненість, що керувати процесами тілесності неможливо (ні на фізичному, ні на емоційному рівні). Наведемо приклад особистої історії однієї з наших досліджуваних:

«у мене з 14 років – анорексія, з 18 – булімія. Заміж вийшла у 19 років... Дуже хотіли народити дитину, але я тривалий період не вагітніла. У 24 роки, нарешті, завагітніла. Пам'ятаю свої відчуття ... – це здивування, радість і розгубленість одночасно. В жіночу консультацію прийшла з вагою 49 кг. Стала їсти те, що корисно для здоров'я. Дивно, але стала саме бажати їсти те, від чого давно відмовилася. Це каші, сир, кисле молоко та інша молочка. І, навпаки, мене відвернуло від кави та шоколаду (на яких я «трималася» раніше). Але хвороба-то залишилася, хоча її вплив я відчуваю менше, ніж до вагітності. Іноді мучить почуття провини, і від цього впадаю в депресію ... Адже хочеться бути хорошою мамою».

Вважаємо, що таке внутрішнє сприйняття респондентки відображає функціонування різних механізмів психологічного захисту, насамперед, дисоціації та відчуження, що зумовлюють відмову від особистої відповідальності за прояви булімії.

Порівняння показників за шкалою «Цілі у житті» (тест СЖО) між групою жінок з досвідом лікування безпліддя (31,79) та групою здорових вагітних жінок (36,53) дозволяє стверджувати, що у жінок першої групи життєві цілі є недиференційованими, недостатньо сформованими, а отже, «розмитими». При цьому відзначимо, що здорові вагітні орієнтовані на майбутнє. На це вказує тенденція до під-

вищення нормативних показників за цією шкалою. Натомість, вагітні з досвідом лікування безпліддя не схильні будувати плани на майбутнє та цілком свідомо цього уникають (див. табл. 4.5). У подальшому під час психодіагностичної бесіди нами було з'ясовано, що більшість жінок гр.1 пояснюють свою позицію «не планувати майбутнє» страхом наврочити. З цієї ж причини більшість жінок цієї групи стверджують, що не мають наміру купувати будь-які дитячі речі до пологів. Отже, надмірна тривога за майбутнє у жінок цієї групи зумовлена побоюваннями за перебіг вагітності й пологів внаслідок проблем з ХП та вагою. З нашої точки зору, це можна пояснити тим, що багато жінок цієї групи знаходяться в ситуації загрози викидня (чого не було відзначено у групі здорових вагітних).

Показники за шкалою «результативність життя» тесту СЖО відображають задоволеність життям загалом. Цей показник у групі вагітних жінок з досвідом безпліддя є значно нижчим, ніж у групі здорових вагітних 22,96 проти 29,88, відповідно (табл. 4.5). Отже, *здорові вагітні* задоволені життям більшою мірою. Вважаємо, що саме така життєва позиція сприяє формуванню відповідального ставлення за «результат життя» та психологічної готовності до материнства як адекватної турботи про здоров'я (своє, як майбутньої матері та майбутньої дитини).

Отримані результати дозволяють дійти *висновку*, що негативний тілесний досвід зумовлює порушення смислової переробки життєвих подій, що знаходить відображення у структурі суб'єктивної картини життєвого шляху появою смислових деформацій (викривлених життєвих смислів).

Окрім цього, ми вважаємо, що саме під впливом викривлених життєвих смислів та деформованих смислових новоутворень формується тривожний та ігноруючий тип переживання вагітності, що ускладнює прийняття соціальної ролі матері. Означена позиції також висвітлюється у працях низки авторів (В. І. Брутмана, А. Я. Варги, І. Ю. Хамітової, Т. Д. Василенко, О. П. Проскурняк, О. Тюпті, Г. Г. Філіппової та ін.), які звертають увагу, що визначальну роль щодо прийняття ролі матері відіграє не сама по собі «вагітність» та зміни, які відбуваються внаслідок стану вагітності, а той смисл, зміст, значення, що має для жінки стан вагітнос-

ті та роль матері [54; 55; 69; 324; 405; 412]. Переживання вагітності ми розглядаємо у ракурсі прийняття або неприйняття соціальної ролі матері.

Узагальнюючи результати дослідження вагітних I-гр. (з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної ХП та деформацій ваги), ми дійшли висновку, що досвід лікування порушень репродуктивної функції, який залишився у минулому періоді життя, незважаючи на факт реальної вагітності «у теперішньому», продовжує свій негативний вплив на життя жінки, виявляючи себе певними деформаціями жіночої ідентичності у структурі суб'єктивної картини життєвого шляху та особливостях переживання щодо нового тілесного досвіду перебування «при надії».

У наукових працях, присвячених дослідженню типів переживання вагітності та готовності до материнства, зазначено, що процес прийняття соціальної ролі матері є центральним аспектом соціальної ідентичності вагітної жінки і починає виявлятися вже з перших місяців вагітності (В. І. Брутман, С. Ю. Мещерякова, О. П. Проскурняк, Г. Г. Філіппова, В. С. Шкраб'юк та ін.). Наголошується, що певні уявлення про материнську роль (рольові взаємини в діаді «мати–дитина», готовність стати матір'ю) формуються у контексті повсякденної життєдіяльності у процесі соціального навчання «дівчинка – дівчина – жінка» і можуть виявлятися ще задовго до реального факту вагітності та появи дитини (через усвідомлені та неусвідомлені установки, мотиви, почуття, переживання щодо вагітності, пологів та дитини) [54; 242; 324; 412; 569]. Існування зв'язку між проблемною ХП та її негативними наслідками у вигляді деформації ваги (дефіциту або надмірності), з одного боку, та психологічною готовністю до материнства, з іншого, з усією очевидністю вказує на необхідність здійснювати ранню психопрофілактику і психокорекцію неадекватного ставлення до вагітності та материнства ще до стикання з фактом реальної вагітності.

За даними сучасних наукових досліджень вагітні жінки, які мають *адекватний тип готовності до материнства*, надалі повністю приймають соціальну роль матері, що виявляється як в адекватній цінності дитини, так і в адекватному материнському ставленні до дитини [54; 242]. Жінки, які мають *тривожний тип готовності до материнства*, характеризуються амбівалентним прийняттям соціальної ролі матері, що пов'язано з неадекватним підвищенням цінності дитини.

Жінки, яким властивий ігноруючий тип готовності до материнства, проявляють суперечливі материнські патерни поведінки та дисгармонійні типи виховання дитини, що зумовлено неприйняттям соціальної ролі матері, знеціненням дитини та емоційно-відстороненим ставленням до неї [54; 242].

Виходячи з окреслених вище позицій, одне із завдань нашого дослідження спрямоване на *вивчення прийняття соціальної ролі матері (на основі тесту «Фігури»)* у жінок всіх трьох груп, які брали участь у дослідженні. Отримані результати дозволили визначити типи переживання вагітності, психологічної готовності до материнства та цінності дитини (див. табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Розподіл типів переживання вагітності, готовності до материнства та цінності дитини

Групи	Тип переживання вагітності, готовності до материнства та цінності дитини (%)		
	Адекватний	Тривожний	Ігноруючий
Вагітні з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги (гр. 1)	33,5	59,3	7,4
Жінки з проблемною ХП та деформаціями ваги, котрі не бажають народжувати дитину (гр. 2)	-	14,8**	85,2
Здорові вагітні (гр. 3)	55,5	29,6*	14,8
Статистичні відмінності за критерієм Фішера	$p \leq 0,05$	** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$

Аналіз даних табл. 4.6 дозволяє стверджувати, що між групами жінок за означеними параметрами є значущі відмінності. Так, у жінок *гр.2* (котрі заявляють про своє небажання народжувати дитину на тлі проблемної ХП та деформацій ваги) відсутня цінність дитини, і відповідно, у них не діагностується адекватний тип готовності до материнства. Водночас певна частина вибірки (14,8%) виявляє амбівалентний тип психологічної готовності до материнства, що свідчить про конфліктне прийняття соціальної ролі матері; 85,2% характеризується неготовністю до виконання ролі матері, навіть до її повного відторгнення як на свідомому, так і на несвідомому рівнях, що виявляє ігноруючий тип психологічної готовності до материнства.

У групі здорових вагітних (гр. 3) вагітність загалом сприймається позитивно й адекватно (55,5%). Тривога і неспокій здебільшого пов'язані з побоюваннями із приводу здоров'я майбутньої дитини або особливостей протікання пологів, що

зумовлює тривожний тип готовності до материнства (29,6%). Іншими словами, активність здорових вагітних переважно спрямована на забезпечення адекватних умов розвитку плоду. Ігноруючий тип готовності до материнства у цій вибірці складає лише 14,8%.

У групі жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги переважно виявляється тривожний тип переживання вагітності та готовності до материнства (59,3%), що має статистичні відмінності порівняно з жінками гр. 2 ($\varphi=3,56$; $p \leq 0,01$) та з жінками гр. 3 ($\varphi=2,23$; $p \leq 0,05$).

На нашу думку, це пояснюється з одного боку надмірною значущістю стану вагітності та підвищеною цінністю майбутньої дитини, з іншого – наявністю різноманітних страхів (що розглядалося нами вище). У подальшому дослідженні під час опитування та бесіди нами було з'ясовано, що зниження або підвищення активності дитини (ворушіння плоду) фіксує увагу жінок на дискомфортних відчуттях, підвищує зосередженість на тривожних думках та негативних почуттях щодо особливостей протікання вагітності й пологів, щодо здоров'я майбутньої дитини або власного здоров'я тощо. Вірогідно, саме переживання подібного роду зумовлюють труднощі в засвоєнні нової соціальної ролі та зумовлюють домінування амбівалентного типу прийняття ролі матері.

Адекватний тип переживання вагітності, який свідчить про повне прийняття соціальної ролі матері, у цій групі складає всього третину вибірки (33,5%), що значущо нижче порівняно з групою здорових вагітних (55,5%; $\varphi=1,75$; $p \leq 0,05$). При цьому незважаючи на бажану і, в деякому розумінні, вистраждану вагітність, 7,4% вагітних гр.1 виявляють ігноруючий тип ставлення до дитини, що засвідчує психологічну неготовність до материнства.

Результати щодо низького рівня сформованості психологічної готовності до материнства, отримані нами у групі жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги, ми пояснюємо, з одного боку, впливом деструктивних мотивів вагітності, з іншого – впливом негативної антиципації, що детермінує появу різноманітних страхів. Переважна більшість страхів зумовлена негативними очікуваннями щодо майбутнього (зокрема очікуються негативні зміни

у зовнішності, відсутність вільного часу; погіршення стосунків з чоловіком, віддалення від друзів і родичів; погіршення матеріального становища тощо).

З метою уточнення наявних *мотивів вагітності* у гр.1 і гр. 3, ми ініціювали бесіду певного змісту: «Різні жінки називають різні причини, які спонукають їх народити дитину. Для нас цінною є кожна думка. Чи можете Ви поділитися своїми думками з цього приводу? Які зміни, на Вашу думку, очікують на Вас у зв'язку з появою дитини? Як конкретно зміниться Ваше життя?».

Результати якісного та кількісного аналізу виявили значущі відмінності між групами вагітних жінок. Так, аналіз даних *групи здорових вагітних* (гр.3) виявив, що незважаючи на наявність у певній частині респонденток різних деструктивних мотивів вагітності (37%), у більшості з досліджуваних (89%) виявлені конструктивні мотиви (бажання стати матір'ю і віддавати свою любов, ніжність, турботу та досвід рідній людині, продовжити рід, подарувати нове життя та виховати хорошу людину тощо).

Незважаючи на високу вмотивованість народити дитину й стати матір'ю у групі жінок з *досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги* (гр.1) спостерігається зворотна тенденція. Зокрема, поряд із конструктивними мотивами, домінуючими виявилися деструктивні мотиви (за класифікацією Н. І. Оліфірович, Т. А. Зінкевич-Куземкіної, Т. Ф. Валенти) [289]. Так, 64% вибірки виявили своє бажання: *«уникнути самотності та отримати надійну підтримку в старості», «відчувати справжню любов до себе від когось Іншого, хоча б від дитини», «заповнити порожнечу у душі», «позбавитися відчуття власної непотрібності», «нарешті отримати безумовну любов, нестачу якої завжди відчувала з самого дитинства»* тощо. 35% зазначили, що до вагітності дуже страждали від самовідчуття себе «пустоцвітом» та усвідомлення власної неповноцінності, ущербності, ненормальності, дефектності. Отже, факт «вагітності» дозволив їм підвищити самооцінку, відродити відчуття впевненості у собі та на цій підставі відчувати себе «нормальною жінкою». 29% респонденток означеної групи висловили думку про те, що «сім'я без дитини є неповноцінною»; 19% визнають, що народжують задля чоловіка або для того, щоб «прив'язати» чоловіка до себе; 15% керуються

соціальними очікуваннями (*«усі подруги вже мають дітей»*, *«батьки замучили питанням: коли ви нам подаруєте онуків?»*, *«невдовзі спливе сприятливий час для народжування»*, *«вже нема куди затягувати з народжуванням дитини»* тощо).

Отримані результати щодо мотивів вагітності, з одного боку, пояснюють наявність значної частки вагітних жінок, яким властивий тривожний та ігноруючий тип материнства (що засвідчує викривлене ставлення до дитини), з іншого – дають можливість означити фокус уваги психокорекції/психотерапії. Аналіз отриманих даних дозволяє стверджувати, що майбутня дитина у групі вагітних жінок з досвідом лікування безпліддя набуває надмірну значимість. Але, на нашу думку, саме надмірна значущість дитини на тлі деформацій ідентичності, що виникають внаслідок негативного тілесного досвіду, у більшості випадків зумовлюють формування амбівалентного та ігноруючого типів материнства, що перешкоджає повному і адекватному засвоєнню материнської ролі і тому потребує психологічного втручання.

4.4.2 Особливості егоцентризму вагітних жінок з травматичним досвідом тілесності. Перш ніж обговорювати результати дослідження егоцентризму вагітних жінок з травматичним досвідом тілесності, вважаємо за необхідне стисло розглянути деякі сучасні погляди науковців щодо можливості вивчення та визначення рівня егоцентризму. Оскільки вважаємо, що надмірний егоцентризм функціонує як викривлена (психопатологічна) егоцентрична захищеність, котра і зумовлює надмірну фіксацію на тілесних проблемах – будь-то стан вагітності, викривлені стереотипи харчової поведінки або щось інше.

У науковій літературі наявність егоцентричності розглядається як закономірний етап становлення, що супроводжує нормальний особистісний розвиток (О. Е. Орбан-Лембрик) [299]. Разом з тим, застрягання особистості на цьому етапі, жорстка орієнтація здебільшого на собі, відсутність сил і прагнення подолати егоцентризм розглядається як відхилення від норми, що стримує розвиток особистості та зумовлює власні, часто викривлені уявлення про добро, справедливість, любов тощо (те саме). Розглядаючи стабілізуючу функцію егоцентризму, автори

(О. Ф. Бондаренко, Ч. Венар, П. Керінг Т. І. Пашукова та ін.) підкреслюють, що егоцентризм сприяє утворенню стійкої системи смислів на основі асиміляції минулого досвіду [47; 78; 301]. Але ця стабілізація є результатом того, що все, що вступає в протиріччя з центрованою позицією суб'єкта (його поглядами, інтересами, переконаннями, установками), відкидається, раціоналізується, знецінюється. Відповідно, надмірне посилення егоцентризму перешкоджає здійсненню протилежного процесу – акомодатії.

Можливість оцінювання ступеня вияву егоцентризму на підставі наявності займенників, визнає О. Ф. Бондаренко [47, с. 150]. О. М. Степко, аналізуючи метод контекст-аналізу, зазначає: «...відомо, що люди, які частіше говорять я, мене, моє, більш депресивні, хворобливі і більше думають про себе і свої проблеми, ніж про інших» [381, с.172].

С. Р. Шаріфулліна акцентує увагу на тому, що вживання займенників у мові має особливий функціональний статус та становить свого роду «каркас» образу світу та відносин особистості [451, с. 90–91].

Близьку позицію займає Т. І. Пашукова (авторка проективного тесту егоцентричних асоціацій – ЕАТ), котра, ґрунтуючись на сучасних даних семасіології, наголошує, що егоцентризм у мові презентується займенником «Я» та його похідними, які презентують номотетико-лінгвістичну матрицю когнітивної сфери свідомості («Я» як об'єкт пізнання, впливу, діяльності тощо) [301, с. 470]. З цього випливає, що підрахунок речень, які містять вживання займенника «Я» та його похідних (мені, моє, мною, моїх), засвідчує центрацію індивіда на своїх думках, почуттях, діях та дозволяє визначити індекс (рівень) егоцентричної напруженості самосвідомості. При цьому також важливо враховувати речення, які не мають явних займенників, але їх наявність припускається за змістом речення (наприклад, дієслово у формі першої особи однини). Авторка наголошує, що рівень егоцентризму є узагальненим індексом, який поєднує еготизм, рефлексію, ретрофлексію, стан «зациклення» на своїй позиції. Саме тому, на її погляд, означений індекс дозволяє виявити міру егоцентричної напруженості самосвідомості [301, с. 470]. При цьому дослідниця зауважує, що еготизм, виконуючи функцію самопрезента-

ції, дозволяє людині, з одного боку, продемонструвати та виявити себе, а з іншого – задовольняє прагнення людини говорити про себе. Однак високий рівень егоїзму свідчить про надмірну спрямованість уваги індивіда на себе, що відповідно супроводжується підвищенням рівня саморефлексії та занепокоєністю щодо власної особи [301]. Отже, з метою визначення індексу егоцентричної напруженості самосвідомості у групах досліджуваних вагітних ми використали тест Т. І. Пашукова (ЕАТ), який пройшов адаптацію, валідизацію і стандартизацію [301]. Стимульним матеріалом ЕАТ є ряд незакінчених речень (див. додаток Д). Перед початком роботи досліджуваним було повідомлено, що мета дослідження спрямована на визначення швидкості виникнення асоціацій (для зменшення впливу бажаності соціальної бажаності). Результати індексу егоцентричної напруженості вагітних жінок відображено у табл. 4.7.

Таблиця 4.7

Результати індексу егоцентризму у групі жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП і деформацій ваги та у групі здорових вагітних

Рівень індексу Егоцентризму	Вагітні жінки	
	Група 1 з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги, %	Група 3 здорові жінки без проблемної ХП та деформацій ваги, %
Середній (8 - 21)	27	39
Високий (22 - 27)	61	52
Дуже високий (28 - 40)	12	9

Аналіз результатів індексу егоцентризму показує, що порівняно до нормативних показників рівень егоцентричної напруженості в обох групах вагітних жінок є підвищеним. І хоча статистичних відмінностей між результатами обох груп не виявлено, але все ж таки у групі жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги спостерігається тенденція до зростання рівня егоцентризму. Відповідно частка осіб із середнім рівнем егоцентризму в кожній групі вагітних є значно меншою, ніж частки осіб «з високим» і «дуже високим» рівнем індексу егоцентризму.

Підвищення рівня егоцентричної напруженості в обох групах вагітних, порівняно з нормативними показниками, на нашу думку, є реакцією его-структури

– фіксацією «Я» у контексті вагітності як нової актуальної життєвої ситуації, котра наче «провокує» жінку до центрації на своїх почуттях, переживаннях і фізіологічних відчуттях, до зосередження на думках про неминучі зміни у житті в зв'язку з появою дитини. Ймовірно, в ситуації вагітності тимчасове підвищення егоцентричної зосередженості є необхідним, що зумовлено природним процесом формування внутрішньої картини вагітності та нової жіночої ідентичності, і сприяє інтеграції різних проявів внутрішнього «Я». При цьому егоцентризм вагітних виявляється у зростанні внутрішньої потреби до уваги інших людей, що зумовлює постійне бажання бути у центрі уваги свого близького оточення. Крім того, посилюється прагнення до зосередження на своїх переживаннях – роздумах, мріях, почуттях, думках про себе та майбутню дитину (дитину як частинку себе та як продовження себе).

Водночас розмірковування вагітних про майбутню дитину, а також цілеспрямована активність жінок, що здійснюється, виходячи з орієнтації на майбутнє та заради дитини, вірогідно сприяють децентрації. На наявність такої діяльності вказують висловлювання на кшталт: *«ніколи не їла сир до вагітності, але зараз заради дитини доводиться їсти, навіть подобається»*, *«ніколи не любила безцільних піших прогулянок, але тепер, заради дитини, гуляю три рази на день»* та ін.

Ми не ставили своєю метою з'ясування питання, чи є егоцентризм вагітних тимчасовим станом, чи стійкою властивістю особистості. Виходячи із задач дослідження, нам важливіше було виявити специфічні прояви егоцентризму в суб'єктивній внутрішній картині вагітних різних груп («здорових» та «з досвідом лікування безпліддя на тлі проблем з ХП та вагою»). При цьому ми спиралися на дослідження Т. І. Пашукової, в якому особистість розглядається як его-система¹⁵, а *егоцентризм як смислоутворюючі компоненти свідомості або як компоненти диспозиційної системи регуляції поведінки особистості* [301, с. 97]. При цьому своєрідність реакції его-структури виявляється, з одного боку, прагненням самозбереження себе як живої істоти, з іншого – прагненням особистості реалізувати себе і свої життєві плани.

Ми поділяємо думку авторки, що его-система – це унікальна для кожної

¹⁵ Під его-системою розуміється зв'язка елементів пізнавального егоцентризму та егоцентризму семантичної сфери свідомості та самосвідомості людини, яка організовує цілісну і ціннісну поведінку людини у системі її відносин з іншими людьми у суспільстві.

людини «смилова модель світу», котра виконує функції прогнозування дій і вчинків відповідно до *контексту і значень об'єктів певної моделі*. Отже, его-система містить відповідні способи сприйняття й інтерпретації як власної самооцінки, так і взаємодії з навколишнім світом (уявлення та образи про себе і світ, ставлення інших людей до власної персони).

Приховані смисли викривленої харчової поведінки у контексті его-системи. На нашу думку, перед дослідником будь-якої девіації, починаючи з поганих звичок та закінчуючи серйозними розладами, які продовжують своє існування, незважаючи на очевидну безглуздість, рано чи пізно постають питання на кшталт: «*що ця звичка дає?*», «*якщо вона руйнує, то чому існує?*», «*у чому є вигода?*». Такі питання віддзеркалюють діалектичні протиріччя та специфіку практичних наукових досліджень, спрямованих на пошук та відкриття «незрозумілого», того, що знаходиться поза межами логіки. Для виявлення та розв'язання цього протиріччя нам необхідно зануритися у поняття «особистісного егоцентризму», що дозволить зрозуміти «логіку речей». Як виняткові особливості его-системи плеяда авторів виділяють її узгодженість та включеність «Я» суб'єкта¹⁶ у контекст життєдіяльності. З цього випливає, що значення кожного елемента его-системи відповідає цілісній системі смислів (Т. І. Пашукова, І. В. Романов, В. А. Штроо та ін.) [301; 337, с. 71–81].

Усунення суперечливостей й невідповідностей між елементами его-системи як внутрішньої моделі світу з необхідністю вимагає підсилення функціонування механізмів его-центрації (механізмів психологічного захисту – заперечення, витиснення, пригнічення, проєкції, раціоналізації тощо) [337]. Відповідно, підсилення егоцентричної напруженості особистості є своєрідною «ціною», яку платить людина за досягнення стабільності внутрішньої моделі світу, що, з одного боку, захищає особистість від травматизації, а з іншого – є необхідною умовою адаптації. З цього випливає, що незважаючи на те, що патерни реагування з боку інших можуть здаватися деструктивними, у власній моделі світу вони вважаються необхідними.

Завдяки підсиленню егоцентричної напруженості тривожна інформація про

¹⁶ Суб'єкт – це не форма, а здатність до цілеспрямованого самоперетворення. Без вільної дії особистості ця здатність не актуалізується, при цьому воля суб'єкта виявляється в орієнтації на мету, в якій знімається «його наявне буття» [312, с. 28].

можливі негативні наслідки дезадаптивної харчової поведінки, ефективно, хоча й деструктивно (!) переробляється. Наприклад, інформація, що суперечить власній центрованій позиції, може заперечуватися, ігноруватися, не братися до уваги. У подібних випадках зв'язок між «причинами» та «наслідками» не встановлюється. Відповідно суб'єкт не здатний усвідомити взаємозв'язки між потребами індивідуального «Я» та особливостями власного реагування, зокрема у координатах «їжа–тіло», «Я–Інші». При цьому нездатність індивіда розмежувати альтернативні позиції Інших щодо нього, зокрема, «позицію ставлення щодо викривлених патернів харчової поведінки» та «позицію ставлення до нього як до людини», призводить до того, що намагання Інших допомогти та врятувати близьку людину від «фізіологічної катастрофи», сприймається як нерозуміння його бажань і потреб, обмеження свободи, жорсткий контроль, унаслідок чого навіть прояви любові, турботи, уваги, відданості, чуйності та ін. оцінюються вкрай негативно. Отже, надмірний егоцентризм функціонує як викривлена (психопатологічна) егоцентрична «захищеність», яка виявляється в зацикленні, замиканні на своєму «Я», надмірній фіксації та концентрації на самому собі. Подібні процеси сприяють підвищенню рівня рефлексії індивіда.

На думку Г. М. Кучинського, в умовах сильного зосередження на собі зростає роль внутрішнього діалогу, що дозволяє визначити важливу особистісну інформацію, врахувати вплив різноманітних чинників та переробити їх відповідно до власної смислової моделі. Результатом такого внутрішнього діалогу виявляється або зміцнення первинної позиції, або її змінення. Автор вважає, що змінення первинної смислової позиції, аж до повної відмови від неї, або, навпаки, її зміцнення, належать до важливих регуляторних функцій діалогу і є необхідною формою спілкування з самим собою [193, с. 188–189].

Розвиваючи ідею Г. М. Кучинського, ми вважаємо, що ситуація тестування (коли виникає необхідність письмово завершити речення) створює умови для занурення у себе та ініціює внутрішній діалог. Обробка та аналіз висловлювань дозволяє отримати уявлення про ціннісні орієнтації та смислові позиції суб'єкта, про рівень прояву його егоцентричної зосередженості. Водночас це дозволяє зрозуміти, який смисл (наміри, прагнення, бажання) приховується за неадаптованою харчовою поведінкою. Відповідно, підвищення егоцентризму до надмірно високо-

го рівня або до рівня патологічної егоцентричної захищеності призводить до дезадаптованої поведінки особистості, а отже, до тимчасових або стабільних порушень у відносинах особистості з іншими людьми та підвищення рівня незадоволеності (собою, міжособистісною взаємодією, життям загалом). Подібні ідеї перегукуються з іншими дослідженнями [47; 50; 68; 149; 418], у яких зазначається, що «Інші» повинні або змиритися з егоцентричною («впертою», «неподатливою», «несприйнятливою») людиною, або вступити з нею у конфліктні відносини з метою розширення діапазону усвідомлюваних мотивів життєдіяльності та можливих варіантів розв'язання складних життєвих проблем.

На думку Б. С. Братуся, егоцентричні смисли (особиста вигода, особистий інтерес, зручність, престижність тощо) входять до складу першого рівня смислової сфери особистості [50, с. 46–56]. Якщо цей рівень стає визначальним смисловим рівнем щодо ставлення особистості до дійсності, то ті люди, які з позиції особистості перешкоджають здійсненню її планів, розглядаються ними як «вороги».

Враховуючи вищевикладене, ми вважаємо, що викривлені патерни ХП за типом «переїдання» або «обмеження в їжі», які з плином часу зумовлюють деформацію ваги, з одного боку, є спробою суб'єкта *привернути увагу Інших до своєї персони (своїх планів, прагнень, бажань, ідей, думок) без наміру говорити про це відкрито*, з іншого – спробою заявити про себе як про сильну, незалежну, цілеспрямовану особистість або має інші «вторинної вигоди».

Вторинна вигода – це внутрішня мета, або прихована користь, яку людина побічно реалізує (отримує) у процесі здійснення проблемної поведінки. Як правило, вторинна вигода суперечить свідомим намірам людини і тому знаходиться за межами усвідомлення. Зазвичай вторинна вигода супроводжує проблемні патерни ХП, які «включаються» (формується, розвиваються) у тих випадках, коли людина не знаходить інших варіантів поведінки, за допомогою яких вона могла б отримати бажане або здійснити намір без негативних для себе побічних ефектів. У цьому плані вторинна вигода завжди несе для людини позитивну функцію, оскільки дозволяє задовольнити значиму внутрішню потребу на психофізіологічному або психологічному рівні, або на обох рівнях одночасно.

Ми поділяємо думку багатьох авторів [47; 78; 149; 197; 380; 417; 426] про те,

що зациклення (зупинка, затримка) і багаторазове відтворення людиною проблемної поведінки всупереч здоровому глузду і логіці зумовлена саме впливом вторинної вигоди, котра дозволяє не тільки задовольнити значиму внутрішню потребу, але й отримати задоволення. При цьому «внутрішні плюси», певні смисли та переживання задоволення, значимо перевищують передбачувані негативні наслідки. Вторинна вигода знаходить відображення в мові, наприклад, у мовних зворотах на кшталт «так, але ...»: *«переїдання – це, безумовно, погано, але як приємно відчувати, що з кожним шматочком, і кожним ковтком тіло наповнюється цілющою енергією й приємним розслабленням» тощо.* Зазначимо, що у більшості випадків поведінка, яка детермінується вторинною вигодою, супроводжується неусвідомленими відчуттями задоволення, що надалі сприяє формуванню відповідних смислових компонентів свідомості та закріпленню егоцентричних якостей особистості.

На початкових етапах розвитку проблемної ХП суб'єкт не сприймає перекручені (викривлені, аутодеструктивні, патологічні) патерни харчової поведінки як хворобу, а навпаки, вважає таку поведінку життєво необхідною для реалізації власних бажань, прагнень, цілей (див. розділ 2: опис латентного та ініціального фракталів синергетичної концепції розвитку ХП). Переконаність у правильності власних дій, що є сутністю егоцентризму, надалі тільки підсилюється, особливо якщо Інші (рідні, близькі або фахівці різного профілю) наполягають на лікуванні та намагаються активно боротися з проявами аутодеструктивної харчової поведінки близької людини.

Стійка внутрішня мотивація в координатах «Я» зумовлює наполегливе прагнення до відтворення викривлених (дисфункціональних) стратегій ХП і в момент їх реалізації супроводжується відчуттями потоку внутрішнього задоволення, благополуччя, насолоди, ейфорії (див. 4.2.2 та [523; 560]). Такі висновки узгоджуються з низкою інших досліджень [113; 171; 341; 351].

4.4.3 Реконструкція суб'єктивної картини світу як відображення своєрідності егоцентричної спрямованості особистості. Окрім визначення кількісного рівня егоцентризму, для нас було важливим провести *якісний аналіз вербальної письмової продукції на основі методики «незавершені речення».* Отже, мета цього пункту дисертації спрямована на визначення особливостей та своєрідності егоцентризму у вагітних жінок з травматичним досвідом тілесності на основі реконструкції суб'єктивної картини світу.

На нашу думку, якісний аналіз продукції завершених речень є своєрідною формою репрезентації повсякденної свідомості або реконструкції суб'єктивної картини світу респондентів, що дозволяє з'ясувати якісну своєрідність *егоцентричної спрямованості особистості*. До того ж вважаємо важливим зазначити, що аналіз вербальної письмової продукції надає різноманітний і багатий матеріал не тільки на етапі психодіагностики, але й на етапі психокорекції, оскільки відображає наміри, цінності-цілі, рішення, переживання, цінності-засоби, труднощі координації власної поведінки тощо. Безперечно, висока міра фіксації людини на собі заважає їй адекватно та у всій повноті зрозуміти партнерів по спілкуванню та взаємодії, тому що її увага переважно спрямована на себе (ретрофлексія). Навпаки, розширення діапазону усвідомлюваних мотивів життєдіяльності (орієнтації на почуття, думки, стани, наміри партнерів по взаємодії), спрямованість уваги від власної персони на різноманітні сфери навколишнього світу сприяє *децентрації* особистості. Відповідно, аналіз завершених речень як вербальної письмової продукції за тестом ЕАТ поза контекстом «Я» або поза спрямованістю уваги на власну персону дозволив нам отримати дані щодо діапазону можливих варіантів розв'язання складних життєвих проблем та діапазону усвідомлюваних мотивів життєдіяльності, специфіки внутрішніх поглядів (уявлень, думок, переживань та ін.) у вагітних обох груп.

Перейдемо безпосередньо до обговорення результатів якісного аналізу, але попередньо є необхідність зазначити, що при подальшому викладі матеріалу ми спираємося на письмову продукцію респондентів за тестом «Незавершені речення», оформлену певним чином: незавершені стимули (початок речення) виділено курсивом, після чого йде розрядка у вигляді трьох крапок (...), а потім текст завершеного речення звичайним шрифтом 12 кеглем, одинарним інтервалом.

Якісний аналіз завершених речень 3-гр. (здорових вагітних) дозволяє стверджувати, що найвагомішою категорією у жінок цієї групи є категорія **«вагітність та майбутня дитина»**, що безперечно зумовлено актуальною ситуацією розвитку жінки та яскраво підкреслює її зосередженість на власних відчуттях та почуттях. Наведемо окремі висловлювання, що репрезентують означену категорію:

Незважаючи на те, що ... війна, я чекаю дитину, і це дозволяє мені радіти кожному новому дню. Неправда, що ... усі вагітні невірні, я спокійна і впевнена, що у майбутньому зі мною та дитиною все буде добре. Прийде такий день, коли ... у мене народиться дитина; ...мої

рідні будуть зустрічати мене з пологового будинку; ... я буду тримати свою крихітку на руках. *Іноді* ... мені говорять, що вагітність мене прикрасила – я, наче сяю внутрішнім світлом; ... мені в голову приходять тривожні думки про здоров'я дитини та її майбутнє. *Беручи до уваги* ... факт моєї вагітності мені необхідно більше дізнатися про розвиток і виховання дітей та ін.

Водночас вербальна продукція вагітних цієї групи поряд з розглянутою категорією дозволяє виокремити інші категорії, смислова наповненість яких свідчить про широкий діапазон усвідомлюваних мотивів життєдіяльності. Іншими словами, жінки цієї групи зберігають високу цікавість до інших найрізноманітніших сфер життя, серед них нами виокремлено наступні категорії:

- «родина»:

Найбільш ... цікавим для мене у близькому майбутньому буде спостереження за розвитком нашого малюка. *Найкраще* ... в моєму житті – це мої рідні та близькі за духом люди. *Виходячи з* ... теперішньої ситуації треба більше піклуватися про себе і своїх близьких, бо це і є щастя. *Дотепер* ... мій чоловік викликає в мене захоплення своїми якостями та вчинками, він чуйно та з повагою ставиться до інших людей. *Щодо* ... чоловіка я помилялася – він виявився дуже уважним і турботливим.

- «навчання»:

Відтоді... як я закінчила ВНЗ, я стала більше цінувати знання і саму можливість вчитися. *У тому, що* ... знання – це сила, я переконувалася багаторазово, саме тому, чим старшою я стаю, тим більше тішуся різноманітними захопленнями. *Ніколи* ... не пізно вчитися.

- «кар'єра»:

Років так через дванадцять... я буду кращим професіоналом, ... я відкрию свою справу. *Незважаючи на те, що я в декреті* ... мені дзвонять з роботи, щоб порадитися з приводу розв'язання складних питань – мені це приємно, бо це свідчить, що я хороший фахівець, і це мене дуже тішить.

- «матеріальне становище»:

Найкраще ... це земля, на якій знаходиться мій будинок – вона завжди є цінністю. *Відтоді* ... як я відчула себе матеріально забезпеченою та незалежною, я змогла стати більш вільною та самостійною тощо.

- «спрямованість на створення результату, що принесе користь і благо суспільству й людству в цілому»:

Головне, що... я відчуваю задоволення, коли час від часу надаю допомогу онкохворим дітям ... дітям-сиротам, ... у притулках і дитячих будинках. *Якби не...* війна, то я б ніколи не довідалася про себе, що я можу ділитися останнім, що я можу працювати «не за гроші», а просто заради допомоги комусь чужому. *У результаті*... військових подій в Україні я зрозуміла, що я здатна набагато більше, ніж я про себе думала раніше – я активно безкоштовно працюю, надаючи волонтерську допомогу.

- «особистісне і духовне зростання»:

Відтоді ... як я сама стала більш відкритою та здатною на безкорисні вчинки, я зрозуміла, що радість можна отримувати не тільки від матеріальних подарунків; ... як я закінчила університет, я стала цінувати не тільки знання, але й саму можливість вчитися та вчити інших; ... як я пройшла власну психотерапію, я стала цінувати свого «внутрішнього захисника», який дозволяє мені гідно захищати не тільки себе, але й інших, коли в цьому є необхідність. *Умови для*... мого розвитку – є завжди, тому що навіть здійснюючи помилки, я отримую безцінний досвід. *Якби не...* мої вороги, то я б ніколи не довідалася, що вмію прощати. *Дотепер* ... я навіть не здогадувалася, що можна радіти дарувати свою енергію людям.

- «*хобі*»:

Донеper...їзда на велосипеді приносить мені задоволення! Легше всього... мені скинути напругу, коли я щось малюю/співаю/танцюю.

Відзначимо, що визначені категорії свідчать про активну позицію «Я». Жінки віддають перевагу соціальним та практичним аспектам повсякденного життя без надмірного занурення у почуття, пов'язані зі станом їхньої вагітності. Іншими словами, окрім зосередженості на власних переживаннях щодо вагітності, увага та інтереси жінок цієї групи мають екстравертований характер. Вони мають плани на майбутнє, які пов'язують не тільки з народженням дитини або інтересами власної сім'ї, але й з особистим і духовним зростанням, свідомо виявляючи активність та шукаючи тих, хто потребує допомоги.

На нашу думку, децентрація уваги на різноманітні сфери життєдіяльності дозволяє жінкам з групи «здорові вагітні» виявляти свої найкращі душевні якості щодо Інших. Ймовірно, можливість виявити свої найкращі якості у ситуації надання допомоги іншим людям дозволяє особистості зміцнити своє «Я» як суб'єкта життєдіяльності, при цьому альтруїстична основа стосунків з оточенням дозволяє реалізувати та задовольнити екзистенційні потреби особистості¹⁷.

Разом з тим для більшості респондентів цієї групи характерна впевненість в успішному кінцевому результаті пологів, майбутнього, стану здоров'я (як власного, так і малюка). Зауважимо, що переконання базується не на безпідставному ентузіазмі, а на впевненості у своїх можливостях: «*я все зможу розв'язати*», «*для мене не існує проблеми, яка не має розв'язку*», «*мені навіть не цікаво жити без подолання якихось перешкод*». Ми вважаємо, що подібна переконаність базується на задоволеності минулим і теперішнім періодами життя, впевненості у собі та своїх силах при зіткненні з життєвими труднощами. Наша позиція узгоджується з думкою Т.М. Титаренко, котра зазначає: «Живучи у світі поставання, світі принципово процесуальному, нонфінальному, особистість залишається певною мірою і у світі траєкторій, тобто фіналів. Траєкторії складаються завдяки наративам...

¹⁷ Зазначені результати нашого дослідження узгоджуються з висновками Е.Фромма, який вважав, що саме задоволення екзистенційних потреб особистості дозволяє їй зберегти здоров'я, цілісність натури та відчуття внутрішньої сили і впевненості у собі. Серед екзистенційних потреб здорової особистості автор виокремлював прагнення долати себе, встановлювати зв'язки з Іншими, відчувати своє коріння, ідентифікувати себе, будувати власну систему моральних цінностей, позиціонуючи любов як творчу та рушійну силу розвитку людини [418].

Наративні практики спрямовано на охоплення різнобарвної і стереофонічної панорами життя у всій її складності, неочікуваності, багатомірності. Завдяки їм кожний несподіваний учинок, випадкове рішення, якщо вони мають для особистості сенс, стають новим досвідом, що поступово асимілюється, інтегрується. Несподівані конфігурації людського життя починають сприйматися як природна гра, сплетіння подій, що вимагають від особистості у взаємодії з її оточенням нових зусиль для усвідомлення та інтерпретації випадкового досвіду» [397, с. 158].

Перейдемо до якісного аналізу результатів за тестом «Незакінчені речення» у 1 гр., тобто вагітних з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної ХП та деформацій ваги. Насамперед відзначимо, що жінки цієї групи здебільшого мають інтровертовану спрямованість – зосередженість на власних відчуттях і переживаннях, які сприяють формуванню у внутрішньому плані «особистого міфу»¹⁸. Крім цього, зауважимо, що ситуація вагітності сприяє децентрації, тобто переключенню внутрішньої уваги з турботи про себе на турботу про майбутню дитину.

Особливості суб'єктивної центрації та «особистого міфу» вагітних 1-гр. розкриваються у специфічних тематичних категоріях:

- «фіксація на патернах поведінки й проблемах тіла»:

Незважаючи на... істерики батьків і чоловіка, я все одно вважаю за необхідне боротися за досконале тіло. Незважаючи на те, що... я вагітна, я продовжую викликати в себе шгучну блювоту; ... мої харчові звички тиснуть на мене не так сильно як раніше, але я боюся, що після закінчення вагітності – все повернеться;... моя біда в тому, що навіть розуміючи, що я вагітна і повинна їсти, але я не можу змусити себе їсти. Справжня проблема в тому, що ... мені дуже складно зупинитися, коли хочеться їсти; ... складно щось змінювати у своїх харчових звичках; ...я постійно веду боротьбу із власною тінню; ...я часто відчуваю на собі критичні погляди інших, які напевно обговорюють яка я опидна (потвора, корова, свиня). Навряд чи можливо, що ... я легко прийду у форму після пологів; ...що булімія залишить мене у спокої; ... щось зміниться в моїх харчових звичках. Чим довше... триває період вагітності, тим товстіше я стаю, і це мене дуже лякає, і я не перестаю дивуватися актрисами, котрі демонструють свої вагітні животи, не розумію, що в цьому красивого?

- «фіксація на астеничних тілесних відчуттях»:

Іноді ... мені хочеться плакати без будь-якої причини; ...я буваю засмучена з незрозумілих причин. Звичайно...я погано себе почуваю, хочеться спати, відчуваю втому. Найбільше ... у цей період життя я потребую сну, спокою та підтримки...

- «обмеження життєдіяльності внаслідок вагітності»:

Шкода що...вагітність заважає мені активно займатися спортом, ходити на дискотеку; ...в сауну. Тільки... зараз навіть поплакати не можна, тому що це може зашкодити дитині. Прийде такий день, коли ... я зможу повернути своє красиве тіло; ...і зможу вдихнути з полегшенням. Справа в

¹⁸ У теорії Д. Елкінда поняття «особистий міф» відповідає суб'єктивній центрації, а поняття «уявлювана аудиторія» – об'єктивній центрації [605].

тому, що... вагітність це безліч обмежень; ... моя вагітність через постійну загрозу викидня заважає мені підтримувати звичайний режим активності; ... поки я вагітна, мені не можна подорожувати, а це для мене є потрібним як повітря.

- «страхи у зв'язку з вагітністю, пологами, майбутнім материнством»:

Справжня проблема у тому, що ... я весь час непокоюся за перебіг вагітності; ... я боюся пологів. У те, що ... я зможу виносити й народити здорову дитину, ніхто не вірить. Напевно чи можливо, що ... я зможу народити без операційного втручання, і від цього мені моторошно. Головне в тому, що ... я маю сумніви, що я зможу бути гарною матір'ю. Іноді ... я маю сумніви, чи зможу я бути гарною мамою, якщо навіть зараз мої інтереси для мене є дорожчими, ніж інтереси майбутньої дитини; ... мені тривожно/самотньо/дуже самотньо/страшно. З недавнього часу ... мене постійно турбують думки щодо пологів.

Отже, якісний аналіз змісту завершених речень за тестом ЕАТ в 1-гр. надає можливість виявити фіксацію/зацикленість жінок на переживаннях, які пов'язані або з їхнім теперішнім станом (вагітністю), або з минулим негативним тілесним досвідом, зокрема: 1) досвідом проблем у репродуктивній сфері – нездатністю завагітніти; 2) досвідом проблемної ХП та деформацій ваги внаслідок домінування перекручених патернів харчової поведінки); 3) досвідом негативних уявлень про себе та свій стан. Отримані результати ми пояснюємо тим, що егоцентрична (індивідуалістична, егоїстична) поведінка супроводжує будь-яке стійке прагнення, що спрямоване на досягнення бажаного (ідеальної ваги, красивої фігури, уваги, визнання, незалежності, самостійності від батьків та ін.), що часто поєднується з низьким рівнем саморегуляції, недостатнім рівнем володіння комунікативними навичками та неадаптивними копінг-стратегіями, зокрема, деструктивними патернами ХП.

На нашу думку, вияви викривленої поведінки анорексичного та булімічного характеру (такі як стійка відмова від їжі, виснажливі фізичні навантаження, переїдання до появи дискомфортних відчуттів, штучне викликання блювоти тощо) є неусвідомленим намаганням привернути до себе увагу та отримати вторинні вигоди – бажання привернути увагу та отримати співчуття та турботу від оточуючих, уникнути відповідальності, сексуальних контактів, звільнитися від неприємних обов'язків без почуття провини тощо. Підтвердженням означеної позиції слугують дані сучасних наукових досліджень [81; 89; 197; 171; 172; 181; 192; 213; 252; 290; 317; 331; 589; 596; 609; 633; 642].

Узагальнюючи результати якісного аналізу щодо завершених речень зауважимо, що егоцентричне бажання «знаходитися у центрі уваги» інших вияв-

ляється в обох групах вагітних, тобто є загальною ознакою обох груп досліджуваних жінок. Однак якісні вияви цього прагнення в кожній групі мають свої специфічні відмінності (див. табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Репрезентація бажання «знаходитися у центрі уваги інших»
(у типових незавершених реченнях досліджуваних вагітних)

Незавершені стимули	Вагітні з досвідом лікування безпліддя на тлі порушень харчової поведінки та деформацій ваги	Здорові вагітні
<i>Шкода, що ...</i>	...мої близькі далеко не завжди розуміють мене і не завжди виконують те, про що я їх прошу	...тільки в період вагітності мій чоловік не дає мені носити важкі речі, мити підлогу, виходити без нього з будинку
<i>Тільки ...</i>	... після доброго прочухана мій чоловік та моя свекруха починають мене «чути» і щось робити для мене.	у період моєї вагітності чоловік і близькі виконують усі мої забаганки, навіть найпримхливіші.
<i>Чим довше ...</i>	...триває період вагітності, тим більше я засмучуюсь від неухваленості чоловіка до мене, адже саме я жертвую своєю красою, своїм тілом та своїм здоров'ям, а він це не цінує.	...я вагітна, тим більше знаків уваги мені дарує мій чоловік, це дає мені впевненість у тому, що я та наш малюк є для нього найважливішими людьми у світі.

Якісний аналіз незавершених стимулів досліджуваних 3-гр. (здорових вагітних) дозволяє констатувати, що жінки цієї групи розглядають період вагітності як найбільш сприятливий час для отримання додаткових знаків уваги, любові та турботи від близьких, особливо від чоловіка.

На відміну від попередньої групи, типові висловлювання жінок 1-гр. свідчать про їхнє незадоволення ставленням значущих інших до своєї персони. Іншими словами, суб'єктивно вони налаштовані на сприйняття тих подій, які, з їхньої точки зору, засвідчують недостатню увагу та турботу до них з боку близького оточення.

Аналіз незавершених речень у контексті вивчення домінуючих патернів поведінки при зіткненні з труднощами виявив, що загалом респонденти 3-гр. демонструють ефективні копінг-стратегії (когнітивні, поведінкові, емоційні), орієнтовані на творчість, турботу про себе та своїх близьких. При цьому жінки виявляють самостійність і відповідальність (див. табл. 4.9). Опора на продуктивні копінг-стратегії дозволяє досліджуваним жінкам осмислити набутий досвід, подивитися на ситуацію з різних позицій, скинути емоційну напругу, знайти вихід та розв'язати проблему адаптивним способом.

Таблиця 4.9

Репрезентація типів реагування на труднощі життя
(у типових незавершених реченнях досліджуваних вагітних)

	Вагітні з досвідом лікування безпліддя на тлі порушень харчо- вої поведінки і деформацій ваги	Здорові вагітні
<i>У такій ситуації ...</i>	... я не знаю що робити; ... хвилююся; ... постійно хочу спати ... я ще не була; ... ніколи не знаєш як краще вчинити	...потрібно взяти паузу і подумати, що це мені дасть; ...важливо себе не карати, а зробити висновки; ...краще завжди розраховувати на власні сили та можливості; ...я дію завжди рішу- че; ..я дію відповідно до власних пе- реконань; ... все зможу; ...люблю слухати тишу; ...заввичай спокійна.
<i>Легше всього ...</i>	...давати поради, яким чином мені поводитися; ...накричати на людину; ... мене розлютити, вказуючи на мої помилки; ...відмовитися від роботи; ...не зробити; ...сидіти на дивані; ...сидіти вдома й нічого не робити; ...піти без пояснень та не спробувати з'ясувати причини конфлікту.	...розслабитися й проводити час, як того прагну я сама; ...займатися тим, що цікавить; ...створювати те, до чого прагне душа; ...скинути напру- гу малюючи, танцюючи або наспі- вуючи; ...не думати про обов'язки, але слово «треба» для мене – не пус- тий звук, а керівництво до дії; .. жити в любові й турботі.
<i>Кожного ...</i>	... рази я шкодую і злюся, що зму- шую себе мовчати, а не висловлюва- ти, те що думаю; .. дня я шкодую, що навіть не замислювалася про можли- ві негативні наслідки; ...рази, коли я відчуваю самотність, я їм свій улюб- лений шоколад, незважаючи ні на які заборони; кожного разу, дивлячись у дзеркало, я ненавиджу своє відобра- ження, але їм, бо це допомагає мені заповнити внутрішню порожнечу.	...дня я кажу себе, що тільки від ме- не залежить, як я проживу цей день; ... дня я маю можливість утвердити- ся в тому, що я добра господиня, ко- тра вміє піклуватися про себе та ін- ших; ... кожного вечора я записую 3-4 позитивні речі, які відбулися зі мною впродовж дня; ...вечора ми граємо в гру «за що я можу тобі по- дякувати».

Для жінок 1-гр., навпаки, типовими реакціями на труднощі в процесі життє-
діяльності є неефективні поведінкові та емоційні копінг-стратегії. Серед них
навмисне уникнення проблем, перекладання відповідальності за їхнє розв'язання
на інших людей, нездатність до опанування власними емоціями, що виявляється у
неадекватному емоційному відреагуванням негативних емоцій на інших людей чи
застосуванню їжі задля зниження напруги, що у певному розумінні є регресією.

Бажання знизити емоційне напруження на тлі «неможливості» щось змінити
на краще у своєму житті зумовлює специфічні когнітивні установки і смислові
дискурси особи, які «запускають» функціонування ретрофлексивних процесів.
Останні виявляються дисфункціональними патернами ХП (за типом обмеження

або переїдання їжі) та відносяться до особливої групи копінг-стратегій (див. табл. 4.9). Отже, результати якісного аналізу незакінчених речень за тестом ЕАТ дозволяють стверджувати, що егоцентризм вагітних, є дискурсом смислотворюючих компонентів свідомості – смислів і установок свідомості до навколишнього світу, що визначає специфіку значень семантичної (когнітивної) та емоційної сфер. Враховуючи неподільність зв'язків між «значенням» та іншими компонентами свідомості (особистісним смислом, чуттєвою тканиною [205] та емоційною забарвленістю [303, с. 33], можна стверджувати, що нова структура стосунків вагітної жінки, сформована у новій ситуації соціального розвитку зумовлює й нові специфічні переживання. Іншими словами, якісні відмінності змістового наповнення значень, смислів і установок свідомості особистості до себе та навколишнього світу визначають особливості її его-системи (егоцентризму). Відповідно, якісна своєрідність і виразність виявів егоцентризму зумовлюють ставлення до життєвого досвіду, а також відмінності у процесах сприйняття інформації різних ситуацій повсякденної життєдіяльності. Зазначена позиція узгоджується з думкою В. Ф. Петренко, який зауважує, що ставлення до інформації визначається особливостями психічного стану та духовного розвитку індивіда [303, с.153]. Аналогічні ідеї висловлює Т. М. Титаренко, аналізуючи вплив постнекласичних ракурсів персонологічного методологування у психології. Так, авторка підкреслює, що «у постмодернізмі фундаментальною умовою смислотворення стає взаємодія тексту зі знаковим фоном... Отже, смисл, якого людина шукає, рефлексуючи з приводу власного саморозвитку, виникає лише тоді, коли перетинаються різні семантичні вектори, взаємодіють різні інтерпретативні моделі, що виводять індивідуальну життєву історію в більш широкий культурний контекст, який править щодо автонаративу за зовнішнє семіотичне середовище... Так, під час відносно лінійного особистісного руху певним життєвим етапом несподівано виникає криза як процедура збою лінійності, що водночас і руйнує старі смисли, і стимулює нові, створюючи відповідно до нової життєвої ситуації певні несподівані вузли смислотворення [397, с. 156–157].

Таким чином, аналіз вербальної продукції, отриманої за допомогою тесту ЕАТ в групі вагітних з досвідом лікування безпліддя, дозволяє нам дійти висновку,

що несприятлива соціальна ситуація розвитку під впливом травматичного досвіду тілесності детермінує стан відчуженості, який є як результатом, так і причиною егоцентризму. Близькі ідеї ми зустріли у працях низки авторів (М. Ш. Магомед-Емінова, О. В. Мінаєва, В. В. Ніколаєвої, Г. О. Аріної, О. Т. Соколової, Т. М. Титаренко, О. Ш. Тхостова та ін.) [220; 247; 274; 328; 373; 395; 402].

Зокрема, М. Ш. Магомед-Емінова, зазначає, що поняття «відчуженість» об'єднує ряд самостійних феноменів (ізоляція, відособленість, відстороненість, алекситимія, емоційна анестезія, ангедонія, психічне заціпеніння та ін.), головною родовою рисою яких є «анапсіоз»¹⁹. Під анапсіозом автор розуміє відчуження людини від системи соціально-психологічних відносин та діяльності. На думку дослідника, анапсіоз виникає внаслідок психологічного травматизму і зумовлює психовітальне «застигання» (в літературі також вживаються інші синонімічні поняття: психічне «згортання», «стиснення», «заморожування», «впадання у сплячку») [220]. Для конкретизації цього виду внутрішньої роботи особистості М. Ш. Магомед-Емінов запропонував поняття «онтологічна редукція», під яким автор розуміє процес «виключення» життя, анулювання буття, деанімацію душевного життя, позбавлення подій повсякденного життя життєвого змісту. У процесі анапсіотичного функціонування втрачаються непорушні позиції буття. Життя людини тьмяніє та набуває специфічних рис «неіснування». При цьому згасає не тільки буття особистості, але й «звужується» та обмежується саме існування людини як живої істоти – втрачається рішучість, впевненість, воля, стійкість, утворюються «порожнечі» та «провали» буття (буття стає хитким, існування «підвішеним», а особистість «нудиться») [220, с. 50].

Інакше кажучи, «відчуження» стає специфічним способом опанування (рос. – совладання) негативних наслідків психічної травми, своєрідним способом такого існування особистості, котре прагне до «небуття». Образно кажучи, буття людини поступово руйнується внаслідок впровадження ідеї відчуження від життя та ідеї небуття. Наведемо окремі приклади завершених речень вагітних 1 групи:

«У такій ситуації... як «життя з булімією» я почуваю себе «виключеною» з самого процесу життя, тому що здатна думати тільки про їжу, а все інше я роблю, як робот-автомат – без радості

¹⁹ Анапсіоз – це форма соціального відчуження, яка виникає внаслідок психологічного стиснення регулятивної системи взаємодії з соціальним оточенням. Індикаторами синдрому анапсіозу є: ізоляція, відчуження; зниження інтенсивності мотивації; втрата орієнтації на майбутнє; алекситимія, емоційна анестезія; ангедонія (як нездатність отримувати задоволення); асексуальність; соціальні страхи; психічне заціпеніння; дереалізація; дуплікація «Я» [220].

та без задоволення.

Легше всього... позбутися болю від душевних хвилювань завдяки сну... ймовірно, тому я майже постійно хочу спати і не хочу прокидатися.

Кожний... раз після блювоти я почуваю себе Каєм зі «Снігової Королеви» – я наче внутрішньо заморожена, і тому не бачу приводу чому радіти, проте маю багато приводів для роздратування».

На нашу думку, вихід зі стану відчуження (анапсіоза, небуття) потребує перероблення та подолання травматичного досвіду і смислових протиріч (смислових конфліктів), що можливо за умови децентрації та трансформації смислової структури у поєднанні минулого, теперішнього та майбутнього горизонтів смислоутворення. Така трансформація можлива або впродовж психокорекції, або під час самостійного переосмислення травматичної ситуації й «включення» її в іншу смислову структуру особистості та картину світу. Подібні ідеї зустрічаються у працях низки авторів (О. М. Леонтьєва, А. А. Налчаджяна, В. А. Недоспасової, Т. І. Пашукової та ін.). Зокрема, А. А. Налчаджян, досліджуючи роль інтуїтивного пізнання, зазначає, що надмірна концентрація й зосередження уваги на проблемі (постійна напруженість думок у координатах одного об'єкта й надмірне входження в егоцентричний стан) зумовлюють блокування фантазії, що заважає прориву креативних творчих ідей та суттєво гальмує розв'язання проблеми. На думку автора, тимчасове переривання інтелектуальних зусиль й переорієнтація уваги, тобто перемикання діяльності або спрямування уваги на інші задачі, дає можливість «запустити» творчий процес та відкрити творчий потік. Дослідник вважає, що період відмежування від проблеми є необхідним для здійснення перегруповування інформації та є своєрідним відпочинком для розуму («інкубаційний період» для дозрівання творчої ідеї) [274, с.249].

Розвиваючи означені ідеї щодо проведення психокорекційної / психотерапевтичної роботи, провідні фахівці у галузі психотерапії рекомендують «відпустити» складну життєву ситуацію, яка на думку людини, не має виходу. У науковій літературі достатньо поширені психотерапевтичні кейси у вигляді фрагментів описового характеру, які демонструють хід вирішення найрізноманітніших життєвих проблем (серед них історії щасливого заміжжя або одруження після тривалого періоду самотності та безуспішних спроб «знайти пару» або історії про «раптову» вагітність, що настала на тлі категоричного діагнозу «безпліддя» тощо) [7; 39; 47; 110; 186; 197; 380; 426; 439].

Іншими словами, змінити точку зору (центрацію, ракурс, позицію) та знизити надмірний рівень егоцентричної напруженості свідомості можливо завдяки механізмам децентрації. Результати нашого дослідження свідчать, що 57% жінок 1-гр., окрім фіксації уваги на подіях і відчуттях минулого негативного досвіду тілесності, спрямовують свою увагу на позитивні тілесні відчуття теперішнього періоду життя (які вони пов'язують з вагітністю) і тими позитивними змінами на які вони очікують у найближчому майбутньому після народження дитини. Підтвердженням цьому є наступні завершення речень:

«Якщо... б не моя вагітність, я б напевно ніколи не знайшла в собі сили почати боротися з булімією; ... чесно, то коли я завагітніла, то я дуже раділа і дала собі слово позбутися поганої звички переїдати до дури, задля цього я почала вчитися позитивному мисленню та самоаналізу.

У результаті ... лікування все вийшло як треба, і зараз моє життя цілком мене задовольняє; ...мого рішення змінити свої харчові звички я завагітніла; ...я отримала важливий досвід; його уроки я буду пам'ятати все життя.

Найважливіше те, що... я, нарешті, вагітна; ...я можу контролювати себе й свої звички; ... у мене тепер є родина, робота і я чекаю дитину; ...тепер я живу заради майбутньої дитини, і намагаюся харчуватися правильно.

Насправді... моя щоденна перемога над своєю хворобою є набагато кращою, ніж секс.

Справжня проблема в тому, що... люди бояться щось змінювати, а я зважилася та перемогла!

Звичайно... я ображалася на репліки з приводу фігури, а зараз мені це байдуже».

Якісний аналіз завершених речень 1-гр. дозволив нам стверджувати, що жінки цієї групи заради появи дитини у своєму житті змогли змінити стиль свого життя, зокрема стали харчуватися, виходячи з інтересів майбутньої дитини, що сприяє децентрації. На нашу думку, саме децентрація розширює увагу з центрації на власній персоні на турботу про себе заради дитини та турботу про здоров'я майбутньої дитини. Іншими словами, зрушення позиції егоцентризму у бік децентрації відбулося завдяки орієнтації на реалізацію бажання стати матір'ю. Своєю чергою, децентрація сприяє виходу зі стану відчуження та виходу зі стану психовітального «застигання» (психічного «згортання», «стиснення», «заморожування», «сплячки») і зумовлює включення до активного життя.

Отже, егоцентрична або децентрована спрямованість суб'єкта на навколишній світ як компонент структури соціальних установок впливає на процес сприйняття, переживання емоцій та розуміння світу. Зокрема, егоцентрична фіксація вагітних жінок дозволяє їм відстоювати власні інтереси, що знаходить відображення у когнітивних процесах (операціях аналізу, інтерпретації, висновках та ін.) і зумовлює осо-

бливості поведінки. Децентрація егоцентризму дозволяє значно розширити способи самоорганізації та самоуправління суб'єкта. Іншими словами, саме децентрація за рахунок розширення зон уваги щодо різних аспектів життєдіяльності дозволяє жінкам усвідомити власні потенційні ресурси та отримати завдяки цьому додаткову енергію самодетермінування. Доступ до ресурсів дозволяє значно знизити надмірну зацикленість на проблемах ваги та харчування, що дозволяє нормалізувати відносини у координатах «їжа – тіло», «Я – Інші» (див. модель тренінгу нормалізації харчової поведінки [515; 522; 560]). Оволодіння своїми ресурсами дозволяє вагітним 1-гр. йти на ризик, пов'язаний для них не тільки зі складнощами майбутньої пологової діяльності, але й зі змінами власної тілесності. Таким чином, нормалізація харчової поведінки у жінок з розладами ХП та деформаціями ваги відбувається внаслідок зниження егоцентричної напруженості.

На завершення аналізу результатів дослідження егоцентризму у вагітних зазначимо найбільш вагомі із них:

1. Сприйняття досвіду тілесності у вагітних визначається особливостями функціонування его-системи – співвідношенням комплементарних механізмів центрації-децентрації, які відображають засвоєння навичок координації суб'єктивних і об'єктивних полюсів свого досвіду та включаються у диспозиційну систему регуляції поведінки. При цьому механізми центрації базуються на інформації, яка зберігається у минулому досвіді суб'єкта, механізми децентрації – на сприйнятті інформації «тут і тепер» та «зворотному зв'язку».

2. Помірна центрація вагітної жінки на собі дозволяє їй самостверджуватися, концентруватися на власній цінності, відстоювати свої інтереси, позиції, плани, що є необхідним для реалізації власних намірів та досягнення бажаних цілей. Надмірний егоцентризм вагітної жінки функціонує як викривлена егоцентрична захищеність, що виявляється у надмірній центрованості на собі, надлишкової зосередженості на власних позиціях або на власних почуттях; зчеплений зі стійкими намірами особистості, зумовлює спрямованість на досягнення бажаного та наполегливе відтворення проблемної ХП.

3. Визначено, що «замикання» вагітних у просторі минулого травматичного

досвіду тілесності зумовлено негативним впливом викривлених смислів щодо ХП та супроводжується високим рівнем егоцентризму, низьким рівнем саморегуляції, недостатнім рівнем володіння комунікативними навичками, високим рівнем неадаптивних копінг-стратегій, що значно ускладнює повноцінне спілкування та взаємодію з Іншими та провокує подальший розвиток деструктивних патернів ХП.

4. Інтровертована спрямованість та зосередженість вагітних з досвідом лікування безпліддя на своєму індивідуальному «Я» супроводжується створенням «особистого міфу», що дестабілізує особистість у просторі її соціально-психологічних відносин. Децентрація негативного тілесного досвіду виконує гармонізуючу функцію, що знаходить відображення у суб'єктивній картині життєдіяльності – сприяє інтеграції внутрішньої картини вагітності, формуванню нової жіночої ідентичності та змінює траєкторію ХП у бік атрактору здоров'я.

5. У групі «здорових вагітних» децентрація (екстравертована спрямованість егоцентризму) проявляється як здатність проявляти свою активність, увагу, турботу та найкращі душевні якості щодо Інших у багатьох сферах повсякденного життя. Це дозволяє жінці, з одного боку, протистояти надмірній фіксації на власних переживаннях щодо стану вагітності, з іншого – підвищити рівень задоволеності життям та зміцнити своє «Я» як суб'єкта життя (внаслідок реалізації екзистенціальних потреб як вищого рівня відносин духовного плану).

4.4.4 Особливості сприйняття життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду. У цьому пункті дисертації ми подаємо результати визначення особливостей сприйняття життєвого шляху респондентів за допомогою методики «Психологічна автобіографія» (Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова) [60]. Ця методика дозволяє визначити важливі події життя (на думку самих досліджуваних), що відбулися у минулому та можуть відбутися у майбутньому (значущі відмінності між експериментальними групами встановлені на рівні $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$).

Результати частоти прояву *позитивних життєвих подій* у суб'єктивній картині життєвого шляху презентовані на рис. 4.29. Аналіз *позитивних життєвих подій*, які є контекстом теперішнього періоду життя вагітних першої групи

(жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги) дозволив визначити, що найбільшого значення для них набувають наступні події: «вагітність і народження дитини» (0,87), «зустріч із майбутнім чоловіком» (0,84), «створення родини» і «навчання» (0,83).

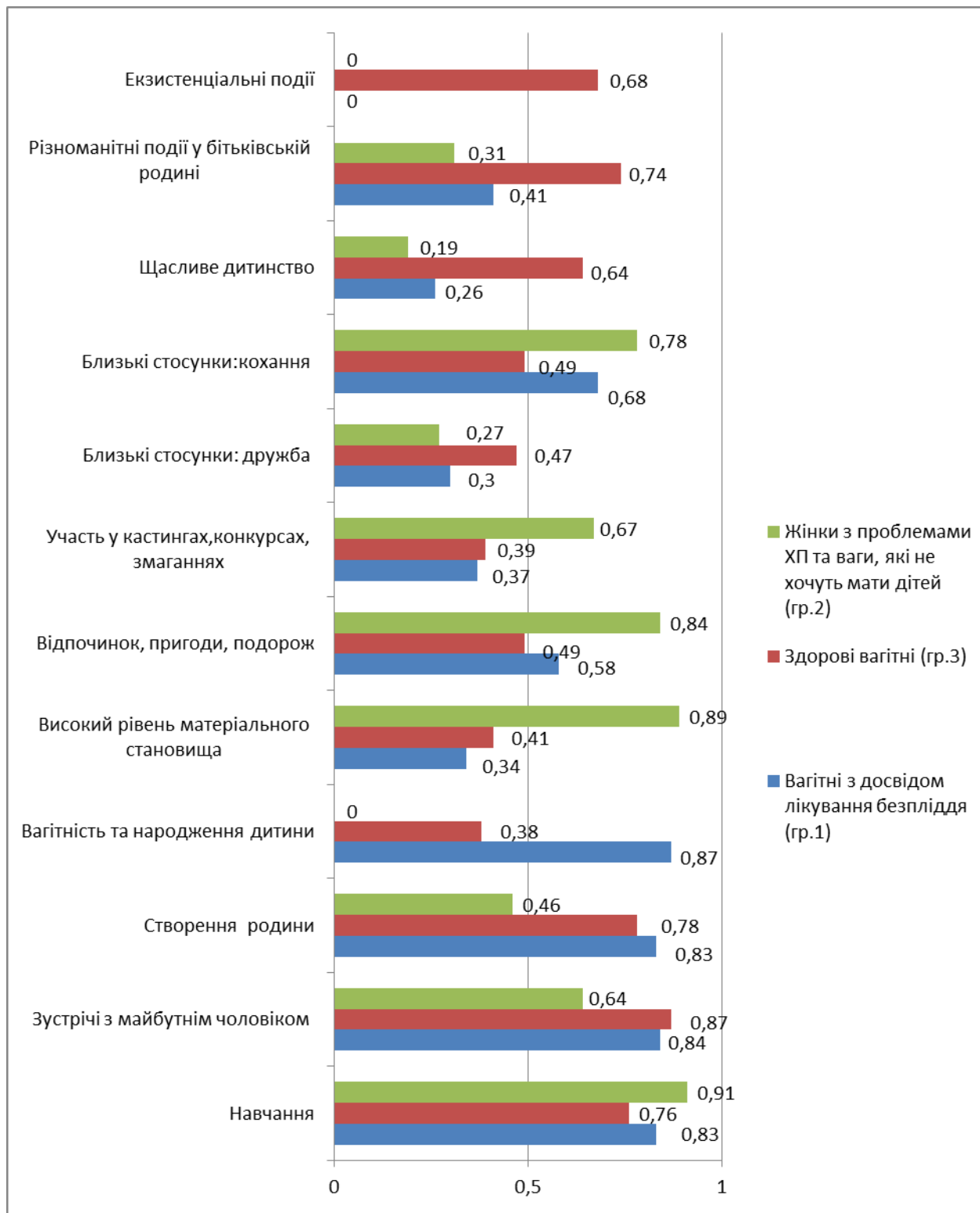


Рис. 4.29. Частота прояву позитивних життєвих подій у досліджуваних групах: гр. 1 – вагітні жінки з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги; гр. 3 – здорові вагітні; гр. 2 – жінки з проблемною ХП та деформаціями ваги, що заявля-

ють про своє небажання мати дітей.

Під час аналізу ми звернули увагу, що більшість респондентів цієї групи описують такі події свого життя як «вагітність» та «появу майбутньої дитини» романтично-екзальтованими (піднесеними, пафосними) фразами:

«вважаю, що вагітність – це достойна жертва з боку жінки за неймовірне щастя – мати дитину»; «приємно усвідомлювати, що я можу подарувати життя – відчуваю себе Богинею»; «вважаю, що вагітність – це найзагадковіша таємниця природи і мені дуже приємно відчувати себе причетною до цього таїнства», «нас, жінок, Бог нагородив особливим даром – здатністю дарувати життя і це Велич жінки» тощо.

Як бачимо з рис. 4.29, у групі «здорових вагітних» серед позитивних життєвих подій найчастіше були відзначені наступні події: «зустріч із майбутнім чоловіком» (0,87), «створення родини» (0,78), «навчання» (0,76), «різноманітні події в батьківській родині» (0,74) (до означеної категорії ми включали такі події як народження брата/сестри, відпочинок та святкування різних подій у родинному колі, повернення батька в родину або відновлення родинних стосунків з батьком після його зради тощо).

У вагітних 3-гр., на відміну від жінок 1-гр., ми не зустріли екзальтованих описів щодо факту їхньої вагітності. На нашу думку, це свідчить про більш врівноважену внутрішню позицію. Інакше кажучи, саме відсутність надмірної фіксованості (зацикленості) на таких подіях життєвого шляху як «вагітність» та «поява дитини» дозволяє жінкам 3-гр. сформувати більш адекватну позицію щодо майбутньої дитини та до себе як матері.

Ще однією відмінною рисою групи здорових вагітних жінок (порівняно з гр.1), є наявність категорії «екзистенціальні події» з частотою прояву 0,68 (див. рис. 4.29). До цієї категорії ми включали такі події життєвого шляху, що свідчать про внутрішню орієнтацію на цінності вищого порядку, високу значимість особистісного зростання та духовного розвитку, зокрема: «навчання у школі особистісного зростання дозволило мені переоцінити життєві цінності, я відчула себе людиною, здатною до пошуку нових змістів з найвищими стандартами якості не тільки особисто для себе або своєї родини, але і для всієї держави»; «регулярно

ходжу в храм... це дозволяє душі зцілитися та зростати духовно», «обов'язково виділяю час на заняття медитацією або на організацію комфортного життєвого простору», «завжди виділяю час на самопізнання та самоосвіту, це дозволяє мені гідно долати будь-які труднощі, регулярно відвідую різноманітні тренінгові групи з метою зростання мого Духу», «заняття йогою», «читаю духовну літературу», «планую створювати та розробляти нові освітні програми, написати книгу» тощо.

У групі 2 (до складу якої увійшли жінки з проблемною ХП та деформаціями ваги, які заявляють про своє небажання мати дітей), серед позитивних подій життєвого шляху, що отримали домінуючі позиції виявилися (див. рис.4.29): категорія «навчання» (0,91), «участь у кастингах, конкурсах, змаганнях» (0,67), «близькі стосунки: кохання» (0,78), «гарний та якісний відпочинок, пригоди, подорожі» (0,84), орієнтованість на «високий рівень матеріального становища як життєвої необхідності» (0,89). При цьому остання означена категорія має відмінності не лише за частотністю вияву (порівняно з результатами з 1-ою та 3-ою групами, $p \leq 0,05$), але і за семантичним контекстом – якістю формулювання подій. Зокрема, респондентки 1-гр. та 3-гр. найчастіше висловлюють надію на створення гідних побутових умов для себе та членів своєї родини задля можливості наповнення свого життя яскравими відчуттями та враженнями духовного розвитку:

«хочу покращити фінансове становище (купити машину), щоб мати можливість виїжджати усією родиною на природу, бо це найкращий спосіб відчутти красоту»; «мрію про покращення матеріального становища (купити квартиру, придбати меблі), тому що хочу, щоб наша родина мала саме власну затишну оселю – місце, де я зможу створювати спокій, добрий настрій, комфорт», «моя мрія – придбати дім, який буде рідним й теплим «сімейним гніздечком».

Характерною особливістю контексту висловлювань респонденток гр.-2 є їхня зорієнтованість на покращення матеріального становища, як показника, що засвідчує рівень престижу, є безперечним атрибутом успіху й якості життя:

«вважаю, що я прийшла у цей світ для того, щоб жити красиво, багато й щасливо, тому маю намір бути успішною за будь-яку ціну»; «планую власний бізнес, купити будинок в іншій країні, кафе, яхту»; «відомий вислів: з коханим і в курені рай – це явно не для мене... саме тому, чоловіки, які не здатні гідно забезпечити мої потреби – мене навіть не цікавлять ні з якого боку» тощо.

При цьому під час бесіди з досліджуваними нами було з'ясовано, що у більшості випадків подібна зорієнтованість обумовлена лише загальними умовами і не відповідає психофізіологічним особливостям респонденток, а отже, в майбутньому «ситуації недосягнення омріяного життя» можуть зумовлювати значущі розчарування, які у цій групі досліджуваних часто спричиняють реагування викривленими патернами ХП.

Якісні відмінності між групами також виявляються за категорією *«участь у кастингах, конкурсах, змаганнях»*. Зокрема, у гр.-2 (порівняно з гр.-1 та гр.-3) частіше зустрічаються різноманітні конкурси краси, кастинги моделей, талантів та події, що з ними пов'язані (серед основних подій згадуються конкурси за титул «Міс міста», «Міс Таврії», «Принцеса міста», «Х-Фактор», «Танцюю для тебе», «Фабрика зірок», «приз глядацьких симпатій», «безкоштовна фотосесія як подарунок», «запрошення працювати на ТВ як ведуча дитячої рубрики» тощо). Навпаки, досліджувані гр.1 та гр.3, частіше вказують на участь у різноманітних конкурсах пізнавального й розвиваючого характеру (в олімпіадах різного рівня й профілю; спортивних змаганнях; конкурсах фотохудожників, художнього читання; виставках художньої творчості, рукоділля тощо) та події, що з цим пов'язані («призова поїздка за перемогу у конкурсі МАН», «відчула відчуття гідності та визнання, здивування тим, що «Я» або мої роботи можуть когось зацікавити» тощо).

Найменше значення (порівняно з іншими групами) у 2-гр. досліджуваних одержали наступні категорії: *«щасливе дитинство»* (0,19), *«близькі стосунки: дружба»* (0,27), *«різноманітні події в батьківській родині»* (0,31). Незначна кількість подій означених категорій може свідчити про суворий стиль родинного виховання, коли батьки не задовольняли базові потреби дитини (у безпеці, любові, визнанні), не враховували індивідуальні особливості дитини, специфічність її переживань і почуттів тощо. Наслідком зростання в таких умовах є егоцентризм, емоційна холодність, істеричність, завищені життєві та професійні домагання, що орієнтують на необхідність досягнення високої матеріальної забезпеченості як можливості отримати додаткові соціальні блага.

Відмінною рисою жінок 2-гр. є їхня орієнтація на життя без дітей. Під час психодіагностичної бесіди досліджувані повідомляли, що, на їхню думку, життя без дітей є набагато цікавішим й продуктивнішим. На нашу думку, подібна позиція свідчить про усвідомлену та неусвідомлювану відмову від материнства та, у певному сенсі, відображає ідеологію руху «чайлдфрі» («Child-Free Life»), що в Україні набуває все більшої популярності. Наведемо найбільш яркі висловлювання досліджуваних жінок:

«мені подобається відомий вислів: діти – квіти життя, але нехай вони квітнуть на чужому городі»; «...вважаю, що набагато приємніше завести будь-яку тваринку, ніж дитину – проблем менше, задоволення – більше»; «особисто я не вважаю традиційні стереотипи сімейного щастя привабливими... ось мені, для повного щастя ніхто не потрібний – ні діти, ні батьки, ні подруги... було б здоров'я»; «діти викликають у мене лише роздратування», «я знаю багато прикладів, коли батьки мають від своїх дітей лише постійні проблеми та джерело головного болю, саме тому я не бажую перетворювати своє життя на випробувальний полігон», «я не можу зрозуміти тих жінок, яким Бог подарував надзвичайну можливість – «не вагітніти», а отже, бути вільними й необтяженими зайвими проблемами..., а вони замість того, щоб насолоджуватися життям, попри все намагаються стати матір'ю – навіть через штучне запліднення або сурогатне материнство»; «я впевнена, що люди, які відчувають себе невдахами та нещасними, не мають морального права народжувати дітей», «мені зовсім не соромно визнати, що я не хочу жертвувати своїм особистим простором – часом і зусиллями, заради того, щоб вирощувати дитину.., бо це невдячна справа», «...мені зараз зовсім не до дитини – хоч б самій собі дати раду...» тощо.

Водночас зауважимо, що така позиція може бути зумовлена не тільки тим, про що декларується на свідомому рівні (бажанням насолодитись самотійним життям; бути вільними від будь-яких обов'язків щодо Інших, зокрема щодо дитини; орієнтованістю на присвячення себе улюбленій професії тощо), але й наявними проблемами у стані репродуктивного здоров'я, що виникли на тлі проблемної ХП та деформацій ваги. У цьому разі позиція «відмови від материнства» може бути зумовлена іншими мотивами – неусвідомленим бажанням заперечувати наявність викривлених патернів ХП.

За даними досліджень (Н. Goldenberg, I. Goldenberg та ін.) ідеології чайлд-фрі переважно дотримуються ті особи, що живуть у містах, нерелігійні, з вищої освіти та матеріально забезпечені. Вони відкрито йдуть всупереч традиційній моделі конструювання особистого та сімейного життя і аргументують свої погляди щодо життєздійснення, пропагуючи ідею відмови від дітей. Варто зауважити, що в більшості випадків такі особи утримуються від батьківства лише тимчасово, відкладаючи народження дітей на пізніший час, коли відчують себе готовими до цього і встигнуть пожити у своє задоволення [619].

Аналіз контексту **негативних життєвих подій** (див. рис. 4.30) у групі жінок з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги дозволив визначити перевагу наступних категорій: «тривале лікування безпліддя на тлі проблемної ХП й деформацій ваги» (0,89), «проблеми з власним здоров'ям» (0,81), «розчарування у коханні, розрив стосунків (0,76).

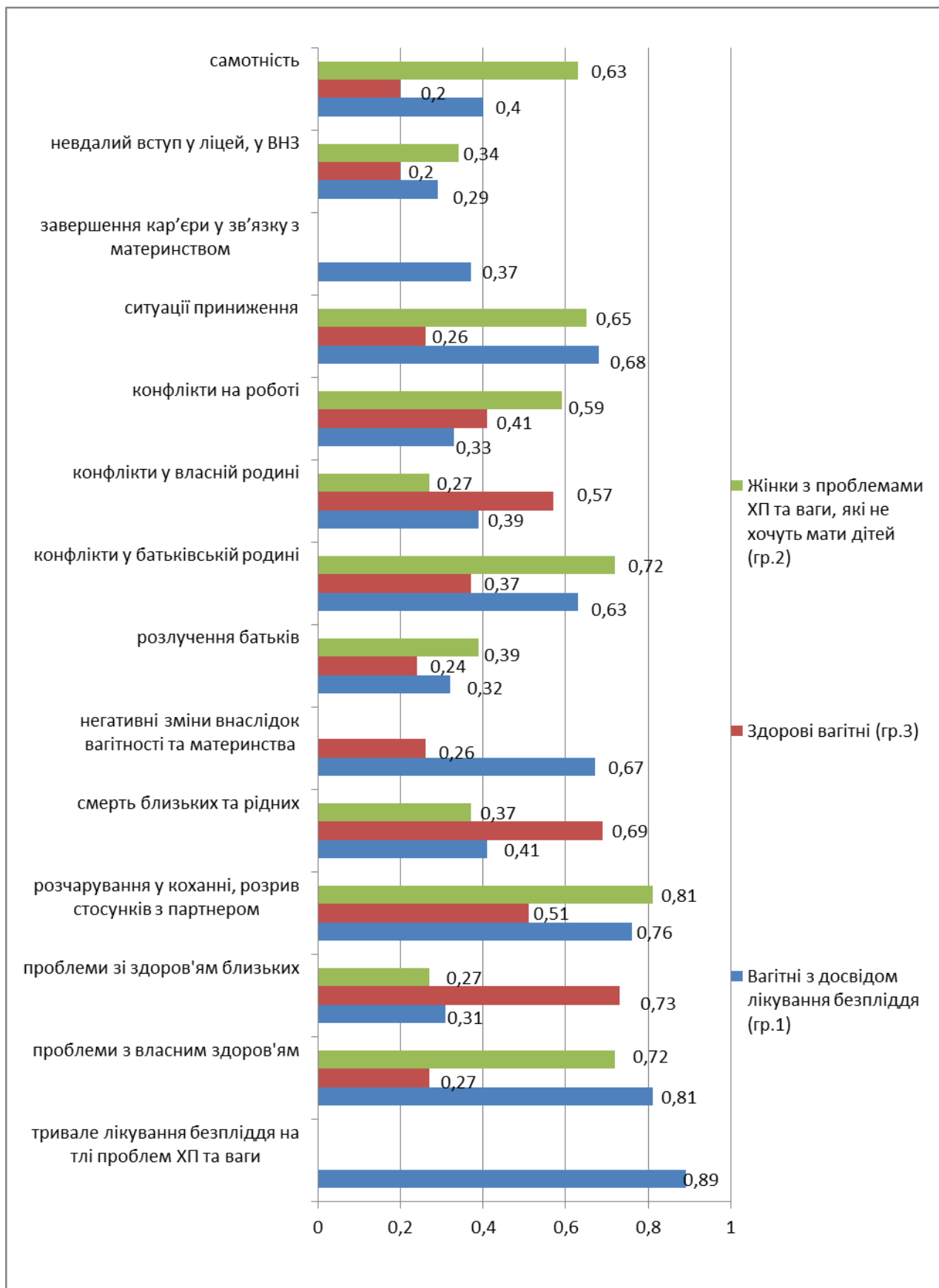


Рис. 4.30. Частота прояву негативних життєвих подій у досліджуваних групах: гр.1 – вагітні з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблемної ХП та деформацій ваги; гр.3 – здорові вагітні; гр. 2 – жінки із проблемною ХП та деформаціями ваги, що заявляють про своє небажання мати дітей.

Вагому частку також склала категорія «ситуації приниження» (0,68) та категорія «негативні зміни внаслідок вагітності та материнства» (0,67). При цьому відзначимо, що частка осіб, які згадували ситуації приниження у гр.1 та гр.2 (0,68 і 0,65, відповідно) зустрічається значущо частіше, ніж у групі «здорових вагітних» (0,26; $p \leq 0,01$).

Змістовний аналіз подій, що увійшли до категорії «ситуації приниження», дозволив нам з'ясувати, що негативні переживання здебільшого пов'язані з ситуаціями фізичного й психологічного насильства у батьківській родині:

«...згадую, як мама лупцювала мене ременем за те, що я не доглянула за однорічним братом, внаслідок чого він впав з дивана»; «...дід частенько шматував мене ременем, затискаючи мою голову між своїх ніг»; «мама, побачивши, що я милуюся власним відображенням у дзеркалі, важко зітхнула і з жалем у голосі сказала: «Не розумію чому ти вийшла у нас така негарна..., оце її НЕ-ГАРНА переслідує мене все моє життя» тощо.

Під час аналізу ми звернули увагу на той факт, що значущий відсоток негативних подій пов'язано зі спогадами на тему «**харчове насильство**» (29% і 34%, відповідно у першій та другій вибірках). Наведемо окремі висловлювання:

«батько кличе мене вечеряти: жиртрест, іди-но жерти, бо без вечері залишишся»; «на мої слова: я дуже хочу їсти, мама відповідає: ти й так товста»; «згадую, як мати, навіть після блювоти, примушує мене їсти ненависну гарбузову кашу» тощо.

Змістовний аналіз негативних подій, які увійшли до категорії «негативні зміни внаслідок вагітності й материнства», показує, що різноманітні обмеження в життєдіяльності й зміни зовнішності, які передбачаються жінками внаслідок вагітності, викликають у них сильне емоційне напруження та зумовлюють різноманітні страхи (що розглянуто нами вище).

Окремої уваги та пояснення потребує той факт, що категорія «конфлікти у батьківській родині» у гр. 1 і гр. 2 зустрічається частіше, ніж «конфлікти у власній родині». Зокрема, у гр. 1 (0,63 проти 0,39) та у гр. 2 (0,72 проти 0,27). Зворотна тенденція спостерігається у групі здорових вагітних (0,37 проти 0,57). Означена тенденція, що спостерігається у групах жінок з проблемною ХП та деформаціями ваги (гр. 1 та гр. 2) підтверджує фіксованість жінок на конфліктних ситуаціях у батьківській родині (проблемах минулого періоду життя). На нашу думку, це непрямо свідчить про недостатню готовність жінок брати на себе відповідальність за вирішення власних проблем, а отже, про безвідповідальність, інфантильність та

егоцентричність. Отримані результати дають підстави для виокремлення напрямів психокорекційної роботи (відповідно до авторської графічної концепції тренінгу нормалізації харчової поведінки, зокрема, векторів: «турбота про себе», «прихильність до Інших: оптимізація відносин з Іншими», «нормалізація відносин з їжею», «відновлення контакту з тілом» [514; 521].

Підведемо основні підсумки за цією частиною дослідження:

1. З'ясовано, що порівняно зі здоровими вагітними характерними особливостями вагітних, котрі у минулому мали досвід лікування безпліддя на тлі проблемної харчової поведінки та деформацій ваги, є: а) викривлення часових та смислових аспектів суб'єктивної картини життєвого шляху, які виявляються незбалансованістю часової перспективи, центрованістю на минулому негативному досвіді тілесності, фіксованістю на фаталістичному теперішньому, зниженим рівнем цілеспрямованості, відповідальності за стан свого здоров'я та результативності життя; б) виражений дисбаланс емоційної сфери; в) високий рівень вмотивованості на материнство, що сприяє переосмисленню ставлення до дійсності та створенню більш гармонійної системи відносин з Іншими, ставлення до себе, тіла та їжі, що зумовлює нормалізацію харчової поведінки.

2. Визначено, що особливості перетрансформації ідентичності жінки з травматичним тілесним досвідом у період очікування дитини зумовлюють активізацію процесів усвідомлення та переосмислення ситуації вагітності, ролі матері, свого нового статусу, власної цінності. Зміна уявлення про себе у сфері духовного та соціального «Я» дозволяє жінці суб'єктивно змінити уявлення та ставлення до себе і свого тіла. Результатом переосмислення є готовність змінити стиль та варіант життя (відмовитися від звичних проблемних стратегій харчування, нормалізувати режим та раціон харчування, змінити способи приготування їжі тощо) заради власного здоров'я та здоров'я майбутньої дитини.

3. Встановлено, що для жінок з травматичним досвідом тілесності, зокрема досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної ХП та деформацій ваги, більш характерним є тривожний тип психологічної готовності до материнства, який супроводжується амбівалентним ставленням до майбутньої дитини та ролі матері. Вивчення контексту життєвого шляху жінок цієї групи дозволяє стверджувати, що

формування тривожного типу психологічної готовності до материнства є наслідком впливу наступних негативних чинників: а) фіксованості на минулих переживаннях внаслідок тривалого перебування в ситуації лікування безпліддя; б) фіксованості на негативних змінах як у «теперішньому», так і «майбутньому» періодах життя; в) надмірної цінності наявності дитини», що суб'єктивно підтверджує жіночу повноцінність; г) деструктивних мотивів вагітності.

4. У вагітних жінок з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної ХП та деформацій ваги виявлена частка осіб з ігноруючим типом психологічної готовності до материнства на формування якого впливають невирішені проблеми у батьківській та власній родині, фіксація на негативній інтерпретації різних подій життєвого шляху тощо.

5. У жінок з проблемною ХП, котрі керуються установкою «на життя без дітей», виявлені чинники трансформації смислової переробки життєвого досвіду: фіксованість на негативних переживаннях минулого, спрямованість на задоволення рекреаційних і матеріальних потреб як безперечних атрибутів якості життя, знецінення таких життєвих цінностей як «вагітність» і «народження дитини».

6. Встановлено, що у групах жінок з травматичним тілесним досвідом негативний контекст переживань життєвого шляху пов'язаний переважно з батьківською родиною, зокрема з ситуаціями фізичного й психологічного насильства. Серед них значущий відсоток негативних подій складають спогади на тему «насильство у ситуаціях приймання їжі» («харчове насильство»). Презентовано, що травматичний досвід тілесності, зумовлений нездатністю завагітніти на тлі проблемної ХП та деформацій ваги, є психологічним еквівалентом стану набутої безпорадності, який у подальшому потребує психокорекції.

Висновки до розділу 4

1. Методика спрямованого ретроспективного аналізу (МТРА-їжа) дозволяє виявити: а) афективно заряджені проблеми відносин зі значущими близькими у ракурсі ситуації приймання їжі; б) особливості суб'єктивних дискурсів особистості як атрактора певної метапрограми та цілісної знаково-семіотичної системи психологічних орієнтирів, які визначають специфічність вибіркового зв'язку з Іншими, їжею, власним тілом; 3) зміщення акцентів сприйняття їжі на викривле-

них індивідуальних смислах їжі, що приховують інші нерозв'язані різноманітні психологічні проблеми повсякденного існування-буття автора-респондента та детермінують виникнення проблемних стратегій ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі», зумовлюючи необхідність психотерапевтичної корекції.

2. Харчова поведінка людини як цілісна семіотична система внутрішніх предметних кодів щодо їжі формується шляхом трансляції ціннісних смислів колективного суб'єкта, насамперед, родини та сукупного індивідуального досвіду перебування у ситуації прийому їжі. Домінування тих або інших психологічних смислів їжі є ексклюзивним персональним міфом, що зумовлює особливості харчової поведінки в континуумі «норма – патологія». Надмірна фіксація на власних індивідуальних смислах їжі як специфічної знаково-семіотичної системи зміщує акценти сприйняття їжі з джерела поживних речовин та енергії на інші психологічні смисли їжі, що детермінує виникнення проблемних стратегій ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі».

3. Індивідуальний досвід перебування у ситуації прийому їжі визначається якістю відносин у родинній системі на рівні «батьки – дитина». Особливістю аліментарної родини є зосередження батьків на харчовій тематиці. Керуючись надмірною турботою про здоров'я дитини, батьки часто вирішують «що», «коли» і «скільки» необхідно з'їсти дитині, ігноруючи її смакові уподобання, психофізіологічні переживання (готовність/неготовність, бажання/небажання приймати їжу тощо). При цьому, намагаючись регулювати ХП дитини, батьки використовують різноманітний арсенал маніпулятивних технік заохочувально-примусового та репресивно-забороняючого характеру, зумовлюючи формування травматичного тілесного досвіду, що десинхронізує дисипативну систему і детермінує відхилення ХП. Негативними наслідками прийому їжі в ситуації примусу, як ситуації харчового насильства, є:

- «негативна зарядженість» їжі та ситуації споживання їжі в цілому;
- звичка дистанціюватися, ігнорувати власні дискомфортні відчуття, що супроводжують примусове споживання їжі на тлі критичних зауважень Інших щодо харчових звичок, ваги тіла тощо; звичка приймати їжу «без уваги», без усвідомлення багатьох важливих психофізіологічних та психологічних компонентів; порушення

контакту з власним тілом, несформованість навичок диференціювання різних тілесних відчуттів, насамперед, голоду та ситості як основних регуляторів ХП;

- специфічний досвід переживання безпорадності, який у поєднанні з внутрішньою фіксованістю на почуттях незадоволеності (як перманентної особистісної кризи та перманентного хаосу), не дозволяє набути необхідні навички диференціації власних потреб (не тільки харчових, але й особистісних) і гальмує природний процес досягнення автономності, що створює сприятливі умови для актуалізації проблемних стратегій ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі», які з позиції конкретної особи оцінюються як найефективніші засоби зниження психологічного напруження;

- широка гама почуттів щодо батьків, у подальшому зумовлює щонайменше дві критичні лінії розвитку відносин з ними – або надмірне дистанціювання, або надмірну залежність від їхньої думки з постійним самопідтвердженням власної малоцінності.

4. Багаторазове ігнорування батьками у ситуації прийому їжі харчових потреб та психофізіологічних переживань дитини з використанням маніпулятивних технік фактично, утворює ситуацію харчового насильства, що свідчить про недостатню компетентність батьків щодо основ психології харчової поведінки, що зумовлює необхідність проведення відповідної психопрофілактичної роботи. Це визначає мету та завдання психопрофілактичної роботи, спрямованої на підвищення батьківської компетентності як визначального чинника гармонійного психосоматичного розвитку дитини, зокрема розвитку її *здоров'язбережувальної* ХП як основи цілісного здоров'я з урахуванням особливостей усіх ліній онтогенетичного розвитку (сомато-, психо-, соціо- та екзистенціалгенезу).

5. Найважливішими психологічними predisposиціями, що зумовлюють фіксацію на викривлених патернах ХП та зростання ваги, є:

- травматичний тілесний досвід впродовж тривалого періоду буття, який поєднує негативні емоційні переживання щодо ваги власного тіла з внутрішньою зорієнтованістю індивіда на споживання їжі як найкращого способу досягнення психоемоційного комфорту, що створює передумови формування відчуття хронічно-

го глобального психологічного незадоволення (тілом, вагою, собою й життям загалом) та циклічного відтворення чергування харчових стратегій у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» з перевагою патернів переїдання;

- формування «мертвої зони уваги»/«психологічної сліпоты» зумовлює відчуження тіла від «Я» та унеможлиблює рефлексію небажаних змін на всіх рівнях тілесності, що орієнтує на пасивний варіант життя;

- формування провідного мотиву життєдіяльності – «антимотивації до схуднення», як складної психологічної конструкції неефективного захисту й стратегії відмежування від життя, що містить: а) патологічно змінену потребу в їжі, коли процес споживання їжі є смислутворюючим мотивом поведінки нав'язливого характеру; б) втрату навичок контакту з тілом і повноцінної турботи про себе; в) психологічну неготовність до дискомфортних переживань, пов'язаних зі схудненням на тлі відсутності сильних мотивів (як необхідного дискурсу внутрішньої значущості, який мав би дійсну спонукальну силу до цього процесу).

6. Встановлено, що більшість жінок з травматичним досвідом тілесності, зокрема досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної ХП та деформацій ваги, незважаючи на реальну вагітність у теперішньому, характеризуються певними деформаціями жіночої ідентичності, тривожним типом психологічної готовності до материнства та викривленнями суб'єктивної картини життєвого шляху. Найбільш вагомими негативними наслідками, як відлуння тривалої психотравми, є:

- а) «застиглість» невідрефлексованого минулого травматичного досвіду тілесності, фіксованість на негативних змінах «теперішнього» та очікування негативних змін у «майбутньому», що пов'язано зі змінами у способі буття, зовнішності, надмірної значущості «наявності дитини», що суб'єктивно підтверджує жіночу повноцінність;

- б) загострення чутливості до негативних подій, що детермінує виражений дисбаланс емоційної сфери, розмаїття страхів, особливості самосприйняття тілесних сенсацій;

- в) внутрішній конфлікт між необхідністю відмовитися від проблемних стратегій ХП та нездатністю дотримуватися нормалізованої ХП навіть заради здоров'я дити-

ни. У випадку неготовності до материнства жінка інтерпретує викривлені патерни ХП як «зовнішнє явище», яке знаходиться поза зоною її власної відповідальності та компетентності, що може свідчити про знижений рівень відповідальності за стан здоров'я та результативність життя (свого та майбутньої дитини). У випадку високої мотивованості на материнство відбувається перетрансформація ідентичності жінки, переосмислення її позицій та ставлення щодо реалізації себе у ролі матері та тих аспектів буття, які дотичні до теми здоров'я майбутньої дитини, що сприяє формуванню більш гармонійної системи відносин і нормалізації ХП.

7. Особливістю жінок, котрі керуються установкою на життя без дітей, є фіксованість на негативних переживаннях минулого та надмірна спрямованість на задоволення рекреаційних і матеріальних потреб як безперечних атрибутів якості життя, що зумовлює знецінення таких життєвих станів та цінностей як «вагітність» і «народження дитини».

8. Виокремленні особливості травматичного досвіду тілесності на тлі проблемної ХП та деформацій ваги визначили мішені подальшої психотерапевтичної корекції, спрямованої на гармонізацію ХП як інтегральної системи відносин вибіркового зв'язків особистості з різними сторонами об'єктивної дійсності, зокрема: «відновлення контакту з тілом», «істинна турбота про себе», «нормалізація відносин з їжею», «оптимізація відносин з Іншими».

Результати досліджень, відображених у четвертого розділі, презентовано у таких працях автора дисертації: [61; 523; 526; 537; 538; 539; 542; 543; 544; 545; 546; 551; 552; 554; 557; 558; 560; 655; 656].

РОЗДІЛ 5

ПСИХОДІАГНОСТИКА ТА ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ОСІБ З ПРОБЛЕМНОЮ ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ В ІНТЕРНЕТ-МЕРЕЖІ

Проблема надання психологічної допомоги²⁰ людям з проблемною харчовою поведінкою полягає в тому, що останні, можуть тривалий час не потрапляти у поле зору фахівців (психологів та лікарів), оскільки відхилення ХП довгий час приховуються за соціально прийнятними масками дієтичних обмежень, тому кількість осіб, котрі можуть отримують адекватну психологічну допомогу на етапі латентного і, навіть, ініціального періоду розвитку проблемної ХП, вкрай низька. Саме тому з'ясування можливостей альтернативного способу отримання психодіагностичної інформації та надання психологічної допомоги людям з проблемною ХП через Інтернет-комунікацію, ми виділили як окрему задачу нашого дослідження. Відповідно, осіб, що заявляють про наявність у них анорексії, булімії, ожиріння, психогенного переїдання ми розглядаємо як людей, які свого часу стали заручниками травматичного тілесного досвіду, зокрема *ситуації хронічної незадоволеності власною вагою на тлі уявної або реальної надлишкової ваги (масою свого тіла, його параметрами тіла, зовнішністю тощо)*.

5.1 Онлайн-самопрезентація як дискурс існування-буття користувачів веб-форумів з різними типами проблемної харчової поведінки

Самопрезентація особистості в умовах спілкування, опосередкованих мережею Інтернет, складається через віртуальну взаємодію «людина–людина». Соціокультурне середовище, яке утворюється в інформаційному просторі, а також технічні можливості спілкування створюють умови варіативності самопрезентації особистості. Разом з тим особливості атрибутів самопрезентації є достатньо інформативними показниками і можуть бути корисними у контексті надання психологічної допомоги користувачам з проблемною ХП. Зупинимось на цьому докладніше.

²⁰ Психологічна допомога – галузь практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності людей і надання психологічної допомоги у видах: психопрофілактики, психологічної освіти, психодіагностики, психологічного консультування, психокорекції, психотерапії.

У сучасній психології питання «презентації особистості» у процесі комунікації досліджуються як феномен саморозкриття (у межах гуманістичної психології) і як феномен самопрезентації (у межах інтеракціонізму). О. В. Михайлова, вивчаючи варіативність самопрезентації особистості в Інтернет-мережі, під саморозкриттям розуміє повідомлення іншим (користувачам) особистої інформації про себе, а під самопрезентацією (як намагання керувати враженнями інших) авторка розуміє різні стратегії і тактики, які використовує людина, щоб справити певне враження на оточення.

Найчастіше термін «самопрезентація» використовується у зв'язку з проблемою формування «Я»-концепції та дослідженням уявлень про власне «Я» людини. У царині Інтернет-спілкування самопрезентація тлумачиться як процес свідомого та несвідомого подання особистістю власне себе за допомогою вербальних і невербальних засобів комунікації з метою формування певного враження в Інтернет-спільноті [10; 133; 188; 250; 572]. Попередній аналіз літературних джерел з проблемної ХП (у крайніх варіантах – аліментарно-залежних хвороб), здійснений нами у статтях [459; 462; 465; 472; 473; 474; 479; 494; 508; 515; 519; 524; 527; 529; 560] та попередніх розділах нашої роботи, виявив, що її підґрунтям є багато чинників, у т.ч. – викривлене сприйняття себе як помилкова інтерпретація власної тілесності. Серед специфічних психологічних особливостей осіб з розладами ХП, найпоширенішими є відчуття власної «ненормальності» з приводу надлишкової ваги (уявної та реальної), суперечливість почуттів, прагнення до ізоляції та розірваність «Я-концепції», активність примітивних механізмів психологічного захисту, соматизація внутрішніх конфліктів, а також порушення соціальної адаптації. Тому вивчення особливостей самопрезентації осіб з проблемною ХП, є надзвичайно актуальним, особливо для визначення мішеней психотерапевтичної корекції або онлайн-консультування.

Головною метою емпіричного дослідження цієї частини роботи є аналіз знаково-символічної неструктурованої інформації (нікнеймів і аватарок) як ментальної проекції дискурсу існування-буття, яку усвідомлено та неусвідомлено повідомляють про себе користувачі спеціалізованих сайтів («товстунів» і «анорексиків»),

створених з метою спілкування певної цільової аудиторії – людей, яких об'єднує певна спільна проблема, зокрема проблемна ХП та деформації ваги.

5.1.1 «Нікнейм» як самопрезентація осіб з проблемною харчовою поведінкою на Інтернет-форумі. Спілкування в Інтернет-мережі зазвичай відбувається не під власним ім'ям, а під псевдонімом – нікнеймом. Отже, останній, є своєрідною самопрезентацією, візитною карткою, яка презентується віртуальній спільноті для ідентифікації себе як віртуальної особистості, тому вибір псевдоніма є важливим для особи, яка проводить багато часу в Інтернеті. Ми поділяємо думку М. М. Алексенко, яка вважає, що «нік», як віртуальний образ себе, впливає не лише на інших, але й на саму людину, тому що вона налаштовується на обрану роль та намагається відповідати їй [10]. На думку Н. В. Щербакової, вдалий вибір ніку...забезпечує успіх, цікавість інших до себе (інформативну, особистісну, комунікативну) [573, с.180]. П. Келлі, звертає увагу на різноманітні переваги вільного вибору нікнейму та аватарок – можливість бути істотою будь-якої статі, виглядати як завгодно тощо [272]. Таким чином, нікнейм – це роль, образ взятий напрокат. Тракткування обраної ролі має певну специфіку, оскільки залежить від рівня освіченості людини, її культури, особистісного сприйняття образу і, найголовніше, мети, з якою людина «входить» в Інтернет-спільноту.

Нами був проаналізований характер нікнеймів 126 осіб²¹ – користувачів форуму анорексиків (див. табл. 5.1). Аналіз ніків, як атрибутів самопрезентації, дозволяє стверджувати, що найпоширеніша категорія *нікнеймів* (19% вибірки) серед користувачів форуму анорексиків презентована *екзотично-декоративними іменами*, які мають *помпезний, парадний характер*. При цьому більшість подібних ніків супроводжуються відповідними екстравагантними аватарами, що підкреслюють ексцентричність авторів. На нашу думку, за вибором таких нікнеймів та аватарок приховується бажання підкреслити свою особливість, винятковість та привернути до себе увагу.

²¹ У нашому попередньому дослідженні (ст. «Особливості самопрезентації анорексиків на інтернет-форумі») ми аналізували 51 нікнейм [530]. У зв'язку із збільшенням кількості аналізованих постів до 126 виникла потреба у перерахунку виокремлених категорій ніків.

Таблиця 5.1

**Категорії нікнеймів
користувачів форуму «анорексиків» (N вибірки = 126)**

Характер нікнейму (категорія)	Приклади	Розповсюдженість типу абс.к-ть (%)
Екзотично-декоративне жіноче ім'я	Velena, Liona, Tata, Antonio, Iren, Angelika, ophelia215, Aleksa@, Eglantine, Michelle, Kate_Le, Nasty, erilin1991, Catherine0007, ketykety, Ave-Ninel, Terry-Melli, ellia, Annette, Layma, Jul, CherryMary, Мадлен, Mylena	24 (19%)
Метафоричні, декоративно- загадкові прізвиська	Afterglow, Asya-White, Blümchen (з нім. <i>квіточка</i>), Pantera, coconut_girl, Liberty, freshhh, Yes Please, minimekea, Lexx, Олиф, Ms. Princess, Vanilla_Sky, svarovskaya, Harley_Quinn	15 (12%)
		$\Sigma = 31\%$
Деструктивний, проблемний характер ніку	Lonely broken angel, , INNaya, Anirun, WENDETTA1987, Utrata, Locust, RED MORTIS, Linda Weirdoman, effi-drama, la_fripouille, basta_me, psy-daffy, bowie, Baby Boo, Schizomisch, disorder, Alien, Mayless	18 (14,3%)
Аноректичні/тілесні озна- ки, які відображають тілес- ний статус	Anarex, invisible (невидимка), refined, matreshka girl, Jambo, Praksia, Oks_AnaG, invisible, realno tolstaya	8 (6,3%)
		$\Sigma \approx 21\%$
Міфічні та фантазійні персонажі	Shinji, jiketsu, Melamorie, Ephemera, Shakty, Akemi, ariseorise	7 (5,6%)
Індивідуальні, характерні особливості ніку	VALERAYNKA, Fiorik, lublu-zubi, groove_me2nite, Moloday mama, acitamard, Foma, Grelka, August2012, Doctor Dasha Blond, Roka, Severynka, Тильда Морн	13 (10,3%)
Модифіковане власне ім'я	kirakira, VikToRia21, nasta-a-a, Renn, Ekaterinanaaa, MARINNA, natali777, Irkin, VEERAA, V.O.V.A.	10 (8%)
Зменшено-пестливе ім'я	Irinushka, Arinka2013, Lyubasha, alenka kisa 4, Ksun1993, Madinka, Kitsuna, Nikochka, Natashenka	10 (8 %)
Реальні повсякденні імена	Екатерина, Светлана, Anna1983, nika- 77784, Кристина, Natasha, Kseniya, Мила, Nina	8 (6,3%)
		$\Sigma = 14,3\%$
Емоційно-позитивний	Phany Unreal, WOW, mashaenjoy, Myau, Polza, 2bethebest, Boogiegirl	7 (5,6%)
Інші	wer6131, Ixxer, дл, olijh, koteg, JSm	6 (4,8%)

Інша частка користувачів анорексичної спільноти (12%) також презентують себе за допомогою загадкових, привабливих та декоративних нікнеймів, але вони мають метафоричний характер (на зразок *екзотичних імен з характерними прізвиськами у культурі індіанців*: Afterglow – вечірня зоря, післясяйво, Pantera, Ms. Princess, Vanilla_Sky і под.). Вважаємо, що автори цих нікнеймів також бажають привернути до себе додаткову увагу, підкреслюючи власну *таємничість, загадовість та відсутність статі в самопрезентації*. Загалом частка екзотичних та декоративно-загадкових нікнеймів у вибірці складає 31%.

Серед користувачів форуму анорексиків достатньо розповсюдженою тенденцією є категорія нікнеймів, які прямо транслують *особистісну драму, агресивний або депресивний настрій* (14,3%), зокрема: Utrata, effi-drama, Lonely broken angel (одинокий зламаний ангел), End_Transmission (кінець передачі), Linda Weirdoman (від англ. сленгового weirdo – збоченець), la_fripouille (фр. – мерзотник, сволота), disorder. У певному сенсі різновидом цієї категорії ніків є імена, які мають майже прямі вказівки на проблему анорексії та підкреслюють викривлений образ власного тіла автора, прикладами, є наступні: Anarex, invisible (невидимка), refined (витончена), matreshka girl, Jambo (ім'я слоненяти – відомого персонажу дитячої казки) та інші. Частка подібних нікнеймів складає 6,3%, а отже, сумарний відсоток за обома категоріями, які підкреслюють проблемну ХП, складає майже 21%. На нашу думку, особи, які обирають подібні ніки, бажають не тільки відзначити свою незвичайність та унікальність (як у попередніх категоріях), але й оголюють душу, презентуючи чуттєвість своєї душі та демонструють певні проблеми, що може свідчити про непрямий, прихований запит на допомогу.

Окрему категорію загадкових нікнеймів склали *міфічні та фентезі-псевдоніми*, (5,5% вибірки). Ніки цієї категорії не зрозумілі людям, які не знайомі з певною субкультурою (зокрема, персонажами аніме²²). Плеяда науковців (М. М. Алексенко, І. І. Шабшин, Н. В. Щербакова та ін.) відзначають, що багато людей з тими чи іншими обмеженнями компенсують власну недосконалість саме

²² Особливий вид мистецтва – мальовані фільми виробництва Японії з характерним виглядом персонажів, які орієнтовані на підліткову та дорослу аудиторію, відрізняється характерною манерою відтворення персонажів і фонів [16].

через намагання відтворювати характерологічні особливості поведінки свого ку-мира/іншої людини та намагаючись бути «гідними» до обраного фан-імені (зовнішньо та внутрішньо). Водночас є й інші варіанти, коли «легендарне» ім'я обирається випадково, за словником, без усвідомлення змісту, орієнтуючись лише на фонетичну привабливість слова [272].

Ще одна категорія нікнеймів користувачів форуму анорексиків (8%) характеризується певними модифікаціями власного імені (подвоєння імені, подовження окремих його частин та інші втручання), наприклад: kirakira, VikToRia21, pasta-a-a, Renn, Ekaterinanaaa, MARINNA, VEERAA. Можливо, така категорія ніків відображає схильність їх авторів до певних варіацій не тільки з власним іменем, але й до маніпуляцій з власним тілом.

У 8% випадків нікнейм є модифікацію власного імені або псевдоніму шляхом додавання зменшувального суфіксу. На нашу думку, зменшено-пестливий псевдонім може вказувати на певну інфантилізацію особи та тенденцію «до зменшення» – свого віку, свого тіла та навіть сутності проблемної харчової ситуації (*«не розумію, чого вони до мене чіпляються...я просто не хочу їсти»*; *«ну і що з того, що я періодично блюю...кожна людина по-своєму знімає стрес...зокрема, я, саме через блювоту»*). Аналіз текстового масиву, який є в Інтернет-чатах виявляє, що користувачі цієї категорії є емоційними особистостями – вразливими та сентиментальними. Вони охоче діляться своїми страхами та різноманітними проблемами. Мета їхнього спілкування у мережі спрямована на те, щоб зрозуміти, «що з ними не так?». Серед найактуальніших питань, які вони обговорюють в чатах, окрім дієт, особливостей проявів поведінки та особливостей харчування, є питання, пов'язані з труднощами особистісного спілкування та особистісного зростання (як подолати невпевненість у собі, у власних можливостях, позбутися відчуття самотності, різноманітних страхів, почуття провини, надмірної сором'язливості тощо).

Аналіз нікнеймів осіб із зайвою вагою дозволив визначити наступні особливості їхньої самопрезентації – див. табл. 5.2 (вибірку склали 111 користувачів онлайн-форуму клініки оздоровчого схуднення).

Таблиця 5.2

**Категорії нікнеймів користувачів форуму «товстунів»
(N вибірки = 111)**

Характер нікнейму (категорія)	Приклади	Розповсюдженість типу абс.к-ть (%)
Екзотично-декоративне жіноче ім'я	Ameli, Єва, Lanita, ZUZU, Yanina, Dajzy, Хелена, Nagina, Katrinka, Шейла, Лола, Од- ри	12 (10,81%)
Модифіковане власне ім'я	Kosninka, Mapra, Тинка, Зимка, TinaG, Alenka@86, Tatka, xLenax, Ганка, Anka, ДАНА, Kate, Svetka, Ирка-дырка, Натка, Tanysh@, nastyap	17 (15,32%)
Пов'язані з вагою або параметрами тіла (відо- бражають тілесний ста- тус)	Светик -60! (60-запланована вага), алла68 (68 вага зараз), Spirit lighte, smallfox, Vambolina, tonkaya_zvonkaya, Стройняшка, Весы, Худобина,	9 (8,11%)
За мотивами харчових продуктів	Pirozhochek, Bulka, Bramble (ожина), Копче- ная жирная Рыбка, sazan, Жареная хрюшка	6 (5,41%)
Метафоричні, декорати- вно-загадкові нікі	Raindrop, Atlantida, Нефертити, galaktika, Ариадна, Дуновенье, Bead (намистинка),	7 (6,31%)
Емоційно-позитивний характер ніків	Ol.Lya.Lya, Solnce RadyGa, Zabava, VeryHappyTwice, Raduga	6 (5,41%)
Реальні повсякденні імена	TINA, ОльгаGI, Леся, Tatiyna, Margarita, Ольга Владимировна, Ксюша, Инесса, ма- рия7908, Оксана, Оксана К, инна, Leela, Захаровна, Galina-Romashka, Ира, Riwskaaya, Snezhana, Yulia, Поля	20 (18,02%)
Зменшено-пестливе ім'я	Natysia, Милочка, Женичка, Svetik, Ирчик, Аришка, Svetochek, anjuta, Богдаша, Ляля, оленька78, Татьянака, Ксюня888, Ksanochka	14 (12,61%)
Індивідуальні, характер- ні	Телец, Вера, hotin, lider, nezabudka, не-ангел, mehack, RomaIIka, texac, Заноза, Umka, За- гадка, kattis, LA-DUSHKA, Идеал	15 (13,51%)
Міфічні	Геракл, Дездемона	2 (1,8%)
Чоловічі імена	Magnum_45, Danil, Grisha	3 (2,7%)

Найбільш поширеними у вибірці осіб із зайвою вагою є реальні, повсякденні імена, які презентують їх володарів як таких, які не намагаються створити віртуальний Я-образ і приховати власну сутність. 18% користувачів вказують на власні жіночі імена, не намагаючись їх трансформувати або прикрасити. 12,6% вибірки обирають реальні імена, які носять зменшено-пестливу форму (Natysia, Милочка, Svetochek, Татьянака та ін.). Це інфантилізований варіант власного «Я», володарі якого потребують турботи, допомоги та лагідного ставлення від оточення, подібні імена можуть також відображати бажання жінок виглядати тендітніше, на противагу реальній масі тіла.

Інший специфічний для цієї вибірки варіант модифікації власного імені відбувається через укорочення імені або додавання суфіксу (–к): Kosninka, Тинка, Зимка, Натка, Tatka, Анка тощо. Означена тенденція, на нашу думку, корінним чином відрізняє цю вибірку від жінок з анорексією. Зокрема, якщо останні, презентуючи себе намагаються різними способами додати своїм самопрезентаціям вито ченості, сексуальності та декоративності, то у жінок із зайвою вагою спостерігається протилежна тенденція – їхні імена мають спрощений, буденний, навіть грубий характер. Імовірно це пов'язано з розчаруванням, відторгненням себе, втратою віри у можливість бажаних змін власного тіла, себе, свого життя.

Водночас 10,81% вибірки реєструються під ніками, які мають екзотично-декоративні жіночі імена – Ameli, Lanita, ZUZU, Yanina, Dajzy, Хелена, Шейла, Лола, Одри, але порівняно з анорексіками, частка таких нікнеймів є значущо нижчою ($p \leq 0,05$), особливо з урахуванням аватарки. У цієї групи жінок виокремлюється категорія нікнеймів, що відображає їх зацікненість на тілесному образі, зокрема на вазі. Доля таких нікнеймів складає 8,11%. У закладених проекціях нікнеймів цієї категорії відмічаємо дві протилежні тенденції. Частка жінок достатньо прямо вказує на огрядність власного тіла (зокрема, Vambolina та ін.), але більша частка нікнеймів має спрямованість на образ стрункого тіла, хоча іноді має саркастичний характер (Стройняшка, tonkaya_zvonkaya, Весы, Худобина, Bead). Є користувачі, які у нікнейм закладають заплановану вагу – Светик-60!, або «стартову вагу» – алла68 (вага 68 кг на момент реєстрації на сайті). Більш завуальованою вказівкою на великі або малі розміри тіла є варіанти метафоричних імен (6,30%). Порівняємо: Atlantida, galaktika, texas або Bead (намистинка), Дуновенье, Raindrop (дощова краплинка). У деяких випадках проекції є прямим та точним відображенням актуальних проблем людини.

Ще одну групу нікнеймів складає *категорія за мотивами харчових продуктів* (5,41%) – Pirozhochek, Bulka, Bramble (ожина), Копченая жирная Рыбка, sazan, Жареная хрюшка, що може свідчити про фіксованість як на їжі, так і на вазі.

З таблиць 5.1 та 5.2 можна скласти узагальнене уявлення про типову віртуальну самопрезентацію користувачів з різними типами порушень харчової поведінки. Щоб перевірити значущість зроблених висновків, був використали χ^2 -критерій кутового перетворення Фішера. Як видно з табл. 5.3, найбільша різниця щодо самопрезентацій жінок з різним типом харчових порушень стосується

деструктивних нікнеймів проблемного характеру ($p=0,000$) та ніків як реальних повсякденних імен ($p=0,01$).

Таблиця 5.3

**Частотність прояву категорій нікнеймів
користувачів специфічних форумів: «анорексиків» і «товстунів» (у%)**

Категорія самопрезентації	Особи зі зниженою вагою	Особи з надмірною вагою	статистична значущість відмінностей
Екзотично-декоративне жіноче ім'я	19	10,81	0,05
Метафоричні, декоративно-загадкові прізвиська	12	6,31	-
Міфічні та фантазійні персонажі	5,6	1,8	-
Деструктивний, проблемний образ	14,3	-	0,000
Імена, що відображають тілесний статус	6,3	8,11	-
За мотивами харчових продуктів	-	5,41	0,019
Емоційно-позитивний образ	5,6	5,41	-
Індивідуальні, характерні імена	10,3	13,51	-
Модифіковане власне ім'я	8	15,32	0,05
Зменшено-пестливе ім'я	8	12,61	-
Реальні повсякденні імена	6,3	18,02	0,01

Отже, аналіз характерних атрибутів самопрезентації користувачів, які реєструються на форумах *анорексиків*, дозволяє визначити специфічні особливості їхніх нікнеймів: вони тяжіють до модифікації, декорування та невпізнанності реального імені; у переважній більшості імена мають екзотично-загадковий та сексуально-привабливий характер; достатньо значуща частка (14,4%) імен прямо вказує на деструктивно-депресивний стан особистості.

Жінки, які реєструються на *форумах для осіб із зайвою вагою*, значущо частіше ($p \leq 0,01$) презентують себе своїми власними іменами. Значна частка модифікованих ніків є похідними від власного імені (має або спрощену форму, або зменшено-пестливий характер). Специфічними та характерними тільки для жінок з зайвою вагою є нікнейми, що містять назви продуктів харчування та прямі або завуальовані натяки на великі параметри тіла. Загальним для обох груп користувачів є обирання ніків, які відображають їхні неповторні та унікальні особливості: риси характеру, соціальний статус, захоплення, презентація себе як носія позитивного емоційно-енергетичного заряду або носія певного тілесного статусу. При цьому якісні характеристики цих проекцій напряду вказують на самосприйняття свого тілесного статусу або бажаність певних параметрів тіла.

5.1.2 «Аватар» як самопрезентація осіб з проблемною харчовою поведінкою на Інтернет-форумі. Аналіз аватарів користувачів специфічних за тематикою форумів анорексиків та товстунів дозволив нам визначити своєрідні особливості, що є характерними для обох вибірок.

Спираючись на сучасні дослідження (М. М. Алексенко, А. І. Затулій, О. М. Бурнаєвої, І. В. Кузнецової, О. В. Михайлової, К. Є. Штирбу та ін.), зазначимо, що «аватар» розглядається як втілення певної ментальної моделі особистості і, відповідно, може аналізуватися з позицій різних психологічних напрямів: як втілення домінуючого архетипу, відображення конфлікту між несвідомими бажаннями та соціальними вимогами; прояв незавершеного гештальту та певної субособистості, невирішених екзистенційних питань тощо [10; 133; 188; 250; 572]. При цьому зрозуміло, що вибір аватару визначається як психологічними особливостями самосприйняття, так і тим, що саме хоче людина презентувати про себе іншим. Так, О. В. Михайлова, серед причин, які зумовлюють викривлення «Я-образу», звертає увагу на *загальне відчуття внутрішнього неблагополуччя* [250]. На думку автора, бажання принципової зміни власного образу з метою самопрезентації в Інтернет-мережі може свідчити про відчуття внутрішнього дискомфорту щодо себе та незадоволеність своїм реальним образом.

Аналізуючи аватари користувачів форуму анорексиків та форуму товстунів, ми, насамперед, звернули увагу на той факт, що «аватар» як елемент самопрезентації використовують далеко не всі відвідувачі (рис. 5.1).

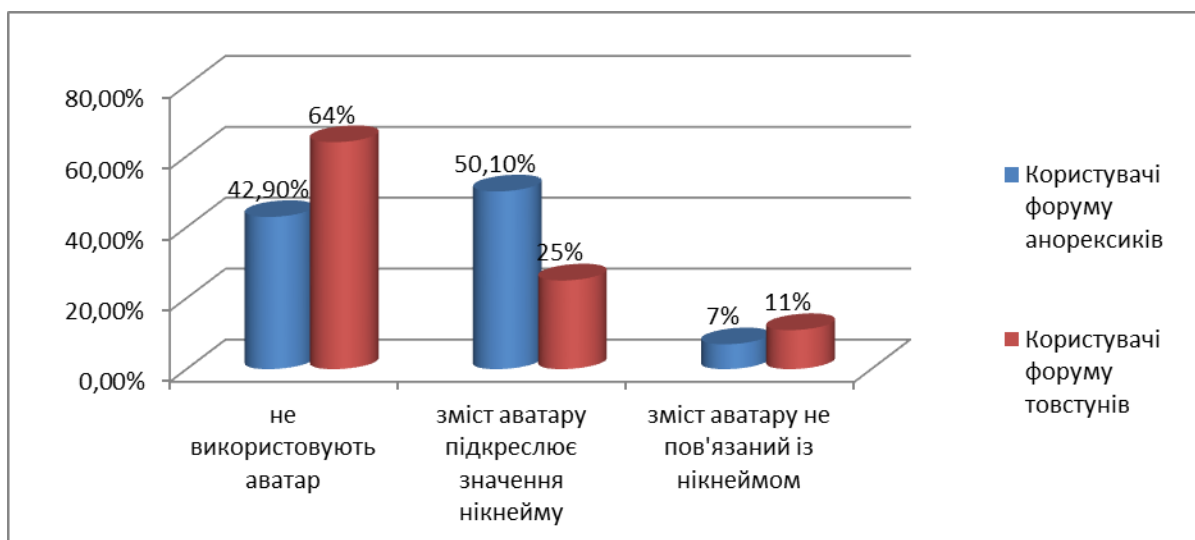


Рис. 5.1. Розподіл використання аватарів як графічного зображення самопрезентації на форумах «анорексиків» та «товстунів»

Зокрема, *серед користувачів форуму товстунів*, аватари як графічне відображення власного «Я» використовують лише 36% вибірки. Імовірно, це пов'язане з низькою самооцінкою та страхом презентувати себе, навіть інкогніто під маскою аватару. Водночас, *серед користувачів форуму анорексиків* частка осіб із зазначеним ефектом, тобто тих, хто викладає аватари, складає 57,1%, що значно перевищує подібну долю у товстунів ($\varphi^*_{\text{емп.}} = 3.273, p \leq 0,01$).

При цьому бачимо, що у більшості випадків зміст аватарів в обох вибірках є доповненням до нікнейму. Окрім зазначеного вище зосередимо увагу на тому факті, що *серед користувачів форуму анорексиків* (див. табл. 5.4) власні реальні фотографії як аватари виставили лише 6,95% осіб (така ж статистика відзначається і щодо нікнеймів, котрі позначені власним ім'ям). Отримані результати цілком узгоджуються із зазначеною вище ідеєю, що відчуття внутрішнього неблагополуччя може спричиняти бажання принципово змінити власний образ самопрезентації.

Одночасно серед *користувачів форуму товстунів* власні фотографії як аватари виставило 22,5% вибірки, що є значущо вищим ($p \leq 0,001$), ніж у попередній вибірці (див. табл. 5.5. та 5.6). Чи свідчить це про вищий рівень внутрішнього благополуччя у цій вибірці? Для того, щоб відповісти на це питання, ми провели аналіз текстів, що супроводжують аккаунти цього форуму. Аналізуючи тексти, які супроводжують аккаунти цього форуму, ми можемо стверджувати, що зазначена тенденція ніяким чином не свідчить про більшу задоволеність власним тілесним образом (порівняно з користувачами сайту анорексиків) або про вищий рівень внутрішнього благополуччя. Більш того, уважний аналіз фотографій, викладених як аватари, дозволяє помітити, що жодна з них не констатує проблему зайвої ваги її власниці. При цьому частка фотографій не дозволяє констатувати наявність проблеми зайвої ваги, тому що на них зображено лише обличчя, але коментар, який їх супроводжує, викриває приховану незадоволеність власним тілесним образом: «але це лише обличчя!». Частка фотографій (на яких їх власниці зображені у повний зріст, що дозволяє оцінити об'єми фігури) є документальним підтвердженням відсутності проблеми зайвої ваги у минулому. Зазвичай такі аватари супроводжуються коментарем: «*отакою я була до...*» (пологів, аварії, операції, розлучення тощо). Отже, розміщення реальних фотографій як аватарів у вибірці

користувачів форуму товстунів, на нашу думку, також засвідчує наявність психологічного неблагополуччя, що супроводжується різноманітними негативними почуттями. Фундаментом цього неблагополуччя є незадоволеність теперішнім тілесним образом, відчуття втрати свого гарного тіла, а з ним і будь-яких позитивних перспектив у майбутньому. Водночас ми припускаємо, що тенденція до розміщення власних фото, може бути пов'язана з визнанням наявності проблеми та щирим бажанням знайти допомогу серед людей із подібними труднощами. Вважаємо, що саме така позиція дозволяє людині зрозуміти, що розв'язання проблеми починається з її усвідомлення і прийняття.

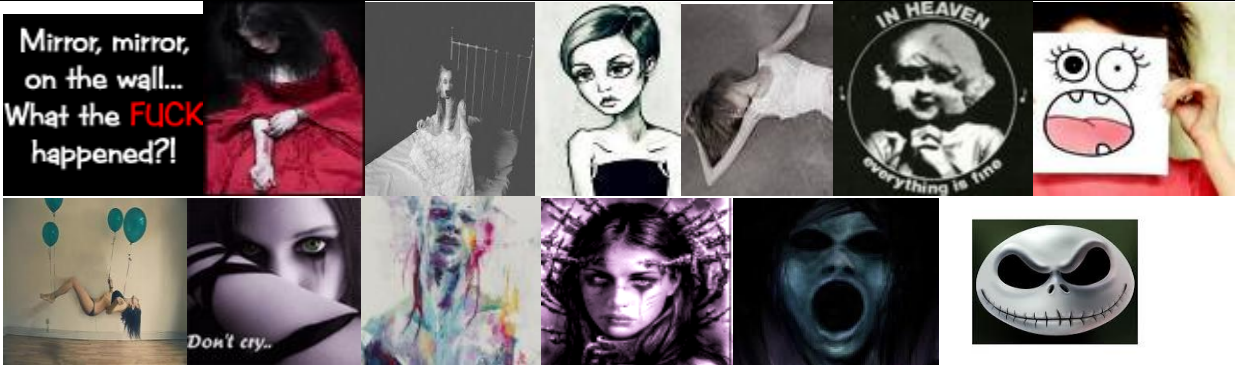
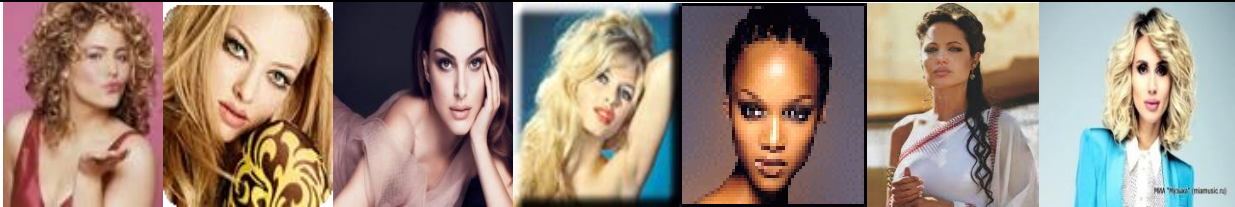
Подальший аналіз аватарів пов'язаний з визначенням різноманітних категорій в образах самопрезентації користувачів обох специфічних форумів. При цьому ми намагалися уникнути стандартної типологізації, що зазвичай використовується задля аналізу аватарів та спирається на категорії зображень (люди, обличчя, тварини, квіти, герої мультфільмів тощо). Натомість ми спробували ідентифікувати психологічний зміст аватарів користувачів різних за специфікою форумів. Іншими словами, ми намагалися зрозуміти характерологічні особливості аватарів як засобу самопред'явлення себе для Інших.

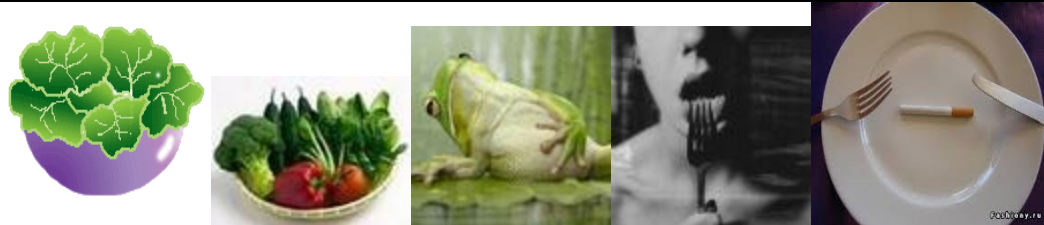
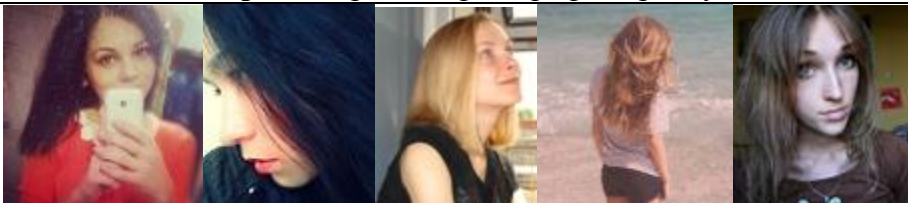
Найпоширенішу категорію аватарів *серед користувачів форуму анорексиків* складають *емоційно-негативні зображення* (див. табл. 5.4), які демонструють тривогу, занепокоєння, внутрішнє неблагополуччя (18%). Картинки, що входять до складу цієї категорії, містять зображення *знівеченого тіла* (образи стривожених, занепокоєних, спотворених людей) та *символічні зображення проблемної харчової поведінки* (паща корови, великий та зашитий рот, нецензурний напис на дзеркалі). На нашу думку, подібні образи самопрезентації можуть свідчити про психологічне неблагополуччя особистості, песимістичну оцінку власного існування та певні проблеми самосприйняття. Означена позиція узгоджується з висновками Е. Гоффмана, який вважає, що людина, котра демонстративно виставляє напоказ свій негативний емоційний стан та навмисно спотворює власний тілесний образ робить це спеціально, зокрема з метою викликати у інших саме бурхливу негативну реакцію. Це дозволяє, по-перше, привернути до себе увагу, по-

друге – дає можливість висловити свій протест/неблагополуччя на дискомфортну зовнішню ситуацію [617; 618].

Таблиця 5.4

Категорії змісту аватарів на форумі «анорексиків» (N = 72)

Характер категорії: описання та приклади образів аватарів	Розповсюдженість %, (абс. к-ть)
Емоційно-негативні зображення (тривожний образ). Категорія об'єднує зображення стривожених, спотворених людей, а також символічне зображення проблемної харчової поведінки	18 % (13)
	
Підкреслена прихованість обличчя	8,33% (6)
	
Привабливий сексуальний образ. Містить зображення красивих, звабливих, частково оголених жінок з відкритим поглядом.	6,95% (5)
	
Підкатегорія: Відомі та знамениті актриси та моделі як образи успішності	9,72% (7)
	
Загадковий містичний образ. Категорія містить персонажі, які поєднуються загальним враженням романтичності, загадовості, мрійливості, таємничості	6,95% (5)
	

Продовження табл. 5.4	
Герої аніме-серіалів та ляльки	9,72% (7)
	
Образи, пов'язані з харчовою тематикою – зображення харчових продуктів або натякають на процес харчування	8,33% (6)
	
Реалістичний образ – справжні фотографії користувачів	6,95% (5)
	
Кішечки	8,33% (6)
	
Емоційно позитивні образи – яскраві кольорові зображення, персонажі посміхаються	5,56 % (4)
	
Символічні характерні образи	11,11% (8)
	

Частина аватарок користувачів форуму анорексиків має зображення, які підкреслюють намагання персонажу *приховати обличчя* (8,33%). З одного боку, це може бути натяком на загадковість, таємничість, непізнану глибину внутрішнього світу і, у певному сенсі, запрошенням до його пізнання, з іншого боку – намаганням

захистити себе від прискіпливої уваги Інших (намаганням підкреслити межі власного внутрішнього світу). Разом з тим це може свідчити про намагання особистості встановити додатковий бар'єр та підвищити захист власної особистості.

Близькою за змістом до попередньої категорії є категорія *загадкових та містичних образів* (6,95%). До їхнього складу включені зображення, які об'єднані тяжінням до романтичності, загадковості, мрійливості, таємничості. Аватари цієї категорії містять зображення героїнь, які мають крила або світло у душі. Вважаємо, що вибір подібних аватарів обумовлений *ідеалізацією легкості, летючості, безтілесності*.

Значну частину аватарів (майже 16,6%) складає категорія *образів привабливого сексуального жіночого тіла* (6,95%) та *фотографії відомих кіноактрис і моделей*, які вважаються секс-символами та є втіленням успішності, заможності та популярності у світі шоу-бізнесу (9,72%). На нашу думку, це пояснюється функціонуванням механізму ідентифікації та свідчить про загальні цінності і орієнтири користувачів цієї групи (при цьому «тіло» є гарантом успіху, досконалості, популярності).

Окрему категорію зображень (9,72%) складають *герої аніме-серіалів та ляльки* (мініатюрні істоти, войовничі або такі, що потребують захисту). Можна припустити, що ідеалізація лялькових розмірів тіла та пропорцій зумовлює не тільки негативне ставлення до власного тіла, але і його викривлене сприйняття, навіть до повного відторгнення. Вважаємо, що самопрезентація у вигляді *лялькових персонажів або аніме-персонажів*, з одного боку, може свідчити про *небажання дорослішати*, що означає необхідність брати відповідальність за своє життя, а з іншого – про *бажання зануритися у фантастичний світ, що дозволяє втекти від реальності та зберегти дитячість, беззахисність, хрупкість* – якості, які зазвичай у близького оточення викликають бажання допомогти, захистити, підтримати. Означена нами позиція узгоджується з висновками М. М. Алексенко, який стверджує, що надмірне захоплення аніме-персонажами зумовлює викривлення самоприйняття та інші тривожні симптоми (формування залежної поведінки) [10]. Близька позиція також зазначена ряді досліджень (А. І. Затулій, О. М. Бурнаєва, І. В. Кузнецової, О. В. Михайлова, І. І. Шабшина та ін.), у яких автори висловлюють думку, що *за підкресленим бажанням зберегти дитячий/ляльковий зовнішній образ* приховується несвідоме відторгнення власної сексуальності [132; 188; 250; 450].

Враховуючи специфічну тематику комунікації цієї цільової аудиторії, ми припускали наявність аватарів, пов'язаних з харчовою тематикою, але частка по-

дібних аватарів виявилася значно меншою, ніж ми очікували (лише 8,33%). При цьому *аватари, які пов'язані з харчовою тематикою*, містить картинки як символічного зображення мінімізації харчування (листя салату, сигарета замість їжі), так і, навпаки, символічного зображення наслідків переїдання.

Інші категорії аватарів користувачів форуму анорексиків («Кішечки» – 8,33%, «Емоційно позитивні образи» – 5,56%, «Символічні характерні образи» – 11,11%), у певному сенсі підтверджують загальні тенденції цієї групи – показне прагнення до незвичайності, яскравості, екстравагантності, вишуканості, граціозності; ідеалізацію тендітності, легкості, беззахисності; занепокоєність проблемою (образи палаючого вогню, дзеркала, сухого дерева на тлі зміни сезонів року, дівчини, яка крутить хула хуп тощо).

Завершуючи аналіз аватарів за вибіркою користувачів форуму анорексиків, відзначимо, що визначені особливості аватарів (як складової акту самопрезентації) можуть бути корисними як з метою психодіагностичної роботи, так і у процесі психотерапевтичної корекції. Аватари, хоча й непрямо, але дозволяють виявити характерні психологічні риси анорексиків – відчуття тілесної незадоволеності, «розірваності» Я-концепції, активність примітивних механізмів психологічного захисту, порушення соціальної адаптованості.

Зауважимо, що користувачі форуму анорексиків, незважаючи на виражене відчуття незадоволеності собою (вагою, фігурою, тілесними об'ємами, харчовими звичками) впевнені, що не мають ніяких проблем з харчовою поведінкою, а отже, не потребують психологічної допомоги. Саме тому означеній категорії людей дуже важко допомогти. Більш того, будь-яка пряма пропозиція щодо необхідності лікування зустрічає відчайдушний опір, а наявність викривленої харчової поведінки заперечується. Вважаємо, що це пов'язано з втратою критичності щодо свого стану, втратою здатності прийняття фактів та адекватного оцінювання власних стереотипно-ритуальних проявів власної харчової поведінки за типом анорексії. Наслідком такого позиціонування є нездатність клієнта до формулювання адекватного запиту (як вагомої умови успішності психокорекційного процесу). Отже, на початковому етапі психокорекційної роботи психолог може запропонувати клієнту аналіз нікнейму та аватарки (як процес пізнання власних психологічних особливостей). У подальшому це допоможе клієнту сформулювати адекватний запит щодо власної харчової поведінки, визначити мету та послідовні кроки її досягнення,

відшукати нові особистісні ресурси. Розглянемо особливості графічної самопрезентації користувачів *форуму товстунів* (див. табл. 5.5).

Таблиця 5. 5

Категорії змісту аватарів користувачів форуму «товстунів» (N = 40)

Характер категорії: описання та приклади образів аватарів	Розповсюдженість %, (абс.к-ть)
Власні реальні фотографії користувачів	22, 5 % (9)
	
Образи, пов'язані з їжею (персонажі, які поглинають їжу, наслідки переїдання, харчові продукти)	20 % (8)
	
Символічні характерні образи	15 % (6)
	
Кішечки	12,5 % (5)
	
Привабливий сексуальний образ (зображення красивих жінок зі струнким тілом).	12,5 % (5)
	

Продовження табл. 5.5	
Емоційно позитивний образ (яскраві, різнобарвні зображення, персонажі веселяться, посміхаються)	7,5 % (3)
	
Загадковий романтичний образ. (персонажі поєднані загальною тенденцією до загадовості, мрійливості, таємничості)	5 % (2)
	
Дитячий образ	5 % (2)
	

Вище ми вже зазначали, що найпоширенішу категорію аватарів у цій вибірці складають *власні фотографії* (22,5% вибірки). Достатньо вагому категорію аватарів цієї групи складають картинки, *пов'язані з образами їжі* (20%), вони зображають харчові продукти або товстунів, котрі поглинають їжу у значній кількості. Зазначимо, що з усіх аватарів, які мають зображення фігурантів, є лише одна, що зображає людину, інші – є представниками тваринного світу або казкових героїв (пацюк, хом'як, ведмідь, колобок тощо). Вважаємо, що подібна самопрезентація засвідчує функціонування механізмів психологічного захисту, зокрема дисоціацію, заперечення, які допомагають користувачам *дистанціюватися від власної проблеми переїдання*. При цьому може відбуватися неусвідомлюваний внутрішній діалог: «не я обираю їжу – їжа обирає мене», «коли я починаю їсти, то це вже не я, а хтось інший, який мені не підвладний». Досвід нашої практичної роботи надає підстави стверджувати про наявність подібних «діалогів» у людей з надмірною масою тіла. Зрозуміло, що таке припущення стосовно користувачів сайту товстунів потребує подальшого уточнення.

Групу *символічних характерних образів самопрезентації*, що складає 15%, ми вважаємо близькою за змістом до попередньої категорії. Ця група аватарів містить різноманітні образи. Серед них є зображення мультяшних товстунів (бджілка,

хом'як, ведмідь Вінні-Пух), відомих як добродушні, славні персонажі, але які постійно хочуть їсти. При цьому, зауважимо, що образ Вінні-Пуха має вигляд арештанта та асоціюється з образом в'язня власної проблеми. Цікавим є також образ повітряної кульки, всередині якої знаходиться крихітна дівчинка на квітці. Безумовно, що варіантів інтерпретації цього образу може бути безліч, але наведемо один із можливих: пухке тіло (в образі повітряного пузиря) обмежує свободу гарної душі (в образі дівчинки-ельфа), яка може лише мріяти про вільний політ у безмежному просторі. Не менш цікавими є символічні зображення шляхів вирішення проблеми зайвої ваги («рот на замок»; «чаклунство, за допомогою якого можна позбутися проблеми»).

Окрему категорію склали *аватарки із зображенням кішок* (12,5%). При цьому зауважимо, що аватарки з образами кішок користувачів сайту товстунів, на нашу думку, також метафорично *зображають проблему зайвої ваги та пасивного способу життя*. Навпаки, «*кішки*» користувачів сайту анорексиків (8,33%) наче продовжують тему «романтичності». Вони незвичайні – гламурні, граціозні, витончені, прикрашені аксесуарами. Навіть «котяча лапа з кігтиками», що, на перший погляд, нібито не вписується до загального романтичного стилю, але цілком відповідає темі «таємничості» – образ власника лапи залишається невідомим, водночас образ цілком прямо «повідомляє», що у випадку необхідності зможе за себе постояти.

Особливу категорію користувачів форуму товстунів склали аватари *дитячих образів* – маленькі дівчатка (5%). Зазначимо, що у користувачів форуму анорексиків подібні зображення не зустрічалися (незважаючи на достатньо велику кількість аватарів). Подібна презентація свого «Я» може свідчити про самовідчуття або бажання відчувати себе дитиною (беззахисною, вразливою, нездатною відмовити собі у задоволеннях, навіть, якщо вони є шкідливими для власного здоров'я), що непрямо вказує на інфантильність (нездатність брати відповідальність за події власного життя на себе).

Частка аватарів (12,5%) користувачів форуму товстунів містить зображення *привабливих жінок зі струнким тілом*. Появу такої категорії вважаємо цілком зрозумілою, тому що подібні зображення є ідеалом тілесного образу.

Результати статистичних відмінностей за частотою прояву виділених категорій аватарів у користувачів форуму «анорексиків» та «товстунів» визначені за критерієм Фішера та наведені у табл. 5.6.

Таблиця 5.6

**Частотність прояву категорій аватарів
користувачів специфічних форумів: «анорексиків» і «товстунів» (у%)**

Категорія самопрезентації	Особи зі зниженою вагою	Особи з надмірною вагою	Статистична значущість різниці
Привабливий сексуальний образ	6,95	12,5	-
Відомі та знамениті як образи успішності	9,72	-	0,05
Емоційно-негативний, тривожний образ	18	-	0,01
Загадковий, містичний/ романтичний образ	9,72	5	-
Підкреслена прихованість обличчя	8,33	-	0,05
Зображення лялькових та аніме-персонажів	9,72	-	0,05
Образи, що пов'язані з харчовою тематикою	8,33	20	0,05
Реальні (власні) фотографії користувачів	6,95	22,5	0,01
Емоційно позитивні образи	5,56	7,5	-
Символічні характерні образи	11,11	15	-
Кішечки	8,33	12,5	-
Дитячий образ	-	5	-

Результати порівняльного аналізу дозволяють стверджувати, що аватари як засіб самопрезентації користувачів різних специфічних форумів, зокрема анорексиків та товстунів, мають специфічні відмінності. Вважаємо, що ці відмінності обумовлені як індивідуальними психологічними особливостями, так і фіксованістю на специфічній проблемі, що об'єднує людей в Інтернет-спільноті. Зупинимо увагу на основних моментах порівняльного статистичного аналізу:

- користувачі форуму товстунів супроводжують свої аккаунти графічною самопрезентацією значущо рідше ($p \leq 0,01$). Це може бути обумовлено різноманітними причинами, які умовно можна поділити на дві групи: ті, що пов'язані з викривленими патернами ХП, та ті що не пов'язані з нею. До першої групи можна віднести страх самопред'явлення навіть анонімно під маскою аватару, до другої – відсутність відповідних знань та навичок, брак необхідного часу на пошук та створення саме «власного» аватару тощо.

- користувачі форуму анорексиків використовують власні фотографії як аватари значно рідше ($p \leq 0,01$). Більшість аватарів цієї групи мають яскравий, загадковий, вишуканий, витончений, гламурний, тендітний, сексуальний образ. Це може бути зумовлене вираженою тенденцією до змінення свого тілесного образу внаслідок його стійкого неприйняття, внаслідок надмірного прагнення до досконалості, унікальності, незвичності, що спричиняє марафон за недосяжним ідеалом.

- у користувачів форуму анорексиків відмічаються категорії аватарів, що не були виявлені на форумі товстунів, зокрема, «емоційно-негативний образ», в якому підкреслюється намагання приховати обличчя або сховатися за обличчям відомих та знаменитих жінок (як символів успішності). Водночас у користувачів форуму товстунів значущо частіше зустрічаються аватари з образами, пов'язаними з харчовою тематикою ($p \leq 0,05$). Зазначені відмінності між двома групами, на нашу думку, обумовлені психологічними особливостями, що є характерними для кожної специфічної групи, а саме:

- користувачі форуму анорексиків прагнуть стати успішними та знаменитими, що, на їхню думку, потребує досконалого тілесного образу (власне саме за ради цього вони і спілкуються в Інтернет-мережі, відшукуючи нові дієти, поради, рекомендації тощо). Звідси їх орієнтованість на образи привабливих та знаменитих жінок, але надмірна захопленість процесом схуднення поступово перетворюється на хворобу, яку вони активно заперечують, незважаючи на різноманітні проблеми у фізичному та психологічному здоров'ї, що впливає на їхній емоційний фон, спричиняючи посилення тривоги, занепокоєння, роздратованості, різноманітних страхів тощо (це пояснює появу категорій «приховане обличчя» та «емоційно-негативний образ»).

Проведений психологічний аналіз аватарів дає підстави стверджувати, що загалом, визначені тенденції співпадають з результатами аналізу нікнеймів, а отже, такий аналіз може бути корисним у практичній роботі психолога (при опорі на загальні принципи інтерпретації проективних психологічних методів). Разом з тим скласти психологічний портрет людини та визначити психологічний типаж можна тільки у тому випадку, коли людина, обираючи символи самопрезентації дійсно спирається на свої ментальні моделі, які позиціонують її як особистість. У сучасній психотерапевтичній практиці популярним методом діагностичного та психокорекційного процесу є метафоричні асоціативні карти (МАК). Вважаємо, що зображення аватарок (аналогічно з МАК) можна застосовувати під час психодіагностичної та

психокорекційної роботи з контингентом осіб, які знаходяться у травматичній життєвій ситуації, зокрема перебувають у ситуації хронічної незадоволеності вагою на тлі реальної або уявної надмірної ваги.

5.2 Аналіз запитів на психологічну допомогу в Інтернет-середовищі учасників специфічних онлайн-спільнот

5.2.1 Формат комунікації учасників онлайн-спільнот. Кожна особа, яка розміщує повідомлення на спеціалізованих форумах (анорексиків, товстунів), має достатньо широку читацьку аудиторію і презентує себе та свої думки щонайменше 150-200 особам. Зокрема, тема «Моя історія» (грудень, 2014) на форумі анорексиків за 8 днів існування налічувала 66 повідомлень від 12 осіб та 1218 переглядів (щоденно до теми у середньому додавалося близько 7-8 нових текстових повідомлень від трьох-п'яти постійних учасників обговорення та фіксувалося біля 150 спостерігачів, які не залишали коментарі). Кількість відгуків на повідомлення учасників сильно варіює. Людина, яка звертається з релевантним питанням, обов'язково отримує відповідь від модератора – ведучого форуму. Крім того, інші учасники також висловлюють свої зауваження, відгуки, коментарі. Часто запит перетворюється на тривалу дискусію із залученням значної кількості учасників та «мовчазних» анонімних спостерігачів.

Нами був проведений аналіз запитів на трьох сайтах, створених для цільової аудиторії – людей з проблемами ваги та проблемною ХП (anorex.ru, сайт Слов'янської клініки оздоровчого схуднення, сайт ВЕС24). Аналіз статистики відповідей на онлайн-запитання користувачів під час онлайн-спілкування презентований у табл. 5.7.

Таблиця 5.7

Статистика відповідей на онлайн-запитання та запитів на допомогу на різних онлайн-ресурсах

Характер реагування на онлайн-запити	% випадків		
	Сайт anorex.ru	Сайт Слов'янська клініка	Сайт ВЕС24
Кількість спостережень	50	50	30
Відповідь відсутня	5 (10 %)	-	3 (10%)
Одинична відповідь від ведучого форуму	2 (4 %)	3 (6%)	18 (60%)
Пролонгований діалог з ведучим	5 (10 %)	10 (20%)	5 (16,7%)
Розширена відповідь з коментарями учасників та	21 (42 %)	23 (46%)	4 (13,3 %)

пролонгованим діалогом (до 7 повідомлень)			
Тривала дискусія з великою кількістю учасників	17 (34 %)	14 (28%)	-
Нерелевантні коментарі (прихована або явна реклама)	10 (20 %)	5 (10%)	2 (6,7%)

На сайтах розглядається різноманітна тематика, яка охоплює медичні, фізіологічні, дієтологічні, побутові та інші напрями. Для інтерпретації ми відбирали онлайн-запитання саме психологічного характеру (загалом 130 діалогів). Якщо звернутися до даних табл. 5.7, можна перекоонатися, що на безкоштовних онлайн-ресурсах у 10% випадків людина не отримує жодного відгуку від інтернет-спільноти на свій онлайн-запит. Загалом ця статистика залежить від політики організаторів Інтернет-ресурсу та осіб, відповідальних за організацію зворотного зв'язку. Зокрема, сайт Anorex.ru є прикладом самоорганізації Інтернет-спільноти, при цьому виділяються найбільш активні учасники (гуру), досить значна кількість постійних відвідувачів – саме ці особи розміщують основну кількість коментарів та повідомлень у різних тематичних гілках; також постійно з'являються новачки (користувачі, які беруть участь у дискусії одноразово). Усі учасники форуму є рівними за статусом, вони вільно звертаються один до одного, можуть вільно критикувати або активно підтримувати певні розмірковування. Ступінь прояву емоцій під час такої комунікації досить висока (учасники підтримують один одного, але також можуть проявляти агресію, бути занадто критичними, грубими тощо).

Крім того, цікавість до обговорення тієї чи іншої теми на цих форумах можливо визначити також за кількістю, так званих, «мовчазних» спостерігачів онлайн-обговорення, тобто відвідувачів, які не вступають у дискусію, але активно читають гілки форуму. За статистикою рекордну кількість відвідувань отримала тема «Колишній анорексик хоче повернутися», що існує з 29 травня 2013 року і нараховує 1855 переглядів одного посту (станом на 30.03.2015). Загалом, реакція онлайн-спільноти та відгуки на запит визначається тим, наскільки цей запит відповідає інтересам інших учасників, їх актуальним проблемам та потребам.

Сайт клініки оздоровчого схуднення («Слов'янська клініка») відрізняється тим, що має у штаті адміністраторів, професійними обов'язками яких є надання онлайн-консультування учасникам форуму. Це особи з відповідною психологічною освітою, які є також компетентними з питань дієтології, фізіології тощо. Тому на всі запити користувачі отримують компетентні, релевантні відповіді. Разом з тим відповідно до специфіки сайту часто відгук адміністратора має посилання на

певні корпоративні товари та послуги або ж рекомендації звернутися до психолога за місцем проживання учасника. Отже, у цій онлайн-спільноті зовсім інший розподіл ролей – роль ведучих належить адміністраторам, які визначають правила поведінки на форумі, формують цінності онлайн-спільноти. Їх активність найбільш висока, їхні коментарі – найбільш докладні та розгорнуті, але загальна активність на форумі також здебільшого визначається запитами та коментарями постійних учасників.

Сайт ВЕС24 надає учасникам онлайн-комунікації інший технологічний ресурс – блог. На відміну від гілок форуму, це монотонна стрічка новин, до яких інші користувачі також можуть залучитися для обговорення, але ступінь активності учасників досить низька. Найчастіше автор посилання отримує відповідь адміністратора із словами підтримки або відповіддю на поставлене конкретне питання. Розгорнуті діалоги тут майже відсутні.

Отже, найбільш придатним для проведення онлайн-консультування та групових дискусій є формат тематичного Інтернет-форуму, що передбачає асинхронну комунікацію багатьох учасників з певним розподілом ролей. Важливим аспектом психотерапевтичного спілкування є соціальна ієрархія учасників віртуальної спільноти, розподіл статусів у цьому середовищі. Часто саме високостатусні учасники визначають напрям розмови, активізують учасників форуму, здійснюють прямий та опосередкований вплив.

5.2.2 Психологічний аналіз актуальних запитань користувачів форумів для осіб з проблемною харчовою поведінкою. Онлайн-форуми (як групи підтримки осіб з проблемами ваги) надають можливість визначити актуальність теми кожного запиту, які на них постійно з'являються. Критерієм актуальності є кількість переглядів (автоматично відображається на сайті). Ця інформація є вкрай важливою у практичній роботі психологів, тому що виявляє спектр проблемних питань, а отже, потенційні мішені корекції при роботі з людьми з проблемною ХП. Отже, аналіз запитів на форумах анорексиків і товстунів дозволяє суттєво доповнити коло проблем і труднощів, які потребують корекції. Результати контент-аналізу актуальних тем (питань), які отримали найбільшу кількість відвідувань відображено у табл. 5.8. Ми свідомо не включали до аналізу специфічні питання (пов'язані з розрахунком калорій, використанням медичних препаратів,

особливостями авторської методики схуднення). У фокусі нашої уваги були загальні проблеми, які можуть бути успішно вирішені, завдяки їхньому обговоренню в режимі онлайн-консультування з психологом та іншими фахівцями.

Таблиця 5.8

Тематика запитів на форумі клініки оздоровчого схуднення

Тема та формулювання запиту	Кількість повідомлень	Кількість учасників	Кількість переглядів
<i>Конкретні технології та методи схуднення</i>			
«Хочу повторити лікування»	61	17	27273
«Ре: Що робити?»	11	5	11494
Методи харчових обмежень	33	12	13412
<i>Роль фізичної активності у зниженні ваги (задоволення від навантажень)</i>			
«про спорт :)»	55	17	23891
<i>Планування харчування на свята</i>			
«Застілля, свята...»	16	10	7966
«Новий рік»	1	2	9556
<i>Поточні проблеми, що виникають в процесі схуднення</i>			
«Особистий досвід»	11	5	7382
«головні омани, що зустрічаються на шляху бажаючих схуднути»	10	5	17128
Ті, хто не схудли	35	14	13703
Це зайва-зайва вага!	10	6	8186
<i>Повернення ваги</i>			
«як повернути вагу до первинного рівня, якщо після лікування вона збільшилася на 4 кг?»	18	8	8555
<i>Мотивація до початку корекції ваги</i>			
«З якого понеділка почати?»	44	9	14228
<i>Наслідки схуднення</i>			
«Як підвищити пружність шкіри тіла»	43	13	33746
Пружність шкіри та растяжки	12	6	9767
Антицелюлітний крем	12	9	22656

Під час опрацювання тематичних запитів з метою проведення контент-аналізу, ми помітили, що заголовок запиту в деяких випадках не відповідає його вмісту. Зокрема, тема «Хочу повторити лікування», на перший погляд, асоціюється з проблемою неефективного лікування, але насправді стосується розвитку новітніх технологій щодо методів корекції ваги. У таких випадках кількість переглядів свідчить про зацікавленість саме заголовком запиту теми, а кількість учасників обговорення – про актуальність сутності запиту. У зв'язку з цим були виокремлені кількісні індекси (кількість повідомлень; кількість учасників; кількість переглядів), які свідчать про актуальність проблеми в Інтернет-спільноті (див. рис. 5.2). Кількість переглядів з урахуванням тривалості існування теми, а також повторюваність схожих тем у різних гілках форуму означає її актуальність (гост-

роту) у середовищі людей зі схожими проблемами. Кількість залучених учасників у сукупності з кількістю опублікованих повідомлень та тривалістю діалогу визначають потенційну можливість онлайн-обговорення і вирішення питання.

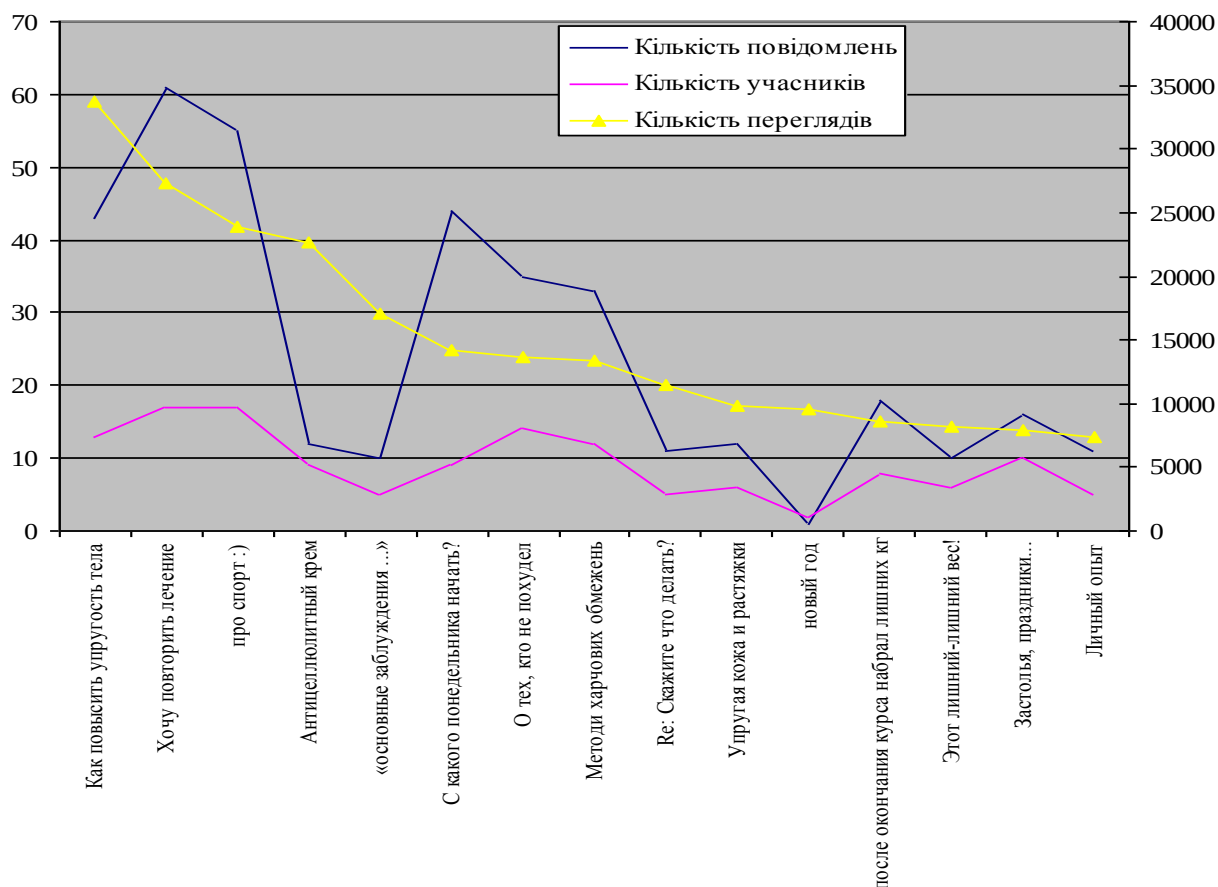


Рис. 5.2. Співвідношення актуальності теми та можливостей її обговорення в онлайн-спільноті (форумів для анорексиків та товстунів)

Іноді учасники форумів розміщують заголовки без зазначення суті питання, але з проханням невідкладної допомоги у зв'язку з усвідомленням, що «безневинне бажання бути стрункою перетворилося у Монстра-хворобу». Подібні випадки, як правило, викликають жваву реакцію і зацікавленість Інтернет-спільноти. Користувачі форуму анорексиків називають різні обставини, які зумовлюють їх усвідомити свою хворобу. Здебільшого називають зміни у стані здоров'я (припинення місячних, страх безпліддя, зміни у стані нігтів, волос, емоцій тощо), вплив оточення, обговорення інформації щодо наслідків хвороби, враження від смерті дівчат від анорексії тощо.

У результаті контент-аналізу виявилось, що найактуальнішими запитамі осіб з проблемною ХП до Інтернет-спільноти є: невдачі під час процесу схуднен-

ня, коли активні зусилля не призводять до бажаного результату; психологічні причини, які зумовлюють харчові зриви та рецидиви повернення ваги; відсутність знань щодо конкретного застосування методів схуднення; пошуки внутрішніх резервів і мотивації для підтримання зусиль щодо корекції ваги на сталому і ефективному рівні; відсутність задоволення від зміни харчових звичок, фізичної активності, досягнутих результатів тощо. Ці своєрідні Інтернет-дискурси осіб з уявною або реальною зайвою вагою є підґрунтям для проведення психотерапевтичної корекції проблемної ХП та розробки профілактичних і реабілітаційних заходів щодо її нормалізації.

5.3 Можливості психологічної допомоги в Інтернет-мережі людям з проблемною харчовою поведінкою

Про актуальність питання щодо визначення Інтернет-дискурсів у людей, котрі перебувають у ситуації хронічної незадоволеності вагою на тлі уявної або реальної зайвої ваги з метою визначення спектру проблем і труднощів з якими вони стикаються в процесі корекції ваги та нормалізації ХП, свідчить поширеність інтересу користувачів до спеціалізованих сайтів з відповідною тематикою. Зокрема, на листопад 2014, у пошуковій системі Google кількість звертань за запитом «форум анорексичок» видає 75800 посилань; «сайти анорексичок» – 75400 посилань, «клуб анорексичок» – 59900 посилань, «блоги анорексичок» – 29000 посилань. Найбільшою популярністю користуються: «Ми анорексички»; відкрита група «Записки анорексички» та сторінка «Типова Анорексичка» у соціальній мережі «В Контакте» блог «я-анорексичка» (aya-annak.blog.ru) та ін.

Виходячи з зазначеного інтересу й актуальності тематики проблемної ХП у Інтернет-середовищі, впливає ідея надання психологічної допомоги за допомогою Інтернет-ресурсів. Питання використання означених ресурсів з метою надання психологічної допомоги викликає високу зацікавленість багатьох вітчизняних та зарубіжних вчених (О. О.Блискун, Ю. В. Іванеко, В. У. Кузьменко, О. П. Гнетецька, В. Ю. Меновщиков, К. Є. Штирбу та ін.). Так, К. Є. Штирбу, зосереджує увагу на існуючих міфах щодо неможливості якісного психологічного консульту-

вання в Інтернет-мережі. Автор розглядає можливість надання ефективної Інтернет-терапії та застосування Інтернет-мережі як робочого інструменту онлайн-терапевта [572]. В. Ю. Меновщиков висвітлює можливості та особливості надання психологічної допомоги у кіберпросторі [240; 241]. О. О. Блискун, В. У. Кузьменко та О. П. Гнетецька аналізують можливості використання Інтернет-мережі для корекції агресивної поведінки підлітків та молоді [40; 189]. Водночас ми не знайшли вітчизняних досліджень, присвячених з'ясуванню питання щодо можливостей Інтернет-мережі з метою надання психологічної допомоги людям з проблемною харчовою поведінкою у континуумі «переїдання – обмеження у їжі», тобто особам, які *перебувають у травматичній життєвій ситуації – ситуації хронічної незадоволеності вагою (уявної або реальної надлишкової ваги).*

У наших публікаціях [532; 560] ми здійснили докладний аналіз щодо можливості використання Інтернет-мережі з метою надання психологічної допомоги людям з проблемною ХП. Зважаючи на обмеження обсягу дисертаційної роботи презентуємо стислі викладки.

Інтернет-консультування як надання психологічної допомоги розпочиналося через діалог віртуального спілкування шляхом електронного листування на спеціалізованих порталах/форумах/чатах. Спілкування на тематичних форумах дозволяє людям, яких поєднує загальна проблема, зокрема «страх набрати вагу» і «бажання схуднути», обговорювати питання, які їх турбують, знайти розв'язання власної проблеми, отримати розуміння та підтримку від однодумців та тих, хто пройшов свій шлях схуднення від ожиріння до нормалізації ваги або шлях від анорексії до відновлення свого здоров'я та нормалізації харчової поведінки. М. М. Наричин називає таке *спілкування стихійною психотерапією в Інтернеті* [266]. Водночас автор звертає увагу, що цей процес є неконтрольованим і, окрім численних переваг, має певні небезпеки. На думку дослідника, це зумовлено неоднорідністю віртуальної спільноти, саме тому у мережі можна зустріти поради дуже широкого спектру: від корисних і компетентних до зовсім безглузвих і абсурдних, які можуть тільки зашкодити тим, хто впроваджує їх у своє життя. Зокрема, ми вважаємо, що докладне описання різних яскравих, позитивних переживань (фізіологічних відчуттів, емоцій, високодуховних почуттів), які відчуває людина

від процесу свого схуднення або щодо певної дієти, пігулок, які можна застосовувати з метою схуднення та інших засобів зниження ваги можуть лише ускладнити фізичний і психологічний стан тих, хто зважиться їх використовувати. Водночас Інтернет дає можливість певній категорії людей, зокрема тим, хто має уявну або реальну надлишкову вагу на тлі хронічної незадоволеності вагою, собою та життям в цілому, отримати професійну психологічну підтримку від спеціалістів, які пропонують відповідні послуги у мережі.

Онлайн-спілкування опосередковане Інтернет-ресурсами має певні особливості тісно пов'язані між собою. Наведемо найбільш важливі з них: а) *анонімність і фізична непередставленість* (користувач може приховати ім'я, соціальний статус, вік, стать, вигадати життєвий досвід тощо, що психологічно звільняє людину від рамок власної тілесності й власного «Я», відкриває можливості для конструювання альтернативних самопрезентацій); б) онлайн-комунікація відбувається *в умовах відсутності аудіальних та інших паралінгвістичних ознак невербальної інформації*, а отже, ряд бар'єрів спілкування обумовлених певними характеристиками індивіда (особливості зовнішності, стать, вік, соціальний статус, мімічні та жестові рухи, особливості дикції, інтонації голосу тощо) втрачають своє значення; в) *нерегламентованість поведінки* (відсутність чітких та жорстких правил онлайн-комунікації, відсутність покарання, а з цього випливає зниження особистісної відповідальності за поведінку та за будь-які прояви почуттів. Сукупний ефект усіх перерахованих вище умов зумовлює *зниження психологічного напруження та сприяє об'єднанню учасників інтернет-дискурсу у спеціалізовані спільноти*.

На нашу думку, психологічне онлайн-консультування є різновидом комунікативної взаємодії у мережі, а отже, для нього властиві такі ж самі особливості. Аналіз цих особливостей дозволяє стверджувати, що онлайн-спілкування є унікальною базою для повсякденного та професійного спілкування, зокрема, надає можливість користувачам з проблемною ХП розповісти іншим про те що їх бентежить, висловити свої нав'язливі думки й страхи, звернутися із питанням. Окрім цього, онлайн-спілкування надає можливість отримати психологічну підтримку та допомогу, яку шукають, але не можуть знайти у реальному житті люди з викрив-

леними патернами ХП та деформаціями ваги (втім, таку можливість мають користувачі з будь-якою патологією тілесності, розладами соматики та психіки). Отже, саме можливість спілкуватися в Інтернет-мережі «інкогніто» та отримати реальну допомогу робить онлайн-консультування привабливим для багатьох осіб. Також зазначимо, що не менш важливим є можливість отримати необхідну допомогу безкоштовно. До того ж технічні можливості Інтернет-мережі дозволяють надавати подібну допомогу одночасно багатьом людям.

На сьогодні в Інтернет-мережі існує багато простих та різноманітних способів комунікації (чати, форуми, соціальні мережі, ICQ, e-mail, блоги, анкети, власні інтернет-сторінки тощо). Отже, завдяки різноманітному контенту (інформаційному наповненню сайту) і технічним можливостям мережі, користувачі форумів анорексиків та товстунів перебуваючи у ситуації *хронічної незадоволеності власною вагою на тлі уявної або реальної надмірної ваги* можуть самостійно ініціювати та організувати процес стихійного онлайн-консультування та психотерапії саме «для себе» (з урахуванням власних особливостей, мотивів, бажань, намагань тощо). Вважаємо, що такий стихійний та самостійно організований пошук вирішення власної проблемної ситуації може бути достатньо ефективним за рахунок особливостей спілкування та додаткових ресурсних можливостей Інтернет-мережі, зокрема:

1) майже необмежений доступ до інформаційних ресурсів (можливість вільного та безкоштовного перегляду як вітчизняних, так і зарубіжних джерел, які стосуються заявленої проблематики);

2) спілкування з «однодумцями» – людьми, які готові обговорювати власні специфічні симптоми відверто, докладно, без прикрас та приховування найінтимніших подробиць, про які зазвичай соромно, ніяково та незвично говорити у реальному житті, що, само по собі, вже є терапевтичним;

3) розширення власного досвіду з метою подолання хвороби або тих симптомів, що спричиняють занепокоєння (за рахунок ознайомлення з досвідом інших);

4) «психологічне розвантаження», можливість відпочити за рахунок переключення уваги, відвертання на інший рід діяльності, що не потребує «включення» та необхідності думати, розмірковувати. Способами «психологічного розвантаження» у мережі є: відвідування сайтів з приємним і цікавим для користувача контентом; різноманітні ігри; можливість отримати відгуки від широкого загалу на власні

«творіння» у різних сферах тощо;

5) можливість отримати професійну психологічну консультацію. Переважна більшість консультантів первинно пропонують безкоштовні психологічні консультації у режимі віртуального спілкування, у подальшому користувач може отримати запрошення взяти участь у тренінгу або зустрітися з психоконсультантом (психотерапевтом) у режимі реального часу.

Підтвердженням якісної допомоги стихійної психотерапії під час онлайн-спілкування є вислови користувачів Anogex.ru: «це дозволяє виплеснути емоції», «викласти наболіле», «заспокоїти нерви», «зрозуміти, що таких ненормальних як я – багато», «зрозуміти, побачити, одержати надію, що із цього виру й безнадії можна вийти». Подібні висловлення яскраво демонструють, що спілкування в Інтернет-мережі з людьми, які мають подібні проблеми, з одного боку, виконує функцію традиційного щоденника (дозволяє відреагувати емоції), а з іншого – функції терапевтичних груп зустрічей (під час зворотного зв'язку користувач одержує підтримку, розуміння, можливість обміну та розширення досвіду, можливість побачити себе «очами інших» тощо).

Ми поділяємо думку багатьох авторів [126; 144; 217; 240; 266; 572], що саме намагання отримати розуміння, знайти підтримку та відшукати конкретні поради об'єднують людей зі схожою проблематикою на численних сайтах. Разом з тим є необхідність зауважити на певні небезпеки такої стихійної онлайн-психотерапії, на що звертає увагу плеяда авторів (О. О. Блискун, Ю. В. Іваненко, В. Ю. Меновщиков, М. М. Нарицин, К. Є. Штирбу та ін.): а) виникнення інтернет-адикції (це пов'язано з тим, що спілкування у мережі дозволяє з легкістю отримати задоволення фрустрованих потреб, які у реальності не задовольняються); б) ризик зіткнутися з критичним, недоброзичливим ставленням (кібербулінгом); в) ризик отримати некомпетентні поради з приводу схуднення або щодо відносин з Іншими. При цьому *«ризик» поєднує в собі ймовірність виникнення аліментарно-залежних хвороб та діапазон негативних наслідків ситуації хвороби щодо фізичного та психологічного здоров'я.*

Зокрема, до неадекватної підтримки ми відносимо такі висловлювання користувачів сайту «Anogex.Ru» в яких деструктивне бажання худнути, навіть при критичній масі тіла, отримує повагу та захоплення (наприклад: «молодець!», «ти найкраща!», «жени усіх, хто тобі заважає худнути», «хочу бути пошкожою на Те-

бе», «не здавайся!», «терпи до кінця, не дай зробити з тебе жирну корову!» тощо). Вважаємо, що подібні репліки провокують фіксацію на стратегії обмеження в їжі і, відповідно, підвищують ризик розвитку ХП до атрактору хвороби як стану хаосу. Це пов'язано з тим, що «анорексики», як специфічна Інтернет-спільнота, має своєрідний мовний діалект та систему певних символів узагальненого змісту. До її складу входять люди, які вже тривалий час живуть у травматичній ситуації хронічного відчуття незадоволеності уявною надлишковою вагою. Їхня особливість полягає в тому, що, з одного боку, вони відчують себе певною елітною спільнотою, котра прагне до ідеальної краси, досконалої зовнішності, надзвичайного рівня здоров'я та духовності. Стратегію відмови від їжі вони презентують як свободу та можливість звільнитися від низинних потреб тіла та обходитися у повсякденному житті без їжі. З іншого боку, саме така позиція зумовлює їхні скептичні коментарі щодо альтернативних думок «чужинців» (гостей сайту) з приводу стилю або способу життя анорексиків. Аналіз контенту висловлювань користувачів сайту Anorex.Ru дозволив виявити, що найбільш обговорюваною темою їхнього онлайн-спілкування є цінність схуднення та подолання низки страхів (перед неможливістю впоратися з відчуттям голоду, їжею-провокатором, можливістю набрати вагу тощо).

Бажання схуднути за будь-яку ціну підтримується багатьма користувачами (це сприяє виникненню відчуття психологічного комфорту і думок певного роду – «тут мене розуміють!»). Разом з тим, враховуючи новомодну тенденцію до кібербулінгу (прояву агресії у віртуальному просторі з метою приниження людини) на форумі часто зустрічаються дуже агресивні, нецензурні висловлювання від «чужинців». На тлі справедливого обурення це сприяє підвищенню активності й жвавому обговоренню «ситуації». Але, найголовніше у тому, що це сприяє безпрецедентному об'єднанню користувачів Інтернет-спільноти в цілісну єдність – «Ми» та поглиблює відчуження й протиставлення між «Ми» та «Вони».

Разом з тим користувачі з проблемною ХП мають можливість отримати якісну психологічну допомогу в Інтернет-мережі. Останнім часом автори підкреслюють можливість отримати якісне психологічне онлайн-консультування, яке розглядається як альтернативне джерело психологічної допомоги в тих випадках, коли традиційне психологічне консультування з різних причин є неможливим (А. Є. Жичкіна, Ю. В. Іванєко, В. У. Кузьменко, О. П. Гнетецька, В. Ю. Менов-

щиков, М. М. Наріцин, К. Є. Штирбу та ін.). При цьому завдання консультанта вбачається в тому, щоб допомогти користувачу-клієнту зустрітися з власними внутрішніми ресурсами, які дозволять йому змінити ставлення до себе та інших аспектів буття, відкрити перед ним нові можливості й перспективи.

Ми поділяємо погляди дослідників, які наголошують на додаткових перевагах онлайн-консультування внаслідок використання різних альтернативних комунікативних каналів, які відрізняються один від одного за параметрами синхронності (синхронна або асинхронна комунікація), способу комунікації (індивідуальна або групова), типу комунікації (друкований текст або візуальна та голосова комунікація). Все це дозволяє варіювати ступень залучення активності користувачів (у т.ч. ініціювати самопомігу з опорою на рекомендації, які публікуються на веб-сайті); надає можливість підключати онлайн-комунікацію як додаткову форму спілкування з консультантом (між сесіями реального консультування); дає можливість залучити, як інструмент консультування, онлайн-щоденники; дозволяє встановити контакт перед початком консультування «віч-на-віч». Про привабливість подібної форми консультування свідчить поширення її популярності серед інтернет-користувачів, які оцінюють її як дуже комфортну та зручну.

Безумовною особливістю онлайн- і оффлайн-консультування є його текстовий характер. На думку М. М. Наріцина, це має свої «плюси» та «мінуси». Дослідник оцінює письмову форму викладу як певну перевагу, оскільки письмова мова спонукає користувача спиратися на вербально-логічну інформацію, що сприяє аналізу та рефлексії. Водночас ступінь повноти і точності відповідності письмового тексту реальній ситуації зумовлює обґрунтовані сумніви, якщо врахувати вплив функціонування захисних механізмів, нерозвинені навички викладення інформації про себе (свої думки, почуття) та інші причини [266].

Визначаючи справедливість викладених міркувань, зазначимо, що разом з тим, текстовий характер (у достатньому масиві) дозволяє компенсувати відсутній емоційний компонент під час консультативного електронного листування та зрозуміти особливості суб'єктивних дискурсів, спосіб мислення, потенційні можливості, що зумовлюють особливості досліджуваної поведінки. У поєднанні

зі знаково-символічною інформацією від нікнейму та аватарки це може бути достатньо інформативним.

Отже, онлайн-консультування людей з проблемною ХП здійснюється у межах загальноприйнятих стандартів консультування, але з урахуванням особливостей структури Інтернет-ресурсів (чат, форум, вебінар тощо). Чат є засобом швидкого обміну текстовими повідомленнями між користувачами Інтернету у режимі реального часу. Робота форуму полягає у створенні користувачами тем у розділах, і можливістю обговорення цих тем (найпоширеніша структура форуму містить розділи, теми, повідомлення). Психолог надає клієнту інформацію, яка безпосередньо стосується теми, що непокоїть клієнта-користувача. Разом з тим онлайн-консультування здебільшого здійснюється у відкритому просторі, з цього випливає, що інші користувачі також можуть прочитати зміст електронного листування між психологом та клієнтом і втрутитися до ходу консультування (випереджати відповідь клієнта, коментувати тексти психолога, давати оцінку смислового підтексту обговорюваного, хоча така публічність здебільшого стосується змісту обговорюваних тем, ніж особи клієнта) тощо. Водночас користувач, зайшовши на спеціалізований сайт, може стати пасивним співучасником консультування на відкритому форумі, а це відкриває можливість брати участь в обговоренні, спостерігати, навчатися на помилках інших. При цьому, при бажанні, є можливість заблокувати доступ до інформації. Додатково клієнт може отримувати й іншу корисну інформацію (непсихологічного характеру, наприклад, інформацію, яка є важливою для вирішення інших життєвих проблем – адреси певних установ, порядок вирішення якихось питань, рекомендації тощо).

Безумовні плюси онлайн-консультування (з позиції користувача), є в тому, що клієнт долає страх, пов'язаний з необхідністю звернення до фахівців (психолога, психоконсультанта, психотерапевта, психіатра). У цих випадках онлайн-консультування може передувати очній консультації та стати її початковим етапом. До того ж клієнт отримує зворотний зв'язок від психолога та учасників форуму (емоційну, моральну підтримку). Завдяки поширено презентованим на сайті історіям інших, клієнт ознайомлюється з різними стратегіями подолання трав-

муючої ситуації (хвороби) та набуває здатність розширити власний репертуар копінг-стратегій. Разом з тим клієнт має можливість емоційно відреагувати та проаналізувати певні події свого життя, раціонально переосмислити власну життєву/проблемну ситуацію та враховуючі обізнаність щодо закономірностей перебігу хвороби (про що він дізнається з опису негативних наслідків і страждань), вийти на новий рівень розуміння своїх вищих потреб (екзистенцій). Зміна поглядів на себе та свою проблему, розширення кола спілкування, отримання досвіду комунікації (як в Інтернет-мережі, так і у реальному житті) дозволяють звернутися до активного пошуку шляхів нормалізації ХП та ваги і знайти власні ресурси виходу з кризи.

Висновки до розділу 5

1. Нікнейми й аватари, як атрибути самопрезентації користувачів форумів «анорексиків» та «товстунів», є символічною проекцією дискурсу існування-буття і здебільшого виявляють особливості реальних або бажаних параметрів тіла, незадоволеність вагою, своїм тілом, собою і життям в цілому, занурення у тематику зниження ваги та харчування, бажання отримати новий життєвий статус, прагнення відгородитися від свого реального буття.

2. Характерні відмінності між елементами знаково-символічної самопрезентації користувачів різних форумів (анорексиків і товстунів), пов'язані зі специфікою проблеми, що об'єднує людей в Інтернет-спільноті. Аватари користувачів форуму анорексиків здебільшого відтворюють або емоційно-негативний образ, або надзвичайно яскравий таємничий образ (загадковий, вишуканий, витончений, гламурний, тендітний, сексуальний), що непрямо свідчить про неприйняття свого тілесного образу, «розірваність» Я-концепції, активність примітивних механізмів психологічного захисту, стійке прагнення до зовнішньої досконалості й унікальності, які пов'язуються з атрибутами влади та успіху. Специфічними особливостями самопрезентації користувачів форумів із зайвою вагою, є нікнейми і аватари, які містять назви або образи продуктів харчування, прямі або завуальовані натяки на великі розміри тіла та повсякденні реальні або грубі імена, що підкрес-

лює їхнє розчарування і втрату віри у можливість щось змінити в своєму житті. Разом з тим обидві вибірки мають ніки зменшено-пестливої форми від власного імені, що непрямо вказує на інфантилізм як приховане бажання бути маленькою дитиною, яка потребує турботи, лагідного ставлення від оточення; нездатності брати відповідальність за своє життя тощо.

3. Інтернет-мережа є потужним альтернативним ресурсом проведення емпіричного дослідження та надання психологічної підтримки людям, які перебувають у ситуації уявної або реальної надмірної ваги на тлі хронічної незадоволеності власною вагою. Тематика звернень на тематичних форумах анорексиків та товстунів як своєрідних інтернет-дискурсів, з одного боку, засвідчує надзвичайну актуальність та поширеність проблеми відхилень харчової поведінки, що жваво обговорюється в Інтернет-середовищі, а з іншого – надає цінну інформацію щодо злободенних питань, які хвилюють осіб з проблемною ХП та які необхідно враховувати під час проведення профілактичних заходів, корекції та реабілітації.

4. Повсякденне спілкування в Інтернет-мережі на спеціалізованих форумах «анорексиків» і «товстунів» носить форму стихійної психотерапії (дозволяє обговорити актуальні питання щодо проблемної ХП та інших проблем, пов'язаних з уявною або реальною вагою, емоційно відреагувати травматичні події, отримати необхідну моральну, емоційну й інформативну підтримку). Водночас «сліпа» довіра до інформації однодумців підвищує ризик щодо отримання небезпечних порад, слідування яким погіршує фізичний і психологічний стан особи (посилює дисипативні процеси) та провокує розвиток ХП у бік атрактора хвороби як стану хаосу. Саме тому психологічне онлайн-консультування, як форма роботи з користувачами, які шукають психологічну допомогу з питань нормалізації харчової поведінки і ваги може розглядатися як альтернативний вид психологічної практики, що дозволяє змінити траєкторію розвитку ХП у бік її нормалізації.

Результати досліджень, відображених у п'ятому розділі, презентовано у таких працях автора дисертації: [501; 530; 532; 533; 534; 535; 560; 651; 657].

РОЗДІЛ 6

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НОРМАЛІЗАЦІЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

6.1 Концептуальні основи формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки

6.1.1 Формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки як індивідуального ресурсу особистості. Масштаби і темпи поширення проблемної ХП та її наслідків у вигляді порушень ваги загрожують фізичному та моральному здоров'ю підростаючого покоління, а також соціальній стабільності українського суспільства у найближчій соціальній перспективі.

На сьогодні в Україні не існує єдиної програми первинної профілактики щодо відхилень харчової поведінки серед контингенту різних верств населення. Саме тому, створення концептуальних основ цілеспрямованого формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки має особливу актуальність, тому що в подальшому це дозволить запобігти розвитку проблемної харчової поведінки.

Мета підрозділу – презентувати концептуальні основи формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки (ЗЗК щодо ХП), що спрямована на формування культури ХП з метою профілактики різноманітних порушень тілесності – викривлених патернів харчової поведінки (субклінічних порушень ХП), клінічних розладів ХП, надлишкової ваги та ожиріння як негативних наслідків незбалансованого харчування та неадекватних патернів ХП за типом переїдання. Визначити поняття «культура харчової поведінки», «формування культури ХП з позицій компетентнісного підходу», «здоров'язбережувальна компетентність щодо харчової поведінки», умови формування ЗЗК щодо ХП.

Докладне теоретико-методологічне обґрунтування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки представлено у наших публікаціях [493; 541; 548; 549; 550; 553; 560]. Тезово презентуємо основне.

Кожна людина впродовж усього свого життя перебуває в універсумі культури²³, що існує не тільки у людській пам'яті, але й у певних культурних текстах, котрі мають знаковий характер. До культурних текстів як сукупності артефактів, відносять не тільки штучно створені людиною предмети, але й народжені нею думки, винайдені та використані людиною засоби та способи дії тощо [102; 307; 348;]. Так, українські дослідники Є. А. Подольська, В. Д. Лихвар, К. А. Іванова зазначають, що «культура містить не тільки те, що знаходиться поза людиною, *але й зміни, які вона здійснює в самій собі, в своєму тілі, в своїй душі, у власній фізичній та духовній зовнішності* [307, с. 6].

Подібну думку висловлює Т. Д. Суходуб, яка зазначає, що сучасна культура «сама стає текстом, здатним формувати певний духовно-соціальний простір людського буття. Вона перестає бути освітянською «енциклопедією» та є здатністю оволодіння власною життєдіяльністю [384, с. 224]. З цього випливає два важливих моменти: 1) особистість (у позабіологічному розумінні) поза культурою не існує; 2) культурні тексти поза особистістю як носієм смислового контексту текстів також втрачають притаманний для них сенс та значущість. Отже, культура, з одного боку, є тим фактором, що формує (зумовлює перетворення людської істоти в особистість), з іншого – не існує поза межами людського сприйняття та усвідомлення. При цьому суб'єкт завжди спрямований на ту субкультуру (як частку культури), яку він оцінює для себе як найкориснішу у своїй повсякденності задля подовження тривалості життя, збереження привабливості, омолодження тощо. За таких умов *культурні тексти щодо різноманітних аспектів харчування входять у свідомість суб'єкта у формі певних поведінкових настанов та починають регулювати його життя, приписуючи за якими принципами та правилами йому діяти*. Іншими словами, саме інтеріоризація, тобто засвоєння індивідом певних культурних цінностей, ідей, вірувань, симво-

²³ Ми базувалися на інформаційно-семіотичному розумінні культури, що акцентує увагу на функціонуванні інформаційних процесів, які здійснюються в знаковій формі. Серед багатьох існуючих визначень культури найбільш близькими до нашого дослідження є визначення психологічного спрямування та нормативного типу (за типологією А. Кребера та К. Клакхона).

лів, норм щодо харчування відтворює культуру харчової поведінки, а отже, є необхідною умовою її існування. Виходячи з цього харчова поведінка є сукупністю різноманітних видів діяльності, а саме діяльністю, що безпосередньо пов'язана з прийомом їжі; діяльністю щодо позбавлення негативних наслідків перекручених патернів ХП (уявних та реальних порушень тілесності), зокрема, надмірно низької або надлишкової ваги та ожиріння; діяльністю щодо організації харчування.

Визнаючи культуру харчової поведінки (КХП) як частину загальної культури – на перетині культури здоров'я, поведінки, здорового способу життя та харчування, ми погоджуємося з думкою А. Я. Флієр, що індивід стосовно культури, одночасно перебуває у чотирьох іпостасях: 1) як продукт культури, 2) як споживач культури, 3) як творець культури, 4) як транслятор культури [414, с.127-131]. Із цього випливає, що опановуючи будь-яку частину культури, наприклад, культуру поведінки, здоров'я, харчування тощо, у центрі уваги суб'єкта опиняються не тільки матеріальні і духовні надбання людства (певні цінності, смисли, символи, еталони, зразки поведінки, притаманні референтній групі, котрі складають зовнішню форму існування культури), але й внутрішня діяльність, що спрямована на перетворення власної тілесності – вроджених і надбаних особливостей та форм поведінки згідно з особистісною індивідуальною метою та значущими для людини цінностями. Ми поділяємо думку О. Ф. Гук, яка зазначає, що «центром культурної діяльності є людина, яка робить вибір – культивувати чи ні, і якщо культивувати, то що» [98, с. 175].

Аналізуючи різноманітні визначення, близькі до поняття культура харчової поведінки (культура здоров'я, культура здорового способу життя, культура харчування, культура поведінки, культура рефлексивної поведінки), вважаємо, що всіх їх об'єднують такі спільні параметри як ставлення, знання та готовність до дії щодо таких «об'єктів» як здоров'я, здорове (раціональне) харчування, норма, зразки поведінки.

Однак, незважаючи на безліч рекомендацій та правил культури щодо харчування, кількість людей з різноманітними варіантами перекручених патернів харчової поведінки (субклінічного та клінічного рівня) та їх негативних наслідків на

рівні тіла у формі порушень ваги та ожиріння, останнім часом значно збільшилася [1; 17; 37; 75; 81; 89; 159; 229; 236; 270; 350; 365; 424; 670; 673].

Збільшення кількості зареєстрованих випадків надлишкової ваги і ожиріння (як негативних наслідків незбалансованого харчування та харчової поведінки), клінічних розладів ХП (анорексії, булімії, компульсивного переїдання) ми пов'язуємо: а) з побутуванням серед населення недостовірної, навіть *небезпечної інформації щодо харчування та ХП* як культурних текстів (що є часткою культури сучасного українського суспільства), що створюють певну культурну орієнтацію у вигляді соціальних установок; б) з низьким рівнем сформованості здоров'язбережувальної компетентності²⁴ з питань харчування та харчової поведінки.

Враховуючи, що пріоритетним напрямом нової державної політики є спрямованість на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення у масштабах країни, то дослідження *з формування культури харчової поведінки* у різних груп населення як частини культури здоров'я та базової основи здоров'я є актуальним завданням у межах цього глобального напрямку.

Віддаючи належне всім дослідникам, які розглядали проблему харчової поведінки та харчування з різних аспектів наукового знання, вважаємо, що на сучасному етапі розвитку науки є необхідність в інтеграції поглядів на означену проблему. Реальним підґрунтям для такого підходу вважаємо наявність різноманітних культурних текстів щодо харчування та ХП як дискурсів, що формують розмаїття культурної зорієнтованості (соціальних настанов щодо ХП). Але у разі засвоєння культурних текстів певного змісту щодо харчування та ХП вони вже набувають характер *суб'єктної орієнтації, що регулює поведінку на основі внутрішнього ставлення, набутих знань та сформованих вмінь і навичок*. Підтвердженням цього є зростання кількості прихильників руйнівних систем харчування як певних субкультур щодо особливостей харчування, харчової вибірковості та стилевих особливостей ХП. «Харчовий екстремізм» – ось як можна охарактеризувати сучасну ситуацію щодо розповсюдження моди на різноманітні експрес-дієти та системи харчування, що шкодять здоров'ю своїх adeptів.

²⁴ «Здоров'язбережувальна компетентність» розглядається як інтегральна якість особистості, яка визначає здатність суб'єкта самостійно застосовувати здоров'язбережувальні компетенції (ставлення, знання, уміння та навички) в умовах конкретної життєвої або навчальної ситуації на користь збереження і зміцнення здоров'я (за О. Я. Савченко, Т. Є. Бойченко, Н. С. Коваль, Т. Є. Федорченко та ін.) [346; 347; 410].

Крім цього, культурні тексти сьогодення прямо та/або опосередковано формують соціальні установки щодо зовнішніх еталонів тіла, які за визначенням ВООЗ також є факторами ризику, що спричиняють розвиток розладів харчової поведінки (таких як анорексія, булімія) та порушень ваги [304; 670; 671; 672; 673]. Зокрема, до факторів ризику, з одного боку, відносять гламуризацію худорлявості, що активно культивується в суспільстві через ЗМІ, як символ досконалого тіла та соціального статусу (фінансового успіху, популярності, влади, престижу тощо), а з іншого – соціальну дискримінацію щодо дітей і підлітків, які мають надлишкову вагу та ожиріння (через величезний соціальний тиск щодо еталонів зовнішності, образливу критику, знущання, залякування тощо, що може одночасно бути як причиною, так і наслідками порушення ваги та ожиріння).

Вважаємо, що суттєво змінити негативне становище до означеної вище проблематики можливо за рахунок ***формування культури харчової поведінки з позицій компетентнісного підходу***. Під поняттям «компетентнісний підхід» більшість науковців [15; 77; 90; 165; 238; 345; 346; 347; 429; 445] розуміють формування та розвиток базових (провідних, основних, ключових) компетенцій особистості, результатом чого є сформована загальна компетентність, що є сукупністю всіх ключових компетенцій. Отже, виходячи зі специфіки тематики нашого дослідження, вважаємо, що ***формування культури харчової поведінки можливо здійснити через формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки (33К щодо ХП)***. На нашу думку, означена компетентність є одночасно культурною зорієнтованістю особистості з питань ХП та індивідуальним ресурсом особистості щодо вибору варіанту життя. Таке поєднання уможливорює: а) реальне підвищення особистісної відповідальності за власне здоров'я, на що спрямовують державні документи останніх років [131; 167; 319; 320; 321; 322]; б) реальну оптимізацію стану здоров'я населення загалом, як соціального ресурсу соціальної цінності та капіталу держави.

У нашому дослідженні ми спиралися на сучасне інформаційно-семіотичне розуміння культури, як сукупності інформаційних процесів у межах соціокультурної комунікації, які здійснюються в знаково-символічній формі (за Є. А. Подольською та соавт.) [307].

Водночас нам близькі погляди Т. Парсонсона, який, спираючись на теорію загальних властивостей живих та неживих систем, розглядав культурну систему як сукупність взаємопов'язаних між собою компонентів (*цінностей, смислів, символів, норм*) що є складовою цілісної системи людської дії [297]²⁵.

Виходячи з цього, ми приєднуємося до розуміння культурної орієнтації в широкому аспекті, у межах якого поведінка особистості, окрім внутрішніх механізмів саморегуляції також зумовлюється фактором зовнішнього впливу з боку суспільства або окремих субкультур через соціальні установки, що формують спрямованість індивіда на засвоєння артефактів певного культурного змісту, орієнтують на певні наміри та готовність діяти певним чином. Таке наше бачення узгоджується з основними положеннями, описаними у працях сучасних дослідників (В. Т. Циби, Н. М. Слюсаревського та ін.) [432; 364].

Але у разі засвоєння (інтеріоризації) таких субкультурних орієнтацій щодо ХП, вони набувають характеру внутрішніх смислових орієнтирів (*цінностей, символів, норм*), що регулюють поведінку, зокрема зумовлюють конкретні стереотипи ХП та інші поведінкові патерни щодо впливу на власну тілесність. Інакше кажучи, засвоєні субкультурні орієнтації щодо ХП, у певному розумінні, є призмою, крізь яку особистість сприймає новий інформаційний матеріал щодо ХП та власної тілесності.

Розвиваючи означену позицію щодо особистості з проблемною ХП, вважаємо, що саме актуалізація соціальних настанов та психологічних настанов щодо ХП зумовлює свідомий чи неусвідомлюваний вибір стратегій харчової поведінки під час прийому їжі; цінності та смисли щодо їжі та зовнішнього вигляду власної тілесності, визначають вибір тієї або іншої системи харчування. Отже, перетинання означених ціннісно-смислових орієнтирів щодо їжі, ХП та зовнішнього вигляду власної тілесності в їх нерозривному взаємозв'язку детермінує спрямованість суб'єкта на певні норми (правила, стандарти, зразки поведінки) та критерії оцінювання, котрими він керується, коли опиняється в ситуаціях повсякденної життєді-

²⁵ На відміну від автора, ми надаємо перевагу терміну «поведінка», тому що у центрі нашої уваги окрім смислосмислового та смислотворюючого порядку продуктів людської дії є саме фізичний та психологічний аспект харчової поведінки суб'єкта.

яльності щодо вибору та споживання їжі, зокрема, вибору продуктів, способів обробки та приготування страв, режиму харчування, стильових особливостей харчової поведінки тощо.

До небезпечних культурних текстів у вигляді сумнівної та недостовірної інформації щодо харчування і ХП ми відносимо різноманітні експрес - та монодієти, артефакти під виглядом «чудотворних» пристроїв, біодобавок та інших засобів, що начебто дозволяють регулювати вагу й схуднути за короткий термін і без докладання «зайвих» зусиль. До інформації подібного ґатунку ми відносимо і такі системи харчування та такі варіанти життя, що часто призводять до фіксації здоров'яруйнуючих стратегій ХП (неадекватних, патологічних патернів ХП), знесилення та різноманітних порушень здоров'я на тлі незбалансованого харчування. Подібна інформація, на жаль, є часткою сучасних культурних текстів, які знаходять своїх adeptів. Прикладом особливо небезпечних варіантів життя вважаємо дотримання та пропагування жорсткого систематичного обмеження в їжі (навіть до повної відмови від неї) у субкультурі «анорексиків», «веганів», «сироїдів», «сонцеїдів», «праноїдів» тощо. Подібні думки ми зустрічаємо в інших сучасних наукових дослідженнях (А. В. Вахмістров, Н. В. Ковальова, К. В. Лобін, О. О. Марков, Н. О. Ніколаєва, О. І. Салміна-Хвостова та ін.), у яких наголошується, що *порушення ХП починаються із захоплення дієтами, як спроби особистості відповідати культурально встановленим еталонам фізичної форми або як намагання контролювати ХП*, що надалі цілком захоплює індивіда, підкорює все його життя та набуває форму адиктивної залежності. Втрата гнучкості та акцентування на певних стратегіях харчової поведінки (відповідно до субкультури харчування) зумовлює розширення простору ризику та появу несприятливих наслідків у формі субклінічних і клінічних розладів харчової поведінки (що докладно розглянуто у статті [506] та у підрозділі 4.2). Зважаючи на зростання кількості таких adeptів та значущості адекватної харчової поведінки як складової загального здоров'я особистості, перед фахівцями постає необхідність:

а) розроблення концептуальних основ з формування культури ХП та їхнє впровадження через створення міжгалузевих програм (на основі мультидисциплінарного підходу), завдання яких спрямовано на формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки як суб'єктної куль-

турної зорієнтованості з питань ХП. Остання передбачає формування спрямованості на засвоєння культурних текстів, що несуть ідею раціонального харчування та адекватної ХП, орієнтацію на відповідні наміри та готовність діяти певним чином;

б) удосконалення наявних профілактичних і реабілітаційних заходів, спрямованих на оформлення життєвого простору особистості, зокрема, оптимізацію моделі формування компетентності з питань харчування та харчової поведінки;

в) впровадження заходів для своєчасного виявлення перекручених патернів ХП з метою запобігання інвалідизації дитячого населення внаслідок розладів ХП, порушень ваги та ожиріння;

г) створення мультидисциплінарних бригад, які повинні залучати фахівців з різних сфер наукового знання (як у сфері психічного здоров'я, так і з інших галузей – медиків різних спеціалізацій, соціологів, педагогів, духовництва) з метою надання системної допомоги родинам, що виховують дітей з проблемною ХП у спектрі «переїдання-відмова від їжі» та їх негативних наслідків на рівні тіла – порушень ваги та ожиріння (що було презентовано нами у публікаціях [519; 529; 541; 560]).

Таким чином, задля припинення розповсюдження псевдокультури у вигляді небезпечних культурних текстів щодо ХП, що спрямовують на незбалансоване, неповноцінне харчування та неадекватні стратегії ХП, необхідно сформувати такі внутрішні настанови (суб'єктні цінності, смисли та норми), що здатні не тільки зорієнтувати особистість у розмаїтті культурних текстів щодо ХП, але й *сформувати здоров'язбережувальну компетентність як індивідуальний ресурс особистості*.

Вважаємо, що формування здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП, це у певному розумінні, формування «захисного бар'єру» особистості, підвищення її «стійкості» до тих провокувальних чинників, що можуть детермінувати ініціацію розладів ХП як хвороби. Як захисний бар'єр ми розглядаємо, по-перше, компетентність, як індивідуальну якість особистості, яка виконує функцію продуктивного захисту щодо здоров'я на рівні окремої особистості; по-друге – компетентність, як соціальну установку (культурну орієнтацію) на здорове харчування, що є ефективною системою захисту та протидією соціуму щодо популяризації культурних текстів, які під гаслами оздоровлення, зміцнення та омолодження пропагують неадекватні системи харчування та патерни ХП, що непоправно шкодять здоров'ю особистості.

Вважаємо, що це дозволить сформувати ціннісне ставлення та вмотивованість на здорове харчування (*ціннісний та емоційно-мотиваційний аспект ЗЗК*), активну цілеспрямовану діяльність щодо закріплення відповідних навичок та самостійного свідомого вибору адекватної ХП як варіанту життя (*поведінковий аспект ЗЗК*).

На нашу думку, формування ЗЗК щодо ХП за сутністю процесу є формуванням суб'єктної орієнтації, що спрямовує на засвоєння (інтеріоризацію) культурних еталонів щодо здорового харчування і адекватної харчової поведінки та уможливорює розв'язання низки проблем:

- а) збереження, зміцнення та відновлення здоров'я кожного окремого індивіда, а отже, всього населення України у просторі всіх рівнів здоров'я (соматичного, психічного, соціального і духовного);
- б) запобігання поширенню перекручених, неадекватних, патологічних стратегій ХП, що є головною ознакою маніфестації різноманітних розладів ХП у спектрі «переїдання – обмеження в їжі».

У цьому контексті особливої актуальності набуває *профілактика різноманітних порушень тілесності* – перекручених патернів харчової поведінки (субклінічних порушень ХП), клінічних розладів ХП (анорексії, булімії, компульсивного переїдання), надлишкової ваги та ожиріння як негативних наслідків незбалансованого харчування та неадекватних патернів ХП.

Базовою основою профілактики ми вважаємо *формування суб'єктної зорієнтованості на здорову ХП*, тому що саме адекватна харчова поведінка стає вагомим фактором оптимального функціонування людини, а отже індивідуального та соціального здоров'я. Ідеться про *формування культури харчової поведінки*, у певному сенсі «моди на здорове харчування», яку можна розглядати складником загальної культури здоров'я та загальної здоров'язбережувальної компетентності, а отже, індивідуального ресурсу особистості та суцільної системи управління людськими (стратегічними) ресурсами України. На потребу формування культури ХП як протистояння модним тенденціям на «параноїдальне» схуднення та харчування у сучасних закладах типу фаст-фуд, що провокує стрімке зростання надлишкової ваги, також звертає увагу К. Шкарлатюк [567, с. 325].

На необхідності формування гармонійної харчової поведінки як складової здорового способу життя також наголошують сучасні дослідники різних наукових галузей (О. В. Бацилєва, М. В. Гриньова, Н. О. Коновал, Л. В. Дудар, М. О. Овдій, О. В. Кузьмінська, А. Є. Нижник, Л. П. Товкун, М. С. Червона, Я. І. Олексієнко, В. А. Шахматова, О. П. Верещагіна та ін.) [33; 94; 118; 190; 270; 288; 399].

Виходячи із вищезазначеного, можемо стверджувати, що перед нами постає завдання створення та обґрунтування теоретичного конструкту/концепту здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП як культурної та суб'єктної орієнтації (інструмента, фільтра, призми) засвоєння культури ХП та рефлексивної культури (як особистісної культури пов'язаної з поняттям рефлексивної здібності).

Для того, щоб побудувати концепт здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП, необхідно визначитись з наступними моментами: 1) як ми розуміємо поняття «культура ХП», 2) як ми розуміємо поняття «здоров'язбережувальна компетентність ХП», 3) як ми уявляємо умови формування та розвитку здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП.

Визначаючи поняття «культура ХП», ми спиралися на розуміння культури з позицій інформаційно-семіотичного підходу. Спираючись на позиції означеного підходу, ми розглядаємо *культуру харчової поведінки* як надбіологічну програму колективної людської діяльності/життєдіяльності, що має ціннісно-смісловий, знаково-символічний та нормативно-регулятивний зміст щодо організації харчування, стратегій харчової поведінки, зумовлених свідомими та підсвідомими ставленнями суб'єктів до їжі, до себе (зокрема, до образу власної тілесності) та до значущих Інших. Зауважимо, що такий підхід вимагає розглядати різноманітні культурні тексти щодо організації харчування, особливостей прийому їжі та індивідуальних стратегій харчової поведінки з урахуванням сукупності соціально-психологічних настанов, цінностей і зразків поведінки як окремих індивідів, так і референтних груп щодо їх відносин з їжею.

Зважаючи на вищевикладене, ми розглядаємо *культуру здорової харчової поведінки* як системоутворюючий чинник, що визначається сукупністю суспільно визнаних культурних текстів щодо раціонального харчування та адекватної хар-

чової поведінки, як сукупності здоров'язбережувальних компетенцій, що дозволять зберегти, зміцнити та відновити здоров'я.

Теоретичний конструкт *«здоров'язбережувальна компетентність щодо ХП»* ми розглядаємо як інтегративне утворення особистості, що спрямовує її на здорову (адекватну, раціональну, гармонійну) харчову поведінку. ЗЗК щодо ХП включає у свою структуру не тільки відповідну *систему знань* з організації здорового харчування і адекватної ХП, але й *систему вмінь*, що включає вміння визначати психологічні смисли їжі у власних стратегіях поведінки; вміння розбиратися в розмаїтті інформації щодо систем та стилів харчування та *систему ставлення* (ціннісний та емоційно-мотиваційний аспект щодо оптимальної ХП та здоров'я в цілому), що детермінує готовність здійснювати певні дії (*поведінковий аспект*), спрямовані на вирішення різноманітних проблемних ситуацій, що провокують викривлення харчових патернів (наприклад, у ситуаціях харчового насилля, стресу, хвороби тощо).

Іншими словами, здоров'язбережувальна компетентність щодо ХП уявляється нам складним утворенням, що одночасно надає чітку зорієнтованість з питань ХП та є індивідуальним ресурсом особистості, це дозволяє їй орієнтуватися у колі визначених питань при вирішенні різноманітних життєвих завдань повсякденності. При цьому відзначимо, що культурні орієнтації щодо ХП та щодо еталонів зовнішнього вигляду тіла є результатом взаємодії суб'єкта та культури. З цього випливає, що вони формуються та змінюються впродовж усього життя. Це відбувається під впливом процесів соціалізації та інтеріоризації, навчання та виховання, самонавчання та самовиховання, а отже, як стихійно (безпосередньо в процесі повсякденних життєвих практик), так і організовано через різноманітні засоби або канали трансляції культури – освіти, виховання, ЗМІ (що було розглянуто нами у статтях [457; 504; 505; 506; 507]).

Сутність та структура ЗЗК щодо ХП обумовлюють її різноманітні *функції* – інтеграційну, орієнтаційну, регулятивну, оздоровчо-реабілітаційну, гедоністичну та інші. Найголовнішою серед них ми вважаємо інтеграційну функцію, що полягає у створенні чіткої внутрішньої суб'єктивної «системи координат» щодо харчування. У просторі цієї «системи координат» суб'єкт здатний не тільки сприймати

та оцінювати зміст певних культурних текстів з питань харчування, але й діяти у напрямі відтворення адекватних харчових стратегій під час прийому їжі. Окрім цього, інтеграційна функція (через поширення мережі смислових зв'язків) також дозволяє звести в єдину інтегративну систему власний досвід особистості, її індивідуальні властивості, внутрішню суб'єктивну «систему координат» та зовнішні культурні тексти щодо харчування, харчової поведінки та здоров'я в цілому. Інакше кажучи, інтеграційна функція забезпечує гармонічну єдність елементів свідомості через сприймання і розуміння харчування та ХП не в координатах фізичного простору й часу, а у біо-психо-соціо-духовному вимірі.

ЗЗК щодо ХП як культурна орієнтація задає змістові орієнтири на здорове харчування та гармонійну харчову поведінку через певні культурні тексти, що спрямовують індивіда на засвоєння відповідних цінностей, смислів, символів та норм. Серед багатьох аспектів, пов'язаних з харчуванням та стильовими особливостями ХП, найважливішими, ми вважаємо, обізнаність з наступних питань:

а) корисність-шкідливість тих чи інших харчових продуктів, полуфабрикатів, готових кулінарних виробів тощо; способи обробки продуктів та технології приготування їжі, що сприяють збереженню корисності харчових продуктів, кращому засвоєнню їжі та забезпечують профілактику щодо певних захворювань;

б) вплив національних і родинних харчових традицій, правил подачі страв та інших приписів щодо організації харчування; культурно-гігієнічних навичок та правил поведінки в ситуації приготування та споживання їжі;

в) вплив суб'єктивного ставлення до їжі та врахування: психологічних смислів їжі, розмаїття спонукальних причин щодо початку та закінчення прийому їжі, зосередженості на процесі споживання їжі задля можливості відчувати задоволення від їжі; вплив суб'єктивного ставлення до харчування як сукупності дій, що власно складають адекватну ХП та зумовлюють оптимальний режим харчування (кількість прийомів їжі, об'єм, темп споживання їжі);

г) здорового/збалансованого раціону харчування та питного режиму задля оптимального функціонування тілесності; властивостей різних продуктів та їх впливу на організм; параметри вибору харчових продуктів та умови їхнього збереження;

д) особливостей харчування задля підтримки здоров'я в період кризи, хвороби та інших стресових ситуацій; профілактики захворювань та відновлення після хвороби (профілактичний та оздоровчо-реабілітаційний аспект харчування);

е) особливостей харчування дітей різного віку, вагітних, людей похилого віку та інших специфічних категорій;

ж) чинників виникнення аліментарних хвороб внаслідок тривалої нестачі певних нутрієнтів і мікроелементів та негативних наслідків незбалансованого харчування (експрес- та монодієт, регулярного або циклічного застосування стратегій поведінки, спрямованих на обмеження в їжі або на переїдання).

Вважаємо, що обізнаність з означених орієнтирів надасть можливість підвищити толерантність особистості до небезпечних культурних текстів щодо ХП та деструктивного впливу мікро- та макросередовища. Вочевидь, формування здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП – це організована діяльність, яка має на меті інтеграцію зовнішнього і внутрішнього та може надати особистості можливість не тільки вільного, але й відповідального вибору щодо організації власної ХП у будь-яких ситуаціях повсякденної життєдіяльності.

Підсумовуючи вищевикладене, доходимо висновку, що *«здоров'язбережувальна компетентність щодо ХП»* зумовлена змістом і функціями раціонального харчування та гармонійної ХП і передбачає низку компетенцій щодо ХП – *ставлення, знання та готовність діяти певним чином щодо об'єкту спрямування.*

Люди як носії культури, маючи потребу в упорядкуванні таких важливих сфер свого повсякденного життя як «харчування», «харчова поведінка», «здоровий спосіб життя», «здоров'я» тощо, зберігають, відтворюють, транслиують та навіть створюють нові норми, принципи та правила. При цьому цілком зрозуміло, що *культурні тексти засвоюється індивідом не в повному обсязі, а вибірково.* На нашу думку, такою призмою або фільтром, що зумовлює вибірковість сприймання змісту різноманітних культурних текстів щодо харчування, стильових особливостей харчової поведінки, варіанту життя та здоров'я, є культурна орієнтація, що спрямовує особистість на ті чи інші культурні еталони (у певному розумінні, на субкультуру).

Спрямування на ту чи іншу субкультуру щодо ХП одночасно передбачає *знання та ставлення* до неї (відповідає когнітивному, ціннісному, емоційно-мотиваційному компонентам індивідуального досвіду). Саме ставлення зумовлює особливості діяльності (*поведінкових стратегій*), спрямованої на засвоєння та відтворення субкультури, до якої тяжіє суб'єкт. Сьогодення нашої культури щодо харчування характеризується розмаїттям культурних текстів, що регулюють життя індивідів у сфері здоров'я тілесності, здорового способу життя, харчування та стилевих особливостей харчової поведінки, зокрема: «вегани», «качки», «сумоїсти» «товстуни», «солнцєїди», «праноїди», «орторексики», «аскети», «анорексики», «сироїди» тощо. Виходячи з певних норм обраної субкультури щодо харчування та ХП суб'єкти створюють взаємодію між «собою та їжею», а також між собою та Іншими.

Отже, при дослідженні особливостей засвоєння культурних текстів щодо харчової поведінки постає питання щодо особливостей суб'єктної зорієнтованості або спрямованості суб'єкта на засвоєння певного змісту культурних текстів. Зазначене зумовлює наступні значущі та доречні питання: Чому серед розмаїття текстів щодо систем харчування та стратегій харчової поведінки перевага надається саме певному культурному змісту, і часто, навіть шкідливому для здоров'я? Чому засвоюється саме «це», а не щось інше? Чому один й той самий зміст (інформація) породжує різні ефекти – різні стратегії поведінки? Чому хтось може докорінно змінити свої попередні життєві погляди лише під впливом поодинокого життєвого прикладу або окремих висловлювань з боку оточення (як приклад нагадаємо ініціацію анорексичної поведінки), а інші – до цього толерантні? І, нарешті, чому, незважаючи на розмаїття наукової і публіцистичної літератури та TV-передач, що пропагують цінності, принципи, норми здорового харчування та адекватної ХП, вони залишаються «чужими», тобто не інтеріоризуються та не стають внутрішніми переконаннями для значущої частини населення?

Своєю чергою, саме внаслідок індивідуальної спрямованості суб'єкта на засвоєння певного культурного змісту та суб'єктивної інтерпретації індивіда певні системи харчування або «норми харчування» сприймаються і визнаються суб'єктом, а інші – ні; певні стилі харчування визнаються як «найправильніші», інші – ні; більш

того, окремі індивіди не тільки не поділяють загальновизнані цінності (сім'ї, референтної групи, суспільства), зокрема щодо здорового харчування, але й повсякчас їх порушують. Але, безумовно, що існування субкультури не можливе без людей. Інакше кажучи, жодної культури чи субкультури поза людською свідомістю не існує. Отже, необхідною умовою існування тієї чи іншої субкультури («анорексиків», «веганів», «праноїдів» тощо) є засвоєння індивідом її цінностей, смислів, норм тощо. На нашу думку, процес такого засвоєння субкультури індивідами відбувається саме через систему притаманних індивіду культурних орієнтацій. Такі культурні орієнтації, з одного боку, є необхідною передумовою засвоєння субкультури, а з іншого – результатом такого засвоєння. Це може здаватися парадоксальним. Але якщо аналізувати особистість у контексті процесів формування та розвитку, тобто в динаміці її життєвого шляху, то цей парадокс нівелюється. Зокрема, у процесі засвоєння особистістю культурних текстів можна виокремити кілька етапів: а) етап стихійного засвоєння в процесі безпосередньої життєдіяльності, виховання та соціальної взаємодії; б) етап формування певних уподобань щодо тих чи інших культурних орієнтацій на основі вже сформованих смаків та інтересів (тяжіння до певної субкультури); в) подальше засвоєння культурних текстів через сформовані уподобання.

При визначенні специфіки ЗЗК щодо ХП, зважаючи на інформаційно-семіотичну природу культурної орієнтації як надбіологічної програми поведінки, окрім орієнтації на *зміст* необхідно також враховувати *канали*, через які транслюється зміст та *способи* засвоєння змісту (види і форми культурної практики).

6.1.2 Умови формування здоров'язбережувальної компетентності щодо нормалізації харчової поведінки. З огляду на вищезазначене, формування ЗЗК щодо ХП ми розглядаємо як ефективну систему профілактичних заходів з метою попередження різноманітних порушень ХП (субклінічного та клінічного рівня), негативних наслідків перекручених патернів ХП на тілесному рівні (порушень ваги та ожиріння). Безумовно, що така діяльність потребує систематичної та наполегливої роботи, мета якої спрямована: а) на допомогу особистості зорієнтуватися в розмаїтті сучасних культурних текстів щодо систем харчування, «адекват-

ності – неадекватності» харчової поведінки тощо; б) на надання ефективної допомоги тим, хто має намір відмовитися від перекручених патернів харчової поведінки (як шкідливих, хворобливих харчових звичок) та дотримуватися принципів здорового харчування (як основи здорового способу, стилю та варіанту життя), але має певні труднощі на цьому шляху відновлення та реабілітації ХП. Це надасть змогу суттєво збільшити кількість дітей, підлітків, молоді та інших категорій населення, здатних, з одного боку свідомо дотримуватися принципів адекватної харчової поведінки та здорового харчування, а з іншого – втілювати різноманітні способи саморегуляції (основи гармонійної тілесності) задля суттєвого підвищення відчуття задоволення від себе та життя в цілому²⁶.

На нашу думку, оптимізація інформаційного супроводу щодо ХП є складником культури здоров'я населення і повинна охоплювати усі вікові групи населення – від дошкільників до людей похилого віку (через дошкільні навчально-виховні заклади та інші освітні установи різного рівня акредитації, в т.ч. позашкільні заклади за типом спортивно-оздоровчих, культурно-освітніх клубів здорового образу життя, шкіл правильного харчування, соціальної реабілітації тощо). Ця задача саме у теперішній час є вельми актуальною, оскільки, у загальній чисельності українського соціуму постійно зростає частка осіб похилого віку. З цього випливає необхідність формування у індивідів пенсійного та зрілого віку такої стратегії повсякденного життя – стратегії активного довголіття, що дозволить кожному окремому індивіду максимально подовжити не тільки тривалість життя, але і здатність до соціальної активності (як можливості самореалізувати себе у різноманітних видах діяльності, навчати та виховувати молодь, передавати свій професійний та життєвий досвід тощо) та здатність отримувати задоволення від свого повноцінного життя.

На вказану проблему вже звернула увагу держава, сформулювавши певні орієнтири у пакеті документів [131; 313; 314; 318; 319; 320; 321; 322]. Серед багатьох реформ та програм розвитку держави в Стратегії запропоновано «Програму здорового способу життя та довголіття», індикатором реалізації якої стане під-

²⁶ Ми приєднуємося до думки ряду авторів, які розглядають відчуття життєвого комфорту як інтегральний показник відчуття задоволення від свого життя або міру задоволеності людини своїм життям [382, с. 221].

вищення середньої очікуваної тривалості життя в країні та його якості²⁷. Одним із стратегічних завдань, окреслених у програмі є розробка проекту «Україна 80+», мета якого спрямована на збільшення тривалості здорового життя до 80 років і більше. Проект містить алгоритм і тактику збереження соціального здоров'я населення, зокрема, через зниження смертності від тяжких захворювань та створення у соціумі сприятливого життєвого простору. Але задля реалізації цього важливого проекту, на нашу думку, *необхідно створити певні психологічні та соціально-педагогічні умови, що дозволять значущо підвищити здоров'язбережувальну компетентність* особистості, бо саме вона сприятиме підвищенню індивідуальних можливостей щодо активного довголіття (до оптимального функціонування за максимальної тривалості життя), що є імовірним лише за умови збереження індивідуального здоров'я кожної особистості. У контексті нашого дослідження під терміном «умови²⁸», на відміну від наявних, ми розуміємо сукупність зовнішніх та внутрішніх чинників, що забезпечать ефективність і результативність процесу формування ЗЗК щодо ХП (як базової основи культури харчової поведінки).

До зовнішнього складника психологічних та соціально-педагогічних умов формування культури харчової поведінки відносимо сучасні культурні тексти – наукову інформацію та комплекс методів, форм, прийомів, засобів, спрямованих на формування обізнаності щодо:

- а) чинників, що детермінують виникнення різноманітних порушень ХП та їх негативних наслідків у контексті повсякденної життєдіяльності;
- б) здорового способу, стилю та варіанту життя, зокрема, ознайомлення з різноманітними методами, формами, прийомами, засобами оптимізації харчової поведінки, що дозволять сформувати у особистості ціннісне ставлення до здорового харчування та внутрішню мотивацію до оптимальної (адекватної) харчової поведінки як основи здоров'я та активного довголіття.

²⁷ Згідно з Угодою про асоціацію між Україною та ЄС, якість життя у нашій країні має відповідати Копенгагенським критеріям-параметрам щодо стандартів життя.

²⁸ Під терміном «умова» у науці розуміється: а) обстановка, у якій щось відбувається; б) обставини, від яких залежить ефективність якогось процесу; в) правила, визначені в якійсь галузі життєдіяльності; г) важливий чинник результативності, що створює саме те середовище, у якому формуються та реалізуються досліджувані явища, процеси; д) сукупність об'єктивних можливостей, змісту, форм, методів, прийомів тощо [17, с. 211].

До внутрішнього складника психологічних та соціально-педагогічних умов відносимо: а) особистісну мотивацію щодо збереження найоптимальнішої фізичної форми; б) сформованість ціннісних орієнтацій та ціннісного ставлення щодо власного здоров'я в цілому та адекватної ХП зокрема; в) цілеспрямовану діяльність щодо оптимізації ХП та умов повсякденної діяльності (з метою підвищення відчуття задоволення від власної тілесності, контактування з оточуючим макро- і мікросередовищем та від життя в цілому).

Розуміючи, що ефективність формування культури ХП залежить від реалізації комплексу умов, ми вважали за необхідне визначити шляхи формування ЗЗК щодо ХП окремо для осіб, які мають різноманітні форми порушення ХП та для осіб, у яких вони відсутні.

Для *формування здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП та нормалізації харчової поведінки* у осіб, які страждають на перекручені патерни ХП, нами була розроблена та апробована психокорекційна тренінгова програма. Спираючись на теоретичні та емпіричні результати нашого дослідження вважаємо, що нормалізація харчової поведінки потребує паралельної роботи з різноманітними порушеннями тілесності, котрі зумовлюють фіксацію перекручених патернів харчової поведінки. Задля уникнення дубляжу зазначимо, що мета, завдання, умови організації занять, основний зміст, загальні етапи роботи презентовано у підрозділі 6.2 та публікаціях [515; 522; 560]. У наступному підпункті окреслимо сутність та зміст умов формування здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП у осіб, які не страждають на перекручені форми ХП.

6.1.3 Умови формування здоров'язбережувальної компетентності як базової основи культури харчової поведінки. Охарактеризуємо сутність і зміст умов формування *здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП у осіб, які не страждають на перекручені форми харчової поведінки*. На нашу думку, визначення умов формування ЗЗК щодо ХП є найголовнішим напрямом роботи у формуванні культури харчової поведінки з метою профілактики різноманітних порушень харчової поведінки та їх негативних наслідків на рівні тіла – порушень ваги та ожиріння.

Ця частина нашої роботи спрямована на визначення умов *формування здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП* як багатокomпонентного утворення, що включає до складу:

- *ставлення* (ціннісно-мотиваційний та емоційний аспект щодо здорового харчування та адекватної ХП),
- *знання* (когнітивно-рефлексивний аспект), що базується на знаннях декларативного та процедурного генезу і формується як теоретичний та практичний досвід щодо різноманітних систем харчування, стильових стратегій ХП, стильових стратегій поведінки щодо власної зовнішності та здоров'я в цілому;
- *сформованість способів діяльності* (поведінковий аспект), що базуються на сукупності умінь і навичок, здатності та готовності до трансформацій задля нормалізації стильових стратегій ХП і стратегій поведінки щодо власної зовнішності та здоров'я в цілому.

Найважливішою умовою формування культури ХП у осіб, що не страждають на перекручені форми ХП, вважаємо *формування ціннісно-мотиваційного ставлення щодо здорової харчової поведінки як основи здорового варіанту, стилю та способу життя*. Означена умова як складова здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП може розглядатися як внутрішнє потенціальне психологічне новоутворення (перший вектор компетентності), що передбачає:

- а) формування установки на цінність здорової харчової поведінки як основи власного здоров'я та активного довголіття при максимальній тривалості життя;
- б) формування інтересу до проблеми збереження, зміцнення та відновлення здоров'я за рахунок нормалізації ХП та оптимізації повсякденної діяльності;
- в) формування відповідального вибору щодо варіанту життя, що сприяє тілесному здоров'ю (соматичному, психічному, соціальному та духовному);

Необхідність роботи у цьому напрямі зумовлена результатами власних досліджень та спеціальної наукової літератури (психологічного, медичного, культурологічного, соціологічного, педагогічного характеру [1; 5; 18; 33; 38; 43; 77; 81; 84; 89; 94; 96; 138; 140; 143; 173; 181; 190; 213; 235; 278; 287; 288; 323; 360; 367; 379; 399; 440; 554; 555]) і дає підстави стверджувати, що готовність або неготов-

ність дотримуватися принципів здорового харчування, оптимальних фізичних навантажень та способів емоційної саморегуляції здебільшого зумовлені ціннісними орієнтаціями та моделями поведінки, що закладаються у батьківській сім'ї.

Окрім зазначеного, зауважимо, що до складу означеного вектору компетенції також входить емоційний досвід особистості, оскільки у ситуаціях харчування саме емоційні враження часто виконують функцію регулювання й спрямування процесу ціннісного оцінювання, що ініціює стиль харчування. Інакше кажучи, сприйняття ситуації прийому їжі зумовлено процесом первинної оцінки їжі (її смаку, текстури, кольору тощо) та очікування певних тілесних відчуттів, які за своєю природою мають скоріше емоційний, ніж раціональний характер.

Сформованість ціннісного-мотиваційного компоненту здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП виявляється в особистісній зацікавленості суб'єкта та в його позитивному ставленні до збереження або відновлення найоптимальнішої фізичної форми. Наявність означеного компоненту, з одного боку, визначає внутрішню компетенцію особистості – її готовність та спрямованість на реалізацію здорового способу життєдіяльності, а з іншого – утворює основу для реалізації інших компонентів здоров'язбережувальної компетентності щодо ХП, що є запорукою особистісної активності у процесі формування культури ХП.

Другою умовою формування ЗЗК щодо ХП є когнітивно-рефлексивна компетенція. Зазначена умова одночасно є:

- а) *соціально заданими вимогами* щодо відповідального ставлення до свого харчування та ХП, власного здоров'я в цілому, вибору способу та стиля життя;
- б) *критеріями оцінки стильових особливостей харчової поведінки* (які можна розглядати як внутрішні мотиватори розвитку ЗЗК щодо ХП на когнітивному рівні);
- в) *системою знань*, що спрямовує на усвідомлення наслідків домінування перекручених стратегій ХП та надає можливість подолання стереотипів мислення і свідомої трансформації ХП відповідно до істинних потреб тілесності;
- г) *обізнаністю* з питань оптимізації функціонування тілесності, що сприяє нормалізації ХП (підтримка оптимального режиму життєдіяльності за умови пси-

хічної толерантності, рухової активності, відпочинку, саморегуляції та інше, що надає можливість керування внутрішніми станами).

Виходячи з окресленого вище, вважаємо за необхідне проведення систематичної роботи з ознайомлення дітей, підлітків, юнацтва та дорослих з широким колом питань щодо культури харчової поведінки як базової основи оптимального функціонування тілесності (відповідно до вікових та психологічних особливостей реципієнтів). Зокрема, усі учасники процесу формування ЗЗК щодо ХП мають бути обізнані з основними чинниками розвитку та перебігу:

а) стилів харчування, вибору продуктів та уподобань щодо їжі, котрі формуються під впливом наочних моделей харчової поведінки близького оточення (батьків, інших авторитетних людей, рекламної продукції);

б) перекручених (хворобливих) стратегій харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та інших життєвих навичок, що руйнують здоров'я тілесності та зумовлюють порушення ваги;

в) хвороб, що призводять до порушення фізичного та психічного здоров'я тілесності внаслідок домінування перекручених стратегій харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі».

Але найголовнішим напрямом роботи з формування когнітивно-рефлексивної компетенції вважаємо ознайомлення з системою знань щодо організації раціонального, інтуїтивного, усвідомленого харчування та адаптивної ХП. Такі знання є необхідними задля оволодіння елементарними природними навичками з розпізнавання первинних сигналів тілесності (стану голоду та ситості, насолодження смаком тощо), які надають можливість ефективного регулювання відносин з їжею.

Отже, у межах формування означеної умови *система знань* (як інформаційний ресурс та комплекс уявлень) у певному сенсі створює підґрунтя індивідуального досвіду особистості з метою нормалізації ХП та ваги. Інакше кажучи, йдеться про формування *метазнання*, що розширює мережу смислових зв'язків між різноманітними знаннями (за рахунок інтеграції з новими елементами, об'єктами, явищами), сприяє переосмисленню проблемних ситуацій і набуває здатності керувати іншими знаннями задля усвідомлення та подолання стереотипів особистісного досвіду, заради ви-

рішення більш глобальної проблеми – збереження власного здоров'я. Дане положення нашого дослідження узгоджується з висновком О. В. Савченко, яка стверджує, що у процесі розв'язання проблем, метакогнітивний рівень у структурі загальної компетентності, забезпечує логічний аналіз умов, контроль над характером протікання діяльності та керування психічною активністю у формі організації перевірки своїх дій, оцінювання результатів, планування діяльності й окремих її етапів [345, с. 417].

Реалізація формування когнітивно-рефлексивної компетенції (як умови формування ЗЗК щодо ХП) може забезпечуватися різноманітними формами групової та індивідуальної роботи в освітніх закладах різного рівня акредитації, які з одного боку, здатні охопити майже усі категорії населення, а з іншого – надавати необхідну інформацію з окресленого кола питань систематично та послідовно.

Ще однією важливою умовою формування ЗЗК щодо ХП є сформованість способів діяльності. Важливість цієї умови є цілком зрозумілою, тому що лише обізнаність з питань здорового харчування та адекватної ХП не зможе сформувати у суб'єкта здатність дотримуватися відповідних рекомендацій (щодо нормалізації ХП, як базової основи для підтримки найоптимальнішої фізичної форми). Йдеться про умову, що забезпечує формування поведінкової компетенції щодо ХП або про внутрішнє прийняття здоров'язбережувальної діяльності щодо ХП у вигляді певних настанов (установок, диспозицій, потреб), котрі стають дієвим регулятором поведінки та дозволяють дотримуватися адекватних стратегій поведінки, спрямованих на збереження здоров'я, незважаючи на будь-які зовнішні провокації. Інакше кажучи, формування третього вектору компетенції у структурі ЗЗК щодо ХП передбачає організацію такого предметно-просторового середовища, в якому суб'єкт може застосувати набуті знання, уміння та навички у двох напрямках: 1) організації здорового харчування; 2) нормалізації ХП та ваги.

Означений вектор компетенції включає формування здатності та готовності: а) реалізовувати адекватні способи поведінки заради досягнення найоптимальнішої фізичної форми; б) застосовувати набуті знання у повсякденній діяльності (зокрема, здатності керувати виявами власної харчової поведінки у провокаційних ситуаціях, зумовлених зовнішніми стимулами – життєвих негараздів, ситуаціях

спокуси, примусу тощо); в) втілювати арсенал життєвих технік (способів, стилів) повсякденної життєдіяльності, що дозволяють зберігати, підтримувати та нормалізувати як харчову поведінку, так і здоров'я загалом.

Реалізація формування цієї умови досягається за допомогою різноманітних форм роботи – тренінгових занять, інтерактивних лекцій і семінарів з елементами рольових ігор та ін.

Підводячи підсумки, відзначимо, що на нашу думку, засвоєння та оволодіння усіма вищеописаними здоров'язбережувальними компетенціями щодо ХП, дозволяє суб'єкту набути компетентність щодо організації адекватної харчової поведінки. При цьому, *компетенція щодо ХП* – це зовнішній соціально-психологічний чинник, тому що формується шляхом інформованості про певні норми, досягнення яких свідчить про можливість оптимального вирішення певного життєвого завдання, зокрема, «нормалізацію ХП», «збереження здоров'я» тощо.

Водночас, *компетентність щодо ХП*, є внутрішнім психологічним чинником – інтегрованою якістю особистості, що надає їй можливість самостійно моделювати власну поведінку у напрямі максимального збереження здоров'я та приймати оптимальні рішення відповідно до потреб власної тілесності; брати відповідальність за свої дії щодо власного здоров'я. Отже, *здоров'язбережувальна компетентність щодо ХП* становить собою інтегративне утворення, що включає систему ставлень; систему знань; систему вмінь та навичок, які дозволяють адекватно діяти з метою нормалізації харчової поведінки та збереження здоров'я в цілому, самореалізації та успішної соціальної адаптації. Відтак в умовах сьогодення особливого значення набуває необхідність розроблення програм, спрямованих на формування ЗЗК щодо ХП для різних груп населення (з урахуванням віку, наявності чи відсутності хворобливих патернів ХП) з метою профілактики різноманітних порушень тілесності – перекручених патернів харчової поведінки (субклінічних порушень та клінічних розладів ХП, надлишкової ваги та ожиріння (як негативних наслідків незбалансованого харчування та неадекватних патернів ХП).

6.2 Сучасні психотерапевтичні підходи до корекції проблемної харчової поведінки

На сьогодні проблема корекції проблемної харчової поведінки та ваги тіла є міждисциплінарною, і, переважно, розглядається фахівцями наступних напрямів: *біологічного* (А. М. Вейн, М. М. Гінзбург, А. В. Володькіна, Л. Єфімова, Н. М. Зубар, М.І. Кузін, О. М. Лобикіна, І. В. Терещенко та ін.) та *психологічного* (Т. Г. Вознесенська, М. А. Гаврилов, Н. Ю. Краснопорова, І. Г. Малікіна-Пих, Н. М. Платонова, А.В. Пріленська, А. В. Ротов, В. А. Сафонова, І. І. Федорова та ін.). Біологічний напрям корекції ХП та ваги тіла включає «медичні способи», а саме: фармакотерапію (М.І. Кузін, І. В. Терещенко, Р. Vinaï, J. E. Mitchell та ін.), хірургічні методи (М. М. Романов, В. М. Полонський, М. А. Трунін, А. Song та ін.), а також «способи образу життя», які поєднують розробки численних дієт, різноманітних способів корекції форми тіла та гігієни харчування. Зокрема, відзначимо комплексний підхід до корекції надлишкової ваги Д. Г. Бессесен та Р. Кушнер, корекції форм тіла А. В. Володькіної та ін., дієтологічний супровід програм корекції фігури Л. Єфімової та основ гігієни харчування Н. М. Зубар. Ми поділяємо думку низки науковців (М. А. Гаврилова, Н. Ю. Краснопорової, О. М. Лобикіної, А. В. Пріленської, А. В. Ротова, І. І. Федорової, M. N. Silva, D. A. Markland, C. S. Minderico та ін.), щодо існуючих певних переваг біологічного напрямку та вважаємо, що у тому випадку коли задля корекції ХП та ваги тіла застосовуються тільки способи біологічного напрямку (фармакотерапія, дієтотерапія, лікувальне голодування, хірургічні методи), то на другий план відсуюються особистісні особливості та взаємини клієнта, без зміни або корекції яких неможливо досягти стійкого позитивного результату. На нашу думку корекція ХП та ваги тіла вимагає системного підходу з обов'язковою корекцією наступних сфер особистості: когнітивної, емоційно-вольової, поведінкової та духовної.

У попередніх публікаціях автором дисертації докладно розглянуто сучасні психотерапевтичні підходи щодо корекції проблемної харчової поведінки [467; 560]. Наведемо ті, які більшістю авторів визнані найефективнішими.

Сугестивна терапія – презентована різноманітними методами, в основі яких, провідним фактором впливу є лікувальне навіювання: у стані пильнування, гіпнотичного та наркотичного сну; окремо описуються методи самонавіювання (А. О. Александров, Л. Ф. Бурлачук, О. С. Кочарян, М. Є. Жидко, В. М. М'ясищев, Б. Д. Карвасарський, М. Varabasz та ін.) [7; 59; 147; 292; 328; 380; 426].

Аутогенне тренування. Методи *аутогенної релаксації* (самостійного лікування клієнтами) можуть використовуватися як додаткові до основного психотерапевтичного методу (наприклад, гештальт-терапії, тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової терапії тощо) [7; 59; 147; 292; 328; 380; 426].

Символдрама. Близька до АТ-2 символдрама або кататимно-імагінативна терапія Х. Лейнера – виявилася клінічно високоефективною при лікуванні неврозів та психосоматичних захворювань (М. В. Маркова, Н. Ф. Шевченко, А. І. Шевченко та ін.). Професійна психологічна допомога хворій особистості полягає, насамперед, у застосуванні різних технік немедичної психотерапії та емоційній, смисловій і екзистенціальній підтримці особистості у складному життєвому випробуванні [7; 59; 147; 292; 328; 380; 426; 632].

Більшість сучасних лікувально-реабілітаційних програм для людей з проблемною харчовою поведінкою містять у собі прийоми й методи *поведінкової, когнітивної та раціональної психотерапії* (W. S. Agras, G. G. Faiburn, G. Wilson et al.). У працях Н. Ю. Красноп'ярової, І. І. Федорової, О. О. Маркова, М. Е. Connors, К. Tchanturia et al, G. T. Wilson et al. підкреслюється значення «дидактичних інструкцій» (інформування, роз'яснення) задля корекції когнітивних перекручених уявлень про зовнішність та харчування, що характерно при розладах харчової поведінки. Клієнтам пропонують ведення щоденника спостережень за проявами власної харчової поведінки, фіксуючи кількість, об'єм та час прийняття їжі, моменти відчуття голоду, ситості та інше (J. E. Mitchell, G. T. Wilson et al.). Автори підкреслюють значення інструктивно-інформативних матеріалів для подолання перекручених уявлень клієнтів про вагу та способи її регуляції, принципи раціонального харчування.

Психодинамічна психотерапевтична робота з особами з проблемною ХП

зумовлена необхідністю вирішення конфліктної ситуації, яка зумовлена неусвідомлюваними потягами; складної комбінації доедипальних та едипальних конфліктів, а також низької самооцінки, що виникає внаслідок порушень самості (self) (Н. Kohut), та /або нарцисичних проблем (L. Wurmser). Дослідження, проведені задля перевірки ефективності застосування психодинамічної терапії щодо проблемної ХП, показали достатньо значущі результати (D. M. Garner et al, J. Yager, R. Savitt, H. Bruch et al.).

Психотерапія міжособистісних відносин. Питання групового психотерапевтичного лікування хворих з порушеннями ХП розглядаються у працях Н. Ю. Краснопорової, І. І. Федорової, Р. Ю. Шипачова, J. E. Mitchell et al [181; 409; 566; 637]. Більшість програм групової терапії спрямовані на створення можливості клієнтам поділитися з іншими своїми думками, тривогами, переживаннями та на оптимізацію міжособистісних стосунків (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова та ін.) [564].

Сімейній психотерапії ХП присвячені публікації багатьох авторів (П. Пепп, В. Сатир, G. Paulson-Karlsson, L. Rutherford, J. Couturier, P. K. Keel, A. Haedt, G. Paulson-Karlsson et al.). Цей метод психотерапії може бути показаний при лікуванні різних форм порушеної харчової поведінки.

Тілесно-орієнтована психотерапія – один із методів цілісного підходу до розуміння природи та функціонування людини. Тілесні техніки розширюють активну або спрямовану уяву, яка охоплює не тільки образи, але й усвідомлення людиною тілесних відчуттів, вивчення і переробку різних тілесних станів потреб, бажань і почуттів, що з'являються. Усі методи тілесної терапії спрямовані на забезпечення умов, у яких людина зможе пережити свій досвід як взаємозв'язок психічного і тілесного, прийняти себе в цій якості і тим самим отримати можливість для поліпшення свого функціонування.

Підхід *групової тілесно-орієнтованої психотерапії* з диференційованими програмами для основних груп клієнтів з порушеннями харчової поведінки розроблений у межах короткострокової та довгострокової психотерапії. Кожна програма має чітку структуру та припускає усвідомлення і переживання (І. І. Федорова) [409].

Трансперсональна психотерапія виходить із гуманістичного напрямку психології (В. В. Майков) і базується на твердженні, що трансперсональні переживання є особливими явищами, заснованими на глибинних структурах несвідомого з областей, не охоплених класичним фрейдівським психоаналізом (С. Гроф, В.В. Майков, В. В. Козлов). Серед сучасних психотехнік, які допомагають людині позитивно трансформувати свідомість як цілісну модель людини та надають можливість роботи на всіх рівнях її структурної організації, використовуючи змінені стани свідомості, виділяють: холодинаміку (В.Вульф, США), тілесно-орієнтовану психотерапію (Т. Браунінг (США), В. Ю. Баскаков (РФ) тощо), дихальні техніки: ребефінг (Л. Опп, США), холотропне дихання (С. Гроф, США).

Екзистенціально-феноменологічний напрям зосереджений не на вивченні виявів психіки людини, а на самому її житті в нерозривному зв'язку зі світом та іншими людьми. На думку F. Strasser, A. Strasser мета терапії полягає в тому, щоб спрямовувати клієнта до прийняття своєї поведінки як шкідливої або дисфункціональної, а також допомогти в здійсненні бажання його зміни. E. Spinelli стверджує, що будь-яка однобічна спроба терапевта змінити поведінку клієнта є анти-терапевтичною.

Гештальт-підхід спрямований на навчання усвідомлення поточних психічних процесів та границь особистісної відповідальності, присвоєння й асиміляцію досвіду, заохочення до автономії й особистісного вибору, у тому числі і у міжособистісних стосунках. Застосування гештальт-підходу може бути рекомендоване для клієнтів з невротичними розладами – як з високим, так і з недостатнім особистісним контролем, і, отже, може успішно застосовуватися для нормалізації харчової поведінки, зниження або набору ваги (залежно від бажання клієнта).

Отже, використання тих чи інших засобів, методів, технік надання психотерапевтичної допомоги при корекції проблемної харчової поведінки має базуватися на механізмах розвитку проблемної харчової поведінки та відповідних методах нормалізації харчової поведінки або відновлення гармонізації тілесності. Це вимагає розробки системного комплексного підходу до психотерапевтичної корекції, що відображено у наступних підрозділах.

6.3 Структура та особливості авторської програми нормалізації харчової поведінки

Обґрунтування моделі психокорекційної програми. Проблемна харчова поведінка (у спектрі «переїдання – відмова від їжі») потребує індивідуального супроводу та кропіткої спільної роботи різних фахівців (психолога, психотерапевта, психіатра, дієтолога, тренера з фізичного навантаження). Водночас, вважаємо, що відновлення здорової харчової поведінки можливо лише за умови гармонізації у функціонуванні тілесності, що припускає відновлення контакту зі своїм тілом, нормалізацію відносин з їжею та власним образом «Я», встановлення балансу між «турботою про себе» та «турботою про Інших». На нашу думку, виконання зазначених завдань найбільш ефективно здійснювати під час групової роботи в режимі тренінгу (що, безумовно, не виключає індивідуальної роботи).

Наша програма базується на ідеях гуманістичної психології згідно з якою кожна людина – суб'єкт, автор свого життя, своєї особистості та, відповідно, сама відповідає за своє становлення та розвиток, за свій життєвий шлях. Завдання нашої програми не передбачають формування будь-яких шаблонів. Навпаки, своє завдання автор дисертації бачить у тому, щоб допомогти людям з проблемною ХП прийняти образ власного «Я», розкрити особистісний потенціал (ресурси) для того, щоб надалі усвідомити та прийняти власну відповідальність за свої життєві вибори, зокрема за свою харчову поведінку. Окрім того, у програмі використовувалися підходи та техніки психодинамічного та екзистенціально-феноменологічного підходів, тілесно-орієнтованої терапії, гештальт-терапії, візуально-наративного підходу та арт-терапії, ігрової терапії, когнітивно-поведінкової терапії, раціональної терапії, психотерапії міжособистісних відносин, нейролінгвістичного програмування, АТ.

При реалізації завдання формування нових поведінкових навичок, прийомів спілкування та формування досвіду в ситуації групового спілкування ми спиралися на розроблені психокорекційні підходи Т-Груп (О. Ф. Бондаренко, С. В. Васьківська, О. М. Істратова, С. Б. Кузікова, К. Л. Мілютіна, Л. А. Найдьонова, А. А. Осіпова, К. Є. Рудестам, О. В. Чуйко, Ю. М. Швалб, Л. Ф. Щербина, Т. С. Яценко та ін.).

У процесі розробки концепції тренінгу ми виходили з припущення, що *проблемна харчова поведінка у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» обумовлена порушеннями у функціонуванні тілесності*. Одним із виявів такого функціонування є

хронічне відчуття незадоволеності собою, своїм тілом (зокрема, власною вагою як об'єктивною характеристикою зовнішності). Ми вважаємо, що момент (період) маніфестації будь-якого розладу харчової поведінки є своєрідною «миттю прориву» відчуття незадоволеності (вагою, собою та життям в цілому), що досягає свого апогею у формі перекручених стратегій харчової поведінки з яскравою специфічною клінічною симптоматикою. Отже, на момент, коли людина потрапляє у поле зору лікаря-психіатра та отримує відповідний діагноз (анорексія, булімія, компульсивне переїдання) вона дійсно демонструє хворобливі патерни харчової поведінки та коморбідну симптоматику (як апофеоз хворобливої «анестезії»), що обумовлено патологічним функціонуванням тілесності (патологічною фіксацією механізмів психологічного захисту). Але, визнаючи хворобливий характер стратегій харчової поведінки, що супроводжують розлади ХП, зауважимо, що суб'єктивно ці хворобливі патерни поведінки допомагають людині отримати відчуття задоволення, тобто *суб'єктивно вони є бажаними* (необхідними, невідворотними, невідхильними, корисними, ефективними, неминучими тощо). Одночасно ми наголошуємо, що витоки розладів ХП, тобто їх початок (ініціація) насправді готуються всім попереднім періодом розвитку тілесності людини, а отже, визначаються тими порушеннями, які утворюються під час розвитку та неоптимального функціонування соматичного та психічного рівнів тілесності (розглянуто у 2 розділі дисертації та публікаціях [519; 529; 560]).

Виходячи з окресленого вище, вважаємо, що *нормалізація харчової поведінки* потребує паралельної роботи з різноманітними порушеннями тілесності, що зумовлюють фіксацію перекручених патернів харчової поведінки (у т.ч. патологічних, хворобливих). Серед них найвпливовішими, на нашу думку, є наступні:

1) *порушення «контакту з тілом»*, що виявляються у дистанціюванні від тіла («відчуженням» тіла). Наслідком цього порушення є: а) зниження або навіть повна втрата навичок диференціювання, розпізнавання відчуттів голоду, насичення і ситості; б) втрата здатності до інтуїтивного розуміння потреб тіла як здатності відчувати фізіологічні потреби тіла та розпізнавати їжу, що необхідна саме «тут і зараз»; в) втрата здатності до адекватного розпізнавання багатьох інших тілесних відчуттів – болісних відчуттів, напруження у тілі, сексуального бажання тощо;

г) ігнорування змін у тілі та різноманітних обмежень як неможливості щось здійснити (що є наслідком ігнорування змін у тілі);

2) *порушення «відносин з їжею»*, що виникають та розвиваються під впливом тиску перекручених психологічних смислів, якими суб'єкт наділяє їжу;

3) *порушення образу «Я»*, що виявляється у неприйнятті та знеціненні самого себе, у т.ч. свого тіла. Наслідком цього порушення є «незадовільна» турбота про себе, що виявляється у позиції знецінювання власної особистості, неповазі до себе (знецінюванні своїх здобутків, досягнень, здібностей, чеснот) та знехтування власними істинними потребами, інтересами, бажаннями, почуттями, цінностями тощо;

4) *порушення гармонійності стосунків зі значущими Іншими*, що виявляється в надмірній (дисгармонійній) прихильності до Інших, яка ґрунтується на переконанні та готовності постійно жертвувати власними інтересами заради допомоги іншим з близького (та навіть віддаленого) оточення.

Розроблена автором дисертації графічна концепція тренінгу нормалізації харчової поведінки (див. рис. 6.1) базується на припущенні, що *нормалізація харчової поведінки є інтегрованим результатом оптимізації чотирьох компетенцій* (векторів, компонент, складників, факторів, аспектів, параметрів), що складають цілісне новоутворення – *компетентність* (як володіння окремими компетенціями), яка виявляється в готовності та здатності розв'язувати проблеми і завдання, що виникають у реальних життєвих ситуаціях на шляху до здійснення мети – нормалізації харчової поведінки та ваги. Кожен з векторів є певною компетенцією у системі відносин – з тілом, їжею, самим собою, Іншими та вказує спрямування психологічної роботи.

Специфічність психологічної роботи, що проводиться у межах вектору «контакт з тілом», спрямована на відновлення порушеного контакту з тілом (внаслідок його відчуження) та включає у себе: а) усвідомлення значущості позитивного ставлення до власного тіла; б) розвиток навички «слухати» та «розуміти» своє тіло, зокрема, визначати його потреби, відчуття, почуття, особливості реагування на різноманітні смаки, ситуації тощо; в) вміння диференціювати відчуття істинного або фізіологічного голоду від емоційного голоду (що дозволяє

втриматися від споживання їжі, коли в цьому нема істинної потреби); г) вміння диференціювати відчуття ситості і вміння зупинятися від подальшого споживання їжі у разі досягнення відчуття первинної ситості; д) гармонізацію тілесності як відновлення чутливості до її потреб. Очікуваний результат психологічної роботи в цьому напрямі – це встановлення гармонійного контакту з фізичним тілом (соматичним рівнем тілесності).

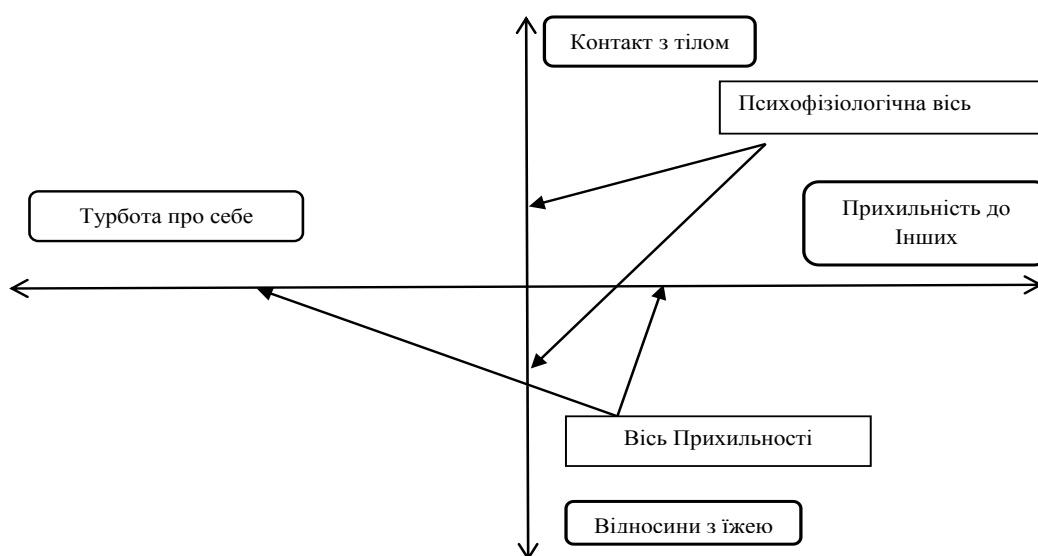


Рис. 6.1. Графічна концепція тренінгу нормалізації харчової поведінки: вектор як система відносин і напрямків психологічної роботи

Психологічна робота у межах вектору «*відносини з їжею*» дозволяє суб'єкту: а) виявити різноманітні психологічні смисли, якими він наділяє їжу; б) усвідомити особливості виявів домінуючої харчової стратегії, хибні звички, найтипівіші «помилки», що детермінують перекручені патерни ХП. Очікуваний результат психологічної роботи в цьому напрямі – це нормалізація відносин з їжею.

Специфічність психологічної роботи, що проводиться у межах вектору «*турбота про себе*», спрямована на підвищення самооцінки та прийняття себе в цілому, у т.ч. свого фізичного тіла. Така робота дозволяє суб'єкту *визначити істинні потреби власної тілесності та підвищити внутрішню готовність до свідомої відмови від сурогатних потреб*, що є підґрунтям для мобілізації власних ресурсів на діяльність у відповідності до індивідуального задуму свого життя. З огляду на це, психологічна робота у межах цього вектору є своєрідною перевіркою суб'єкта на «*вірність*» і «*відданість*» самому собі та спрямовує його на активні дії заради визначен-

ня та здійснення власних істинних бажань. Ми навмисно відмовилися від визначення означеного вектора щось на кшталт «ставлення до себе», що на нашу думку, здебільшого націлює на критичне оцінювання та негативний погляд на самого себе. Ми ж, навпаки, намагалися звернути увагу саме на необхідність сумлінної, ретельної турботи про власну тілесність. На нашу думку, саме це дозволяє особистості змінити позицію зневажливого ставлення до себе (що зазвичай характерно для тих, хто страждає від реального або уявного переїдання та від реальної або уявної зайвої ваги) та дозволяє особистості самореалізуватися саме так, як вона себе уявляє, а отже, дозволяє людині відчувати задоволення від себе та від свого життя. Очікуваний результат психологічної роботи за означеним вектором – це компетенція визначати сенс життя, значущість власного існування, мотиви власної поведінки, втілювати у життя власні істинні бажання, мрії, покликання, призначення тощо.

Психологічна робота у межах вектору *«прихильність до Інших»* дозволяє оптимізувати взаємини з іншими людьми. Зауважимо, що добираючи «назву» до означеного вектору, ми також цілком свідомо відмовилися від назви щось на кшталт «ставлення до інших» або «турбота про інших», тому що вважали за важливе звернути увагу людей, яким властиві перекручені патерни ХП, що саме їхнє невміння вчасно відмовити Іншим та сказати «ні» зумовлює у них відчуття непомірності обов'язків, відчуття життя як непомірного тягаря, в якому майже ніколи не вистачає часу для себе, а є лише необхідність задовольняти бажання і потреби Інших (що зумовлено або надмірною прихильністю до Інших, або власним бажанням «заслужити» від близького оточення увагу, симпатію, приязнь, кохання до себе тощо). Очікуваний результат індивідуальної роботи в цьому напрямі – це оптимізація відносин у континуумі «Я – Інші» за рахунок підвищення компетенції та збалансованості внутрішньої структури різноманітних видів прихильності, що зумовлює специфічність взаємодії з Іншими.

Графічна модель (система, структура) дозволяє наочно уявити і проаналізувати взаємозв'язки між ключовими чинниками, які визначають можливість нормалізації харчової поведінки, і дозволяє зрозуміти, як і яким чином можна впливати і змінювати ці фактори в умовах тренінгу. Чіткість графічної моделі надає можливість учасникам тренінгу розуміти принцип підбору тих чи інших вправ (конкретних технік, прийомів, процедур) для саморегуляції або зміни особистісних та тілесних

особливостей, у т.ч. стратегій харчової поведінки. Інакше кажучи, ясність концептуальної моделі тренінгу дозволяє зрозуміти технологію, алгоритми дій та шляхи досягнення поставлених завдань. Особлива перевага презентованої моделі пов'язана з тим, що запропонована графічна структура дозволяє кожному учаснику діагностувати (оцінювати) рівень розвитку кожного фактора у себе. При цьому, з'єднавши точки на вісях кожного з векторів у цілісній системі відносин, можна отримати т.зв. «Модель вітрила». Порівняння форми «реального» та «бажаного» вітрила (у системі променевої діаграми) дозволяє кожному учаснику побачити, в якому напрямку йому необхідно рухатися для досягнення бажаних поставлених цілей (див. рис. 6.2).

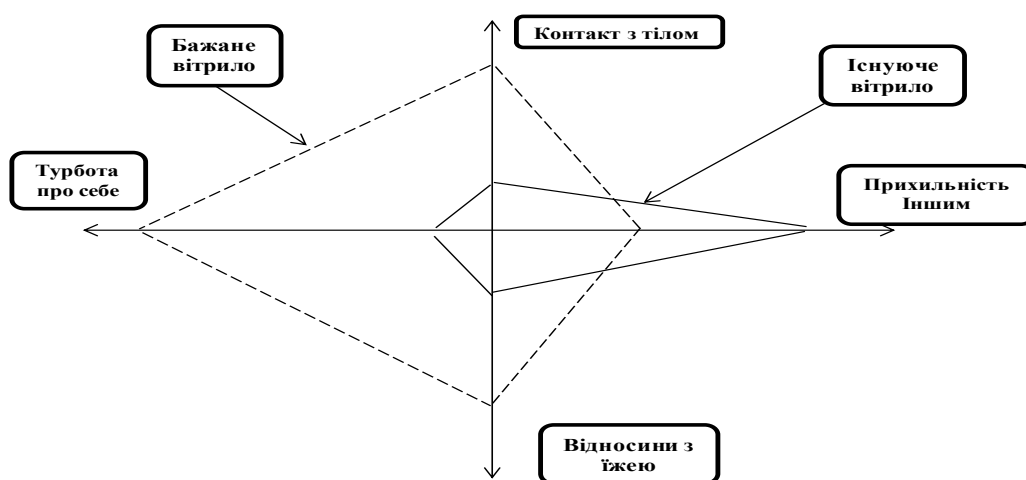


Рис. 6. 2. Порівняння форми «існуючого, реального» та «бажаного» вітрил у системі променевої діаграми векторів графічної концепції тренінгу нормалізації харчової поведінки

Примітка. Наприклад, поданий малюнок дозволяє побачити, що респондент бажає перебудувати свою систему відносин (зокрема, прагне посилити контакт з тілом, «підвищити» спроможність піклуватися про себе, посилити свої можливості у керуванні відносин з їжею та зменшити прагнення догоджати іншим у збиток власним інтересам).

Інакше кажучи, «бажане вітрило» задає реалістичну мету, яка завдяки вимірюванню стає наочною. Крім того, порівняння форми вітрила на «початку» та «наприкінці» тренінгу дозволяє кожному учаснику порівняти початкові і кінцеві результати в умовах тренінгу. Як зазначає О. В. Сидоренко: «модель з чотирьох вісей дозволяє ясно уявити досліджуване явище ... з хаосу народжується концепція, і ця концепція дає визначеність і віру. У загальному потоці життя можна лише страждати або насолоджуватися. Найчастіше – страждати. Концепція позбавляє від відчуття безсилля, безнадійності і тривоги. Чотири параметра можна оцінити, виміряти,

нехай навіть хоча б приблизно. З чотирма параметрами можна працювати ... модель дає надію на розвиток встановлених нею складових успіху» [355, с. 156].

Отже, «модель вітрила» тренінгу нормалізації харчової поведінки відповідає всім вимогам, які пред'являються до графічних концепцій тренінгу, а саме: 1) є ясною, чіткою і зрозумілою; 2) вимірюваною; 3) слугує «компасом» руху на тренінгу – задає тему (спрямування) психологічної роботи; 4) є сховищем клієнтських технологій.

Корекційна програма проводилася відповідно до декларованих статей Конвенції про права людини та біомедицині. Зокрема, стаття 16 декларує захист осіб, які є респондентами у наукових дослідженнях. Відповідно до означеної статті всі учасники Програми були інформовані щодо своїх прав та гарантій [166]. Участь у тренінгу була добровільною.

Основні умови прийому до групи: патологічні патерни ХП, що обумовлюють нестабільність ваги (маси тіла); хронічна незадоволеність собою та вагою; усвідомлення, що власна харчова поведінка є проблемною, неадаптивною, нездоровою; готовність спільного аналізу особливостей власної харчової поведінки у групі.

Оптимальна кількість учасників – 8-10 осіб (розмір групи не повинен перевищувати 12 осіб). При більшій кількості учасників групи втрачається ефект особистої участі. При меншому – знижується діапазон думок та емоційний «драйв», що знижує ефективність групової роботи.

Уся корекційна програма займає три місяці. Тривалість одного заняття 3-3,5 години. Тривалість занять визначається змістом теми, інтересом з боку учасників, стадією групового процесу та станом групи. Рекомендована частота занять: впродовж першого місяця – два рази на тиждень, а в наступні місяці – один раз на тиждень. При цьому учасники забезпечуються психологічним супроводом впродовж усього періоду роботи у групі та далі до досягнення ними бажаного результату (у вигляді індивідуальних консультацій та підтримки у режимі інтернет-спілкування).

Основна мета корекційної програми – це нормалізація харчової поведінки. Програма не ставить за мету «схуднення». «Зниження ваги» – це супутній результат психокорекційної роботи. Програма насамперед спрямована на відновлення контакту з тілом, нормалізацію відносин з «їжею», «собою» та «Іншими», що до-

зволяє підвищити ступінь задоволеності собою та життям загалом. Своєю чергою, гармонізація відносин у різних сферах тілесності сприяє трансформації стійких патологічних патернів харчової поведінки. Успішне вирішення проблеми «переїдання – обмеження в їжі», керування вагою та моделювання тіла – це результат причинно-наслідкового зв'язку в ланцюзі: «нормалізація відносин» – «нормалізація харчової поведінки» – «нормалізація ваги» – «моделювання тіла».

Завдання тренінгу:

- подолати проблему дистанціювання (відчуження) від тіла, відновити контакт із тілом та навчитися спиратися на його позитивний потенціал;
- відновити (розвинути) навички диференціювання стану ситості, насиченості та голоду;
- взяти відповідальність за свою харчову поведінку та за все, що відбувається у житті на себе;
- дослідити вплив психологічного смислу їжі на формування патологічних харчових патернів поведінки та нормалізувати відносини з їжею (тим самим ліквідувати психологічну залежність від переїдання);
- дослідити вплив самообмежень та самооцінки за напрямками «минуле-сьогодення-майбутнє» та «думки-почуття-поведінка», підвищити самооцінку та віру у власні можливості;
- установити баланс між «турботою про себе» та «турботою про Інших», оптимізувати комунікацію та взаємодію з Іншими.
- настроїти на психологічне моделювання фігури та стрункості (на роботу з «проблемними зонами» у тілі).

Розглянуті завдання можна конкретизувати відповідно до загальноприйнятих сфер психіки.

У пізнавальній сфері психокорекція спрямована на усвідомлення:

- психогенних факторів (ситуацій, що спричиняють напругу, тривогу, страх та інші негативні емоції), які провокують появу, фіксацію і посилення симптоматики розладів харчової поведінки (у групі та у реальному житті);
- зв'язку між емоційним реагуванням та особливостями власної харчової поведінки;

- існуючої неузгодженості між власним образом «Я» та сприйняттям себе іншими;

- власних мотивів, потреб, прагнень, відносин, установок, особливостей поведінки, а також ступенів їхньої адекватності, реалістичності та конструктивності;

- характерних захисних механізмів та копінг-стратегій;

- внутрішніх психологічних проблем та конфліктів;

- особливостей міжособистісної взаємодії, міжособистісних конфліктів та їх причин;

- особливостей формування системи відносин з їжею та Іншими (способи реагування, починаючи з дитинства);

- власної ролі, ступеня своєї участі у виникненні та збереженні конфліктних і психотравмуючих ситуацій, а також того, яким шляхом можна було б уникнути їхнього повторення у майбутньому;

- вироблення стресостійкості і формування позитивного мислення.

У цілому завдання психокорекції пізнавальної сфери зводяться до усвідомлення всіх зв'язків «особистість – ситуація – дисфункціональна харчова поведінка», інтерперсонального контексту власної особистості, її історичного та генетичного плану.

В емоційній сфері завдання психокорекції спрямовані на:

- дослідження можливості модифікувати свій спосіб переживань, емоційне реагування, сприйняття себе та своїх відносин з Іншими;

- нейтралізацію емоцій, які пов'язані з переїданням;

- одержання емоційної підтримки з боку психолога та групи, що призводить до ослаблення захисних механізмів, зростання відкритості, активності та спонтанності, відчуття власної цінності;

- можливість досліджувати свої почуття та стосунки із значущими Іншими, що дозволяє навчитися більш точно розуміти та вербалізувати свої почуття і емоційні стани;

- вільне вираження власних негативних і позитивних почуттів.

Загалом завдання корекції в емоційній сфері зводяться до отримання учасником групи емоційної підтримки та формування більш позитивного ставлення до себе; усвідомлення минулого емоційного досвіду та отримання нового емоційного досвіду в групі, точного розпізнавання і вербалізації власних емоцій.

У поведінковій сфері завдання корекції спрямовані на:

- змінення неадекватних харчових поведінкових стереотипів і закріплення раціональних харчових звичок;
- навчання розумінню сигналів власного тіла та орієнтації на задоволення своїх потреб;
- розширення навичок конструктивних копінг-стратегій, закріплення успішної стратегії поведінки у складних життєвих ситуаціях;
- розвиток і закріплення адекватних форм поведінки та реагування на основі досягнень у пізнавальній і емоційній сферах;
- розвинути форми поведінки, які сприяють підтримці балансу між «турботою про себе» та «турботою про Інших».
- подолати неадекватні форми поведінки, які пов'язані з униканням суб'єктивно складних ситуацій.
- узгодження підсвідомих процесів з свідомими діями, спрямованими на досягнення «вибраної ваги».

Реалізація поставлених завдань тренінгу неможлива без розуміння функціонування тілесності, яка є єдністю соматичної та психічної (тіла і душі). У процесі роботи з розладами харчової поведінки нам важливо перебувати на всіх «поверхах» багаторівневої будови тілесності, з тим щоб зрозуміти, як вони працюють, яким чином фізіологічні, психологічні та поведінкові механізми складаються в певні стратегії і моделі харчової поведінки. Усвідомлення того, що розлади харчової поведінки обумовлені тісним переплетінням фізіологічних механізмів, поведінкових стратегій (які засвоєні, «вивчені» в минулому), і високорівневих психологічних смислів їжі (їжі як розради, нагороди, ліків та ін.) Дозволяє розуміти, що саме і для чого необхідно змінювати у поведінці, дозволяє намітити орієнтири і вибудувати план корекційної роботи.

Програма тренінгу включає різноманітні вправи, більшість з яких можна виконувати самотійно (наодинці з собою), хоча можливість обговорення результатів з партнерами зазвичай значно підвищує ефективність виконаної психологічної роботи. Як результат такої роботи, як правило, є важливі інсайти, які допома-

гають «побачити вірний шлях» самокорекції або усвідомити необхідність звернення до фахівців (психолога, психотерапевта, психіатра).

Основні *психотехнології*: методика мозкового штурму, ритуальні та аналітичні вправи (на основі когнітивно-поведінкового підходу та НЛП), вправи на основі візуально-наративного та арт-терапевтичного підходів (робота з образами уяви – візуалізації, робота з асоціативними образами на основі метафоричних асоціативних карт, створення творчого вербального продукту у вигляді віршів, казок, історій, розгорнутих коментарів), малювання, ліплення, складання колажів, кіно-терапія, прослуховування притч, історій відповідно до теми та ін. У програму тренінгу органічно включалися притчі як ліричне доповнення до вправ і як художній прийом, що оживляє життєвий простір у тренінгу. Притчі – це непрямі вказівки, натяки, які проникають до серця подібно насінню. У певний час, у певний сезон вони проростуть і дадуть сходи. Ці твори вже самі по собі мають психотерапевтичне значення, тому що несуть життєву мудрість – ідеї добра, справедливості, відповідальності за своє життя, розуміння іншого, любові.

Основними механізмами корекційного впливу зазначених психотехнологій є: *повідомлення інформації, навіювання надії, універсальність страждань, альтруїзм, інтерперсональний вплив, відреагування емоційних переживань, конфронтація та научіння*. Діалоговий, багатовимірний підхід до організації занять припускає спонтанність психолога та учасників групи, тому ми наводимо не конкретні сценарії занять («тренінгові дні»), а лише матеріал для їхньої побудови психологом залежно від потреб учасників та актуальної ситуації у групі тренінгу.

Форми роботи: у мікрогрупах, в парах за типом «каруселі» (внутрішнє і зовнішнє коло, розмова в парах 2–3 хв., зміна пар), шерінг (початковий та завершальний), надання інформації, обговорення та групові дискусії, спільний спів, «груповий девіз вправи», паралельне ведення «харчового» та «емоційного» щоденників, домашні завдання.

Необхідні матеріали. Кожному учаснику пропонується виявити турботу про себе та принести для участі наступне:

1. Блокнот (зошит) для ведення «харчового» та «емоційного» щоденника. Це можуть бути два самостійних блокноти або один загальний (на розсуд учасни-

ка). Зручно, коли блокнот поміщається в кишеню, оскільки важливо, щоб він завжди знаходився «під рукою». Дизайн блокнота повинен бути привабливим для учасника, щоб йому приємно було брати його в руки. Це важливий психологічний момент, свого роду «психологічна установка» на Красу, і на визнання того факту, що він гідний оточувати себе красивими речами.

2. Листи або зошит формату А4 для виконання вправ.

3. Вода та їжа з урахуванням смакових переваг учасника (щоб у разі появи почуття голоду була можливість його вгамувати в повній мірі, а не страждати від необхідності його терпіти).

4. Вільний зручний одяг і килимок (для деяких вправ).

Ведучому необхідно виявити турботу про себе та Інших і підготувати: просторе приміщення, стільці за кількістю учасників, листи щільного паперу формату А3, маркери, бейджі, акварель, пензлі, кольорову крейду, олівці, клей, кольоровий папір, кольорові нитки, пензлик, різні журнали з картинками, кольорову фольгу, ножиці, м'ячик (для передачі слова на шерінгу), свічки, килимок (у кожного учасника), спокійну музику (для фону релаксаційних вправ).

При проведенні тренінгу встановлюються наступні **правила роботи в групі**:

- Приходити вчасно.
- Конфіденційність: інформація, що обговорюється в групі та стосується «особистих» життєвих історій кожного, не виноситься за межі групи.
- Активність: від активності кожного члена групи виграє вся група в цілому та кожний окремо.
- «Тут і зараз»: обговоренню підлягає те, що відбувається тут і зараз.
- Правило «одного мікрофона»: один говорить – усі слухають. Говорити коротко, чітко та по суті обговорюваного питання.
- Правило «Я – висловлення»: говорити тільки від свого імені, про свої почуття, думки, переживання; не говорити про присутніх у третій особі.
- Правило «Турботи про себе»: у загальне коло говорите тільки те, що ви можете собі дозволити (те, що озвучувати не хочеться – ваше право, залишити при собі); повідомляйте про свої труднощі, які перешкоджають участі в роботі групи (необхідність спізнитися або пропустити заняття, піти раніше та ін.).
- Правило конструктивного зворотного зв'язку: уникати оцінних висловлювань та узагальнень; говорити про поведінку, а не про особистість.

- Правило щирості. Кожний говорить те, що думає та не прагне відповідати будь-чийм очікуванням.

Умови досягнення успішного результату: - відмова від голодування та заборон на будь-які продукти (особливо ті, які належать до категорії улюблених); - заняття будь-якими формами фізичної активності (у межах одержання задоволення); - тимчасова відмова від алкогольних напоїв (на період роботи у програмі).

Специфіка групової форми психокорекції. Групова психокорекція є специфічною формою психологічної роботи, при якій основним інструментом впливу є група учасників (на відміну від індивідуальної психокорекції, де таким інструментом є тільки сам психолог). Специфіка групової психокорекції полягає у цілеспрямованому використанні групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємодій та взаємин, які виникають між учасниками групи.

Кожна група розвивається унікально. Взаємодія учасників, з одного боку, має непередбачений характер, з іншого боку – закономірний. Загалом група проходить через початкову стадію орієнтації, яка характеризується формуванням структури та стилю роботи, пошуком групових цілей, залежністю від ведучого. Потім група проходить через стадію конфлікту та боротьби за лідерство, яка пов'язана з питаннями міжособистісного домінування або внутрішньо-особистісних конфліктів, останні виявляються в закритій, відстороненій або демонстративній поведінці (наприклад, учасник, вважаючи власні проблеми найважливішими, звертає увагу групи на себе будь-якими способами).

Надалі учасники, працюючи над розв'язанням особистих, а не групових проблем, відкрито виявляють свої переживання та по-новому вибудовують внутрішньогрупові відносини – піклуються про комфортні відносини у групі (завдяки пережитим емоціям між членами групи з'являються сильні зв'язки). Члени групи стають більш толерантними, терпимими до слабкостей та недоліків інших, у більшому ступені відповідальними за власну поведінку. Учасники починають усвідомлювати необхідність і можливість відкритого вираження власних думок та емоцій щодо власних цілей на тренінгу та спільних цілей групи. Складається традиція прийняття різних думок, що сприяє появі групового продукту – найкращих рішень. Думка кожного стає цінною для групи, учасники почуваються компетен-

тними та згуртованими. Виробляється навичка спокійно полемізувати із приводу деяких недоліків своєї поведінки. Це свідчить про позитивний, терапевтичний вплив тренінгу на особистість (людина сприймає себе такою, якою вона сприймається групою). До тренінгу значна кількість осіб побоюється навіть припустити, що говорять люди у них «за спиною». Під час тренінгу приходить розуміння ситуації «на чужий роток не накинеш хустку», і наразі учасники, зовсім спокійно, без зніяковілості або іронії, здатні самі підказати іншим свої недоліки. Очевидно, що це дає більші психологічні переваги людині перед тими, хто не здатний поглянути на себе з боку й тверезо побачити свої сильні та слабкі сторони.

Взаємини та взаємодії, у які вступає учасник (клієнт) у групі, в значному ступені відображають його дійсні взаємини у реальному житті, в якому клієнт виявляє такі ж стосунки, установки, цінності, ті ж способи емоційного реагування та ті ж поведінкові реакції. Використання групової динаміки спрямоване на те, щоб кожний учасник отримав можливість виявити себе, а також на створення в групі ефективної системи зворотного зв'язку, що дозволяє клієнту більш адекватно та глибше зрозуміти самого себе, побачити власні неадекватні відносини та установки, емоційні поведінкові стереотипи, що виявляються в міжособистісній взаємодії, і змінити їх в атмосфері доброзичливості та взаємного прийняття.

Структура кожного заняття:

1. *Початковий шерінг* – спрямований на збір очікувань, переживань, почуттів, думок, ідей, висновків, запитів, побоювань або питань, які виникають при виконанні домашнього завдання. При проведенні шерінгу обговорюється низка правил: члени групи говорять тільки про себе (про власні почуття та міркування); висловлювати тільки почуття та переживання (тобто уникати оцінних суджень, аналізу реакцій інших та інтерпретацій). Реакція групи на шерінгу, як лакмусовий папірець, вказує на те, що визначити іншим способом проблематично.

2. *Основна частина*: робота над темою. Містить у собі міні-лекції, вправи та інші завдання (дослідницькі, формувальні, розвивальні), відповідно до основної мети та завдань тренінгу. Більшість міні-лекцій та вправ вимагають групового обговорення результатів. При цьому ведучий керується загальновідомими правилами групового обговорення [522, с. 24]. При завершенні більшості вправ учасникам пропонувалося пригадати або вибрати із запропонованого переліку афоризмів той,

який, на їхню думку, найбільш повно відображує сутність виконаного завдання. Ідеї фіксувалися на окремому аркуші, що передавався ведучому. Шляхом підрахунку більшості голосів визначався «груповий девіз вправи». На нашу думку, таке завершення вправи дозволяє підвищити ефективність конкретної вправи, оскільки стимулює пошук особистої метафори до виконаного завдання, дозволяє зрівняти власні висновки з висновками групи, сприяє поєднанню групи.

3. *Завершальний шерінг*, який проводиться наприкінці кожного заняття, дозволяє всім членам групи провести внутрішню рефлексію заняття та можливість виразити свої почуття, що сприяє «внутрішнім відкриттям» (інсайтам), які виявляють оздоровчий психотерапевтичний ефект. Мета шерінгу – усвідомлення своїх почуттів та внутрішніх процесів, що відбуваються на тренінгу, аналізування та закріплення досвіду, постановка цілей на майбутнє. Розкриття переживань інших людей надає учасникам відчуття підтримки (на відміну від відчуття самотності), сприяє об'єднанню та згуртуванню учасників.

Етапи психокорекційної програми. Презентована психокорекційна програма з нормалізації харчової поведінки включає наступні етапи роботи: орієнтовний, основний та етап аналізу харчового та емоційного щоденників. Стисло окреслимо зміст кожного з них.

Відкриває програму *орієнтовний етап*. Для ведучого важливо сформувати довірчу обстановку, яка є необхідною умовою відкритості і згуртування групи.

Зазвичай першій зустрічі властива тривога як учасників, так і терапевта групи. Учасники, як правило, не мають практичного досвіду продуктивної участі в роботі групи і тому не відчують себе у безпеці серед незнайомих людей, побоюються розкриватися. Значну тривогу зумовлює незвичайність ситуації. Психолог (психотерапевт) теж може турбуватися за успіх майбутньої роботи (з приводу того, чи зможе він допомогти групі людей стати психотерапевтичною продуктивною групою і досягти поставлених ними цілей). Можна мати значний досвід роботи з групами, проте кожна зустріч з черговою групою означає нову спробу побудувати її ефективно жити, тому певна тривога в цій ситуації цілком природна.

Для групи цей етап можна порівняти з періодом раннього дитинства: учасники знайомляться один з одним, виявляють щось спільне (знайомих, хобі, стратегії поведінки, у т.ч. харчової, інтереси тощо), помічають схожість і відмінності у життєвих цілях, цінностях, надіях та побоюваннях, у життєвому досвіді.

На першій зустрічі надається інформація щодо завдань, методів і форм роботи групи. Спільно з групою виробляються та приймаються правила. До завдань цього етапу також включається збір очікувань, мотивування учасників на активність (як умови досягнення ефективного результату), діагностика особистісних та тілесних особливостей, обговорюється темп роботи (для когось він занадто повільний, для інших – надто швидкий). Все це відбувається безпосередньо в процесі знайомства учасників групи. Вправи, що пропонуються на цьому етапі:

Шерінг-знайомство. Мета: зібрати очікування учасників групи; познайомити із правилами роботи групи й необхідними матеріалами.

Вправа: Ставимо цілі – «будуємо вітрила». Мета: усвідомлення впливу порушених відносин на формування деструктивних патернів харчової поведінки та усвідомлення можливості їхнього змінення.

Правила роботи групи (перелічимо тільки ті, які обумовлені специфікою цього тренінгу): - «забути», де стоять ваги; - приймати їжу в звичному режимі; паралельно вести «харчовий» та «емоційний» щоденники. Докладне пояснення цих правил наведено у наших публікаціях [514; 522].

Основний етап. На цьому етапі психокорекція відповідно до графічної концепції тренінгу спрямована на роботу за двома вісями – вертикальною та горизонтальною. Перша вісь – психофізіологічна, включає два вектори (вектор «контакт із тілом» і вектор «відносини з їжею») та передбачає роботу, яка спрямована на відновлення контакту з тілом та прояснення психологічного смислу їжі в житті людини, що страждає на розлади харчової поведінки. Друга – вісь прихильності – включає вектор «турботи про себе» і вектор «прихильності Іншим» та припускає освоєння різноманітних технологій (методів, технік, вправ), що дозволяють оптимізувати структуру прихильності в континуумі «Я – Інші» (див. додаток Е). Однак такий розподіл є досить умовним, тому що більшість вправ передбачає паралельну

роботу з двома вісями. При цьому, на нашу думку, кожний ведучий може визначати порядок проходження вправ та їхнє комбінування за своїм розсудом.

Всі вправи, інтерактивні лекції, приклади нашої терапевтичної роботи, рекомендовані матеріали для ознайомлення наведені у нашому практичному керівництві «Тренінг нормалізації харчової поведінки: Програма психологічного супроводу на шляху до свободи від переїдання») [522].

Етап аналізу харчових та емоційних щоденників. Основною метою цього етапу є аналіз змісту харчового щоденника (після 5-6 тижнів заповнення) та порівняння його результатів з даними емоційного щоденника.

Задача цього завдання спрямована на виділення основних патернів харчової поведінки (нормальних та проблемних). Завдання що пропонується, потребує достатньо значного часу на його виконання, зазвичай – кілька днів. Щоденник можливо аналізувати самостійно. Однак ефективність аналізу звичайно підвищується за допомогою уточнюючих запитань, які задають інші учасники «трійки» – консультанти (ефект «погляду з боку»). При цьому зауважимо, що виявлення будь-яких закономірностей харчування (надмірностей, зривів тощо) можливе тільки у тому разі якщо не застосовується будь-яка спеціальна структурована дієта.

Хід проведення аналізу харчового щоденника та приклади профілю харчової поведінки деяких учасниць нашого тренінгу наведені у додатку Ж.

Отже, програму присвячено одній глобальній меті – нормалізації харчової поведінки. Водночас програма реалізує просту ідею – бути собою та самому будувати своє життя, прийнявши за нього повну відповідальність. Вправи, які виконувалися учасниками під час виконання цієї програми, дозволили їм відкрити СЕБЕ для себе – пізнати й прийняти потреби свого тіла, особливості ставлення до себе, їжі та Інших, особливості власної харчової поведінки, емоційного реагування, копінг-стратегії (як стратегії опанування та виходу із ситуацій, що травмують). Це надало їм можливість усвідомити власні дійсні бажання, відкрити нові значення стосунків, віднайти власні ресурси, а також вийти на новий рівень розуміння «турботи про Себе» та «турботи про Інших». Супутнім результатом програми нормалізації харчової поведінки є зниження ваги. У чому відмінність цієї програ-

ми від безлічі інших програм, які спрямовані на схуднення? Насамперед у спрямованості на пророблення психологічної проблематики. При цьому учасники забезпечуються психологічним супроводом впродовж усього періоду роботи в групі та надалі до досягнення ними бажаного результату (під час індивідуальних консультацій та надання психологічної підтримки у режимі інтернет-спілкування).

Процес нормалізації харчової поведінки у людей з викривленими патернами харчової поведінки – це досить складний тернистий шлях, на якому звичайно виникає безліч питань, і саме тому цим людям необхідна тривала підтримка. Схуднути, звичайно, можна й самотійно. Однак для багатьох людей із проблемами переїдання одним з головних завдань є завдання збереження стабільної ваги впродовж тривалого періоду. Таким чином, одне із завдань нашої програми було спрямоване на зміну й формування нових стратегій харчової поведінки, які дозволять утримувати стабільну вагу. Нові харчові звички дозволяють захистити організм від харчових зривів і вагових «гойдалок» (стрибків у масі тіла, коли вага то знижується, то набирається, що надзвичайно шкідливо не тільки для тіла, але і тілесності в цілому).

Під час реалізації програми ми разом з учасниками рухалися від усвідомлення психофізіологічних особливостей харчової поведінки та особистісних якостей до прийняття почуттів, розширення зв'язків у соціальних ситуаціях, вибудовуванню контактів та моделюванню близьких стосунків. Ми зверталися до різних сторін їхнього буттєвого існування, до їхнього минулого, теперішнього та майбутнього – до того, *якими* вони прагнуть бути, і того, *як* вони прагнуть жити.

Ми далекі від упевненості, що за один цикл тренінгових занять учасники здатні дійсно повністю, усвідомлено й самотійно змінити своє життя та свою харчову поведінку. Але ми впевнені, що переважна більшість учасників змогли встати на шлях усвідомленого ставлення до себе та потреб свого тіла, на шлях переоцінки своїх відносин з їжею та Іншими. У них з'явилися для цього ресурси: досвід пізнання та прийняття себе, відчуття повноти життя. Результат нашої роботи не в теперішньому моменті – адже результат тренінгової роботи завжди націлений на майбутнє та в значному ступені визначається закономірностями латент-

ного періоду – часом, який необхідний не тільки для осмислення нових знань, але й для апробації нового досвіду вже не у тренінгово-ігровій формі, а у реальному житті. Повинен пройти етап внутрішнього прийняття змін, що відбулися та усвідомлення їх частиною себе. За даними науковців (С. В. Васьківської, В. О. Климчук, С. Б. Кузікової, К. Л. Мілютіної, О. В. Сидоренко, Т. С. Яценко та ін.), довжина латентного періоду становить від двох до шести місяців. На рис. 6.3 наочно зображена загальна динаміка внутрішньої мотивації до зміни харчової поведінки під час і після тренінгу.

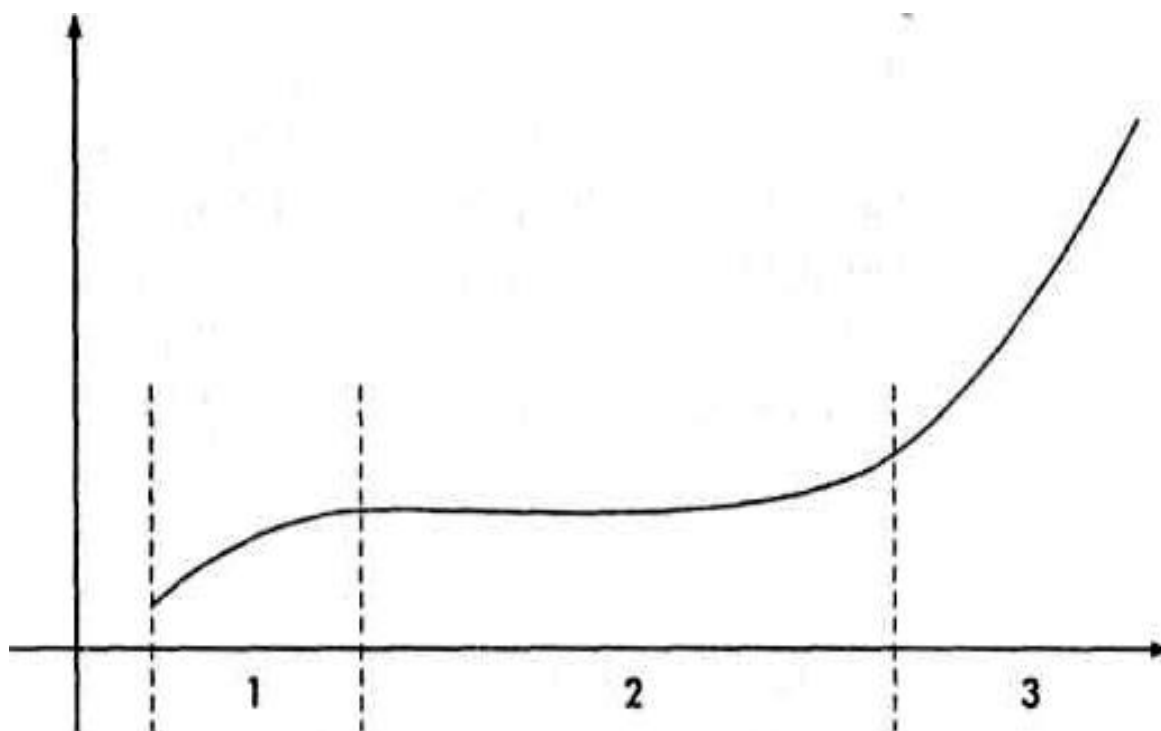


Рис. 6.3. Тривалість латентного періоду

Примітка: 1.– час участі в тренінгу нормалізації харчової поведінки; 2– латентний період (2– 6 місяців); 3– розвиток внутрішньої мотивації до зміни харчової поведінки після завершення латентного періоду.

Отже, у період проведення програми нормалізації харчової поведінки не варто розраховувати на швидкий результат. При цьому, безумовно, кожний учасник одержує свій результат, який визначається його особистим «внеском» у пророблення власних психологічних проблем. У додатку 3 наведені окремі приклади висловлювань та відгуки учасниць нашого тренінгу.

6.4 Сучасні психотехнології як інноваційний ресурс нормалізації проблемної харчової поведінки

6.4.1 Застосування інструментарію візуально-нарративного підходу щодо нормалізації харчової поведінки. Створення усних та письмових текстів під час психокорекційної терапії тісно пов'язано з реалізацією нарративного підходу. Поєднання вербального творчого продукту з метафоричними асоціативними картами, фотографіями, листівками, малюнками, мандалами тощо дозволяє говорити про візуально-нарративний підхід. «Тексти» як відгук на візуальні стимули (асоціативні карти, фотографії, малюнок, мандалу та ін.) можуть бути будь-якого характеру (біографічного або фантазійного) та будь-якого стилю (проза, римовані та неримовані вірші, казки, особисті історії, есе та ін.). В одному варіанті візуальний ряд може бути первинним, а тексти вторинними. При цьому «текстом» може бути просто розгорнутий коментар учасника групи (клієнта) або творчий авторський текст, який складає клієнт. В іншому варіанті, навпаки, первинними можуть бути тексти, а потім до них добираються візуальні стимули, які теж у подальшому описуються та аналізуються в їхньому зв'язку з реальним життям (реальною життєвою історією) клієнта.

Методологічну та теоретичну основу підходу складають ідеї культурно-історичної теорії Л. С. Виготського, нарративної психології (Дж. Брунера, Т. Сарбіна та ін.), французької філософії постструктуралізму (Ж. Дерріди, М. Фуко, Ж. Делеза та ін.), антропології переживання (В. Тернера, Б. Майерхофа, К. Гірца та ін.), драматургічної соціології (Е. Гоффмана та ін.). На думку П. Рея та С. Андерсона, більш вірним було б вважати нарративну практику культурно-креативним підходом.

Засновниками нарративної терапії є М. Уайт та Д. Епстон (1990), які у своїй книзі, що була присвячена питанням терапії на основі нарративного підходу, обґрунтували основні положення, принципи і поняття [668].

Нарративний підхід належить до нон-структуралістських. Прихильники нарративного підходу поділяють уявлення про те, що будь-яке знання – це знання з певної позиції, тобто знання контекстуалізоване. *Жодне описання світу не може*

претендувати на універсальність, тому насправді можлива необмежена безліч описів світу. Відповідно, до опису світу не можуть застосовуватися критерії «істинності» або «хибності», а тільки критерії правдоподібності, узгодженості (поряд з естетичними та прагматичними критеріями). Описи також відрізняються за тим, відкривають або закривають вони людині можливості для реалізації її цінностей, мрій, надій тощо. Коли у житті людини домінує історія, яка закриває можливості, ми можемо говорити про існування проблеми. Однак у житті людини завжди со-існує безліч історій і крім проблемної історії (тієї, яка домінує), є ще альтернативні (бажані) історії. Жодна проблема не захоплює життя людини на 100%. Інакше кажучи, крім «проблеми» у житті людини завжди присутні інші сфери (зони, моменти життя тощо), які цією проблемою не є. Завжди є якісь ресурси та якийсь досвід, на основі яких можливо реалізувати наміри і досягти поставлених цілей (які, однак, поки не включені в життєву історію людини).

Це означає, що поведінка людини не вважається маніфестацією тих чи інших структурних характеристик її особистості або будь-яких структурних особливостей тих взаємин, до яких людина включена. Наративні психотерапевти причини вчинків шукають саме в сфері смислів, а не в сфері тих чи інших порушених «потреб», «дисфункцій», «особистісних розладів» тощо. Тому у наративному підході говорять про вчинки, які здійснюються у певних умовах у відповідності до цінностей та намірів людини або всупереч ним, а не про якісь «глибинні» якості, властивості та порушення, які здатний осягнути тільки проникливий експерт-психолог або психіатр (і відповідно, сама людина, без фахівця, збагнути не може).

Сучасне уявлення про наратив у гуманітарних науках містить два його розуміння: наратив у широкому сенсі – це сюжетно та хронологічно організоване усне або письмове оповідання, у вузькому сенсі – певний спосіб організації особистісного досвіду. Н. В. Чепелева визначає наратив як «замкнену завершену структуру, що включає такі характеристики, як послідовність і завершеність дій, подій, що змінюють одна одну і розміщені у хронологічному або ж іншому, підпорядкованому якійсь єдиній логіці, порядку, оцінки найбільш значущих подій, афективне ставлення до них оповідача [443, с. 14]. При цьому виділяється центральна тема або декіль-

ка тем, які є головними у наративі і на яких наголошує автор. Окрім розповідача, або наратора, існує слухач, який не просто сприймає сюжет наративу, а і є його активним співавтором, тобто процес створення наративу є діалогічним [444, с. 18].

Серед *принципів наративної терапії* автори виокремлюють насамперед: взаємну повагу, рівність позицій терапевта і клієнта, підтримку, відкритість, довіру, співробітництво, щирий інтерес, позицію «не-знання», стимулювання прагнення «стати творцем своєї унікальної історії», фокусування уваги клієнта на позитивних моментах його життя (тобто на тих моментах життя, коли людина виявляла кращі, сильні сторони своєї особистості і демонструвала власні можливості).

У додатку К розглянуто основні поняття наративного підходу (проблемна або домінуюча історія; альтернативна, бажана або контр-історія; «унікальний епізод», ландшафти мислення) та наведені приклади унікальних епізодів учасниць нашого тренінгу.

Візуально-наративний підхід тісно пов'язаний з постмодерністським розумінням дискурсу як способу вербальної та візуальної комунікації з системою значень, яка йому відповідає і яка тісно пов'язана з культурними і соціальними умовами життя людей. Значний внесок у наративну терапію здійснив М. Фуко, який розробив поняття дискурсів [420-422; 612]. Автор розглядав дискурс як певний світогляд – систему тверджень, практик, встановлених структур, які є спільними цінностями. Дискурси – це інтерналізовані наративи культури, знання, які сприймаються як істина (хоча насправді вони умовні і є всього лише загальновизнаною домовленістю). Дискурси є в будь-якій сфері стосунків.

У практичній роботі психолога як ведучого групи (або під час індивідуальної психокорекційної терапії) слідування візуально-наративному підходу передбачає організацію сприятливих умов для створення творчого вербального продукту учасниками групи (клієнтом) своєї «особистої історії». Створення подібних історій на основі візуально-наративного підходу дозволяє клієнту досліджувати значення вербальних і/або візуальних образів, встановити між ними логічні зв'язки, організувати та осмислити свій досвід, відчувати спадкоємність досвіду, висловити своє світосприйняття, усвідомити свою ідентичність і зв'язок особистої історії з

соціокультурним контекстом. Значна увага в межах візуально-нарративного підходу надається рефреймінгу, який дозволяє змінити значення образів залежно від контексту, що фактично означає «переписування» проблеми або особистої історії людини. Ю. А. Чаусова зазначає здатність нарративу поєднувати минуле, теперішнє та майбутнє в єдину історію. При цьому, перетинаючись один з одним, вони можуть набувати різний зміст, трансформуючись зі зміною життєвих поглядів людини, її уявлень про минуле та теперішнє, планів на майбутнє. Індивідуальна розповідь охоплює весь простір життя особистості, адже людське минуле, теперішнє та майбутнє усвідомлюються і певним чином тлумачаться тільки в межах певного оповідання про себе, своє життя, свої плани [442, с. 229]. На думку Т. М. Титаренко: «У нас немає іншого способу описання свого грядущого, свого прийдешнього, ніж продовження історії, розпочатої сьогодні чи вчора» [393, с. 4-5].

Наративні психотерапевти, Дж. Фрідман і Г. Комбс, відзначають: «наше сприйняття реальності організовується та підтримується за допомогою створення історій. Ми використовуємо їх для того, щоб оформити і передати інформацію про самих себе та інших людей. ... Для багатьох психотерапевтів, котрі керуються цим підходом, уявлення про приховану структуру психіки поступилося місцем уявленням про визначальну роль метафор мови, історій і їх значень» [614, с. 243]. Поряд з цим, М. Ніколз і Р. Шварц відзначають, що у фокусі уваги психотерапевтів, які спираються на нарративний підхід, є *не стільки прагнення змінити поведінку, скільки зміна значень особистого досвіду клієнтів*. На їх думку: «Наративні психотерапевти не вирішують проблем своїх клієнтів. Вони сприяють звільненню клієнтів від ілюзій, в які вони були занурені під впливом культурних чинників, для того щоб вони могли здійснювати самостійний вибір і користуватися багатством своїх можливостей... Наративна психотерапія зумовлює змінення ідентичності клієнта» [638, с. 407].

Ми приєднуємося до думки О. І. Копитіна і Б. Корт, які відзначають, що «переваги візуально-нарративного підходу полягають у можливості глибокого і всебічного пророблення психологічного матеріалу на основі активності самого клієнта» [169, с. 50]. Цей підхід дозволяє клієнту самому знайти і розкрити як значення візуальних

образів, так і логічні зв'язки між образами. На думку D. Denborough, складно переоцінити переваги візуально-нарративного підходу при роботі з тими, хто відрізняється від більшості людей своїми звичками, цінностями, поглядами і/або способом життя – з різноманітними маргінальними групами або меншинами, наприклад, з людьми, які мають порушені стратегії харчової поведінки, нетрадиційну сексуальну орієнтацію та ін. [601]. Наративна практика ефективно застосовується у роботі з людьми, які зазнали психічної травми, з гострою реакцією на стрес або з посттравматичним стресовим розладом (у таборах біженців, у «гарячих точках», у ситуації окупації тощо).

На сьогодні наративний підхід розглядається як засіб розвитку особистісних особливостей, досягнення ідентичності (М. Епштейн, О. М. Кочубейник, Т. Сарбін, К. О. Черемних, А. Шюц, О. М. Шиловська та ін.), форма усвідомлення особистого досвіду (Дж. Брунер, Дж. Гінзбург, Н. Ф. Каліна, Є. С. Калмикова, І. В. Кошова, Е. Мергенталер, М. Уайт, Н. В. Чепелева та ін.), засіб організації особистісного майбутнього і самоконституювання (О. Є. Духніч, М. М. Копотун, Т. М. Титаренко, К. О. Черемних та ін.), метод аналізу міжпоколінної історії (Р. Барт, І. О. Разумова, О. Є. Сапогова та ін.) або корекційний сімейний психотерапевтичний метод (Д. Комбс, Д. Фрідман, Ю. А. Чаусова та ін.). Ми приєднуємося до тих авторів (К. С. Жорняк, Н. В. Чепелева, Дж. Робінсон, Л. Тейлор, Т. М. Титаренко, Д. Фрідман, Г. Комбс, М. Ніколс, Р. Шварц та ін.), які вважають, що особлива цінність цього підходу у можливості його застосування як ефективного засобу психологічної самодопомоги.

На нашу думку, візуально-наративний підхід (як поєднання візуальних стимулів та «письменництва» тексту з подальшим аналізом їхніх зв'язків з реальною життєвою історією) має значний потенціал при роботі з людьми, що страждають на проблемну харчову поведінку, і може сприяти вирішенню цілого комплексу психокорекційних завдань, серед яких можна виділити наступні: поліпшення суб'єктивного самопочуття і зміцнення психічного здоров'я; самодослідження учасників групи (клієнтів у індивідуальній терапії) для виявлення психологічних проблем («проблемних моментів життя»); розвиток навичок усвідомлення власних емоцій та почуттів, відреагування негативних травматичних переживань;

переосмислення минулого та орієнтація на позитивне майбутнє, набуття сенсу життя на основі розвитку самосвідомості, зростання самоприйняття та самоповаги як основи стабілізації емоційного стану та поведінкових змін; встановлення та розвиток взаємозв'язків з іншими людьми; вивчення способів міжособистісної взаємодії щодо створення основи ефективного і гармонійного спілкування з Іншими; сприяння процесу особистісного розвитку, реалізації творчого потенціалу, досягненню оптимального рівня життєдіяльності.

Звернення до писемного мовлення (у процесі письменництва) дозволяє досягти більш високої концентрації почуттів і більш високого рівня опанування почуттями у момент творчості або в момент озвучування (оповідання) свого творчого вербального продукту. Крім того, для деяких людей письмове вираження думок та емоцій є м'якшою, безпечною та комфортною формою вираження своїх уявлень і фантазій, ніж усне мовлення, оскільки дозволяє їм створити певну міжособистісну дистанцію і тим самим захистити свої особистісні межі (у разі недостатньої довіри до групи або психотерапевта).

Процес наративної психотерапії передбачає етап проходження екстерналізації проблеми (дистанціювання «проблеми» від людини). На думку М. Уайта, якщо людина описує себе за допомогою предикатів «занадто», «недостатньо» тощо (наприклад, «я занадто товста» або «я недостатньо струнка»), то вона тим самим постулює, що проблема «у ній самій» [669]. Таке формулювання, крім дискомфорту, який вже існує як хронічне відчуття незадоволеності собою, додає ще почуття сорому та провини. Щоб уникнути цього відчуття наративний підхід пропонує прийом «екстерналізації», який дозволяє дисоціюватися від «проблеми». При цьому остання може уявлятися як якась «Сутність», яка має свої плани, наміри на життя людини, стратегії, тактики, прийоми, які значущо відрізняються від намірів суб'єкта та заважають йому рухатися в оптимальному для нього напрямі. Таким чином, екстерналізація проблеми – це психотерапевтичний прийом, який спонукає учасників групи (клієнта у процесі індивідуальної роботи) об'єктивувати (персоналізувати) проблему шляхом створення вербального або образного продукту під час творчого процесу. Завдяки цьому проблема піддається

трансформації, змінюється її сприйняття і проблема стає тим, на що можна вплинути і що можна змінити (на відміну від позиції відчаю і безпорадності, коли певна проблема здається глобальною, не вирішеною, незмінною і стабільною). Іншими словами, екстерналізація проблеми пом'якшує гостроту її переживання та забезпечує значні можливості щодо її осмислення. Більш того, екстерналізація дозволяє включити проблему в більш широкий особистісний контекст, подивитися на неї з різних позицій та відшукати нові сенси. Це створює умови для переосмислення і переозначування проблеми, а надалі дозволяє людині виявити та відчути у собі нові можливості – ресурси, на основі яких стає можливим пошук альтернатив і зміна поведінки. Проблема сприймається як «об'єкт» на який можна впливати. Це дозволяє людині взяти на себе більшу відповідальність за характер зв'язків з «Проблемою», знизити почуття провини, підвищити якість власного життя та самоєфективності (Х. Гольденберг, І. Гольденберг, М. Вайт, Д. Епстон та ін.) [619; 668; 669]. Зауважимо, що в цьому разі, коли проблема «виноситься за» і вже не належить людині, то вона «вміщується» у соціально-історичний контекст. Значну увагу масштабним культурним дискурсам, які підтримуються суспільством (зокрема, ідеям, які пов'язані з сучасною владою) приділяє в своїх працях М. Фуко [420-422]. Автор звертає увагу, що сучасна влада на відміну від традиційної не зосереджена в руках однієї людини (сюзерена, царя, короля) та не обмежується тим, щоб забороняти, обмежувати, виносити моральне судження й карати. Вона невидима, її підтримують не конкретні особи, які мають владу, а всі члени певної культури. Сучасна влада спирається на винесення нормативного судження: в кожній культурі та субкультурі є свої норми і стандарти того, що значить «відбутися як особистість», «жити правильно», «бути успішним», «привабливо виглядати». Люди постійно порівнюють себе та інших з цими еталонами і приходять до висновку щодо власної «особистісної неспроможності», «зіпсованої ідентичності», «невдалої долі», щодо необхідності самоконституювання відповідно до цих норм [669].

Крім етапу екстерналізації, процес нарративної психотерапії передбачає етап конструювання. Під даним терміном Ж. Дерріда розуміє критичний аналіз

ідей, які були некритично засвоєні, тобто свого роду «розпакування» або «контекстуалізацію» [602]. Використовуючи деконструювання, фахівець допомагає клієнту усвідомити, що уявлення або переконання, які домінують в його свідомості, є «ілюзією», і що насправді реальність є набагато різноманітнішою й ширшою. Основний сенс деконструкції як психотерапевтичного прийому, полягає в тому, щоб створити «якийсь простір» між людиною та ідеями, зробити ці ідеї видимими, щоб людина могла на них подивитися і оцінити їх вплив на себе. Пошук інших, нових варіантів дозволяє звільнити людину від «ілюзорних істин», розширює її горизонти, надає їй відчуття свободи, сили та впевненості у досягненні нових можливостей. Реалізація такого творчого пошуку найбільш імовірна при написанні прози, віршів, пісень. На думку низки фахівців (О.С. Чабан, О.О. Хаустової, А.О. Олейнік, О.Ю. Жабенко, Н.Ю. Жабенко та ін.), процес творчості нормалізує роботу мозку, стабілізує емоційні процеси та підвищує самоконтроль. Це дозволяє застосовувати творчий процес під час психотерапевтичної корекції проблемної ХП, стресових станів, фобій, тривоги тощо [439, с.45].

6.4.1.1 Застосування техніки «складання віршів» щодо нормалізації харчової поведінки. У програмі нормалізації харчової поведінки застосовувалися різноманітні техніки, що слугували інструментом екстерналізації вербальної продукції: есе, особисті історії, казки, вірші (зокрема, сінквейн та акровірш) і безліч різноманітних вправ на основі метафоричних асоціативних карт, які теж, звичайно, супроводжувалися розгорнутим коментарем. Використання віршів допомагало учасникам актуалізувати та висловлювати значущі для себе почуття і ідеї, які здатні передати персональне ставлення до себе і світу.

Вправа: Проблема, Акростих і Я.

Мета: ознайомити з діагностичним і психотерапевтичним потенціалом складання акровірша, що дозволяє прояснити і усвідомити власні почуття, думки, стратегії поведінки і ресурси.

Акровірш – вірш, у якому кожний новий рядок визначається послідовністю букв у стимульному слові. Наприклад, якщо стимульне слово – «Світ», то

перший рядок у вірші починається на літеру «С», другий – на літеру «В», третій – на літеру «І», четвертий – на літеру «Т».

У нашій роботі акровірш використовувався, з одного боку, з діагностичною метою, оскільки зміст акровірша дозволяє виявляти емоційний, поведінковий та когнітивний компонент на стимульне слово. З іншого боку – акровірш «вплітався» у психокорекційний процес у поєднанні з метафоричними асоціативними картами. Це відбувалося наступним чином. Після завершення створення акровіршу учаснику пропонувалося свідомо підібрати асоціативну карту до кожного рядка або об'єданого ряду рядків акровірша (за бажанням учасника). Далі робота може проводитися двома варіантами.

Перший варіант. Учасник, під час вибору карти до кожного рядка акровірша (або об'єданого ряду рядків), описує карту та спільно з ведучим (або партнером) аналізує зв'язки між рядками свого вірша, обраною асоціативною картою та тими почуттями і думками, які у нього виникають під час психологічної роботи.

Під час корекційної роботи з учасниками тренінгових груп ми надавали наступну інструкцію: «Згадайте будь-яку актуальну для вас (у теперішній період) проблему, проблемні відносини, задачу, мету. Позначте її одним словом (виділяється одна-дві хвилини часу). Запишіть це слово не як зазвичай, горизонтально, а за вертикаллю. Якщо у слові зустрічаються літера «І» або «Ь» знак чи «'», то ви їх можете відразу виключити. Отже, ви отримали початкові літери для створення акровірша. Кожна буква ключового (стимульного) слова – це початок рядка. У своїй творчості ви абсолютно вільні. Крім умови, що ми вже обговорили при поясненні, «що таке акростих», – ніяких інших умов немає. Це може бути так званий «білий вірш» – вірш без рими, і немає необхідності обов'язково зв'язувати рядки акровірша між собою будь-яким логічним змістом. Ви можете взяти собі часу стільки, скільки вам необхідно, але зазвичай вистачає п'ять-сім хвилин – тому що це просто політ ваших думок і це легко ...».

Другий варіант. Після завершення процедури добору та викладання карт до кожного рядка акровірша (або об'єданого ряду рядків) учаснику пропонується підібрати слово або словосполучення до того послідовного візуального ряду карт

як цілісної (узагальненої) картини. У додатку ЛІ наведені приклади акровіршів деяких учасників нашого тренінгу.

Вправа: Проблема, Сінквейн і Я.

Мета: ознайомити з діагностичним та психотерапевтичним потенціалом створення сінквейну, що дозволяє прояснити і усвідомити власні почуття, думки, стратегії поведінки і ресурси.

Сінквейн (від фр. *cinquains*, англ. *cinquain*) – п'ятирядкова неримована віршована форма творчості (поезії). Вперше, як ефективний метод розвитку дитини (як творча робота щодо створення віршів внаслідок впливу японської поезії), став використовуватися на початку ХХ століття у США. Суть стилю сінквейн – це «згорнутий», поетичний відгук на ключове, стимульне слово. Надалі техніка «створення сінквейна» стала поширено застосовуватися з дидактичною метою як ефективний метод розвитку образної мови та креативності.

Останнім часом ця техніка стала застосовуватися в різних країнах під час психотерапії (психокорекційної терапії), оскільки розглядається як метод, який дозволяє досить швидко та ефективно діагностувати емоційний стан у зв'язку з проблемною ситуацією (проблемою) та сприяє усвідомленню, проясненню глибинних цінностей і ресурсів. Інакше кажучи, метод має значний діагностичний та психотерапевтичний потенціал. Крім того, він дозволяє знизити (розрядити) рівень «напруги» на етапі формування контакту та довіри (під час тренінгу, консультування, психотерапії тощо).

Суть методу полягає у створенні учасником тренінгу (клієнтом) вірша на тему, яка ним самим позначається як проблема (проблемна ситуація). Створений творчий продукт (вірш), з одного боку, відображає синтезовану інформацію (установки, стереотипи, думки, почуття, переживання людини) та є своєрідним інструментом пізнання, ілюстрацією (проблеми, актуальної ситуації, теми, питання), а з іншого, – дозволяє створити новий «бажаний» продукт, побачити перспективу змін, визначитися з ресурсами. Складання сінквейну як методу психодіагностики та психотерапії, незважаючи на його творчий характер, відбувається за певними правилами (див. табл. 6.1).²⁹

²⁹ Алгоритм, що наводиться у таблиці 6.1. пропонується у формі звертання до клієнта чи групи клієнтів.

Таблиця 6.1

**Правила складання сінквейну
як методу психодіагностики та психотерапії**

У першому рядку позначається головна тема – Проблема	Сформулюйте для себе суть проблеми. Позначте її одним словом (зазвичай це іменник)
Другий рядок – опис стану, властивостей, якостей, які характерні для вас у проблемній ситуації	Дайте відповідь собі на питання: Коли я стикаюся з цією проблемою, то Я яка? або Якою мене змушує бути ця Проблема? Які особливості Проблеми (характеристики проблемної ситуації)? Доберіть два слова (прикметники, дієприкметники чи метафору з двох слів)
Третій рядок – опис дій, які зазвичай здійснюються вами у описаному вище «проблемному» стані.	Дайте відповідь собі на питання: Коли я у цьому стані, то які дії я зазвичай здійснюю? Що змушує мене робити Проблема? Доберіть три слова (три дієслова), які є діями.
Четвертий рядок – це ваші почуття, переживання, ставлення до себе або особисте ставлення до проблеми після здійснення дій у певному стані.	Дайте відповідь собі на питання: Які почуття у мене виникають після того як я дію, здійснюю, вчиняю (цим певним чином)? Яке ставлення у мене виникає до себе або проблеми після того як я здійснюю ці дії? Доберіть чотири слова, які відображають почуття, переживання, ставлення. Це може бути метафора з 4 слів.
П'ятий рядок – це новий стан, який виникає після здійснення дій або нова (інша) тема	Своєрідне резюме – позначається одним словом (іменник у однині);
Подальший хід роботи: 1. Учасник (клієнт) зачитує вголос свій вірш. Ведучий (психолог, психотерапевт) задає питання: Що подобається? Що не подобається? Що хотілося б змінити? Як це може бути позначено по-іншому? 2. Ведучий прочитує сінквейн учасника: «Тепер я озвучу ваш сінквейн, просто як дзеркало. У Вас буде унікальна можливість почути себе як би з боку. Я читаю – Ви слухаєте». 3. Після прочитання: Що відкликається? Чи все подобається? Чи є те, що хотілося б змінити? Як може бути це позначено по-іншому? Ви можете це зробити прямо зараз – щось уточнити, змінити і зробити так, як хочеться. Ви можете підібрати інші слова або іншу метафору ... 4. Після внесення поправок, уточнюється: чи можливі ці зміни в реальності? Які Ви бачите реальні шляхи змін в бажану сторону? <i>Примітка:</i> якщо у вірші є деструктивні дії щодо інших людей (вбити, знищити) відзначається їхня руйнуюча сила для самого учасника (клієнта) та пропонується продовжувати змінювати вірш до досягнення іншого, більш сприятливого стану (в ідеалі трансформація в позитив).	

Після завершення етапу створення творчого вербального продукту (етапу «письменництва») учасникам пропонувалося підібрати асоціативні метафоричні карти на «початкове» та «завершальне» стимульне слово. Надалі робота здійснювалася на основі візуальних образів МАК.

В основі розглянутих технік (які базуються на поєднанні етапу «письменництва» з етапом візуалізації за допомогою карт) полягає кілька ідей. По-перше, це ідея *інтертекстуальності* – ідея про існування тексту в просторі інших текстів. Інакше кажучи, один «текст» (думки, теорії, слово та будь-який вербальний творчий продукт, дія, поведінка) може відсилати до тих текстів, про які в ньому навіть формально не згадується. Все, що «автор» (той, хто складає «творчий вербальний продукт») прочитав до написання свого тексту, проривається у його власному творі окрім його волі та свідомості. По-друге, це *ідея про нескінченну інтерпретацію тексту* – скільки читачів – стільки інтерпретацій (звідси впливає неможливість наявності експерта як кінцевого інтерпретатора). По-третє, це ідея *контекстуальності* (яка узагальнює дві попередні ідеї) – ідея невідокремлюваності тексту від контексту. При цьому контекст розуміється як точка відліку, щодо якої здійснюється інтерпретація подій, дій тощо. Залежно від контексту той самий текст (думки, теорії, слово і будь-який вербальний творчий продукт, дія, поведінка) може оцінюватися по-різному.

6.4.1.2 Застосування метафоричних асоціативних карт щодо нормалізації харчової поведінки. Метафоричні асоціативні карти (МАК), які також називають проєктивними або психотерапевтичними картами, з'явилися у 70-80 роки ХХ сторіччя як спеціальний психодіагностичний та психокорекційний (психотерапевтичний) інструмент у професійній психологічній практиці, в т.ч. у діяльності ведучого психологічних груп – для «розігріву» групи, встановлення довірчих відносин між членами групи, для діагностики актуальних потреб групи та ін. (І. Васильєва, І. Венщікова, Т. Д. Зінкевіч-Євстигнєєва, Р. В. Кадиров, Г. Кац, В. Кіршке, О. І. Копитін, К. Крюгер, І. В. Кулікова, Г. І. Малейчук, Є. Р. Морозовська, Е. Мухаматуліна, О. М. Нікітіна, Н. І. Оліфірович, В. Р. Пешковська Т. В. Скорабач, Р. М. Ткач, У. Халкола та ін.).

Асоціації, які виникають у людини під час описування карти та коментарів до них, виявляють актуальні стани, переживання і потреби, дозволяють виявляти основні страхи та бажання, внутрішні конфлікти, визначати особистісні риси, життєві стратегії та цілі, особистісний сенс минулого досвіду, «побачити» ресурси (як внутрішні, так і зовнішні). Метафоричні асоціативні карти через метафору (асоціації) дозволяють швидко отримати доступ до психотравмуючої ситуації, що з одного боку, допомагає виявити незавершені внутрішні процеси, а з іншого боку, – уникнути додаткової ретравматизації. Крім того, МАК створюють безпечний контекст для пошуку та моделювання рішення, запускають внутрішні процеси самоцілення та пошуку свого унікального шляху виходу з кризової життєвої ситуації.

Асоціативні карти як психодіагностичний та психокорекційний (психотерапевтичний) інструментарій, мають наступні переваги:

- створюють умови (безпечну, довірчу та комфортну обстановку) для саморозкриття, самовираження, самопізнання і більш ефективної соціалізації в групі, в індивідуальному консультуванні або в парі (в сімейному консультуванні);
- можуть застосовуватися при роботі з людьми з різними потребами та різним рівнем розвитку (починаючи від дітей 4-5 років та закінчуючи особами похилого віку);
- дозволяють знизити захисні бар'єри психіки, «обійти» раціональну частину мислення та отримати доступ до ресурсів несвідомого, «вивести» глибинний (неусвідомлений) матеріал на поверхню (кажучи метафоричною мовою – допомагають «вийти зі своєї шкаралупи» та «розбити лід» у тривожній ситуації), що створює умови для емоційної регуляції;
- доступні, зручні та економічні у використанні;
- допомагають реалізувати діалог між внутрішнім і зовнішнім, забезпечують гнучкість і глибину інформації, що отримується;
- активізують праву півкулю, яка відповідає за інтуїцію та творчий підхід до життя, «запускають» різноманітні асоціації, фантазію, і творчу спонтанну активність, що призводить до несподіваних інсайтів;
- в індивідуальному консультуванні можуть використовуватися як «фігури заступників» при роботі терапевт-клієнт один на один (під час гештальт-терапії, сімейних розстановок тощо).

У професійній психологічній практиці, МАК – це насамперед, проективна методика, яка заснована на феномені проєкції та дозволяє виявити глибинні індивідуально-психологічні особливості особистості, які недоступні безпосередньому спостереженню. З цього випливає, що важливим є не той смисл, який спочатку був закладений автором (дослідником, художником) у картинку, а той душевний відгук, який виникає у кожної конкретної людини на ту чи іншу картинку (або на ті чи інші слова та словосполучення). В одному зображенні різні люди бачать зовсім різні ситуації, приписують «героям» (дійовим особам сюжету) абсолютно різні якості, властивості, прагнення, бажання, мотиви вчинків (часто протилежні). Інакше кажучи, у відповідь на стимул кожний респондент пред'являє свій внутрішній смисл актуальних переживань. Більш того, навіть у одного й того ж клієнта у різні періоди його життя асоціації, контекст тієї чи іншої тематики та тлумачення того, що він бачить на зображенні, щоразу буде відрізнятися. З цієї точки зору колода асоціативних карт невичерпна – кількість комбінацій тематики для психологічної опрацювання нескінченна.

Досить часто при усвідомленому виборі карти власного «Я» люди обирають карту з зображенням людини іншої статі, віку, кольору шкіри, тобто психолог не завжди може зрозуміти, на чому ґрунтується такий вибір. Але навіть якщо цей вибір, на думку фахівця, є очевидним, то все одно психологу необхідно уточнити в учасника групи (клієнта), які риси «портретної людини» (людини на карті) значущі, важливі для нього. Іншими словами, що він хоче розповісти про себе та Іншого при виборі тієї або іншої карти. На основі якої саме схожості був зроблений цей вибір: зовнішності? стилю одягу? аксесуарів? атрибутів? виразу обличчя? У разі поєднання «карти зі словами» характеристикою схожості часто наділяється зміст послання.

При виборі карти «наосліп» принцип прояснення ставлення до себе або Іншого зберігається такий же (спочатку людина просто описує карту, а потім встановлює асоціації відповідно до завдання).

При використанні МАК під час психокорекційної роботи можливі різні варіанти пред'явлення та вибору карт:

1. У тих випадках, коли психолог пропонує усвідомлений вибір карти, то всі карти розкладаються лицевою стороною вгору.

Сприйняття карти (і художнє оформлення) пов'язане з координацією різних сенсорних систем, появою різноманітних асоціацій, з цілісним образом карти або якоюсь її частиною. При цьому, «оживають» спогади та «запускаються» процеси творчої уяви, формуються нові уявлення, «відкриваються» шляхи вирішення проблем. При усвідомленому виборі учасник (клієнт) змушений певним чином «вбудовувати» об'єкт сприйняття в систему індивідуальних значень, співвідносити карту зі своїм досвідом і потребами. У цьому, на нашу думку, організуюча або інтегруюча функція МАК.

2. У тих випадках, коли психолог пропонує неусвідомлюваний вибір карти (так званий вибір «наосліп»), то карти лежать «сорочками» догори.

3. Можливі вправи, в яких застосовується обидва варіанти – як усвідомлюваний, так і неусвідомлюваний вибір карти.

Варіант усвідомленого вибору карт більш безпечний, тому що передбачає більший контроль над ситуацією та відповідно знижує тривогу. Саме тому на початкових стадіях роботи перевага віддається цьому варіанту. Водночас вибір карт «наосліп» зазвичай сприймається клієнтами як можливість «покластися на долю», «отримати знак згори» тощо. Це привносить до роботи відчуття гри, створює інтригу, вабить загадковістю.

Психологічні функції метафоричних асоціативних карт (МАК). Ефективність метафоричних асоціативних карт забезпечується низкою психологічних функцій, які вони виконують як діагностичний та психотерапевтичний інструментарій. Всі функції МАК тісно переплітаються одна з одною та є важливою умовою особистісної реконструкції. Ми не вважаємо, що наведений у додатку М перелік психологічних функцій МАК є вичерпним, однак на нашу думку – це основні функції, які дозволяють успішно застосовувати їх як під час групового процесу, так і в індивідуальній терапії.

Реалізація психологічних функцій забезпечує емоційну та поведінкову стабілізацію (що особливо важливо при роботі з тривожними та невпевненими людьми, з психастеніками, шизоїдами та іншими порушеннями особистості). Більшість

функцій сприяє розвитку групових відносин на всіх етапах групового процесу (початкового, перехідного, робочого, завершального). Водночас, деякі з них (наприклад, комунікативна, фокусування, стимулювання) відіграють більш важливу роль на початку групового або індивідуального терапевтичного процесу, сприяючи становленню та розвитку стосунків.

Всі психологічні функції досить яскраво виражені на всіх стадіях процесу психокорекційних або терапевтичних змін (стадії, перед-роздумів, роздумів, дій та збереження). Однак одні з них (фокусування, стимулювання та ін.) відіграють вирішальну роль при переході від стадії перед-роздумів до стадії роздумів, а інші (наприклад, функція утворення смислу, рефреймінгу та ін.) більш значущі на стадіях роздумів, дій та збереження.

Розглянуті у додатку М функції реалізуються під час виконання цілей та завдань конкретних ігор-вправ на основі метафоричних асоціативних карт.

Цілі вправ на основі МАК:

- актуалізація та вираження позитивних та негативних почуттів, їх усвідомлення та інтеграція, як у зв'язку з конкретною ситуацією, так і з різними періодами життя;
- актуалізація та прояв латентних потреб;
- виявлення, усвідомлення та переоцінка установок, цінностей, особливостей характеру, стратегій поведінки;
- усвідомлення динаміки зовнішніх та внутрішніх змін;
- розкриття творчих можливостей та ресурсного потенціалу особистості (актуалізація і прояв внутрішніх і зовнішніх ресурсів);
- дослідження системи відносин, актуалізація і вирішення внутрішньо-особистісних конфліктів;
- усвідомлення і корекція дезадаптивних патернів мислення і поведінки, причин невротичного конфлікту, які пов'язані з певною психологічною проблематикою, і пошук ресурсів його вирішення;
- розвиток рефлексії стосовно «Я–образу», поліпшення навичок комунікації та взаємодії; актуалізація та вираження почуттів, які пов'язані з образом «Я», ставленням до себе і до різних аспектів особистісного функціонування;

- розвиток тілесної самосвідомості та самоконтролю, зміцнення особистісних меж та прийняття образу «Я»;

- розвиток соціальної компетентності та міжособистісної взаємодії (навички включення в спільну діяльність); усвідомлення спільності проблем і надання взаємної емоційної підтримки.

У нашому практичному керівництві ми докладно наводимо описання різних варіантів застосування МАК, як розвиваючого та психокорекційного інструменту, який ми застосовували в тренінгу нормалізації харчової поведінки [522].

Однак ми переконані, що МАК у поєднанні з їхньою доступністю для дітей та дорослих, є цінним інструментом для практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників і педагогів задля вирішення найрізноманітніших проблем. Відповідно, МАК можуть стати складовою частиною психокорекції та психотерапії при роботі з проблемами самого широкого кола, в т.ч. для відновлення психічного та фізичного здоров'я і корекції порушеної поведінки. Це можливо завдяки тому, що метафоричні асоціативні карти під час виконання вправи дозволяють людині отримати доступ до пригнічених (витіснених) почуттів та болісних переживань, усвідомити їх, знову прожити, висловити (відреагувати) і тим самим звільнитися від їхнього тиску. Зауважимо, що суттєві можливості варіювання форм і варіантів вправ на основі метафоричних асоціативних карт дозволяють фахівцям проявити свій талант і вміння як щодо творчого і емоційного розвитку особистості, так і для відновлення тілесності (як основи фізичного і психічного здоров'я).

6.4.2 Застосування кінотерапії щодо нормалізації харчової поведінки.

Фільми (художні та анімаційні), як і казки, історії, притчі, байки, легенди, билини, саги, міфи, анекдоти і сні, містять у собі різноманітні образи та підтексти, як явні, так і приховані. Саме тому, кожна людина інтерпретує фільм по-своєму, через призму свого життєвого досвіду, психологічних особливостей, цінностей та ставлення до світу. Коли ми дивимося фільм, ми бачимо героїв, які проживають на екрані «нашу» життєву історію. Ми ніби бачимо себе з боку, бачимо різні способи проживання трагедії та драми, комедії та трагікомедії. Цей досвід входить у

наше життя і може дати поштовх до нового розуміння себе, до іншого напрямку в русі життя. В цьому і є суть кінотерапії як одного з напрямків арт-терапії.

Кінотерапія (кінотренінг, відео-, арт- терапія) – одна з інтердисциплінарних форм постмодернізму, сучасний напрям групової психотерапії на основі об'єднання «кінематографічного мистецтва» та «психології». Цей метод перетворив «кіно» в ефективний інструмент для самопізнання, особистісного росту та вирішення внутрішньо-особистісних конфліктів (О. О. Баканова, С. В. Березін, Р. С. Емотін, А. Менегетті, А. О. Плєскачевська та ін.) (цит. за В. І. Шебановою) [509; 652; 653].

Перегляд кінофільму використовується: – як інструмент, що дозволяє «розширити» свідомість, інтенсифікувати почуття глядача (що сприяє позбавленню від зайвої раціональності культури), розкрити внутрішні резерви особистості, розширити горизонти сприйняття життя (у т.ч. у розумінні краси); – як засіб ефективної саморегуляції та вирішення внутрішньо-особистісних конфліктів, – як інструмент налагодження міжособистісних і міжгрупових взаємин; – як засіб психосоціальної адаптації осіб з емоційними та психічними розладами.

Перегляд кінофільму, його аналіз та групове обговорення дозволяє учасникам тренінгової (психотерапевтичної) групи: – виявити у собі приховані ресурси та внутрішню силу, щоб розв'язати свою важку ситуацію; – почати свій шлях до усвідомлюваних змін у житті; – подолати невпевненість та знайти нові перспективи; – пережити горе або втрату; – переоцінити та скорегувати свої дії; – звернути увагу на свої особистісні особливості та поведінкові патерни.

Цілі застосування кінотерапії в нашій корекційній програмі нормалізації харчової поведінки:

1. Розвиток здатності до самоспостереження. Стимулювання до прийняття відповідальності за своє життя та за себе (за свої почуття, думки і вчинки), щоб керувати своїм життям з позиції об'єктивного спостереження.
2. Розвиток здатності до саморозкриття, щирості у вираженні почуттів.
3. Розвиток здатності до співпереживання та можливості бути у контакті з почуттями та смислами інших людей.

4. Емоційне переживання (відреагування) та проживання учасниками актуальних на теперішній момент життя ситуацій та проблем.
5. Усвідомлення та переосмислення себе та своїх цілей, дій, почуттів, потреб, психологічних проблем.
6. Духовне (моральне) зростання.
7. Формування позитивного мислення та здатності бачити багатозначність та багатовимірність своїх мотивів і мотивів значущих людей.
8. Налагодження міжособистісних і міжгрупових взаємин.
9. Допоміжний дидактичний матеріал.

Застосування кінотерапії щодо нормалізації харчової поведінки, зокрема психотерапевтичні механізми кінотерапії, процедура її проведення та перелік фільмів, котрі пропонуються нами для осіб з проблемною ХП докладно презентовані у нашому практичному керівництві [522].

6.4.3 Особливості застосування аутогенного тренування як методу нормалізації харчової поведінки. У попередніх розділах ми вже зазначали, що відповідно до нашої моделі харчова поведінка людини міститься в межах континууму, що охоплює нормальні патерни харчової поведінки, епізодичні харчові розлади та патологічну харчову поведінку. Фіксація екстернального та/або емоціогенного типу харчової поведінки призводить до постійного переїдання, що надалі обумовлює надлишкову вагу та ожиріння.

Ми презентуємо колективний досвід роботи у «Школі правильного харчування» на базі Херсонського філіалу міжнародної мережі фітнес-клубів Fitcurves куди звертаються люди з метою корекції фігури, корекції викривлених патернів ХП та оволодіння принципами раціонального харчування. Організаційна робота містить кілька етапів. На попередньому етапі збирається анамнез (для виключення церебральних та ендокринних форм ожиріння), проводиться клінічна бесіда та діагностуються особливості харчування та типи харчової поведінки.

Першим етапом психокорекції є усвідомлення учасником корекційної групи його проблеми – дезадаптивного стереотипу харчової поведінки

(екстернальної та/або емоціогенної харчової поведінки, які безумовно чергуються з обмежувальною стратегією харчової поведінки).

На другому етапі з'ясовується особистісна мотивація зниження ваги (тому що спроба схуднути тільки заради схуднення приречена на невдачу). З цією метою ми застосовували опитувальник «Діагностика мотивації корекції фігури» (варіант модифікований нами) та методику «Декартові координати» (яка також була модифікована у відповідності до мети нашої роботи). На нашу думку, досягнення бажаного стану можливе лише заради значущої мети. У межах нашої роботи це оволодіння адаптивними стратегіями харчової поведінки та досягнення стрункості заради бажаної вагітності, народження дитини, отримання бажаної роботи тощо.

Третій етап: оволодіння учасниками групи корекції методом аутогенного тренування (аутотренінгу, АТ) як засобу вирішення різноманітних проблем, пов'язаних з фізичним та психічним здоров'ям [59; 63; 147; 149; 380]. Учасникам презентують сутність методу (для кращого розуміння його дієвих механізмів). Приклад презентації методу учасникам групи наведений у додатку Н і докладно описаний у публікаціях [478; 480; 482; 483; 484; 560].

Спираючись на досвід нашої психотерапевтичної та викладацької діяльності, ми рекомендуємо учасникам під час складання самостійних формул-намірів керуватися наступними правилами:

1. Формули-наміри необхідно конструювати у позитивній модальності (ефективнішим є оборот: «я хочу бути здоровою», ніж «я хочу не хворіти»).

2. Бажано, щоб формули-наміри заряджали позитивною енергетикою (емоційно запалювали, викликали радість, драйв, надихали на досягнення), тому що чим сильнішими є переживання, тим міцніша віра у їхнє здійснення, і відповідно, швидше відбуваються бажані зміни. Саме тому рекомендується включати у формули-наміри власний позитивний образ себе: «Я чудова», «Я приголомшлива», «Я роблю це легко й весело», «Я роблю це з відчуттям задоволення та радості», «Для мене це величезна радість» та ін.

3. Необхідно мати віру у можливість того, про що йдеться у формулі. Для підсилення віри, рекомендуємо фіксувати будь-які свої перемоги.

4. Твердження повинні бути короткими, конкретними, чіткими, щоб основна ідея фрази (тексту) була «прозорою», очевидною. Іншими словами, основна ідея фрази не повинна загубитися у витіюватих нетрях розумового процесу.

5. Під час одного сеансу варто обирати не більше двох конкретних завдань.

6. Задля складання тексту АТ рекомендується використовувати 12–15 формул-намірів. Дієслова пропонується використовувати у наступній послідовності: «Мрію – Хочу – Можу – Буду – Є (тобто сформульовано як вже здійснений факт, наприклад: я вже є така.. або маю це...))».

7. Формулювання майбутнього часу (наприклад: «Я прагну контролювати, ЩО й СКІЛЬКИ я з'їдаю») слід поєднувати з формулюваннями теперішнього часу («Я контролюю ЩО й СКІЛЬКИ я з'їдаю»). Це дозволяє звернути внутрішню увагу на фіксацію процесу, який вже відбувається у реальному часі.

8. Зміст формули-наміру має бути спрямований тільки на себе, тобто із застосуванням слів «я», «мені». Наприклад: фраза «Я хочу щоб мій чоловік не сперечався зі мною» є невдалою, тому що стосується іншої людини, а не себе.

Коротко перелічимо основні «мішені» психотерапевтичної корекції щодо харчової поведінки за екстернальним типом. Основна мета – це зміна поведінкового харчового стереотипу, що зумовлює систематичне переїдання внаслідок підвищеного реагування на зовнішній вигляд їжі: прийняття свого тілесного образу «Я»; оптимізація взаємовідносин з Іншими; зміна ціннісного ставлення до їжі; формування навичок у широкому діапазоні: диференціювання істинного стану голоду та апетиту від помилкового; завершення прийому їжі у фазі первинного насичення; стратегій та тактик харчової поведінки відповідно до принципів раціонального харчування; навичок саморегуляції щодо емоційного стану та зниження емоційного напруження; пошук і формування інтересів, які виходять за рамки гастрономічного дискурсу; формування установки щодо необхідності збільшення рухової активності. Наведемо окремі варіанти конструювання формул-намірів під час засвоєння учасниками корекційної групи методу АТ (табл. 6.2).

Таблиця 6.2

Варіанти конструювання формул-намірів учасниками корекційної групи

«Менш ефективні» варіанти	«Більш ефективні» Варіанти	Пояснення переваг
«Я не хочу набирати вагу й продовжувати товстіти».	«Я хочу знизити свою вагу на 15 кілограмів за три місяці».	А) Позитивна модальність («НЕ хочу» першого варіанту змінюємо на «ХОЧУ») Б) Невизначеність першого варіанту змінюємо на чітку установку щодо зниження ваги із зазначенням конкретного терміну та бажаного результату
«Я втомилася жити жирною короною, і прагну схуднути».	«Я прагну стати стрункою».	Перший варіант акцентує увагу на «негативних аспектах» реальності. Слово «схуднути» неусвідомлено пов'язується з коренем «худо» (погано). Відповідно, краще шукати позитивний аналог.
«Я боюся не впоратися із приступом обжерливості» (Варіант компульсивного переїдання, коли людина не помічає, що ї скільки вона з'їдає, ця особливість прийому їжі не дозволяє їй насолоджуватися процесом їжі).	Я уявляю собі як я повільно пережовую їжу. Я зосереджую свою увагу на смакових відчуттях їжі... Я із задоволенням вдихаю аромат їжі. Я із задоволенням насолоджуюся процесом їжі... Я легко контролюю як я їм – повільно – повільно... Я вчуся контролювати, що ї скільки я з'їдаю. Я насолоджуюся процесом їжі.	Переведення уваги з «ситуації тривоги» – «Я боюся не впоратися...» (перший варіант) на <i>процес</i> споживання їжі (формула дозволяє «розтягнути» його у часі, фіксує на позитивних переживаннях, які пов'язані із процесом приймання їжі). Дозволяє усвідомити можливість контролю і моделює «відчуття успіху», сприяє формуванню можливості взяти ситуацію під контроль та впевненості у собі під час вирішення проблеми.
Інші можуть переїдати, але я не буду.	Я оволодіваю процесом... Я вчуся контролювати що і скільки я з'їдаю. Я можу контролювати.	Переведення уваги з інших на себе; з того, що є проблемою (переїдання), на бажаний стан (можливість контролю над процесом приймання їжі)
Я можу дотримуватися обраної дієти. Мені подобається моя дієта Мені легко дотримуватися обраної дієти.	Я дотримуюсь принципів правильного харчування. Я їм усе, що корисно для мене. Відмова від шкідливої їжі – це відмова від отрути для мого організму.	Перевага надається дотриманню принципів раціонального харчування, котрі дозволяють врахувати різноманітність раціону харчування та забезпечити надходження усіх потрібних нутрієнтів для повноцінної життєдіяльності.
Я зможу їсти лише один раз на день.	Я люблю себе. Я турбуюся про себе. Я можу організувати процес свого харчування правильно.	Перший варіант акцентує увагу на обмеженому харчуванні, що є хибною стратегією ХП (саме така стратегія зумовлює переїдання). Другий варіант спирається на правила раціонального харчування.
Я не хочу займатися садомазохізмом, я не хочу страждати (стосується емоційного стану на тлі розлучення)	Я <i>гідна</i> жити повноцінним життям. Я <i>хочу</i> жити повноцінним життям. Я <i>можу</i> жити повноцінним життям. Я здійснюю... Я реалізую... Я творю... Я господиня свого життя.	Змінення негативної модальності першого варіанту на позитивну модальність.

Відповідно розглянемо основні «мішені» психотерапевтичної корекції щодо харчової поведінки за емоціогенним та обмежувальним типом. Основна мета психотерапевтичної корекції ХП за емоціогенним типом – це зміна поведінкового харчового стереотипу, що зумовлює систематичне переїдання внаслідок емоційного дискомфорту та бажання покращити емоційний стан за допомогою їжі. Основна мета психотерапевтичної корекції ХП за обмежувальним типом – це зміна поведінкового харчового стереотипу, що зумовлює систематичне обмеження в їжі внаслідок фіксованості на ідеї схуднення. Крім станів, розглянутих вище, мішенями корекції є різноманітні мотиви та психологічні смисли їжі, які провокують споживання їжі.

6.4.4 Авторські методи психодіагностики та психотерапевтичної корекції щодо нормалізації проблемної харчової поведінки. Мета цього пункту – презентувати модифікований варіант тесту інверсії емоційного відображення та авторський метод психотерапевтичної корекції проблемної харчової поведінки.

В умовах значного зростання числа людей з проблемною харчовою поведінкою (та її соматичними наслідками) зростає необхідність: а) у способах психодіагностики, які, з одного боку, дозволяли б обстежити одночасно значну кількість людей, а з іншого, – виявити ранні форми порушень; б) у способах психотерапевтичної корекції щодо ХП, що і зумовило наші наукові пошуки в означеному напрямі.

У багатьох дослідженнях (Н. Ю. Краснопорова, М. Палуді, Ю. Л. Савчікова, О. С. Чабан, R.-J. Milligan, G. Waller, C. F. Telch, W. S. Agras та ін.) звертається увага на високий рівень коморбідності функціональних розладів прийому їжі з афективною та невротичною симптоматикою [181; 295; 348; 437; 438; 636; 666]. Це дало підстави розглядати розлади ХП як розлади психосоматичного невротичного та афективного спектру (Є. І. Гетманчук, Б. В. Михайлов, В. Я. Сьомке, О. І. Салміна-Хвостова, А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян та ін.).

У хворих на неврози було описане явище інверсії емоційного відображення, яке особливо характерне для ранніх стадій розвитку захворювань (В. П. Леутін, О. І. Ніколаєва, 1986; 1988; О. І. Ніколаєва, А. М. Сафонова 1989; 2010) [209; 210; 276; 277]. На основі даних теоретико-практичних матеріалів нами був за-

пропонований модифікований варіант тесту, який дозволяє виявляти групу ризику відносно субклінічних розладів харчової поведінки.

Коротко зупинимось на основних положеннях, які покладені в основу теоретико-методологічної бази модифікованого варіанту асоціативного тесту інверсії емоційного відображення:

1. Стан емоційної напруги (тривожність, депресія) зумовлює специфіку розпізнавання, означування, ідентифікації та інтерпретації інформації, що виявляється в інверсіях емоційного відображення.

2. Нейропсихофізіологічний механізм інверсії (як результат порушення злагодженості в діяльності півкуль головного мозку) виявляється інверсіями емоційного відображення в асоціативній вербальній продукції і є ознакою невротичного розладу.

3. Інверсія емоційного відображення коморбідна з іншими патохарактерологічними ознаками (афективними порушеннями, алекситимією, неконструктивними копінг-стратегіями).

4. Психологічним механізмом явища інверсії емоційного відображення є негативний афективно-когнітивний стиль реагування, який обумовлює й підтримує високий рівень емоційної напруги.

5. Тривога та депресія визначають специфічну спрямованість уваги на емоційно негативну інформацію, що спотворює розпізнавання, селекцію, обробку й семантику вербальної (мовної) інформації. Стан депресії обумовлює переважне відтворення емоційно негативних слів, одночасно як підвищена тривожність визначає затримку реагування й/або «забування» емоційно негативної інформації (внаслідок функціонування механізмів психологічного захисту тривожна інформація не допускається у «поле усвідомлення»).

6. «Кризове переживання» (що виникає в критичних життєвих ситуаціях) може стати самостійним «функціональним органом», який неусвідомлено «запускається» суб'єктом як звичний спосіб вирішення життєвих проблем, навіть за відсутності «ситуації неспроможності». Емоційне ставлення та переживання є основою смислових утворень, діяльністю особливого роду – породженням смислу, який

виконує регулюючу функцію й у ситуаціях повсякденного життя. Загальні смислові утворення конституують (утворюють) одиниці свідомості особистості, які визначають головні (основні) та відносно стабільні ставлення людини до основних сфер життя – до світу, до інших людей, до самої себе.

7. Спрямований асоціативний експеримент як метод психологічного дослідження дозволяє подолати природні механізми психологічного захисту та, відповідно, виявити глибинні індивідуально-психологічні особливості особистості, які майже не доступні безпосередньому спостереженню.

8. Семантичний аналіз вербальних стимулів та мовної продукції може дозволити виявити сформовані установки та уявлення стосовно психосоматичного симптому, проблемної ситуації, «ситуації нездоров'я» та ін.

9. Життєдіяльність невротика підкоряється симптому, який помітно проявляється у певних «енергетичних» акцентах. Виявити ці «енергетичні» акценти можна через асоціативні зв'язки у поведінковому вербально-образному матеріалі. Виявлення взаємозв'язків між конкретними символами під час діагностики дозволяє об'єктивувати латентний зміст несвідомого. Визначення асоціативно-ітеративних зв'язків (тобто тих, які повторюються) дозволяє зрозуміти глибинні першопричини особистісної проблеми (внутрішньої суперечливості) й зробити їх прозорими (з позиції сенсу).

Докладне описання процедури застосування модифікованого тесту інверсії емоційного відображення презентовано у наших публікаціях [486; 487; 496; 560]. Приклад опису психодіагностичної та психотерапевтичної роботи з клієнтом за допомогою модифікованого тесту інверсії емоційного відображення презентовано у додатку П.

Авторський метод психотерапевтичної корекції проблемної харчової поведінки. Докладне описання авторського методу психотерапевтичної корекції проблемної харчової поведінки презентовано у наших публікаціях з яких 2 патенти № 67962 та №72773 Державного департаменту інтелектуальної власності [461; 463; 464; 466; 481; 490; 531; 560].

Обмеження роботи за обсягом не дозволяє нам докладно презентувати означені матеріали, тому на прикладі описання способу корекції емоціогенної

ХП (див. додаток Р) окреслимо основне. Поставлене завдання вирішується шляхом комплексного поєднання психокорекційного впливу, саморегуляції (аутогенне тренування), дієтотерапії та фізичних навантажень.

При звертанні клієнта зі скаргами на зайву вагу, котра є наслідком проблемної харчової поведінки проводиться аналіз анамнезу (для виключення церебральних та ендокринних форм ожиріння) та врахування типу викривленої стратегії ХП (у цьому разі емоціогенної). *Першим етапом* психокорекції є проведення раціональної психотерапії для усвідомлення клієнтом його проблеми – неадаптивної харчової поведінки в умовах стресової ситуації, котра виявляється емоціогенним стилем харчової поведінки наслідком чого є зайва вага. Завдання першої зустрічі з психологом – це встановлення довірливого контакту та проведення психотерапевтичного інтерв'ю. *На другому етапі* з'ясовують особистісно значущі мотиви для зниження ваги. *Третій етап*: власно психокорекція (як спосіб роботи психолога/психотерапевта з клієнтом).

Завдяки максимальному використанню внутрішніх ресурсів, а також залученню творчих здібностей особистості, виробляється індиферентне, байдуже й спокійне ставлення до їжі при стресі. Запропонований спосіб корекції порушення харчової поведінки дозволяє налагодити систему правильного харчування та здорового способу життя, що своєю чергою є фактором корекції ваги та підвищення якості життя загалом.

Висновки до розділу 6

1. З позицій інформаційно-семіотичного підходу культура харчової поведінки є надбіологічною програмою колективної людської діяльності, яка презентується через різноманітні культурні тексти щодо організації харчування, особливостей прийому їжі та індивідуальних стратегій харчової поведінки з урахуванням сукупності соціально-психологічних настанов, цінностей і зразків поведінки як окремих індивідів, так і референтних груп. Культура здорової харчової поведінки є системоутворювальним чинником, що визначається сукупністю су-

спільно визнаних культурних текстів щодо раціонального харчування та адекватної харчової поведінки як сукупності здоров'язбережувальних компетенцій, які дозволять зберегти, зміцнити та відновити здоров'я.

2. Формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки (ЗЗК щодо ХП) є одночасно і індивідуальним ресурсом особистості щодо вибору варіанту життя, і культурною зорієнтованістю особистості з питань харчової поведінки. Таке поєднання уможливорює реальне підвищення особистісної відповідальності за власне здоров'я і реальну оптимізацію стану здоров'я населення в цілому як соціального ресурсу, соціальної цінності та капіталу держави.

3. Засвоєні соціальні настанови та психологічні установки, цінності і смисли щодо їжі, харчової поведінки та образу власної тілесності мають ціннісно-смысловий, знаково-символічний та нормативно-регулятивний зміст щодо організації харчування, зумовлюють свідомий і неусвідомлюваний вибір тієї або іншої системи харчування, стратегій харчової поведінки під час прийому їжі.

4. Перетинання ціннісно-смыслових орієнтирів щодо їжі, стратегій ХП і образу власної тілесності в їх нерозривному взаємозв'язку детермінує спрямованість суб'єкта на певні стандарти та критерії оцінювання, якими він керується коли опиняється в ситуаціях повсякденної життєдіяльності щодо вибору та споживання їжі (вибору продуктів, способів обробки та приготування страв, режиму харчування, стильових особливостей харчової поведінки тощо).

5. Здоров'язбережувальна компетентність щодо харчової поведінки є багатокомпонентним інтегративним утворенням особистості, що спрямовує на здорову раціональну, гармонійну харчову поведінку. Структура означеної компетентності включає: систему знань з організації здорового харчування і адекватної харчової поведінки; систему вмінь щодо визначення психологічних смислів їжі у власних стратегіях поведінки, а також щодо розмаїття різних систем та стилів харчування; систему особистісного ставлення до здорових стратегій харчової поведінки та готовності розв'язувати різноманітні проблемні ситуації, що провокують до нездорових харчових патернів у ситуаціях стресу, хвороби,

примушування до їжі, застілля у контексті комунікації тощо (поведінковий аспект щодо оптимальної харчової поведінки і здоров'я в цілому).

6. Загальними умовами формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки є:

- ставлення (ціннісно-мотиваційний та емоційний аспект щодо адекватної харчової поведінки як основи здорового харчування),
- знання (когнітивно-рефлексивний аспект), які базуються на знаннях декларативного та процедурного генезу і формуються як теоретичний та практичний досвід щодо різноманітних систем харчування, стильових стратегій ХП, стильових стратегій поведінки щодо власної зовнішності та здоров'я в цілому,
- поведінковий аспект, що включає формування здорових стратегій харчової поведінки та інших умінь і навичок, які створюють психологічну готовність до розв'язання різноманітних ситуацій, що можуть спровокувати вияви проблемних (нездорових) патернів харчової поведінки у ситуаціях стресу, хвороби, примушування до їжі, застілля у контексті комунікації тощо

7. З'ясовано, що корекція проблемної харчової поведінки і проблема корекції ваги носить дискусійний характер та є предметом міждисциплінарних досліджень, а отже, розглядаються фахівцями різних напрямів (біологічного та психологічного спрямування). Біологічний напрям корекції ваги тіла включає медичні способи (фармакотерапію, лікувальне голодування, хірургічні методи) та способи щодо організації образу життя (дієтичне харчування, рухова активність, фізичні навантаження). Але специфіка застосування способів біологічного спрямування зводиться до необхідності певних маніпуляцій з тілом як з об'єктом, що зумовлює відчуження тіла. При цьому психологічні проблеми які здебільшого і провокують порушення харчової поведінки відсуваються у тінь.

8. Авторська програма нормалізації харчової поведінки базується на екзистенціально-феноменологічному, психодинамічному і візуально-нарративному підходах, використовує методи тілесно-орієнтованої терапії, гештальт-терапії, арт-терапії, ігрової терапії, когнітивно-поведінкової терапії, раціональної терапії, психотерапії міжособистісних відносин, нейролінгвістичного програмуван-

ня, аутогенного тренування. Основні психотехнології: методика мозкового штурму, вправи на основі візуально-нарративного та арт-терапевтичного підходів (візуалізації, робота з асоціативними образами на основі метафоричних асоціативних карт, створення творчого вербального продукту у вигляді віршів, казок, історій, розгорнутих коментарів), ритуальні та аналітичні вправи, кінотерапія, притчі та інші інструментальні прийоми (конфронтація, інтерпретація, реалізація зворотного зв'язку тощо).

9. Розмаїття підходів, психотехнологій методик та інструментальних прийомів дозволило організувати психологічне пізнання власної тілесності, виявити базові форми психологічного захисту за якими криється суперечність між логікою свідомого та несвідомого, особистісних проблем, виявити інфантильні передумови труднощів у спілкуванні з Іншими; переосмислити минуле та визначити позитивні орієнтири майбутнього у контексті власного життєвого шляху, розширити соціально-перцептивні компетентності шляхом опанування рефлексивних знань, оволодіти навичками самоконтролю щодо власної поведінки в ситуації прийому їжі.

Психокорекційним результатом програми та авторських методів нормалізації харчової поведінки є гармонізація контакту із власним тілом, нормалізація ставлення до їжі, прийняття власного образу «Я», оптимізація у відносинах з Іншими за рахунок встановлення внутрішнього балансу між турботою про себе та турботою про Інших.

Подальші перспективи досліджень у цьому напрямі ми вбачаємо у перевірці ефективності реалізації окреслених психологічних та соціально-педагогічних умов формування ЗЗК щодо ХП в освітньому процесі.

Результати досліджень, відображених у шостому розділі, презентовано у таких працях автора дисертації: [461; 463; 464; 466; 467; 478; 480; 481; 482; 483; 484; 485; 486; 487; 490; 493; 496; 498; 499; 501; 502; 503; 509; 510; 511; 512; 513; 514; 515; 522; 531; 536; 539; 540; 541; 548; 549; 550; 553; 560; 649; 652; 653].

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне й емпіричне узагальнення та запропоновано нове вирішення проблеми психології харчової поведінки. Результати проведеного дослідження дають підстави зробити наступні висновки:

1. У сучасній науці проблема харчової поведінки особистості у континуумі «норма – патологія» розглядається дослідниками різних напрямів: філософії, культурології, соціології, медицини та ін. Напрацьовано значну кількість даних щодо різних аспектів харчової поведінки. З усім тим, недостатньо досліджені психологічні аспекти, а також можливість інтегративного погляду на феномен харчової поведінки. Харчова поведінка як феноменологічне явище тілесності є метасиндромним системно-процесуальним утворенням метакаузальної природи, що здатне до самоорганізації нелінійних зворотних зв'язків і саморозвитку в умовах хаотичного спонтанного структурування. Таке розуміння харчової поведінки дозволяє розглядати її як холістичний результат взаємодії соматичного і психічного, індивідуального (внутрішнього) і колективного (зовнішнього) суб'єкта щодо цінності їжі або власне ситуації споживання їжі. У конкретної особи цей результат виявляється специфічною інтерсеміотичною системою дискурсів і просторово-часовою організацією контексту її життєвого шляху.

Запропонований підхід інтегрує результати досліджень різних напрямів загальної психології, зокрема психології тілесності, психосоматики, психосемантики, клінічної психології, патопсихології, психогігієни та інших суміжних галузей наукового знання, в яких досліджують харчову поведінку. Такий поліпарадигмальний ракурс дозволяє подолати обмеження традиційного клінічного підходу до розуміння розвитку аліментарно-залежних хвороб як лінійно-циклічного процесу та запропонувати нову модель розвитку харчової поведінки на основі принципів синергетичної методології. Це дозволить, з одного боку, підвищити ефективність вирішення проблеми поширеності ожиріння та розладів харчової поведінки як психокультурних хвороб, які є соціальним тягарем і злободевною проблемою сьогодення, з іншого – підвищити ефективність психологічної допомоги

людям з проблемною харчовою поведінкою у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» та деформаціями ваги.

Концепція сучасної психології харчової поведінки спирається на загально-наукову тенденцію використання синергетичної методології, оскільки вона дозволяє поєднати дистинкції – тіло й психіку, матеріальне й духовне, зовнішнє і внутрішнє, колективне і одиничне, індивідуальний та культурно-історичний розвиток, а також два найбільш актуальних методологічних підходи – холістичний і системний. Використання понятійно-термінологічного апарату синергетичної методології у дослідженнях психологічного напрямку дозволяє осмислити спільні для різних наукових дисциплін загальні процеси, розпізнати у них нові смисли, досягнути перспективу розвитку нового психологічного знання щодо психосоматичного розвитку харчової поведінки.

2. Концептуальна модель біо-психо-соціо-духовного розвитку харчової поведінки у континуумі «норма – патологія» характеризується багатовекторністю онтогенезу та масштабністю фракталів, що визначають варіативність динамічного нелінійного розвитку. Модель містить чотири вектори онтогенетичного розвитку, а саме сомато-, психо-, соціо-, екзистенціал-генез та чотири фрактали, що відображують послідовні етапи формування проблемних стратегій харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» від фракталу предиспозицій до фракталу розгорнутої клінічної картини різних нозологічних форм (зокрема ожиріння, психогенного переїдання, анорексії та булімії), що свідчить про перехід до атрактору хвороби-хаосу через каскад біфуркацій в системі тілесності. Викривлені патерни харчової поведінки (як відхилення від норми) виникають в умовах неврівноваженості та фактично є вибором нової траєкторії розвитку відповідно до ризомних взаємозв'язків динамічної структури тілесності. Донозологічний період розвитку складають фрактали предиспозиції, латентний та ініціальний і, відповідно, у цей період можливо обмежитися методами психотерапевтичної корекції та загальними психопрофілактичними заходами. Нозологічний період розвитку ХП відображає четвертий фрактал, який є етапом розгорнутої клінічної картини аліментарно-залежних хвороб, і відповідно, особливістю цього

періоду є необхідність у відновлювальній терапії усіх систем тілесності як відновлення цілісного здоров'я, що потребує залучення фахівців різних галузей: психологів, медиків різних спеціалізацій та ін.).

3. Проблемна харчова поведінка у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» ініціюються: а) множинністю психологічних смислів їжі – унікальними персональними міфами або специфічними ментальними конструкціями, що детермінують особливості проявів харчової поведінки у континуумі «норма – патологія»; б) невирішеними психологічними проблемами, що пов'язані з неадекватним ставленням до їжі, тіла/ваги, себе як особистості та до «Інших». Ці проблеми, у силу своєї невизначеності для самого суб'єкта, залишаються дестабілізаторами розвитку харчової поведінки, зумовлюючи або перманентний хаотичний стан, або хаотичну динаміку до атрактору хвороби.

Особливістю аліментарної родини є надмірне зосередження батьків на харчовій тематиці. Переважна більшість батьків ігнорують психофізіологічні переживання і смакові вподобання дитини та застосовують маніпулятивні тактики заохочувально-примусового та репресивно-заборонювального характеру. Останні викликають у дітей негативні почуття, які можуть зумовлювати ризому ліній розвитку, зокрема щонайменше двох критичних – надмірного дистанціювання від батьків або надмірної залежності від їхньої думки з постійним самопідтвердженням своєї малоцінності. Найпоширенішими наслідками споживання їжі в ситуації харчового насилля, є: звичка вживати їжу без уваги; негативні смисли та ставлення щодо ситуації споживання їжі; несформованість навичок диференціювання тілесних відчуттів і власних потреб не тільки харчових, але й особистісних; специфічний досвід переживання безпорадності, який фіксує на глобальному відчутті незадоволеності й провокує до застосування проблемних стратегій харчової поведінки у спектрі «переїдання – обмеження в їжі» як засобів зниження напруги, що значно прискорює вихід на атрактор хвороби.

Жінки з досвідом лікування безпліддя на тлі проблемної харчової поведінки та деформацій ваги, у випадку високої вмотивованості на материнство та готовності реалізувати себе у ролі матері, здатні змінити своє ставлення до харчу-

вання та власної тілесності й, базуючись на нових аспектах буття-існування, до-
тичних з темою здоров'я майбутньої дитини, обрати нові нормалізовані стратегії
харчової поведінки. Разом з тим, жінки з проблемною харчовою поведінкою, ко-
трі керуються установкою на життя без дітей, характеризуються індивідуалісти-
чною, егоїстичною спрямованістю на задоволення рекреаційних і матеріальних
потреб як безперечних для них атрибутів якості життя, що, з одного боку, зумов-
лює знецінення таких життєвих станів як вагітність і народження дитини, з іншо-
го – нівелювання цінностей взаємодії з «Іншими» – опікування, співчуття, захис-
ту, підтримки, допомоги тощо.

Встановлено, що найважливішими психологічними predisposиціями, які
зумовлюють циклічне відтворення чергування харчових стратегій у спектрі «пе-
реїдання – обмеження в їжі» з перевагою патернів переїдання та зростання ваги
є: тривале перебування у ситуації хронічного незадоволення тілом, вагою, собою
на тлі реальної зайвої ваги, що провокує до надмірного споживання їжі як
суб'єктивно найкращого способу досягнення психоемоційного комфорту; так
звана мертва зона уваги, що зумовлює відчуження тіла від «Я» та унеможливорює
рефлексію небажаних змін на всіх рівнях тілесності й орієнтує на пасивний варі-
ант життя; провідний мотив життєдіяльності – «антимотивація до схуднення» як
складна психологічна конструкція неефективного захисту й стратегії відмежу-
вання від життя, що містить: а) патологічно змінену потребу в їжі, коли процес її
споживання є смислотвірним мотивом поведінки нав'язливого характеру;
б) втрату навичок контакту з тілом і повноцінної турботи про себе; в) психологіч-
ну неготовність зустрічатися з дискомфортними переживаннями, пов'язаними зі
схудненням, на тлі відсутності сильних мотивів, як необхідного дискурсу внут-
рішньої значущості, що має спонукальну силу до цього процесу.

4. Встановлено, що Інтернет-комунікація є ефективним засобом проведен-
ня дослідження і надання психологічної підтримки людям, які перебувають у си-
туації уявної або реальної надмірної ваги на тлі хронічної незадоволеності влас-
ною вагою. Визначено, що нікнейми та аватари як атрибути самопрезентації ко-
ристувачів спеціалізованих форумів «анорексиків» та «товстунів», є символіч-

ною проекцією дискурсу існування-буття і здебільшого, виявляють особливості реальних або бажаних параметрів тіла; незадоволеність вагою, своїм тілом, собою і життям в цілому; занурення у тематику зниження ваги та харчування; бажання отримати новий життєвий статус; прагнення відгородитися від свого реального буття. Характерні відмінності між зазначеними елементами знаково-символічної самопрезентації користувачів різних форумів («анорексиків» і «товстунів»), пов'язані зі специфікою проблеми, що об'єднує цих людей в Інтернет-спільноті.

Проведений психологічний аналіз специфіки спілкування на спеціалізованих форумах свідчить, що таке спілкування має форму стихійної психотерапії, оскільки дозволяє обговорювати актуальні питання щодо проблемної ХП. При цьому наявний ризик отримання небезпечних порад, слідування яким погіршує фізичний і психологічний стан особи (посилює дисипативні процеси у живій системі) і провокує розвиток ХП у бік атрактору хвороби. Це актуалізує потребу у поширенні професійного онлайн-консультування з метою надання вчасної психологічної допомоги та формуванні ЗЗК щодо ХП серед користувачів Інтернет-мережі.

5. Здоров'язбережувальна компетентність щодо харчової поведінки є багатоконпонентним інтегративним утворенням особистості, що зумовлює здорову, раціональну, гармонійну, адекватну харчову поведінку. Структура означеної компетентності містить системи: знань з організації здорового харчування і адекватної харчової поведінки; вмінь щодо визначення психологічних смислів їжі у власних стратегіях поведінки, а також щодо аналізу різноманітної інформації щодо систем та стилів харчування; особистісного ставлення до здоров'я в цілому та раціональної ХП зокрема, що зумовлює готовність здійснювати вирішувати проблемні ситуації, що провокують до нездорових харчових патернів у ситуаціях стресу, хвороби, примусу до їжі, споживання їжі у контексті комунікації тощо – поведінковий аспект щодо оптимальної ХП і здоров'я в цілому). Загальними умовами формування здоров'язбережувальної компетентності є врахування когнітивно-

рефлексивного, ціннісно-мотиваційного, емоційного та поведінкового аспектів як готовності до вільного вибору здорових стратегій харчової поведінки.

6. Векторами психотерапевтичної корекції харчової поведінки з метою її нормалізації є порушення: а) контакту з тілом, яке проявляється у відчуженні тіла; б) «відносин з їжею», які приховують різноманітні нерозв'язані психологічні причини, що виникають під впливом перекручених психологічних смислів, якими суб'єкт наділяє їжу; в) образу «Я», що виявляється через неприйняття свого тіла та знецінення себе як особистості; г) гармонійності стосунків зі значущими «Іншими», що виявляється надмірною прихильністю до Інших та готовності постійно жертвувати власними інтересами заради допомоги іншим з близького (та навіть віддаленого) оточення. Результатом психокорекційної програми та авторських методів нормалізації харчової поведінки є гармонізація контакту із власним тілом, нормалізація ставлення до їжі та власного образу «Я», баланс між турботою про себе та турботою про «Інших», що дозволяє особистості досягнути автентичні екзистенції та свідомо обрати шлях оптимального функціонування з метою творчого життєздійснення.

Проведене дослідження з феноменології харчової поведінки не вичерпує всіх аспектів розглянутої проблеми. Перспективи подальшого дослідження полягають у вивченні чинників та психологічних механізмів, які визначають динаміку і спрямованість процесу нормалізації ХП з урахуванням вікових і статевих особливостей; з'ясуванні феноменологічних характеристик харчової поведінки представників різних етнічних спільнот; визначенні впливу мас-медіа на харчову поведінку дитячого та дорослого населення України; екстраполяції здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки у культурно-освітнє середовище, що потребує реалізації зазначених психологічних та соціально-педагогічних умов її формування відповідно до особливостей різних вікових груп, що сприятиме підвищенню рівня загального здоров'я населення як соціальної цінності та капіталу держави.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості / Л. М. Абсалямова // Проблеми сучасної психології. – 2014. – Вип. 25. – С. 19–33.
2. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – М. : Мысль, 1991. – 298 с.
3. Абульханова К. А. Время личности и время жизни / К. А. Абульханова, Т. Н. Березина. – СПб. : Алетейя, 2001. – 134 с.
4. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / [пер. с англ. А. Боковиков] / А. Адлер. – Академический Проект, Гаудеамус, 2015. – 240 с. (Серия «Психологические технологии»).
5. Айстраханов Д. Д. Узагальнені тенденції змін стану здоров'я дорослого населення України / Д. Д. Айстраханов, Г. В. Курчатов, М. Ф. Гаврилюк // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 1(5). – С. 12–18.
6. Александер Ф. Психосоматическая медицина / [пер. с англ. А. Боковиков, В. Старовойтов] / Ф. Александер. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2009. – 320 с.
7. Александров А. А. Современная психотерапия / А. А. Александров. – СПб. : Питер, 2004. – 400 с.
8. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М. : Литтера, 2010. – 272 с.
9. Алексеева Т. И. Адаптация человека в различных экологических нишах Земли / Т. И. Алексеева. – М. : МНЭПУ, 1998. – 280 с.
10. Алексенко Н. Н. Психоаналитические аспекты поведения человека в киберпространстве [Электронный ресурс] / Н. Н. Алексенко. – Режим доступа: <http://banderus2.narod.ru/98517.html>
11. Аммон Г. Психосоматическая терапия / [пер. с нем. В. Д. Вид] / Г. Аммон. – СПб. : Речь, 2000. – 238 с.
12. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания – 2-е издание / Б. Г. Ананьев. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с. (Серия «Мастера психологии»).
13. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья : концептуальные основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.

14. Андреева В. О. Состояние репродуктивной системы у девочек-подростков при нервной анорексии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01 / В. О. Андреева ; Ростовский гос. медицинский университет. – Ростов-на-Дону, 2008. – 49 с.
15. Андриющенко Т. Педагогічні умови формування здоров'язбережувальної компетентності в дітей дошкільного віку [Електронний ресурс] / Т. Андриющенко // Освіта регіону: політологія психологія комунікації. – Режим доступу : <http://social-science.com.ua>
16. Аниме [Электронный ресурс] / Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – Режим доступа : <https://ru.wikipedia.org/wiki>
17. Анорексия, булимия, похудение и диеты. Anorex.ru [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://anorex.ru/forum/>
18. Антропов Ю. Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю. Ф. Антропов, С. В. Бельмер. – М. : Медпрактика, 2005. – 444с.
19. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – № 1. – С. 3–18.
20. Апполонская Г. Болезни из магазина – вредные пищевые добавки – консерванты и антиокислители [Электронный ресурс] / Г. Апполонская. – Режим доступа: <http://www.prodolgoletie.ru/bolezni-iz-magazina-vrednyie-pishhevyie-dobavki-konservanty>
21. Арина Г. А. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа / Г. А. Арина, В. В. Николаева // Психология телесности между душой и телом / ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. – М. : АСТ, 2005. – С. 222–235.
22. Артюх Л. Ф. Українська народна кулінарія і харчування (історико-етнографічне дослідження) / Л. Ф. Артюх. – К. : Наукова думка, 1977. – 153 с.
23. Аршава І. Ф. Психологія важковиховуваних дітей [Електронний ресурс] / І. Ф. Аршава, О. О. Назаренко. – Дніпропетровськ: РВВ ДНУ 2007. – Режим доступу: <http://shag.com.ua>
24. Асмолов А. Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека / А. Г. Асмолов. – М. : Смысл, 2007. – 528 с.
25. Ашурова Г. Ш. Особенности пищевого поведения и диетотерапии у больных нервной анорексией : автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.18 / Г. Ш. Ашурова ; Российский Университет дружбы народов. – М., 2004. – 20 с.
26. Бабенко-Сорокопуд И. В. Нарушения менструального цикла у девочек-подростков

- на фоне нервовної анорексії / И. В. Бабенко-Сорокопуд // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 3(30). – С. 54–56.
27. Байбурин А. К. Обрядовое перераспределение доли /А. К. Байбурин // Судьбы традиционной культуры / ред. В. Д. Кен. – СПб. : Д. Буланин, 1998. – С. 78–82.
28. Байбурин А. К. Ритуал в традиционной культуре : Структурно-семантический анализ славянских обрядов / А. К. Байбурин. – СПб. : Наука, 1993. – 240 с.
29. Балл Г. О. Інтегративно-особистісний підхід у психології: впорядкування головних понять / Г. Балл // Психологія і суспільство. – 2009. – №4. – С.25 – 53.
30. Барт Р. Мифологии / [пер. С. Н. Зенкин] / Р. Барт. – М.: Директ-Медиа, 2007.– 459с.
31. Барташук О. Ю. Трансформації родинних форм святкової комунікації в циклі календарної звичаєвості подолян (20-30-ті рр. ХХ ст.) [Електронний ресурс] / О. Ю. Барташук. – Режим доступу: http://archive.nbuu.gov.ua/Portal/Soc_gum
32. Бахтин М. М. Эстетика словесного творчества / М. М. Бахтин / сост. С. Г. Бочаров. – М. : Искусство, 1979. – 424 с.
33. Бацилева О. В. Особливості харчової поведінки як складової здорового способу життя сучасної молоді / О. В. Бацилева // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка. – т. 7. – вип. 38. – 2015. – С. 57–68.
34. Безносюк Е. В. Современные представления о нервной анорексии / Е. В. Безносюк, Е. Е. Филин // Медицинская помощь. – 1995. – № 2. – С. 18–20.
35. Белинская Е. П. Изменчивость и постоянство как качества личности [Электронный ресурс] / Е. П. Белинская, Е. М. Дубовская // Психологические исследования : электронный журн. – 2009. – № 5(7). – Режим доступа : <http://psystudy.ru>
36. Бескова Д. А. Телесность как пространственная структура / Д. А. Бескова, А. Ш. Тхостов // Междисциплинарные проблемы психологии телесности / ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви.– М. : МЦИ, 2004. – С. 133–148.
37. Бессесен Д. Г. Избыточный вес и ожирение: профилактика, диагностика и лечение / Д. Г. Бессесен, Р. Кушнер. – М. : Бином, 2004. – 239 с.
38. Беляева О. Е. Особливості харчової поведінки та якості життя підлітків із різною масою тіла / О. Е. Беляева // Медична психологія. – 2013. – Т. 8. – № 4. – С. 36–38.
39. Билецкая М. П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ) / М. П. Билецкая. – СПб. : Речь, 2010. – 192 с.
40. Блискун О. О. Корекція агресивної поведінки молоді в мережі Інтернет [Електронний ресурс] / О. О. Блискун // Науковий вісник Донбасу. – 2012. – № 4. – Режим досту-

пу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nvd_2012_4_22.pdf

41. Блум Ф. Мозг, разум и поведение / [пер. с англ. Е. З. Годиной] / Ф. Блум, А. Лайзерсон, Л. Хофстедтер. – М. : Мир, 1988. – 248 с.
42. Богданов К. Каннибализм: История одного табу / К. Богданов // Пограничное сознание: Альманах «Канун». – СПб. – 1999. – Вып. 5. – С. 211.
43. Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / О. І. Богучарова; КНУ ім. Тараса Шевченка. – К., 2013. – 39 с.
44. Богучарова О. І. Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості / О. І. Богучарова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць / Східноукр. нац. ун-т ім. Володимира Даля. – Луганськ, 2015 – № 3 (38) – С. 454 – 461.
45. Большая психологическая энциклопедия: Словари и энциклопедии на Академике [Электронный ресурс] / Академик. – Режим доступа: <http://psychology.academic.ru/>
46. Бондаренко А. Ф. Христанская психотерапия в современном англоязычном мире / А. Ф. Бондаренко // Журнал практикующего психолога. – 1995. – № 1. – С. 42 – 50.
47. Бондаренко А. Ф. Социальная психотерапия личности (психосемантический подход) / А. Ф. Бондаренко. – К. : КГПИИЯ, 1991. – 189 с.
48. Боришевський М. Й. Дорога до себе: від основ суб'єктності до вершин духовності / М. Й. Боришевський. – К. : Академвидав, 2010. – 416 с.
49. Бочелюк В. Й. Психологія делінквентної поведінки неповнолітніх та її корекція в умовах закладів соціальної реабілітації / В. Й. Бочелюк, Н. Є. Завацька, Л. В. Спицька. – Сєвєродонецьк : СНУ ім. В. Даля. – 277 с.
50. Братусь Б. С. К изучению смысловой сферы личности / Б. С. Братусь // Вестн. моск. ун-та. – Сер. 14. Психология. – 1981. – № 2. – С. 46–56.
51. Бродель Ф. Материальная цивилизация экономика и капитализм XVI-XVII вв. – в 3-х т. – Т. 1: Структуры повседневности: возможное и невозможное : 2-е изд. / [пер. с фр. Лев Куббель] / Ф. Бродель. – М. : Весь мир, 2006. – 592с.
52. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / [пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка] / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М. : Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.
53. Бронникова С. Интуитивное питание / С. Бронникова. – М.: Эксмо, 2015. – 432 с.
54. Брутман В. И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного пове-

- дения матери / В. И. Брутман, А. Я. Варга, И. Ю. Хамитова // Психол. журнал. – 2000. – Т. 21. – № 2. – С. 79–87.
55. Брутман В. И. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В. И. Брутман, Г. Г. Филиппова, И. Ю. Хамитова // Вопр. психологии. – 2002. – № 3. – С. 110–118.
56. Брызгунов И. П. Психосоматика у детей / И. П. Брызгунов, В. Бондарь, Р. Даирова, А. Кизева, А. Михайлов. – М. : Психотерапия, 2009. – 480 с.
57. Бурдые П. Социология социального пространства / [пер. с фр.; общ. ред. и послесл. Н. А. Шматко] / П. Бурдые. – М. : Институт экспериментальной социологии; СПб.: Алетейя, 2005. – 288 с. (Серия «Gallicinium»).
58. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике – 3-е издание / Л. Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2008. – 688 с. (Серия «Мастера психологии»).
59. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия / Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2007. – 480 с.
60. Бурлачук Л. Ф. Психология жизненных ситуаций / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова. – М. : Российское педагогическое агенство, 1998. – 263 с.
61. Бурлачук Л. Ф. Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки / Л. Ф. Бурлачук, В. І. Шебанова // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: Зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. – №1 (46). – С. 53–66.
62. Бутинов Н. А. Проблемы этнографии и истории культуры народов Азиатско-Тихоокеанского региона / Н. А. Бутинов и др. / ред. И. П. Сологуб. – СПб. : Петербургское Востоковедение, 2004 – 367 с.
63. Бутко К. М. Психотерапевтическая коррекция эмоциональных нарушений у больных, перенесших реконструктивно-восстановительные операции на кисти / К. М. Бутко // Медична психологія. – 2013. – № 4. – С.69–72.
64. Быховская И. М. «Человек телесный» в социокультурном пространстве и времени: очерки социальной и культурной антропологии / И. М. Быховская. – М. : Фон, 1997. – 209 с.
65. Быховская И. М. Аксиология телесности и здоровье: сопряженность в культурологическом измерении / И. М. Быховская // Психология телесности между душой и телом / ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. – М. : АСТ, 2005. – С. 53–66.

66. Ваколюк Л. М. Ожиріння: профілактичні та медико-соціальні аспекти [Електронний ресурс] / Л. М. Ваколюк, С. О. Сокур, Т. В. Секрет // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2015. – Т. 19. – № 1. – С. 197–201. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vvnm_u_2015_19_1_54.
67. Варипасєв О. М. Філософія їжі: концептуальні підходи до осмислення феномену / О. М. Варипасєв // Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг. – 2012. – Вип. 1(2). – С. 319–325. – Режим доступу : <http://nbuv.gov.ua>
68. Василенко Т. Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии / Т. Д. Василенко. – Курск : КГМУ, 2011. – 572 с.
69. Василенко Т. Д. Особенности системы ролей беременной женщины, ожидающей первого ребенка [Электронный ресурс] / Т. Д. Василенко, М. Е. Ившина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – N 5. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>
70. Василькова О. І. Психобіографічний метод: сутність та можливості використання в роботі з кризовими переживаннями сучасного вчителя / О. І. Василькова // Наукова скарбниця освіти Донеччини. – 2009. – № 2(5). – С. 81–87.
71. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф. Е. Василюк. – М. : МГУ, 1984. – 144 с.
72. Васьківська С. В. Основи психологічного консультування / С. В. Васьківська. – К. : Ніка-центр, 2011. – 424 с.
73. Васютинський В. О. Категорія «колективний суб'єкт» у феноменологічному дискурсі інтерсуб'єктної взаємодії / В. О. Васютинський // Наукові студії із соціальної та політичної психології: зб. статей / АПН України, Ін-т соціальної та політичної психології; Редкол. : С. Д. Максименко, М. М. Слюсаревський та ін. – К. : Міленіум, 2005. – Вип. – 12 (15). – С. 23–27.
74. Васютинський В. О. Інтеракційна психологія влади / В. О. Васютинський – К. : КСУ, 2005. – 492 с.
75. Вахмистров А. В. Нарушения пищевого поведения при церебральном ожирении: (клинико-психологическое и электрофизиологическое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 / А. В. Вахмистров. – М., 2001. – 28 с.
76. Ващенко І. В. Формування моральної поведінки як напрям віктимологічної профілактики / І. В. Ващенко // Соціальна психологія. – Спец. вип. – К., 2007. – С. 155–163.

77. Ващенко І. В. Конфліктологічна компетентність в понятійно-категоріальному дискурсі / І. В. Ващенко // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки: зб. наук. пр. Київ. нац. ун-та ім. Тараса Шевченка. – К. : Логос, 2011. – Т. 3. – С. 34–45.
78. Венар Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / [пер. с англ. Е. Будагова, А. Копытин, А. Палий, А. Ракитина, С. Рысеев] / науч. ред. А. Алексеев / Чарльз Венар, Патрисия Керинг. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2007. – 672 с.
79. Власова О. І. Програма оптимізації становлення самодетермінації підлітка [Електронний ресурс] / О. І. Власова, А. С. Бастрова // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. – 2014. – Вип. 3. – С. 104–110. – Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua>
80. Влахос И. Православная психотерапия: святоотеческий курс врачевания души / Ирофей Влахос. – М. : Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2004. – 243 с.
81. Вознесенская Т. Г. Нарушения пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции / Т. Г. Вознесенская, В. А. Сафонова, Н. М. Платонова // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2000. – № 12. – С. 49–52.
82. Волобаєва Л. Ю. Гормональні вікові зміни у чоловіків [Електронний ресурс] / Л. Ю. Волобаєва // Лекарская правда. – Режим доступу : <http://lekpravda.com/?p=12514>
83. Володькіна А. В. Комплексний підхід до корекції форм тіла та профілактика розвитку целюліту / А. В. Володькіна, О. А. Присяжнюк, В. В. Фетісова // Вісник Запорізького національного університету. – 2010. – №1(3). – С. 65–68.
84. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків / Л. М. Вольнова. – К. : НПУ ім. М. П. Дрогманова, 2009. – 224 с.
85. Воляннюк Н. Ю. Использование биографического метода в психолого-педагогических исследованиях / Н. Ю. Воляннюк // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 1. – С. 37–40.
86. Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства / под ред. Т. А. Власовой // собр. соч. в 6 т. – т. 5. Основы дефектологии. – М. : Педагогика, 1983. – 368 с.
87. Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский / Сост. Алексей Леонтьев. – М. : Эксмо, 2003. – 1136 с. (Серия «Библиотека всемирной психологии»).
88. Галинська О. М. Природний код культури в українських і англійських інтертекстуальних фразеологізмах [Електронний ресурс] / О. М. Галинська. – Режим доступу : <http://www.essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/21929>
89. Гетманчук Є. І. Медико-психологічні та патоперсоналогічні аспекти психогенної

- гіперфагії / Є. І. Гетманчук // Медична психологія. – 2012. – № 3. – С. 17–21.
90. Головань М. С. Компетенція і компетентність: досвід теорії, теорія досвіду [Електронний ресурс] / М. С. Головань // Вища освіта України. – 2008. – №3. – С. 23–30. – Режим доступу: http://www.uabs.edu.ua/images/stories/docs/K_VM/Holovan_03.pdf.
91. Гордеева Т. О. Теория самодетерминации: настоящее и будущее. Часть 1: Проблемы развития теории [Электронный ресурс] / Т. О. Гордеева // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2010. – N 4(12). – Режим доступа : <http://psystudy.ru>.
92. Горностай П. П. Психологія життєвої кризи / П. П. Горностай / Відп. ред. Т. М. Титаренко. – К. : Агропромвидав України, 1998. – 348 с.
93. Григоренко А. П. Гормональні зміни у жінок пізнього репродуктивного віку / А. П. Григоренко, О. Г. Горбатьок-Шиманська, В. М. Кучерук, О. А. Польовий // Буковинський медичний вісник. – 2014. – Т. 18. – № 3 (71). – С. 53–56.
94. Гриньова М. В. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства [Електронний ресурс] / М. В. Гриньова, Н. О. Коновал // Наукові записки [Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка]. Сер. : Педагогічні науки. – Вип. 131. – С. 3 – 5. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nz_p_2014_131_3.pdf.
95. Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии / [пер. с англ. А. Андрианов, Л. Земская и др.] / С. Гроф. – М. : АСТ, 2005. – 504 с.
96. Гряділь Т. І. Діагностика, лікування та профілактика ожиріння / Т. І. Гряділь, К. І. Чубірко, І. В. Чопей, М. М. Гечко, Я. О. Михалко, О. Р. Пулик // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1. – С. 96–100.
97. Гудков Д. Б. Телесный код русской культуры: материалы к словарю / Д. Б. Гудков, М. Л. Ковшова. – М. : Гнозис, 2007. – 288 с.
98. Гук О. Ф. Аналіз поняття «культура поведінки» в гуманітарних науках [Електронний ресурс] / О. Ф. Гук // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки: Зб. наук. праць. – 2012. – № 17. – С. 173–178. – Режим доступу : www.socd.univ.kiev.ua.
99. Гурьев Н. Д. Страсти и их воплощение в соматических и нервно-психических болезнях [Электронный ресурс] / Н. Д. Гурьев / Ред. Епископ Александр (Милеант) // Миссионерский Листок Свято-Троицкая Православная Миссия, 2004. – Режим доступа: http://www.fatheralexander.org/strasti_somaticheskie_zabolevania_guriev.htm.

100. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология) / И. В. Давыдовский. – М. : Медицина, 1962. – 237 с.
101. Данилов А. Б. Биопсихосоциокультурная модель и хроническая боль / А. Б. Данилов, Ал. Б. Данилов // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013. – № 1. – С. 30–36.
102. Данилюк І. В. Становлення етнічної психології як галузі наукового знання: історико-теоретичний вимір: автореф. дис... д-ра психол. наук : 19.00.01 / І. В. Данилюк; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – К., 2010. – 36 с.
103. Демчук О. А. Вивчення деяких індивідуальних особливостей формування стану «вивченої безпорадності» школярів підліткового віку / О. А. Демчук // Успішність особистості : потенціал та обмеження : тези доповідей міжнар. наук.-практич. конференції (18 березня 2010р.). – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2010. – С. 76–77.
104. Дергачева О. Е. Автономия и самодетерминация в психологии мотивации: теория Э.Деси и Р. Райана / О. Е. Дергачева // Современная психология мотивации / Под ред. Д. А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2002. – С. 103–121.
105. Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації», затверджена Постановою КМУ від 27 грудня 2006 р. №1849. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-%D0%BF>
106. Деррида Ж. Письмо и различие / [пер. с фр. Д. Кралечкина] / Жак Деррида. – М. : Академический проект, 2007. – 495 с.
107. Джериева И. С. Синдром ночной еды при абдоминальном ожирении [Электронный ресурс] / И. С. Джериева, Н. И. Волкова, С. И. Рапопорт // Кубанский научный медицинский вестник, 2011. – № 5. – С. 34 – 36. – Режим доступу: www.cyberleninka.ru
108. Дзюбко Л. В. Мотивація навчальної діяльності як психолого-педагогічна проблема [Електронний ресурс] / Л. В. Дзюбко, Л. І. Гриценко // Психолінгвістика. – 2009. – Вип. 4. – С. 33–43. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/psling_2009_4_5.pdf
109. Доброродный Д. Г. Медикализация как социокультурный феномен и предмет междисциплинарного исследования [Электронный ресурс] / Д. Г. Доброродный, Ю. Г. Черняк // Электронная библиотека БГУ. Статьи факультета философии и социальных наук, 2012. – №1/2. – Режим доступа: <http://elib.bsu.by/bitstream>
110. Добросельский П. В. Святоотцівська психотерапія, як і універсальний дієвий засіб для людини (його душі і тіла) / П. В. Добросельский // Загальні аспекти психіки або введення в православну психологію. – К. : Благовіст, 2008. – 496с.

111. Долишня Н. І. Нервова анорексія / Н. І. Долишня // Сімейна медицина. – 2009. – № 1. – С. 50–51.
112. Донченко Е. А. Фрактальная психология. Доглубинные основания индивидуальной и социетальной жизни / Е. А. Донченко. – К. : Знання, 2005. – 323 с.
113. Дорожевец А. Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 – медицинская психология / А. Н. Дорожевец. – М., 1986. – 19 с.
114. Дорфман Л. Я. Эмпирическая психология: исторические и философские предпосылки / Л. Я. Дорфман. – М. : Берлин: Директ-Медия. – 2014. – 133 с.
115. Доценко Е. Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита. / Е. Л. Доценко. – М. : Речь, 2003. – 304 с. (Серия «Психологический практикум»).
116. Дружинин В. Н. Варианты жизни. Очерки экзистенциальной психологии / В. Н. Дружинин. – М. : ПЕР СЭ, 2000. – 135 с.
117. Друри Н. Трансперсональная психология / [пер. с англ. А. Незнанова] / Н. Друри. – М. : Ин-т общегуманитарных исследований; Львов : Инициатива, 2001. – 208 с. (Серия «Трансперсональная психология»).
118. Дудар Л. В. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку / Л. В. Дудар, М. О. Овдій. – Сучасна гастроентерологія. – 2013. – № 4 (72). – С.31–34.
119. Дука Ю. М. Патогенетичне обґрунтування діагностики, лікувальної тактики та профілактики виникнення системних порушень у вагітних жінок з надмірною масою тіла : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : 14.01.01 / Ю. М. Дука ; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. – К. : , 2016. – 40 с.
120. Духовна скарбниця. Святе Письмо про сучасність і майбутнє світу / Укл. схимонахиня Єкатерина (Київська). – К. : Криниця, 2004. – 96 с.
121. Дучимінська Т. І. Теоретичний аналіз психологічного феномена завченої безпорадності / Т. І. Дучимінська // Педагогіка і психологія професійної освіти // Науково-методичний журнал. – Львів, 2011. – № 5. – С. 151–158.
122. Ємець Н. Старіння репродуктивної системи у жінок / Надія Ємець, Мар'яна Антонюк // З турботою про жінку. – 2014. – №2 (50). – С. 5–8.
123. Єсипенко Д. М. Антитеза «гуманізм-антигуманізм» у британській антипсихіатрії / Д. М. Єсипенко // Мультиверсум: Філософський альманах: зб. наук. праць / Ін-т

- філософії ім. Г. С. Сковороди НАН України. – К. : Український Центр духовної культури, 1999. – Вип. 8. – С. 195–207.
124. Ермаков В. А. Психолого-педагогические проблемы развития трансперсонального проекта / В. А. Ермаков // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – №11 (19). – С. 1–42.
 125. Ефимов Ю. А. Диагностика предболезненных явлений психосоматических расстройств у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 – психиатрия / Ю. А. Ефимов ; Психоневрологический ин-т. – СПб., 1994. – 29 с.
 126. Жичкина А. Е. Социально-психологические аспекты общения в Интернете [Электронный ресурс] / А. Е. Жичкина. – Режим доступа: <http://flogiston.ru/articles/netpsy/refinf>
 127. Жорняк Е. С. Нарративная психотерапия [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа / Е. С. Жорняк. – 2005. – № 4. – Режим доступа: <http://www.psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2678>
 128. Журавлев И. В. Психосемиотика телесности / И. В. Журавлев, Е. С. Никитина, Ю. А. Сорокин, Д. В. Реут, А. Ш. Тхостов. – 2-е изд. – М. : Либрокком, 2009. – 152 с.
 129. Завацька Н.Є. Психологічні основи соціальної реадптації особистості зрілого віку : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.05 / Н. Є. Завацька ; НАПН України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. – К., 2010. – 44 с.
 130. Зайчик А. Ш. Патопсихология. Том 1. Общая патопсихология с основами иммунологии – 4-е изд. / А. Ш. Зайчик, Л. П. Чурилов. – СПб. : Элби-СПб., 2008. – 656 с.
 131. Закон України Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року від 05.03.2009 № 065–VI. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [//zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1065](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1065)
 132. Затулий А. И. Гендерные идеалы: особенности самопрезентации пользователей интернета / А. И. Затулий, Е. М. Бурнаева // Вестник ТОГУ. – 2012. – № 1 (24). – С. 297–304.
 133. Захаржевский В. Б. Физиологические аспекты невротической психосоматической патологии; механизм специфичности психо-вегетативного эффекта / В. Б. Захаржевский. – Л. : Наука, 1990. – 176 с.
 134. Захарко О. Внутрішня мотивація як психологічний феномен / О. Захарко // Соціогуманітарні проблеми людини. – 2008. – № 3. – С. 143–149.
 135. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В.Зейгарник. – М. : Юрайт, 2013. – 386 с.

136. Зимбардо Ф. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит нашу жизнь / [пер. с англ. О. Гатанова] / Ф. Зимбардо, Дж. Бойд. – СПб. : Речь, 2010. – 352 с.
137. Зинченко В. П. Психология телесности между душой и телом / В. П. Зинченко, Т. С. Леви. – М. : АСТ, 2005. – 736 с.
138. Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді / О. В. Кузьмінська, М. С. Червона. – К. : Даржавний інститут проблем сім'ї та молоді, 2005. – Кн. 4. – С. 13–22.
139. Золотова Г. Д. Сучасні соціально-педагогічні погляди на проблему адиктивної поведінки дітей / Г. Д. Золотова // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2013. – № 1. – С. 61–70.
140. Зубар Н. М. Основи фізіології та гігієни харчування : Підручник / Н. М. Зубар. – К. : Центр учбової літератури, 2010. – 336 с.
141. Игумен Евмений Духовность как ответственность / Игумен Евмений. – М. : Свет православия, 2006. – 267 с.
142. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2009. – 576 с. (Серия «Мастера психологи»).
143. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – М. : Речь, 2005. – 400 с.
144. Іванєко Ю. В. Онлайн-консультування як сучасна технологія в психологічній практиці / Ю. В. Іванєко // Матеріали міжнародного наукового форуму: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент. – К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова. – 2012. – Вип. 9. – С. 237–245.
145. Іваненко Л. М. Спосіб життя батьків як детермінанта здоров'я дітей [Електронний ресурс] / Л. М. Іваненко // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2014. – № 2. – С. 411–421.
146. Казначеев В. П. Здоровье нации, культура, футурология XXI века / Под общ. ред. д.м.н. А. В. Трофимова. Сост. В. В. Ромм, С. В. Чиркова. – Новосибирск : ЗСО МСА, 2012. – 386 с.
147. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский – изд. 2-е перераб. – СПб. : Питер, 2002. – 672 с. (Серия «Национальная медицинская библиотека»).
148. Карпенко З. С. Онтологічне обґрунтування аксіологічної персонології / З. С. Карпенко // Психологія особистості. – 2011. – № 1(2). – С. 182–190.

149. Кернберг О. Ф. Тяжёлые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / [пер. с англ. М. И. Завалова] / Гл. ред. Л. М. Кроль, науч.конс. серии Е. Л. Михайлова / Отто Ф.Кернберг. – М. : Класс, 2000. – 464 с. (Серия «Библиотека психологии и психотерапии»).
150. Кириленко С. А. Наслаждение вкусом [Электронный ресурс] / С. А. Кириленко // *Studia culturae*. Выпуск 1. Альманах кафедры философии культуры и культурологии и Центра изучения культуры философского факультета Санкт-Петербургского государственного университета. – СПб. : Санкт-Петербургское философское общество, 2001. – С. 93–106. – Режим доступа: http://anthropology.ru/ru/texts/kirilenko/studia01_06.
151. Кислова Е. К. Булимические расстройства при нервной анорексии : дисс. ... канд.мед.наук. : 14.00.18 / Е. К. Кислова ; Российский университет дружбы народов. – М., 2004. – 121 с.
152. Клименко В. В. Дискурсивно-логічне відображення у структурі понять і символічних конструкціях / В. В. Клименко // *Таврійський вісник освіти*. – 2010. – № 1. – С. 249–256.
153. Клименко В. В. Креативність гештальту: багатшаровість і видова спеціалізація / В. В. Клименко // *Психологія і суспільство* 2009. – № 4. – С. 215–228.
154. Климишин О. І. Духовна терапія адиктивних осіб : християнсько-орієнтований підхід / О. І. Климишин. – Івано-Франківськ : Гостинець, 2012. – 121 с.
155. Климчук В. О. Внутрішня мотивація учбової діяльності молоді: теорія, методика, програма розвитку : Монографія / В. О. Климчук, В. В. Горбунова. – Житомир : ЖДУ ім. І. Франка, 2014. – 110 с.
156. Князева Е. Н. Основания синергетики: Синергетическое мировидение / Е. Н. Князева, С. П. Курдюмов. – 3-е изд. – М. : URSS, 2014. – 256 с.(Серия «Синергетика: от прошлого к будущему»).
157. Ковалев Г. А. Психологическое воздействие: теория, методология, практика : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Г. А. Ковалев. – М. : НИИ общей и пед. психологии, 1991. – 51 с.
158. Коваленко А. Б. Психологія розвитку толерантності підлітка / А. Б. Коваленко, І. В. Федосєєва. – К. : КНУ ім.Тараса Шевченка. – Переяслав-Хмельницький : СКД, 2014. – 329 с.
159. Ковальова Н. В. Нервова анорексія (клініка, діагностика, терапія) : автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.01.16 / Н. В. Ковальова. – Харків : Інститут неврології, психіатрії

та наркології АМН України, 2007. – 20 с.

160. Кокун О. М. Психофізіологія / О. М. Кокун. – К. : Центр навчальної літератури, 2006. – 184 с.

161. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності : Монографія / О. М. Кокун. – К: Міленіум, 2004. – 265с.

162. Колесникова И. С. Новации в социологии медицины и здоровья / И. С. Колесникова // Социол. исследования. – 2008. – № 4. – С. 89–91.

163. Колісник О. П. Духовні практики як активний метод саморозвитку особистості в перехідний період суспільства / О. П. Колісник // Психологічні перспективи. – 2010. – Вип 16. – С. 101–118.

164. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики – 4-е международ. изд. / [пер. с англ. Е. Будагова, М. Васильева, С. Кулаков и др.] / Рональд Комер. СПб. : Прайм-Еврознак, 2005. – 640 с. (Серия «Психологическая энциклопедия»).

165. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: Бібліотека з освітньої політики / Під заг. ред. О. В. Овчарук. – К. : «К.І.С.», 2004. – 112 с.

166. Конвенция о правах человека и биомедицине принята / [Электронный ресурс] / Law and Health. – Режим доступа: <http://www.healthrights.am/rus/more/670/>

167. Концепція вдосконалення психіатричної допомоги дітям в Україні: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2010 року № 996.

168. Коньшев В. А. Здоровая пища – поиски идеала. Есть ли золотая середина в запутанном мире диет? / В. А. Коньшев. – М. : Ломоносовъ, 2014. – 272 с.

169. Копытин А. И. Техники телесно-ориентированной арт-терапии / А. И. Копытин, Б. Корт. – М. : Психотерапия, 2011. – 128 с.

170. Корешкин И. А. Все способы похудения / И. А. Корешкин. – СПб. : Нева, 2004. – 320 с. (Серия «Золотые правила здоровья»).

171. Коркина М. В. Нервная анорексия / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилов. – М. : Класс, 1986. – 176 с.

172. Коркина М. В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний / М. В. Коркина, В. В. Марилов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – т. 98. – №11. – С. 30–32.

173. Короленко Ц. П. Аддиктология. Настольная книга / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева / Ред. Виктор Макаров. – СПб. : Ин-т консультирования и системных

- решений, Общерос. Профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. – 536 с.
174. Коростій В. І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях / В. І. Коростій // Медична психологія. – 2013. – № 3. – С. 56–62.
175. Косилова Е. В. Антипсихиатрия: торжество иррациональности или правозащитное движение в психиатрии? / [Электронный ресурс] / Е. В. Касилова. – Режим доступа : <http://postnauka.ru/longreads/84>
176. Косяк В. А. Людина та її тілесність у різних формах культури: досвід філософської інтеграції : автореф. дис... д-ра філософ. наук: 09.00.04 / В. А. Косяк ; Ін-т філософії ім. Г. С. Сковороди НАН України. – К., 2006. – 36 с.
177. Коцюбинский А. П. Холистический диагностический подход в психиатрии / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Б. Г. Бутома, Ю. В. Мельникова, А. Н. Еричев, Р. Г. Саврасов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – т.23. – № 4. – С.45–50.
178. Кошель Н. І. Календарні обряди як джерело традиційних театралізованих масових свят українців [Електронний ресурс] / Н. І. Кошель. – Режим доступу: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum%20/Uk_msshr/2011_17_2/koshel.pdf
179. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості / В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2007. – 431 с.
180. Крапивенский С. Э. Девальвация личности: причины и возможности коррекции [Электронный ресурс] // Философия и общество / С. Э. Крапивенский, Э. Фельдман. – 2004. – № 2. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru>
181. Красноперова Н. Ю. Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Н. Ю. Красноперова ; ГОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии Росздрава. – Томск, 2001. – 25 с.
182. Красных В. В. Коды и эталоны культуры / В. В. Красных // Язык, сознание, коммуникации: Сб.статей. – М. : МАКС Пресс, 2001. – Вып. 19. – С. 5–9.
183. Креславский Е. С. Избыточная масса тела и образ физического Я [Электронный ресурс] / Е. С. Креславский // Вопросы Психологии. – 1987. – № 2. – С. 113–117. – Режим доступа: <http://www.voppsy.ru/issues/1987/872/872113.htm>
184. Криворотько Я. В. Психотерапевтическая коррекция соматических осложнений беременности / Я. В. Криворотько // Медична психологія. – 2014. – № 4. – С.73–76.
185. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник / Під ред. П. В. Волошин, В. М. Пономаренко,

- О. К. Напреев та ін. [Затверджено наказом МОЗ України від 27.10.2000, № 271]. – Харків : РВФ «АРСІС, ЛТД», 2000. – С. 184–197.
186. Кровяков В. М. Психотравматология. Психическая травма, психогении в этиопатогенетических механизмах развития психических расстройств / В. М. Кровяков. – Екатеринбург : УМЦ УПИ. – 2006. – 442 с.
187. Кроник А. А. Каузометрия / А. А. Кроник, Р. А. Ахмеров // Методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути. – М. : Смысл, 2003. – 284 с.
188. Кузнєцова І. В. Аватаротерапія-сучасна техніка розвитку ментальної моделі світу засобами інтернет-середовища / І. В. Кузнєцова // Практична психологія та соціальна робота. – 2009. – № 8. – С. 38–43.
189. Кузьменко В. У. Особливості інтернет-консультування з питань прояву агресивності підлітків / В. У. Кузьменко, О. П. Гнетецька / Матеріали міжн. наук. форуму: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова. – 2012. – Вип. 9. – С. 245–258.
190. Кузьмінська О. В. Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді : монографія / О. В. Кузьмінська, М. С. Червона. – К. : Держ. ін.-т пробл. сім'ї та молоді, 2005. – 123 с.
191. Кулаков С. А. Биопсихосоциодуховная и синергетическая модель развития онкологического заболевания: системный подход / С. А. Кулаков // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2009. – Вып. 100. – С. 124–131.
192. Култышев Д. В. Клиника, динамика и систематика пограничных нервно-психических расстройств у подростков с зависимым пищевым поведением : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Д. В. Култышев ; ГОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии Росздрава. – Томск, 2010. – 26 с.
193. Кучинский Г. М. Психология внутреннего диалога / Г. М. Кучинский. – Минск: Университетское, 1988. – 206 с.
194. Лаврова О. В. Концепция телесности в интегративной психотерапии / О. В. Лаврова // Журн. практ. психолога. – 2006. – № 4. – С. 12–15.
195. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / [пер. с англ. Г. Самигулина] / Арнольд. А. Лазарус. – СПб. : Речь, 2001. – 256 с. (Серия «Современная психотерапия»).

196. Ларошфуко Ф. Максимумы и моральные размышления / [пер. с франц. Э. Л. Линецкой] / Состав. А. С. Бобович, Э. Л. Линецкая, М. В. Разумовская / Франсуа де Ларошфуко. – М. : Наука, 1993. – 99 с. (Серия «Литературные памятники»).
197. Лебедева Н. М. Путешествие в гештальт: теория и практика / Н. М. Лебедева, Е. А. Иванова. – СПб. : Речь, 2004. – 555 с.
198. Лебединский М. С. Введение в медицинскую психологию / М. С. Лебединский, В. Н. Мясичев. – Л. : Медицина, 1966. – 430 с.
199. Лебідь А. Є. Трансдисциплінарні дослідження і проблема істинності наукового знання / А. Є. Лебідь // Філософія науки: традиції та інновації. – Суми, 2010. – №1(2). – С. 237–245.
200. Леви Т. С. Психология телесности в ракурсе личностного развития / Т. С. Леви // Психология телесности между душой и телом / ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. – М. : АСТ МОСКВА, 2005. – С. 410–433.
201. Леви-Брюль Л. Первобытное мышление / [пер. с фр. В. Никольский. А. Киссин] / Л. Леви-Брюль. – М. : Красанд, 2012. – 340 с. (Серия «Академия фундаментальных исследований: этнология»).
202. Леви-Стросс К. Мифологии: Сырое и приготовленное / Вед. ред. С. Я. Левит / [пер. с фран. К.З.Акопяна, З.А.Сокулер] / К. Леви-Стросс. – М. : ИД «Флюид», 2006. – 399 с. (Серия «Bibliotheca Indianica»).
203. Левин К. Теория поля в социальных науках / [пер. с англ Е. Сурпина] / Курт Левин. – СПб. : Речь, 2000. – 406 с.
204. Левченко Л. А. Показники здоров'я лабораторних щурів на фоні незбалансованого харчування / Л. А.Левченко, Т. Л. Заведя, О. В. Воробйова та ін. // Запорожский медицинский журнал, 2011. – Т.13. – № 1. – С. 20–22.
205. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1975. – 304 с.
206. Леонтьев Д. А. Психология свободы: к постановке проблемы самодетерминации личности / Д. А. Леонтьев // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21. – N 1. – С.15–25.
207. Леонтьев Д. А. Жизнетворчество как практика расширения жизненного мира / Д. А. Леонтьев // 1-я Всерос. Науч.-практ. конф. по экзистенциальной психологии : матер. сообщ. / под ред. Д. А. Леонтьева, Е. С. Мазур, А. И. Сосланда. – М. : Смысл, 2001. – С. 100–109.
208. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой

- реальности / Д. А. Леонтьев. – 2-е. изд., испр. – М. : Смысл, 2003. – 488 с.
209. Леутин В. П. Восприятие и запоминание вербальной эмоциогенной информации у больных неврастенией затяжного течения / В. П. Леутин, Е. И. Николаева // Физиология человека. – 1986. – Т.12. – № 2. – С. 187–192.
210. Леутин В. П. Психофизиологические механизмы адаптации и функциональная асимметрия мозга / В. П. Леутин, Е. И. Николаева. – Новосибирск: Наука, 1988. – 193с.
211. Литвин-Кіндратюк С. Д. Харчова активність особистості: традиційні й інноваційні стратегії / С. Д. Литвин-Кіндратюк // Зб. наук. праць: філософія, соціологія, психологія. – Івано-Франківськ : Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2000. – Вип. 5.– Ч. 1. –С. 160–165.
212. Лиходід В. С. Оздоровче харчування / В. С. Лиходід, О. В. Владімірова, В. В. Дорошенко. – Запоріжжя : ЗНУ, 2006. – 273 с.
213. Лобин К. В. Структура личности женщин, страдающих алиментарным ожирением (в связи с задачами психотерапии) : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.04 / К. В. Лобин ; Российский гос. пед. ун-т. им. А. И. Герцена. – СПб., 2006.–16с.
214. Логинова Н. А. Некоторые итоги развития биографического метода психологии в XX веке / Н. А. Логинова // Методология и история психологии. – 2006. – Т.1. – Вып. 2. – С. 67–81.
215. Лозинська С. І. Духовність як основа людського буття [Електронний ресурс] / С. І. Лозинська // Митна справа. – 2014. – № 1(2.1). – С. 91–98. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ms_2014_1\(2\)](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ms_2014_1(2)).
216. Лосев А. Ф. Диалектика мифа / А. Ф. Лосев. – М. : Академический проект, 2008. –304 с. (Серия «Философские технологии»).
217. Львова А. И. Интернет-тренинг как новая возможность групповой психологической работы / [Электронный ресурс] / А. И. Львова, И. А. Рязанцева. – Режим доступа: http://flogiston.ru/articles/netpsy/inet_training
218. Лэнг Р. Д. Расколотое «Я» / [пер. с англ. Л. Иванова] / Р. Д. Лэнг. – СПб. : Белый Кролик, 1995. – 352 с.
219. Лэнгле А. Person: экзистенциально-аналитическая теория личности: Сборник статей / [пер. с нем. О. Ларченко] / Альфريد Лэнгле. – М. : Генезис, 2008. – 160 с. (Серия « Теория и практика экзистенциального анализа»).
220. Магомед-Эминов М. Ш. Трансформация личности / М. Ш. Магомед-Эминов. – М. : Психоаналитическая ассоциация, 1998. – 496 с.

221. Майков В. Трансперсональная психология. Истоки, история, современное состояние / В. Майков, В. Козлов. – М. : АСТ, 2004. – 336 с.
222. Макадамс Д. П. Психология жизненных историй / Д. П. Макадамс // Методология и история психологии. – 2008. – № 3. – С. 135–166.
223. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / [пер. с англ. М. Глущенко, Н. Лохова, В. Сидорова, А. Шутков, К. Ягнюк] / Н. Мак-Вильямс. – М.: Класс, 2004. – 480 с. (Серия «Библиотека психологии и психотерапии»).
224. Макарчук М. Ю. Психофізіологія : навчальний посібник / М. Ю. Макарчук, Т. В. Куценко, В. І. Кравченко, С. А. Данилов – К. : ООО «Інтерсервіс», 2011. – 329 с.
225. Максименко С. Д. Психологія особистості / С. Д. Максименко, К. С. Максименко, М. В. Папуча ; за ред. С. Д. Максименко. – К. : ТОВ «КММ», 2007. – 296 с
226. Максименко С. Д. Психологічні механізми зародження, становлення та здійснення особистості / С. Д. Максименко, В. В. Клименко, А. В. Толстоухов. – К. : Європейський університет, 2010. – 152 с.
227. Максименко С. Д. Життєвий шлях особистості як базова категорія генетичної психології / С. Д. Максименко // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія : Психологічні науки. – 2014. – Вип. 2.12. – С. 5–13.
228. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2007. – 1040 с. (Серия «Справочник практического психолога»).
229. Марков А. А. Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / А. А. Марков ; ГОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии Росздрава. – Томск, 2006. – 23 с.
230. Маркова А. К. Формирование мотивации учения /А. К. Маркова, Т. А. Матис, А. Б. Орлов. – М. : Просвещение, 1990. – 192 с.
231. Мартинюк І. А. Патопсихологія: навчальний посібник для вищих навчальних закладів [Електронний ресурс] / І. А. Мартинюк – К. : Центр навчальної літератури, 2008. – 208 с. – Режим доступу: http://libfree.com/psihologiyapatopsihologiya__martinyuk
232. Мартынович К. А. Нелинейно-динамическая картина мира: онтологические смыслы и методологические возможности : автореф. дис. ... канд. философ. наук : 09.00.01 / К. А. Мартынович ; Сарат. гос. ун-т им. Н.Г. Чернышевского. – Саратов, 2011. – 20 с.

233. Маруненко І. М. Медико-соціальні основи здоров'я / І. М. Маруненко, О. В. Тимчик. – К. : Київськ. ун-тет ім. Бориса Грінченка, 2013. – 317 с.
234. Маслоу А. Мотивация и личность / [пер. с англ. Т. Гутман, Н. Мухина]/ А. Маслоу. 3-е изд. – СПб. : Питер, 2011. – 352 с. (Серия «Мастера психологии»).
235. Маслюк А. М. Нервова анорексія як наслідок соціалізації особистості / А. М. Маслюк // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць КПНУ ім. І. Огієнка, Ін-т психології ім. Г.С.Костюка. – 2011. – Вип. 11. – С. 454–463.
236. Матусевич М. С. Особенности формирования пищевых нарушений у подростков / М. С. Матусевич // Молодой ученый. – 2013. – №12. – С. 814–817.
237. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / [пер. с англ. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина]. – СПб. : Адис, 1994. – 300с.
238. Мелешко В. В. Використання навчальної книги як основного засобу формування ключових компетенцій / В. В. Мелешко, І. М. Семененко, Т. П. Соколовська // Проблеми сучасного підручника: Зб.наук. праць Вип. 8. / Інститут педагогіки АПН України. – К. : Педагогічна думка, 2008. – С. 28–34.
239. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
240. Меновщиков В. Ю. Психологическая помощь в сети интернет [Электронный ресурс] / В. Ю. Меновщиков. – Режим доступа: <http://flogiston.ru/articles/netpsy>
241. Меновщиков В. Ю. Плюсы и минусы консультирования и психотерапии в сети Интернет / В. Ю. Меновщиков // Психология в вузе ежеквартальный научно-методический журнал. – М. : НПЦ «Технограф». – 2009. – № 2. – С.105–121.
242. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству / С. Ю. Мещерякова // Вопр. психологии. – 2000. – № 5. – С. 18–27.
243. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия [пер. с фр. под ред. И. С. Вдовиной, Л. С. Фокина] / М. Мерло-Понти. – СПб. : Ювента, 1999. – 603 с.
244. Метод Славянская клиника [Электронный ресурс] / – Режим доступа: <http://slavclinic.com/>
245. Мид М. Культура и мир / [пер. с англ. Ю. А. Асеева] / Сост. И. С. Кон / Маргарет Мид. – М. : Наука, 1988. – 429 с. (Серия «Этнографическая библиотека»).
246. Мілютіна К. Л. Психологія зміни життєвої стратегії особистості : автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01 / К. Л. Мілютіна ; КНУ ім. Т. Шевченка. – К., 2013. – 36 с.

247. Минаев А. В. Отчуждение в подростковом возрасте и проблема его преодоления : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / А. В. Минаев ; Моск. пед. ун-т. – М. : 1999. – 16 с.
248. Минухин С. Техники семейной терапии / [пер. с англ. А. Д. Иорданского] / Сальвадор Минухин, Чарльз Фишман. – М. : Класс, 1988. – 304 с.
249. Михайлов Б. В. Соматоформні розлади як міждисциплінарна проблема сучасної медицини / Б. В. Михайлов, М. В. Афанасьєв, І. М. Сарвір, В. С. Філик, О. А. Кашинський // Медицина залізничного транспорту України. – 2003. – № 2. – С. 77–81.
250. Михайлова Е. В. Стратегии и техники самопрезентации [Электронный ресурс] / Е. В. Михайлова // Элитариум. Центр дистанционного образования. – Режим доступа: <http://www.elitarium.ru/2012/06/29/>
251. Михайлова Е. Статистические данные об анорексии и булимии, основанные на научных исследованиях [Электронный ресурс] / Е. Михайлова // Новый путь без булимии. – Режим доступа: <http://www.bulimia-newway.com/>
252. Мітюков В. О. Нервова анорексія та булімія у дівчат– підлітків: проблеми, комплексне лікування з втручанням методів фізичної та психологічної реабілітації / В. О. Мітюков, Н. В. Князева, Н. В. Гребельна, О. П. Закревський, М. І. Томашевський, П. М. Писаренко, С. Б. Норе́йко, І. В. Чернов // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2011. – Том. 16. – № 2. – С. 96–100.
253. Міхєєнко О. І. Культура харчування як складова культури здоров'я людини (валеологічний аспект) / О. І. Міхєєнко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 3. – С. 116–121.
254. Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел) / О. М. Мойзріст // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – 2009. – Вип. 6. – Ч. 2. – С. 85–94.
255. Моляко В. А. Психологический анализ творческого потенциала М. А. Врубеля / В. А. Моляко // Психология творчества: Школа А. Я. Пономарева. – М. : Институт психологии РАН, 2006. – С. 398–399.
256. Моляко Р. В. Образ фізичного Я : становлення та деформації у пацієнтів з косметичними вадами : автореф. дис... канд. психол. наук : 19.00.04 / Р. В. Моляко ; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К., 2006. – 20 с.
257. Монтиньяк М. Метод похудания / [пер. с фр. А. П. Капицы] / М. Монтиньяк. – М.

- : Оникс, 2009. – 368 с. (Серия «Ешьте – чтобы похудеть»).
258. Муздыбаев К. Переживание времени в период кризисов / К. Муздыбаев // Психол. журн. – 2000. – Т. 21. – № 4. – С 5–21.
259. Мухамед'яров Н. Н. Формування здорового способу життя: теоретичний аспект [Електронний ресурс] / Н. Н. Мухамед'яров // Вісник Харківської державної академії культури. – 2013. – Вип. 39. – С. 249–256. – Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua/>
260. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2009. – С. 351.
261. Мясищев В. Н. Характер и прошлое (К вопросу о методике анамнеза) / В. Н. Мясищев, Е. П. Феокистова // Педологические исследования. – Л. : Труды Института им. А. И. Герцена, 1930. – С. 142–169.
262. Мясищев В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев / под. ред. А. А. Бодалева – 4-е изд. – М. : МПСИ, Модэк, 2011. – 400 с. (Серия «Психологи России»).
263. Назаретян А. П. Антропология насилия и культура самоорганизации: Очерки по эволюционно-исторической психологии / А. П. Назаретян. – М. : Либрокком, 2012. – 256 с.
264. Налчаджян А. А. Атрибуция, диссонанс, социальное познание / А. А. Налчаджян. – М. : Когито-Центр, 2006. – 511 с.
265. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) / А. А. Налчаджян. – Ереван : АН Армянской ССР, 1988. – 109с.
266. Нарисын Н. Н. Роль интернета в работе современного психотерапевта : доклад [Электронный ресурс] / Н. Нарисын // личный сайт «Доктор Нарисын». – Режим доступа: <http://www.naritsyn.ru/dokl.htm>
267. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : уч. пособие / А. Д. Наследов. – СПб. : Речь, 2004. – 392.
268. Негога Е. А. Факторы риска формирования структурного аттрактора болезни у подростков и их матерей, страдающих нейродермитом : автореф. дис... канд. психол. наук. : 19.00.04 / Е. А. Негога ; СПбГУ. – СПб., 2002. – 19 с.
269. Нечитайло Т. А. Генезис образу фізичного Я у підлітковому віці : автореф. дис... канд. психолог. наук : 19.00.07 / Т. А. Нечитайло ; Нац. ун-т ім. М.П.Драгоманова. – К., 2010. – 21 с.
270. Нижник А. Є. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження / А. Є. Нижник // Наукові записки. Серія «Психологія та педагогіка». – 2013. – Вип. 22. – С. 136–140.

271. Низамова А. Ф. Влияние фактического питания беременных женщин на течение беременности и родов / А. Ф. Низамова // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С. 169–170.
272. Ники, как псевдонимы в виртуальном общении [Электронный ресурс] / Личный блог jesola. – Режим доступа: <http://jesola.livejournal.com/4430.html>.
273. Никитин В. Н. Онтология телесности: смыслы, парадоксы, абсурды / В. Н. Никитин. – М. : Когито-Центр, 2006. – 320 с.
274. Николаева В. В. От традиций психосоматики к психологии телесности / В. В. Николаева, Г. А. Арина // Вестн. МГУ. – Сер. Психология. – 1996. – № 2. – С. 8–18.
275. Николаева В. В. Принципы синдромного анализа в психологическом изучении телесности [Электронный ресурс] / В. В. Николаева, Г. А. Арина. – Режим доступа: www.gestaltlife.ru/publications/13/view/134
276. Николаева Е. И. Использование теста инверсии эмоционального отражения для выявления лиц с высоким риском развития невротических расстройств / Е. И. Николаева, А. М. Сафонова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1989. – Т.10. – С.111–114.
277. Николаева Е. И. Детская психическая травма как отзвук социальных потрясений / Е. И. Николаева, А. М. Сафонова // Историческая психология и социология истории. – 2010. – № 1. – С.184–194.
278. Николаева Н. О. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки / Н. О. Николаева, Т. А. Мешкова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2011. – № 1 (11). – С. 39– 49.
279. Николаева Н. О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. – 2012. – №1. Режим доступа : <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49969.shtml>
280. Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику / Я. В. Нікіфорова // Сучасна гастроентерологія. – 2015. – № 3 (83). – с. 113–121.
281. Нойманн Э. Происхождение и развитие сознания [Электронный ресурс] / Эрих Нойманн. – М. : Рефл-бук, К.: Ваклер, 1998. – 462. – Режим доступа: <http://jungland.indeep.ru>.
282. Норакидзе В.Г. Методы исследования характера личности. – 2-е изд. / В. Г. Норакидзе. – Тбилиси : Мецниереба, 1991. – 292 с.

283. Носенко Е. Л. Картина світу як інтегруючий та гуманізуючий фактор у змісті освіти / Е. Л. Носенко. – Д. : ДНУ, 1996. – 76 с.
284. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего [Электронный ресурс] / [пер. с англ. Е. Ю. Патяевой, Н. Н. Толстых, В. И. Шевяковой] / под ред. Д. А. Леонтьева / Ж. Нюттен. – М. : Смысл, 2004. – 608 с. – Режим доступа: reading.me/bookreader.php/113837/Motivaciya_deiistvie_i_perspektiva
285. Овсянников С. А. Пограничная психиатрия и соматическая патология: Клинико– практическое руководство / С. А. Овсянников, Б. Д. Цыганков. – М. : Триада-Фарм. – 2001. – 100 с.
286. Овчинников Б. В. Психическая предпатология. Превентивная диагностика и коррекция / Б. В. Овчинников, И. Ф. Дьяконов, Л. В. Богданова. – СПб. : Питер, 2010. – 368 с.
287. Ожирение и избыточный вес [Електронний ресурс] // Информационный бюллетень. – N 311. – Май 2012. – Режим доступа: – <http://www.who.int/mediacentre/>
288. Олексієнко Я. І. Харчування та його вплив на здоров'я людини / Я. І. Олексієнко, В. А. Шахматова, О. П. Верещагіна. – Черкаси : ПП Чабаненко Ю. А., 2014. – 42 с.
289. Олифирович Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – СПб. : Речь, 2006. – 260 с.
290. Онегина Е. Ю. Клинические варианты и динамика аффективных нарушений при нервной анорексии и нервной булимии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Е. Ю. Онегина; ГОУ ВПО Российский ун-т дружбы народов Федерального агентства по образованию. – М., 2010. – 24 с.
291. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія / Л. Е. Орбан-Лембрик. – К. : Академвидав, 2005. – 448 с.
292. Основы психотерапії / Під заг. ред. К. В. Седих, О. О. Фільц, Н. Є. Завацької. – Полтава ; Алчевськ : ДонДТУ, 2013. – 320 с.
293. Осьодло В. І. Когнітивні та екзистенційні феномени психіки в контексті самоде-термінації / В. І. Осьодло // Вісник. НАОУ. – 2009. – № 4(12).– С.107–112.
294. Охорона психічного здоров'я дітей і підлітків в Україні: час порозуміння та об'єднання зусиль [Електронний ресурс] // Здоров'я України. – Режим доступу: <http://health-ua.com/article/3055.html>
295. Палуди М. Женская психология / [пер.с англ. Л. Ордановская, М. Васильева] / Мишель Палуди. – 3-е межд. изд. – М. : Прайм-Еврознак, 2007. – 384 с.

296. Панок В. Г. Психологія життєвого шляху особистості : монографія / В. Г. Панок, Г. В. Рудь. – К. : Ніка-Центр, 2006. – 280 с.
297. Парсонс Т. О структуре социального действия / [пер. с англ. Валентина Чеснокова] / Т. О. Парсонс. – М. : Академический Проект, 2002. – 880 с.
298. Паскалова М. І. Самоорганізація системи «соціум-індивід» у світлі нового мислення: автореф. дис. ... канд. філософ. наук : 09.00.03 / М. І. Паскалова ; ДЗ «Південно-укр. нац. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського». – О., 2011. – 20 с.
299. Патирко Т. Особливості зовнішньої та внутрішньої мотивації учіння дітей при зміні соціальної ситуації розвитку / Т. Патирко // Наступність і перспективність у навчанні і вихованні дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. – Переяслав-Хмельницький, 2000. – С. 30–33.
300. Патология психического развития / под ред. А. С. Тиганова. – М. : Научный центр психического здоровья РАМН, 1998. – 234с.
301. Пашукова Т. И. Эгоцентризм, основные психологические характеристики, закономерности и механизмы формирования и коррекции : дис.... д-ра психол. наук : 19.00.05, 19.00.13. / Т. И. Пашукова ; КНУ имени Тараса Шевченко – К., 2003. – 508 с.
302. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра / [пер. с англ. О. Е. Ефимова] / Ф. Перлз. – М. : Психотерапия, 2010. – 208 с. (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
303. Петренко В. Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании / В. Ф. Петренко. – М. : МГУ, 1983.– 177 с.
304. Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий [Электронный ресурс] / под ред. А. Robertson, C. Tirado, T. Lobstein [et al.]. // Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, 2005. – № 96. – 505 с. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/74421/E82161R.pdf?ua=1
305. Пикон-Ретегю Е. Пища и питание у высокогорных популяций / [пер. с англ. О. Е. Ефимова] / Е. Пикон-Ретегю // Биология жителей высокогорья / под ред. П. Бейкер. – М. : Мир, 1981. – с. 243–275.
306. Поддубный Н. В. Психология и синергетика: методологический аспект / Н. В. Поддубный. – Белгород : Политерра, 2003. – 152 с.
307. Подольська Є. А. Культура як знаково-семіотична система : Інформаційно-семіотичне розуміння культури [Електронний ресурс] / Є. А. Подольська, В. Д. Лихвар, К. А. Іванова // Культурологія. – К. : Центр навчальної літератури, 2003. – 288с. –

Режим доступу: www.info-library.com.ua/books-text-51.html.

308. Подорога В. А. Феноменология тела: Введение в философскую антропологию / В. А. Подорога. – М. : Ad Marginem, 1995. – 340 с.
309. Покровский А. А. Метаболические аспекты фармакологии и токсикологии пищи / А. А. Покровский. – М. : Медицина, 1979. – 184 с.
310. Поляков А. М. Субъект и символ / А. М. Поляков. – Минск : БГУ, 2014. – 255 с.
311. Пономарева Л. Г. Современные представления о расстройствах пищевого поведения / Л. Г. Пономарева // Молодой ученый. – 2010. – №10. – С. 274–276.
312. Порус В. Н. Философские науки: изменение контуров / В. Н. Порус // Язык, знание, социум : Проблемы социальной эпистемологии / Рос. акад. наук, Ин-т философии; Отв. ред. И. Т. Касавин. – М. : ИФРАН, 2007. – С. 11–32.
313. Постанова Верховної Ради України: Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2015. – № 10. – ст.67.
314. Постанова Кабінету міністрів України «Національний план заходів з імплементації та реалізації засад європейської політики «Здоров'я-2020: основ Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» щодо неінфекційних захворювань на період до 2020 року» (від 11.03.2015) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150311_0.html
315. Похлѣбкин В. В. Большая энциклопедия кулинарного искусства / В. В. Похлѣбкин. – М. : Центрполиграф, 2009. – 975 с.
316. Прасол А. Ф. От Эдо до Токио и обратно: культура, быт и нравы Японии эпохи Токугава / А. Ф. Прасол. – М. : Астрель, CORPUS, 2012. – С. 19–20.
317. Приленская А. В. Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым пищевым поведением (клинико-реабилитационный аспект) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / А. В. Приленская ; ГОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии Росздрава. – Томск, 2009. – 19 с.
318. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки Кабінет Міністрів України; Постанова, Програма від 10.01.2002 № 14 (Постанова Кабінету Міністрів України). Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ N 1109 (1109-2011-п) від 20.10.2011

319. Про затвердження Державної цільової соціальної програми розвитку дошкільної освіти на період до 2017 Кабінет Міністрів України; Постанова від 13.04.2011 № 629. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/629-2011>
320. Про Національну доктрину розвитку освіти Президент України; Указ, Доктрина від 17.04.2002 № 347/2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/347-2002>
321. Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року Президент України; Указ, Стратегія від 25.06.2013 № 344/2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/344/2013>
322. Про Стратегію сталого розвитку «Україна– 2020» (Указ Президента України від 12.01.2015. – № 5/2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>
323. Проблеми ведення дітей із розладами харчової поведінки / підгот. : Н. Купко // Дитячий лікар. – 2013. – №2. – С. 45–49.
324. Проскурняк О. П. Чинники та етапи становлення материнства / О. П. Проскурняк // Практична психологія та соціальна робота. – К., 2007. – № 3. – С. 13–16.
325. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів / За ред. В. Б. Шапарь. – Харків : Прапор, 2009. – 672 с.
326. Психология индивидуальных различий / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романовой. – М. : АСТ, Астрель, 2008. – 720 с.
327. Психосоматика: телесность и культура / Под. ред. В. В. Николаевой. – М. : Академический проект, 2009. – 311 с.
328. Психотерапия детей и подростков / [пер.с нем. Т. Н. Дмитриевой] / под. ред. Х. Ремшмидта. – М. : Мир, 2000. – 656 с.
329. Ракша Е. Г. Тілесна свідомість дитини з хронічною соматичною хворобою та формування базисних засад особистості [Електронний ресурс] / Е. Г. Ракша // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. – К. : Університет України, 2007. – Вип. 3(5). – С. 98–106. – Режим доступу: <http://www.vmurol.com.ua>
330. Райзман Е. М. Ипохондрия и субъективный телесный опыт / Е. М. Райзман, М. М. Мучник, И. Р. Семин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1997. – № 1–2 (3). – С. 89–94.
331. Расстройства пищевого поведения / [пер.с англ. Б. Бакс] / под. ред. М. Мейя. – К. : Сфера, 2006. – 444 с.
332. Рахубовська Х. Г. Особистісні властивості та розлади у осіб з розладами прийому

- їжі / Х. Г. Рахубовська // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. – 2012. – Вип. 44(2). – С. 184–191.
333. Ребеко Т. А. Гендерная идентичность и репрезентация тела у женщин / Т. А. Ребеко // Психол. журн. – 2010. – Т. 31. – № 1. – С. 15–31.
334. Роджерс К. Р. Становление личности: Взгляд на психотерапию / [пер. с англ. М. Злотник] / Карл Рэнсом Роджерс. – М. : Эксмо– Пресс, 2001. – 416 с. (Серия «Психологическая коллекция»).
335. Рождественський А. Ю. Феноменологія тілесності у просторі життєвих перспектив особистості: Монографія / А. Ю. Рождественський. – К. : Міленіум. – 2005. – 294с.
336. Розин В. М. Культурология / В. М. Розин: 2-е изд. – М.: Гардарики, 2003. – 462 с.
337. Романов И. В. Структура и динамика Эго-систем / И. В. Романов, В. А. Шпроо // Вопросы прикладной психологии. – Новокузнецк, 1995. – С. 71–81.
338. Роменець В. А. Історія психології: Стародавній світ. Середні віки. Відродження : Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / В. А. Роменець. – К. : Либідь, 2005. – 915 с.
339. Ротенберг В. С. Поисковая активность и адаптация / В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский. – М. : Наука, 1984. – 192 с.
340. Ротенберг В. С. Безпомічне навчання і навчена безпорадність / В. С. Ротенберг, С. М. Бондаренко // Завуч. – 2002. – № 19. – С.26–29.
341. Ротенберг В. Анорексия: неправильно ориентированный поиск [Электронный ресурс] // Флогистон / В. Ротенберг. – Режим доступа: http://flogiston.ru/self_behav16
342. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2013. – 713 с. (Серия «Мастера психологии»).
343. Рупчев Г. Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (на модели соматоформных расстройств) : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Г. Е. Рупчев ; МГУ им. М. В. Ломоносова. – М., 2001. – 18 с.
344. Савенков Ю. И. Избыточный вес угроза здоровью / Ю. И. Савенков. – Барнаул. : Алт. кн. из-дво, 2005. – 72 с.
345. Савченко О. В. Компетентність особистості на когнітивному рівні / [Електронний ресурс] / О. В. Савченко // Проблеми сучасної психології. – 2014. – Вип. 25. – С. 413–427. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Pspl_2014_25_35.pdf
346. Савченко О. Я. Ключові компетентності – інноваційний результат шкільної освіти / О. Я. Савченко // Рідна школа. – 2011. – № 8– 9. – С. 4–8.

347. Савченко О. Я. Структурування підручника «Основи здоров'я» для учнів 1–4 класів загальноосвітніх навчальних закладів [Електронний ресурс] // Новини педагогічної науки : Проблеми сучасного підручника: Зб.наук. праць 2012. – Вип. 12. – Част. II. – 2.66. Особливості творення сучасної навчальної і науково– методичної літератури. – С. 669–676. / О. Я. Савченко, Т. Є. Бойченко, Н. С. Коваль. – Режим доступу: http://undip.org.ua/upload/iblock/15e/2_66.pdf
348. Савчикова Ю. Л. Психологические особенности женщин с проблемами веса : дисс. ... канд.психол.наук: 19.00.04 / Ю. Л. Савчикова; СПбгу. – СПб., 2005. – 208 с.
349. Савчин М. В. Духовна парадигма в психології / М. В. Савчин. – К. : Академвидав, 2013. – 252 с.
350. Сайт коррекции веса ВЕС24 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ves24.ru>
351. Салмина-Хвостова О. И. Растройства пищевого поведения [Электронный ресурс] / О. И. Салмина-Хвостова // Здоровоохранение Чувашии. – 2010. – № 1. – Режим доступа : <http://journal.giduv.com/numbers/2010/1>.
352. Санникова О. П. Адаптивность личности : Монография / О. П. Санникова, О. В. Кузнецова. – Одесса: Н. П. Черкасов, 2009. – 258 с.
353. Свідло Т. М. Ритуал як культурний феномен у традиційному та інноваційному аспектах [Електронний ресурс] / Т. М. Свідло, М. І. Сторожик // Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Флософія. Психологія. Педагогіка. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/VKPI_frp
354. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2004. – 350 с
355. Сидоренко Е. В. Технологии создания тренинга: от замысла к результату / Е. В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2008. – 336 с.
356. Сидоренко Л. І. Проблема тілесності: філософсько-етичні виміри [Електронний ресурс] / Л. І. Сидоренко // Філософські проблеми гуманітарних наук: Альманах. – 2012. – № 21. – С.43–48. – Режим доступу: <http://www.philsci.univ.kiev.ua/biblio/sid>
357. Сидоров В. А. Исследование стилей пищевого поведения и психологических особенностей клиентов с алиментарным ожирением [Электронный ресурс] / В. А. Сидоров // Мед. психология в России. – 2012. – № 5(16). – Режим доступа: <http://medpsy.ru>

358. Сидоров П. И. Синергетическая концепция зависимого поведения / П. И. Сидоров // Наркология, 2006. – № 10. – С. 30–35.
359. Сидоров П. И. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний / П. И. Сидоров, И. А. Новикова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Вып. 3. – Т. 17. – С. 76–81.
360. Сидоров П. И. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция пандемии ожирения [Электронный ресурс] / П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева // Экология человека. 2015. – №5. – С. 27–35. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article>
361. Скиртач В. Феноменологічні дослідження психічно хворого суб'єкта / В.Скиртач // Людинознавчі студії. Філософія. – 2014. – Вип. 30. – С. 182–190. – Режим доступа: http://ddpu.drohobych.net/filos_lud/wp-content/uploads/2016/04/2014_18.pdf
362. Скиртач В. Концепція суб'єкта в антипсихіатрії у філософському освітньому дискурсі / В. Скиртач, О. Періг // Вища освіта України. – 2014. – № 1. – С. 34–39.
363. Скугаревский О. А. Классификационные критерии нарушений пищевого поведения и сопряженные поведенческие проявления / О. А. Скугаревский // Психотерапия и клиническая психология. – 2003. – №2 (7). – С. 25–29.
364. Слюсаревський Н. М. Культурні орієнтації як об'єкт дослідження / Н. М. Слюсаревський // Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства: Зб. наук. праць. – Харків: Видавничий центр Харківського Національного університету імені В. Н. Каразіна, 2005. – С.187–192.
365. Смашна О. Є. Порушення харчової поведінки при нервовій анорексії: системний погляд / О. Є. Смашна // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18. – № 3 (70). – С. 29–32.
366. Смоляр В. І. Генетичні та середовищні аспекти харчової поведінки / [Електронний ресурс] / В. І. Смоляр // Проблеми харчування. – № 3– 4 (23). – 2010. – С. 16–25. – Режим доступа: <http://www.medved.kiev.ua>
367. Смоляр В. І. Контамінація харчування, ендоекологія і здоров'я населення / В. І. Смоляр, Г. І. Петрашенко, О. В. Голохова // Пробл. харчування. – 2015. – N 1. – С. 18–22.
368. Смулевич А. Б. К вопросу о психопатологической систематике ипохондрии / А. Б. Смулевич // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1996. – Вып. 2. – С. 9–13.
369. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, В. Н. Козырев и др. // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – № 4. – С. 4–16.

370. Смулевич А. Б. Расстройства личности / А. Б. Смулевич. – М. : Медицинское информационное агентство, 2007. – 192 с.
371. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебное пособие / А. Б. Смулевич. – М. : МЕДпресс– информ. – 2009. – 208 с.
372. Собенников В. С. Соматизация и психосоматические расстройства: монография [Электронный ресурс] / В. С. Собенников, Ф. И. Белялов. – Иркутск : РИО ИГИУВа, 2010. – 230 с. – Режим доступа: <http://therapy.irkutsk.ru/my/book/psychsom2.pdf>
373. Соколова Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е. Т. Соколова, В. В. Николаева. – М. : SvR-Аргис, 1995. – 352 с.
374. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М. : МГУ, 1989. – 215 с.
375. Сонник Г. Т. Психіатрія / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков. – К. : Здоров'я, 2006. – 431 с.
376. Сохань И. В. Как исследовать гастрономическое? К вопросу о дефинициях и подходах / И. В. Сохань // Вестник Томского государственного университета. Культурология и искусствоведение. – 2013. – Т.9. – № 1. – С. 99–109.
377. Спахов А. С. Анорексия, как аутоагрессивная форма поведения / А. С. Спахов // Таврический журнал психиатрии. – 2003. – Том 7. – N 4. – С. 37–38
378. Ставицька С. О. Теоретичний аналіз проблеми механізмів розвитку духовної самосвідомості особистості в юнацькому віці / С. О. Ставицька // зб. наук. праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименко, Л. А. Онуфрієвої. – 2014. – вип. 24. – С. 630–645.
379. Старостина Е. Г. Расстройства приема пищи: клинико-эпидемиологические аспекты и связь с ожирением / Е. Г. Старостина // Врач. – 2005. – №2. – С.28–31.
380. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела / Г. В. Старшенбаум. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2014. – 352 с. (Серия «Психологический практикум»).
381. Степко О. М. Методи аналізу при проведенні комунікативних кампаній /О. М. Степко // Науковий вісник Інституту міжнародних відносин НАУ. Серія: економіка, право, політологія, туризм. – 2010. – Вип. 1 – С. 169–173.

382. Стилї життя: панорама змін [Електронний ресурс] / За ред. М. О. Шульги. – К. : Інститут соціології НАН України, 2008. – 416 с. – Режим доступу: http://i-soc.com.ua/institute/Styl_zhizni_2008.pdf
383. Стоянова И. Я. Психологические образования в норме и патологии : автореф. дис. ... д-ра. психол. наук : 19.00.04 / И. Я. Стоянова ; ГОУ ВПО Тюменской гос. ун-т. – Томск, 2007. – 47 с.
384. Суходуб Т. Д. Культура как текст / Т. Д. Суходуб // Уч. зап. Таврического национального ун-та им. В. И. Вернадского: Сер. Философия. Культурология. Политология. Социология. – Т. 27 (66). – 2014. – № 1–2. С. 224–234.
385. Тадеева Т. В. Теорія самодетермінації Дісі-Раяна і навчальна мотивація / Т. В. Тадеева // Наукові записки. Серія: Педагогика. – 2012. – № 3. – С. 215–223.
386. Тарасенко В. В. Фрактальная логика / В. В. Тарасенко. – М. : Прогресс-Традиция, 2002. – 160 с.
387. Тарасенко В. В. Фрактальная семиотика: наблюдатель в масштабах языка // Синергетическая парадигма. Человек и общество в условиях нестабильности / В. В. Тарасенко. – М. : Прогресс-Традиция, 2003. – С. 490–506.
388. Татенко В. О. Соціальна психологія впливу : Монографія / В. О. Татенко. – К. : Міленіум, 2008. – 216 с.
389. Татонь Я. Ожирение: патофизиология, диагностика, лечение / [пер. с пол. А. Гасперович] / Ян Татонь. – Варшава : Польское медицинское издательство, 1981. – 358 с.
390. Ташлыков В. А. Психологическая защита у больных с невротическими и психосоматическими расстройствами / В. А. Ташлыков. – СПб. : СПб ин-т усовершенствования врачей, 1992. – 112 с.
391. Терещенко Н. М. Вікова динаміка організації симптомокомплексу маскуліності/фемініності у дівчат // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: психологія. Харків: ХНУ. – 2013. – Вип. 48, №1046. – С. 122–125.
392. Тиллих П. Мужество быть [Электронный ресурс] / [пер. с нем. Т. И. Вевюрко] / Пауль Тиллих // Психологическая библиотека Киевского Фонда содействия развитию психической культуры. – Режим доступа: <http://www.psylib.org.ua/books/tillp01/index>.
393. Титаренко Т. М. Постмодерні концептуалізації понять «особистість» та «життєвий шлях» / Т. М. Титаренко // Психологія і суспільство. – 2009. – № 4. – С. 83–96.

394. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека / Т. М. Титаренко, Т. О. Ларіна. – К. : Марич, 2009. – 76 с. (Серія «Бібліотечка соціального працівника»).
395. Титаренко Т. М. Испытание кризисом: Одиссея преодоления / Т. М. Титаренко. – 2-е изд. – М.: Когито-Центр, 2010. – 303 с.
396. Титаренко Т. М. Постмодерна особистість в динаміці самоконструювання / Т. М. Титаренко // Актуальні проблеми психології: Психологічна герменевтика / за ред. Н. В. Чепелевої. – К., 2010. – Т. 2, вип. 6. – С. 5–14.
397. Титаренко Т. М. Його величність випадок: несподівані конфігурації людського життя / Т. М. Титаренко // Психологія особистості. – 2011. – № 1 (2) – С. 153–158.
398. Титаренко Т. М. Жизнеконструирование в психотерапии: кто конструктор? / Т. М. Титаренко // Журнал практического психолога. – 2011. – № 3. – С. 74–83.
399. Товкун Л. П. Харчування студентської молоді в сучасних умовах / Л. П. Товкун // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»: зб. наук. праць / гол. ред. В. П. Коцур. – Переяслав-Хм. (Київ. обл.) : Лукашевич О. М. – 2013. – Вип. 30 : Педагогіка. Психологія. Філософія. – С. 273–276.
400. Трубецков Д. И. Введение в синергетику. Хаос и структуры / Д. И. Трубецков – М. : Едиторная УРСС, 2004. – 240с.
401. Трубников Н. Н. Время человеческого бытия / Н. Н. Трубников ; ред. В. А. Лекторский. – М. : Наука, 1987. – 256 с.
402. Тхостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система / А. Ш. Тхостов // Вестн. Моск. Ун-та. – Сер. 14. Психология. – 1993. – № 1. – С. 3–16.
403. Тхостов А. Ш. Интроцепция и ипохондрия: психологическая и философская проблема / А. Ш. Тхостов // Независимый психиатрический журнал. – 1993. – N 1– 2. – С. 5–22.
404. Тхостов А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов.–М. : Смысл, 2002.– 287с.
405. Тюптя О. Материнство-батьківство як соціокультурні феномени / О. Тюптя // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка : Серія Психологія. Педагогіка. Соціальна робота. – 2013. – № 1 (7). – С.80–83.
406. Уголев А. М. Теория адекватного питания и трофология / А. М. Уголев. – СПб. : Наука, 1991. – 271 с.

407. Уилбер К. Проект Атман. Трансперсональный взгляд на человеческое развитие / [пер. с англ. А. Киселев] / Кен Уилбер. – М. : АСТ, 2004. – 320 с. (Серия «Тексты трансперсональной психологии»).
408. Устинова Н. А. Пищевой код как символизация пищевой традиции / [Электронный ресурс] / Н. А. Устинова. – Режим доступа: <http://sun.tsu.ru/mminfo/000063105//333>
409. Федорова И. И. Дифференцированный подход к лечению нарушений пищевой зависимости / И. И. Федорова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 3. – С. 67– 68.
410. Федорченко Т. Є. Соціально-педагогічні засади профілактики девіантної поведінки школярів в умовах соціокультурного середовища : монографія / Т. Є. Федорченко // Ін-т пробл. виховання Акад. пед. наук України. – Черкаси : Чабаненко, 2009. – 357 с.
411. Физиология человека / Под. ред. В. М. Покровского, Г. В. Коротько. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2003. – 656с. (Серия «Учебная литература для студентов медицинских вузов»).
412. Филиппова Г. Г. Нарушение репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы / Г. Г. Филиппова // Журнал практич. психол. – 2003. – № 4– 5. – С. 83–107.
413. Фильц А. О. Проблема небредовой ипохондрии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.18 / А. О. Фильц ; НЦПЗ РАМН. – М., 1993. – 49 с.
414. Флиер А. Я. Культурология для культурологов / А. Я. Флиер. – М. : Академический Проект, Екатеринбург : Деловая книга, 2002. – 492 с.
415. Франкл В. Человек в поисках смысла / [пер. с англ., нем. Д. А. Леонтьев] / ред. Л. Я. Гозмана, Д. А. Леонтьева / В. Франкл. – М. : Книга по требованию, 2012. – 366 с.
416. Фрейд З. Лекция 17: Общая теория неврозов. Смысл симптомов // Введение в психоанализ / [пер.с нем. Г.В.Барышников] / Зигмунд Фрейд. – СПб. : Питер, 2008.– 384 с. (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
417. Фромм Э. Искусство быть / [пер. с англ. А. Александрова] / Эрих Фромм. – М. : АСТ, 2013. – 352 с. (Серия: «Новая философия»).
418. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / [пер. с англ. Эмилия Телятникова] / Эрих Фромм. – М. : АСТ, 2014. – 624 с. (Серия «Новая философия»).
419. Фрэнкин Р. Мотивация поведения / [пер. с англ. В.Белоусов, А.Ракитина] / Роберт Фрэнкин. – СПб. : Питер, 2003. – 652 с. (Серия «Мастера психологии»).
420. Фуко М. Герменевтика субъекта. Курс лекций в Коллеж де Франс, 1982. Выдер-

- жки / [пер. с франц. И. И. Звонаревой] / Сост., общ. ред. и предисл. В. В. Винокурова, А. Ф. Филиппова // Социологос Вып. 1 / М. Фуко. – М. : Прогресс, 1991. – С. 284–311.
421. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / [пер. с фр. И. К. Стаф] / М. Фуко. – СПб : Университетская книга, 1997. – 576 с.
422. Фуко М. Ненормальные : Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1974–1975 учебном году / [пер. с фр. А. В. Шестакова] / М. Фуко. – СПб. : Наука, 2004. – 432 с.
423. Хавкіна Л. М. Сучасний український рекламний міф /Л. М. Хавкіна. – Харків : Харківське історико-філологічне товариство, 2010. – 352 с.
424. Хаустова О. О. Надлишкова вага як проблема психічного здоров'я [Електронний ресурс] / О. О. Хаустова // Здоров'я України. – 2012. – № 1. – С. 55–57. – Режим доступу: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2012_Nevro_1/55-57.pdf
425. Холмогорова А. Б. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гараян // Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – №2. – С. 5–50.
426. Холмогорова А. Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / А. Б. Холмогорова ; Московский научно–иссл. Ин-т психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – М., 2006. – 53 с.
427. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Новые пути в психоанализе / [пер. с англ. В.В. Старовойтова] / К. Хорни. – СПб. : Питер, 2014. – 304 с. (Серия «Мастера психологии»).
428. Худик В. А. Онтогенетический аспект психологической диагностики и коррекции аномального развития личности : (На материале исслед. детей и подростков) / В. А. Худик; Рос. гос. пед. ун-т им. А. И. Герцена. – СПб. : Образование, 2000. – 298 с.
429. Хуторской А. В. Тезаурус человекообразного образования : Научное издание / А. В. Хуторской. – М. : Эйдос; Институт образования человека, 2015. – 51 с. (Серия «Научная школа»).
430. Хухлаев О. Е. Смысл травмы / О. Е. Хухлаев // Школ. психолог, 2006. – №2. – С. 12–13.
431. Хьелл Л. Теории личности: основные положения, исследования и применение / [пер.с англ. С. Меленевская, Д. Викторова] / Ларри Хьелл, Дэниел Зиглер. – 3-е изд. – Спб. : Питер, 2006. – 608 с. (Серия «Мастера психологии»).

432. Циба В. Т. Теоретичні засади соціальної психології: системний підхід : монографія / В. Т. Циба. – К. : Відкритий міжнар. ун-т розв. людини «Україна», 2011. – 359 с.
433. Цивилько М. А. Случай тяжелой нервной анорексии у мужчины / М. А. Цивилько, М. В. Коркина, В. И. Скворцова, Л. Г. Ерохина, Н. С. Чекнева, А. Е. Брюхин и др. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – № 2. – С. 46–49.
434. Цивьян Т. В. Модель мира и ее лингвистические основы / Т. В. Цивьян. – М. : Гнозис, 2005. – 280 с.
435. Циринг Д. А. Психологические функции личностной беспомощности / Д. А. Циринг, И. В. Пономарева // Вестник Томского государственного университета. – 2012. – № 357. – С. 173–175.
436. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология / С. Ю. Циркин. – 3-е изд., перераб. – М. : Бином, 2012. – 288 с.
437. Чабан О. С. Реабілітаційні мішені: Особливості дезадаптації людини в сучасних кризових ситуаціях / О. С. Чабан, О. О. Хаусова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 1 (21). – С. 13–18.
438. Чабан О. С. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О. С. Чабан, О. О. Хаусова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 3 (23). – С. 13–21.
439. Чабан О. С. Тревога: история сверхбеспокойных людей / Олег Чабан, Елена Хаусова, Елена Жабенко, Наталья Жабенко, Анна Олейник. – К. : Servier, 2012. – 130 с.
440. Чайка В. К. Нервная анорексия у девочек и девушек / В. К. Чайка, Л. А. Матющина, И. В. Бабенко–Сорококуд. – Донецк : Лидер, 2004. – 32 с.
441. Чайковский Ю. В. Активный связный мир. Опыт теории эволюции жизни / Ю. В. Чайковский. – М. : Т-во научных изданий КМК, 2008. – 725 с.
442. Чаусова Ю. А. Наративний підхід у дослідженні особливостей сімейних стосунків / Ю. А. Чаусова // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Том II. Психологічна герменевтика. – Житомир : Житомирський Державний Університет. – 2011. – Вип. 7. – С. 227–234.
443. Чеп М.-Л. А. Психосинергетичні особливості сталих та кризових періодів життя людини: монографія / М.-Л. А. Чеп, В. Ф. Маценко, Ж. М. Маценко, А. Д. Терещук [та ін.] ; за ред. Чепи М.-Л. А. – К. : Педагогічна думка, 2015. – 197 с.
444. Чепелева Н. В. Методологические основы исследования личности в контексте постнеклассической психологии // Актуальні проблеми психології: Психологічна гер-

- меневтика / За ред. Н. В. Чепелевої. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агенство», 2010. – Том 2, вип. 6. – С. 15–24.
445. Черемис І. В. Нові вимоги до спеціаліста: поняття компетентності й компетенції / І. В. Черемис // Вища освіта України. – 2006. – № 2. – С. 84–88.
446. Чернілевський Д. В. Методологія наукової діяльності : навч. посіб., вид. 3-є, перероблене / Д. В. Чернілевський, М. І. Томчук, О. А. Дубасенюк, О. Є. Антонова, В. І. Захарченко, О. В. Вознюк, Н. З. Сіранчук / за ред. Д. В. Чернілевського. – Вінниця: АМСКП, 2012. – 364 с.
447. Чернобровкина Т. В. Философские проблемы биологии и медицины: синергетика в аддиктологии / Т. В. Чернобровкина, Б. М. Кершенгольц // Аддиктология. – 2005. – №1. – С. 14–20.
448. Чернявский Д. С. Синергетика и информация. Динамическая теория информации / Д. С. Чернявский – М. : Наука, 2001. – 245с.
449. Чирков В. И. Самодетерминация и внутренняя мотивация поведения человека / В. И. Чирков // Вопросы психологии. – 1996. – N 3. – С. 116–131.
450. Шабшин И. И. Психологические особенности и феномены коммуникации в Интернете / И. И. Шабшин // Московский психотерапевтический журнал. – 2005. – № 1. – С. 158–182.
451. Шарифуллина С. Р. К вопросу о языковом статусе местоимений / С. Р. Шарифуллина // Нормы человеческого общения: тезисы докл. Междун. научной конференции (16–18 сентября 1997 г.). – Нижний Новгород : НГЛУ, 1997. – С.91–92.
452. Швалб Ю. М. «Якість життя» як проблема екологічної психології // Еколого–психологічні чинники якості життя в умовах розвитку сучасного суспільства: колективна монографія / за ред. Ю. М. Швалба. – Кіровоград : Імекс–ЛТД, 2013. – С. 7–19.
453. Шебанова В. И. Влияние телевидения на формирование духовно-нравственных ценностей личности (Начало) / В. И. Шебанова, С. Г. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2010. – №10. – С. 66–70.
454. Шебанова В. И. Влияние телевидения на формирование духовно-нравственных ценностей личности (Окончание) / В. И. Шебанова, С. Г. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2011. – №1. – С.38–44.
455. Шебанова В. І. Теоретичний аналіз механізмів психологічного захисту у психотерапевтичних концепціях особистості / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми

- психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості / за ред. С. Д. Максименка, М. В. Папуча. – К., 2011. – Том 112. – Вип. 5. – С.558–568.
456. Шебанова В. І. Діагностичні критерії та систематика основних форм порушень харчової поведінки / В. І. Шебанова // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету / Гол.ред. М. О. Носко. – Чернігів : ЧДПУ, 2011. – Т.2. – Вип. 94. – С. 251–255.
457. Шебанова В. І. Рівноманітні аспекти ставлення до тіла у ході історичного й культурного розвитку соціуму / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К., 2012. – Т. XIV – част.1. – С. 380–386.
458. Шебанова В. І. Теоретичний аналіз типів харчової поведінки особистості / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агенство», 2011. – Том X. – Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. – Вип. 19. – С. 647– 656.
459. Шебанова В. І. Психологічні особливості типів харчової поведінки / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // Педагогіка та психологія: сучасний гуманітарний вимір: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м.Київ, 8 вересня 2012). – К.: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології». – С. 148–150.
460. Шебанова В. І. Механізми психологічного захисту та копінгу (совладання) особистості : навчально-методичний посібник / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова. – Херсон : ХДУ, 2012. – 224 с.
461. Шебанова В. І. Особливості психологічної корекції ваги при гіперфагії / В. І. Шебанова // Інтеграційні можливості сучасної психології та шляхи її розвитку: матер. міжнар. Науково-практичної конф. / Рец. Л. М. Карамушка, В.О. Васютинський (10–12 жовтня 2012 р). – Запоріжжя : ЗНУ, 2012. – С.93–94
462. Шебанова В. І. А. с. Порушення харчової поведінки особистості / В. І. Шебанова – № 44602 від 9.07.2012. – К., Державний департамент інтелектуальної власності.
463. Шебанова В. І. Пат. Спосіб корекції харчової поведінки по екстернальному типу / В. І. Шебанова. – №67962 від 12.03.2012. – К., Державний департамент інтелектуальної власності.

464. Шебанова В. І. Пат. Спосіб корекції ваги при гіперфагії (переїданні та надлишкової вази)» / В. І. Шебанова – №72773 від 27.08.2012. – К., Державний департамент інтелектуальної власності.
465. Шебанова В. І. Розлади харчової поведінки як феномен захисного реагування / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // Вісник післядипломної освіти: зб. наук. праць / Ун-т менедж. освіти НАПН України / Редкол.: О. Л. Ануфрієва [та ін.]. – К., 2012. – Вип. 6(19) / голов. ред. В. В. Олійник. – К. : «Дорадо-Друк», 2012. – С. 422–431.
466. Шебанова В. І. Корекція порушень харчової поведінки по екстернальному типу [Електронний ресурс] / В. І. Шебанова // Вісник Одеського національного університету. Психологія . – 2012. – Т. 17, Вип. 8. – С. 729–734. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Vonu_psi_2012_17_8_89.pdf
467. Шебанова В. І. Психотерапевтичні підходи до корекції порушень харчової поведінки / В. І. Шебанова // Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 18. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2012. – С. 831–841.
468. Шебанова В. І. Метафоричний характер семантики «внутрішнього тіла» / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // Basic and applied psychological researches in the practices of leading scientific schools: Realities and Perspectives: Collection of articles. Materials of the international scientific and practical Conference (2012/12/21-22) / Editorial Board / Makiyivka: MIEH – Institution Is Certified by International Education Society. London, Great Britain. – 2012. – P. 174–178.
469. Шебанова В. І. Внутренняя телесность как область восприятия внутреннего пространства организма / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // European Applied Sciences: modern approaches in scientific researches: Papers of the 1st International Scientific Conference. – December 17-19. – 2012. – Stuttgart, Germany. – P. 335–338.
470. Шебанова В. І. Функціональне значення метафоричності внутрішньої тілесності / В. І. Шебанова // Проблеми сучасної психології: Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 21. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2013. – С. 760–770.
471. Шебанова В. І. Розлади харчової поведінки в дзеркалі механізмів психологічного захисту / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // Науковий вісник Херсонського держав-

- ного університету: зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2013. – Вип. 2. – С. 48–51.
472. Шебанова В. И. Пищевые деформации как ритуальное поведение и механизмы снижения тревоги / В. И. Шебанова // 2nd International scientific conference European Applied Sciences: modern approaches in scientific researches (18– 19.02.2013). – Stuttgart, Germany, 2013 – P. 208–209
473. Шебанова В. І. Розлади харчової поведінки як функціонування адаптаційно–компенсаторних механізмів тілесності / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименко. – К. : Фенікс, 2013. – Т. XII. Психологія творчості. – Вип. 18. – С. 292–299.
474. Шебанов В. І. Патологические стратегия пищевого поведения с позиций функционирования адаптационно– компенсаторных механизмов / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // «Актуальные проблемы психологии развития личности»: матер. Междунар. научно-практической конф. (3-4 окт. 2013) / Ред. кол. : Л. М. Дакуша и др.; под. науч. ред. М. М. Карнелович. – Гродно : ГрГУ, 2013. – С. 33–38.
475. Шебанова В. І. Надлишкова вага як наслідок втрати самоконтролю над процесом вживання їжі / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // «Психологія і педагогіка: актуальні питання XXI століття» : зб. наук. роб. Міжнар. науково-практичної конференції: (2–3 серпня 2013 р.). – Одеса: ГО Південна фундація педагогіки, 2013. – С. 25–29.
476. Шебанова В.І. Психогенне переїдання як допінг-стратегія поведінки у людей з надлишковою вагою / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // «Педагогіка та психологія: актуальні питання взаємодії науки та практики»: зб. тез Міжнародної науково-практичної конференції (23 серпня 2013 року). – Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2013. – С. 88–92.
477. Шебанова В. И. Влияние семьи на формирование расстройств пищевого поведения детей и подростков / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» : матер. V Международного конгресса (24–27 сентября 2103, Москва) / Под. ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – М. : ООО ONEBOOK.RU, 2013 – С. 327–328.
478. Шебанова В. І. А. с. Особливості застосування методу аутогенного тренування при корекції ваги / В. І. Шебанова. – № 51003 від 28.08.2013. – К., Державний департамент інтелектуальної власності.

479. Шебанова В. І. Харчові розлади як компенсаторні зміни тілесності / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // «Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід» : матеріали І Міжнар. науково-практичної конференції (18-19 жовтня 2013 року) / Ред. Т. Б. Хомуленко, М. А. Кузнєцов, І. О. Філенко. – Харків : ХНПУ, 2013. – С. 216–219.
480. Шебанова В. І. З досвіду навчання методу аутогенного тренування / В. І. Шебанова // «Проблеми педагогіки і психології та їх роль в сучасному суспільстві»: зб. тез Міжнар. науково-практичної конференції: (25–26 жовтня 2013 року). – Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2013. – С. 95–99.
481. Шебанова В. І. Психотерапевтична корекція емоційної харчової поведінки / В. І. Шебанова // Вісник післядипломної освіти: зб. наук. праць : у 2-х ч. / Ун-т менедж. освіти НАПН України / Редкол.: О. Л. Ануфрієва та ін. / голов. ред. В. В. Олійник – К. : АТОПОЛ, 2013. – Вип. 9(22). – Ч. 2 – С. 363–372.
482. Шебанова В. І. Психокорекція емоційної харчової поведінки методом аутогенного тренування / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К., 2013. – Т. 11, Вип. 8. – Ч. 2. – С. 524–533.
483. Шебанова В. І. Психокорекція екстернальної харчової поведінки методом аутогенного тренування / В. І. Шебанова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені В. Даля / Гол. ред. кол. Н. Є. Завацька. 2013. – № 3 (32). – С. 290–298.
484. Шебанова В. И. Психокоррекция расстройств пищевого поведения методом аутогенной тренировки / В. И. Шебанова, С. Г. Шебанова // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : сб. науч. статей 2-й Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием / Под. ред. Р. В. Кадырова. – Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2013. – С. 283–289.
485. Шебанова В. І. Експрес-діагностика розладів харчової поведінки / В. І. Шебанова // Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Г. Сковороди. – Дод. 2 до Вип. 31: Темат. вип. Проблеми емпіричних досліджень у психології / Відп. ред. І. П. Маноха. – К. : Гнозис, 2013. – Вип. 7. – С. 296–302.

486. Шебанова В. І. Психодіагностична та психотерапевтична робота з розладами харчової поведінки / В. І. Шебанова // Проблеми емпіричних досліджень у психології : матер. VII Міжнар. науково-практичної конференції / За ред. І. В. Данилюка, І. В. Ващенко (5–6 грудня 2013 р.). – К. : ОВС, 2013. – Вип. 2. – С. 332–339.
487. Шебанова В. І. З досвіду психотерапевтичної роботи (з клієнтом з обмежувальним типом поведінки) / В. І. Шебанова // Сучасні тенденції розвитку педагогічних та психологічних наук : матер. Міжнар. науково-практичної конференції (21 грудня 2013 р.). – К. : ГО Київська наукова організація педагогіки та психології, 2013. – С. 111–113.
488. Шебанова В. І. Психологічна реабілітація дітей, які зазнали насильства / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова. – Херсон : ХДУ. – 2013. – 172 с.
489. Шебанова В. І. Харчові деформації у дзеркалі ритуалу / В. І. Шебанова // Вісник Одеського національного ун-ту ім. І. І. Мечнікова. Серія Психологія. / Ред. кол. серії Т. П. Вісковатова та ін. – Одеса : Астропринт. – 2013. – Т.18. – Вип. 22 (3). – Ч.3. – С. 238–243.
490. Шебанова В. І. Корекція розладів харчової поведінки за екстернальним типом / В. І. Шебанова // Освіта регіону Політологія. Психологія. Комунікації / ред. кол. В. П. Андрущенко та ін. – К. : Університет «Україна», 2013. – № 3. – С. 256–261.
491. Шебанова В. І. Ритуали як шлях пізнання механізмів харчових розладів / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка / Гол. ред. С. Д. Максименко. – Київ, 2013. – Том 11. – Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 7. – Частина 2. Ніжин : ПП Лисенко М.М., 2013. – С. 529–539.
492. Шебанова В. І. Категории символического значения пищи как средства коммуникации / В. І. Шебанова // IX Европейский научно-практический конгресс психологов и педагогов» : материалы Междунар. науч.-прак. конгресса (27.12. 2013). – К. : Европейская ассоциация педагогов и психологов «Science», 2013. – С. 156–160.
493. Шебанова В. І. Особливості психопрофілактики розладів харчової поведінки у дівчат-підлітків / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка / Ред. С. Д. Максименко. – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. – Том XI. – Соціальна психологія. – Вип. 6. – Книга II. – С. 473–482.
494. Шебанова В. І. Нервова булімія як поглиблення процесу розвитку нервової анорексії / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту

- психології імені Г. С. Костюка / За ред. С. Д. Максименка. – Том 10. Психологія навчання, генетична психологія, медична психологія. – Вип 25. – К., 2013. – С. 608–618.
495. Шебанова В. І. Різновиди та функції харчування у процесі життєдіяльності людини [Електронний ресурс] / В. І. Шебанова // Проблеми та перспективи розвитку науки на початку третього тисячоліття у країнах СНД: матер. XVIII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конференції / Гол. ред. В. П. Коцур. – Переяслав-Хмельницький, 2013. – С. 191–194. – Режим доступу: http://neasmo.org.ua/zbirnik_final_12_2013.pdf
496. Шебанова В. И. Ассоциативный тест инверсии эмоционального отражения (модифицированный вариант) / В. И. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – №1 (178), 2014 р. – С. 24–33.
497. Шебанова В. І. Соціорегуляція прийому їжі в дзеркалі харчової традиції / В. І. Шебанова // «Гуманітарні та суспільні науки в епоху глобалізації»: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. – К.: Центр науково-практичних студій, 2014. – С. 11–15.
498. Шебанова В. І. А. с. Психодіагностика розладів харчової поведінки / В. І. Шебанова. – № 53609 від 11.02.2014. – К.: Державна служба інтелектуальної власності України.
499. Шебанова В. І. А. с. Тренінг «На пути к соему телу...» / В. І. Шебанова, А. В. Науменко – № 53920 від 04.03.2014 – К.: Державна служба інтелектуальної власності України.
500. Шебанова В. І. Змінення стратегій харчової поведінки під впливом сучасної медикалізації [Електронний ресурс] / В. І. Шебанова // Проблеми та перспективи розвитку науки на початку третього тисячоліття у країнах СНД: матер. Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. / Гол. ред. В. П. Коцур. – Переяслав-Хмельницький, 2014. – С. 206–208. – Режим доступу: <http://conferences.neasmo.org.ua/uploads/conference/file/2/>
501. Шебанова В. І. Діагностика особистісної самопрезентації хворих на нервову анорексію методом контент-аналізу / В. І. Шебанова // Перспективні напрямки розвитку сучасних педагогічних і психологічних наук: зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. – Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2014. – С. 83–87.
502. Шебанова В. И. Особенности применения метафорических ассоциативных карт в коррекционной групповой работе расстройств пищевого поведения / В. И. Шебанова // Вплив досягнень психологічних і педагогічних наук на розвиток сучасного суспільства: зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. – Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2014. – С. 66–71.

503. Шебанова В. И. Опыт применения ассоциативной игры— упражнения «хозяин симптома» (для работы с психосоматическим симптомом) / В. И. Шебанова // Будущее клинической психологии – 2014 : матер. VIII Междунар. науч.-практ. конф. / Под ред. Е. В. Левченко. – Пермь : Перм. гос. нац. исслед. ун-т, 2014. – С. 204–208.
504. Шебанова В. І. Харчова поведінка як зв'язок між їжею та харчовою традицією / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка / За ред. С. Д. Максименко. – Том 11. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 10 – К. : Фенікс, 2014. – С. 485–501.
505. Шебанова В. І. Харчова поведінка людини, їжа, тілесність як феномени повсякденної реальності (частина 1) / В. І. Шебанова // Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 22. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. – С. 720–731.
506. Шебанова В. І. Харчова поведінка людини, їжа, тілесність як феномени повсякденної реальності (частина 2) / В. І. Шебанова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 24. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. – С. 717–731.
507. Шебанова В. И. Трансформация пищевых стратегий удовольствия: от ценности сытости к нормированию / В. И. Шебанова // Психология, экономика, право. – 2014. – № 1. – С. 99–109.
508. Шебанова В. І. Перекручені патерни харчової поведінки як невротичний ритуал / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: зб. наук. праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон : Видавничий дім Гельветика, 2014. – Вип. 2. – Том 1. – С. 148–155.
509. Шебанова В. И. Кинотерапия в коррекционной программе нормализации пищевого поведения / В. И. Шебанова // Дружининские чтения : сб. матер. XIII Всеросс. научно-практич. конференции. г. Сочи, Сочинский гос. ун-т / Под. ред. И. Б. Шуванова. – Киров : МЦНИП, 2014. – С. 342–346.
510. Шебанова В. И. Применение метафорических ассоциативных карт в коррекции нарушений пищевого поведения / В. И. Шебанова, С. Г. Шебанова // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : сб. науч. ст. III Междунар. науч.-практ. конф. «Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуаци-

ях жизнедеятельности» / Под ред. Р. В. Кадырова. – Владивосток : Морской государственный университет, 2014. – С. 350–358.

511. Шебанова В. І. Метафоричні асоціативні карти у психокорекції харчової поведінки (Початок) / В. І. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – № 6. – С. 37–47.

512. Шебанова В. І. Метафоричні асоціативні карти у психокорекції харчової поведінки (Закінчення) / В. І. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – №7. – С. 29– 5.

513. Шебанова В. И. Психологические функции ассоциативных метафорических карт (как психодиагностического и психотерапевтического инструментария) / В. И. Шебанова // Collection of scientific articles and theses According to the results of International scientific-practical conference of pedagogues and psychologists «Scientific genesis» Geneva(Switzerland), the 8th of August, 2014. – Geneva, 2014. – V. 3. – pp. 23–30.

514. Шебанова В. И. Техника «сочинение стихов» в психокоррекции пищевого поведения / В. И. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – №8. – С. 8–17.

515. Шебанова В. І. Авторська програма тренінга «Нормалізації харчової поведінки «вітрило мрії» / В. І. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – №10. – С. 40–59.

516. Шебанова В. І Деформації харчової поведінки як ритуальна діяльність / В. І. Шебанова // Проблеми та перспективи розвитку науки на початку третього тисячоліття у країнах Європи та Азії : матер. VII Міжнар. наук.-практ інтернет-конф. / Гол.ред. В. П. Коцур. – Переяслав-Хмельницький, 2014. – С. 220–223.

517. Шебанова В. И. Отношения с родителями как источник расстройств пищевого поведения подростков / В. И. Шебанова // Науковий форум: Актуальні питання гуманітарних та суспільних наук : зб. матер. Міжнар. наук-практ. конф. – К. : Центри науково-практичних студій, 2014. – С. 119–125.

518. Шебанова В. І. Ритуали в соціогенезі людства та в онтогенезі людини як шлях пізнання розладів харчової поведінки / Н. І. Тавровецька, В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова, В. Ф. Казібекова, Н. О. Головкова, І. О. Цілінко, А. О. Чхаїдзе, О. М. Танасійчук // Психологічні аспекти психічного здоров'я особистості. Колективна монографія. – Херсон : ПП Вишемирський В.С., 2014. – С. 106–135.

519. Шебанова В. І. Синергетична модель розвитку розладів харчової поведінки / В. І. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – №12. – С. 1–18.
520. Шебанова В.І. Фізіологічний аспект харчової поведінки / В. І. Шебанова // Науковий вісник Педагогіка та психологія Чернівецького університету. – Чернівці : Чернівецький нац.ун-т, 2014. – Вип. 680. – С. 187–196.
521. Шебанова В. І. Харчова поведінка в структурі тілесності: теоретичні й методологічні основи тілесності / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету : зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О.Є.Блинова. – Херсон : Видавничий дім Гельветика, 2014. – Вип. 1. – С. 186–192.
522. Шебанова В. И. Тренинг нормализации пищевого поведения: Программа психологического сопровождения на пути к свободе от переедания. Практическое руководство / В. И. Шебанова. – Херсон : ПП Вишемирский В. С., 2014. – 394 с.
523. Шебанова В. І. Застосування теорії самодетермінації для нормалізації харчової поведінки (як основи нормалізації ваги) / В. І. Шебанова // Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. – 2014. – II (18), Issue 37. – P. 113–116.
524. Шебанова В. І. Іпохондричний дискурс сучасності як базова основа викривленої турботи про себе (нав'язливе прагнення зниження ваги) / В. І. Шебанова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За наук. ред. С.Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 25. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. – С. 638–651.
525. Шебанова В. І. Вплив засобів масової інформації на формування гендерних стереотипів тіла / В. І. Шебанова // Соціально-психологічні проблеми гендерної стратифікації суспільства: матер. XI наук-практ. конф. – Луганськ : СЛУ ім. В. Даля, 2014. – С. 99–102.
526. Шебанова В. І. «Життєстійкість» як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності суб'єктів з розладами харчової поведінки / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості/ Гол.ред. С. Д. Максименко. – К., 2014. – Том 11. – Вип. 13. – С. 529–536.
527. Шебанова В. І. «Турбота про тіло» у дзеркалі іпохондричного дискурсу сучасності / В. І. Шебанова // Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди. – Додаток 4 до Вип. 31, Том

- III (11): Тематичний вип. «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання» / Відп. ред. І. П. Маноха. – К. : Гнозис, 2014. – Вип. 7. – С. 259–266.;
528. Шебанова В. І «Харчова поведінка» як феноменологія буттєвої тілесності / В. І. Шебанова // Global scientific unity 2014 : The European professional scientific publication Collection of scientific articles and theses According to the results of International Scientific and Practical Congress / Chief Editor S. Geldof . – Prague (Czech Republic), 26–27th of September 2014. – Publishing Center of The International Scientific Association «Science & Genesis», Copenhagen, 2014, pp. 136–141. Website: <http://science-genesis.com>
529. Шебанова В. І. Розлади харчової поведінки як криза життєдіяльності особистості (з позиції синергетичного підходу) [Електронний ресурс] / В. І. Шебанова // Психологія переживання кризових подій : матер. V Міжнар. наук-практ. конф. – Ніжин : Ніжинський державний університет імені М. Гоголя. – Режим доступу: <http://www.ndu.edu.ua>
530. Шебанова В. І. Особливості самопрезентації анорексиків на інтернет-форумі / В. І. Шебанова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені В. Даля / Гол. ред. кол. Н. Є. Завацька. Луганськ : Східноукраїнський університет імені В. Даля, 2014. – № 2 (34). – С. 366–376
531. Шебанова В. І Психотерапевтична корекція харчової поведінки при психогенному переїданні / В. І. Шебанова // Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка. – Том XVI. част. 1,2. – К., 2014. – С. 449–456.
532. Шебанова В. І. Можливості психологічної допомоги анорексикам в інтернет-мережі / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агенство», 2014. – Том X. – Психологія навчання, генетична психологія, медична психологія. – Вип 26. – С. 901–918.
533. Шебанова В. І. Використання інтернет-ресурсів з метою надання психологічної допомоги анорексикам / В. І. Шебанова, С. Г. Шебанова // Особистість у сучасному світі : матеріали III Всеукраїнський психологічний конгрес з міжнародною участю, 22–23 листопада 2014 року Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агенство», 2014. – С. 673–677.
534. Шебанова В. І. Нікнейм як самопрезентація на інтернет-форумі у осіб з проблемами харчової поведінки / В. І. Шебанова // Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав-

Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди. – Дод. 4 до Вип. 31, Том III(11): Темат. вип. «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання» / Відп. ред. І. П. Маноха. – К. : Гнозис, 2014. – Вип. 7. – С. 259–266.

535. Шебанова В. І. Аватар як самопрезентація на інтернет-форумі у осіб з проблемами харчової поведінки / В. І. Шебанова // Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди. – Додаток 2 до Вип. 35, Том III (15): Тематичний вип. «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання» / Відп. ред. І. П. Маноха. – К. : Гнозис, 2015. – С. 237–250.

536. Шебанова В. И. Возможность применения метафорических ассоциативных карт в коррекции нарушений пищевого поведения / В. И. Шебанова // Психология, экономика, право. – 2015. – № 1. – С. 47–62.

537. Шебанова В. І. Трансформації особистісної ідентичності у осіб з негативним тілесним досвідом / В. І. Шебанова // Сучасна психологія: теорія і практика : матер. міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 27–28 березня, 2015 року). – Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2015. – С. 56–60.

538. Шебанова В. І. Ідентичність особистості як базова структура нормалізації харчової поведінки / В. І. Шебанова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 27. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015. – С. 647–660.

539. Шебанова В. И. Ретроспективные воспоминания как метод диагностики расстройств пищевого поведения / В. И. Шебанова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология», 2015. – Т. 8. – № 3. – С. 21–27.

540. Шебанова В. І. «Методика спрямованого ретроспективного аналізу на тему «мої відносини з їжею» (МТРА– їжа) / В. І. Шебанова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені В. Даля / Гол. ред. кол. Н. Є. Завацька. – 2015. – 3(38) – С. 439–447.

541. Шебанова В. І. Профілактична робота психолога: запобігання виникнення порушень харчування та розладів харчової поведінки [Електронний ресурс] / В. І. Шебанова // Провідна роль освітнього досвіду в становленні особистості : матеріали дистанційної Всеукраїнської науково-практичної конференції (25 квітня – 8 травня 2015 року). – Режим доступу: http://distance.dnu.dp.ua/ukr/index_ukr.html

542. Шебанова В. І. Особливості егоцентризму вагітних жінок з травматичним досвідом тілесності / В. І. Шебанова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 29. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015. – С. 752–762.
543. Шебанова В. І. Особливості сприйняття життєвого шляху під впливом травматичного тілесного досвіду / В. І. Шебанова // Вісник Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара. Серія Психологія. – Вип. 21. / Ред. кол. Е. Л. Носенко, І. Ф. Аршава та ін. – Дніпропетровськ : ДНУ, 2015. – С. 112–121.
544. Шебанова В. І. Вплив травматичного тілесного досвіду на суб'єктивну картину життєвого шляху особистості (на прикладі вагітних з досвідом лікування безпліддя внаслідок проблем харчової поведінки й деформацій ваги) / В. І. Шебанова // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / Ред. С. Д. Максименко. – Київ; Ніжин : ПП Лисенко, 2015. – Том XI. – Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 15. – С. 560–577.
545. Шебанова В. І. Реконструкція суб'єктивної картини світу як відображення своєрідності егоцентричної спрямованості особистості / В. І. Шебанова // Науковий вісник Чернівецького університету : зб. наук. праць. – Вип. 743. Педагогіка і психологія. – Чернівці : Чернівецький нац. ун-т, 2015. – С. 277–285.
546. Шебанова В. И. Влияние травматического опыта телесности на особенности эгоцентризма личности / В. И. Шебанова, С. Г. Шебанова // Психологическая безопасность личности в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : сборник научных статей V Международной научно-практической конференции / Под ред. Р. В. Кадырова. – Владивосток : Мор. Гос. ун-т, 2015. – С. 400–409.
547. Шебанова В. И. А. с. Опросник определения типа пищевого поведения / В. И. Шебанова – № 61595 від 09.09.2015. – К.: Державна служба інтелектуальної власності України.
548. Шебанова В. І. Формування здоров'язберезувальної компетентності щодо харчової поведінки як індивідуального ресурсу особистості / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету : зб. наук. праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015.–Вип. 3. – С. 91–97.

549. Шебанова В. І. Актуальність формування здоров'язбережувальної компетентності щодо харчової поведінки / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету : зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015. – Вип. 4. – С. 51–56.
550. Шебанова В. І. Умови формування здоров'язбережувальної компетентності щодо нормалізації харчової поведінки / В. І. Шебанова // Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди. – Додаток 2 до Вип. 36: Тематичний вип. «Проблеми емпіричних досліджень у психології» / Відп. ред. І. П. Маноха. – К. : Гнозис, 2015. – Вип. 12. – С. 94–100.
551. Шебанова В. І. Фіксація стратегії переїдання та зростання ваги як наслідок трансформації внутрішньої картини життєдіяльності (Ч 1) / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015. – № 5. – С.84–89.
552. Шебанова В. І. Фіксація стратегії переїдання та зростання ваги як наслідок трансформації внутрішньої картини життєдіяльності (Ч 2) / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: Зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон: Видавничий дім Гельветика, 2015. – № 6. – С.59–68.
553. Шебанова В. І. Умови формування здоров'язбережувальної компетентності як базової основи культури харчової поведінки / В. І. Шебанова // Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав-Хмельницький державний пед. ун-т ім. Г. Сковороди. – Дод. 2 до Вип. 36, Том VIII(68):Темат. вип. «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору» / ред. І. П. Маноха.–К.: Гнозис, 2016. – С.304–313.
554. Шебанова В. І. Ситуація харчового насильства як детермінація викривлення патернів харчової поведінки / В. І. Шебанова // Науковий вісник Херсонського державного університету: зб. наук.праць. Серія Психологічні науки / Гол. ред. О. Є. Блинова. – Херсон : Видавничий дім Гельветика, 2016. – Вип. 1. – Том 1. – С. 111–118.
555. Шебанова В. І. Вплив різноманітних форм харчового насильства на особливості суб'єктивної картини життєвого шляху / В. І. Шебанова // New Trends of Global scientific ideas 2016 : material of proceedings of the International scientific-practical congress of pedagogues, psychologists and medics the of 10ht of May, Geneva (Switzerland). – 2016. – pp. 158–161.

556. Шебанова В. І. А. с. Анкета исследования особенностей пищевого поведения / В. І. Шебанова. – № 64424 від 10.03.2016. – К. : Державна служба інтелектуальної власності України.
557. Шебанова В. І. А. с. Опитувальник мотивації корекції ваги / В. І. Шебанова. – № 64425 від 10.03.2016. – К. : Державна служба інтелектуальної власності України.
558. Шебанова В. І. А. с. Анкета прикладного дослідження «Особливості самосприйняття свого тіла» / В. І. Шебанова. – № 64531 від 18.03.2016. – К. : Державна служба інтелектуальної власності України.
559. Шебанова В. І. А. с. Опитувальник психоемоційного стану та психосоматичного здоров'я / В. І. Шебанова. – № 64530 від 18.03.2016. – К. : Державна служба інтелектуальної власності України.
560. Шебанова В. І. Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма– патологія» : Монографія / В. І. Шебанова. – Херсон : ПП Вишемирський В.С., 2016. – 612 с.
561. Шевченко Н. Ф. Здоров'я–хвороба: полюси континууму людського буття / Н. Ф. Шевченко // Психологічні перспективи / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Л. Українки, 2009. Вип. 14. – С. 225–232.
562. Шевченко Ю. С. Природа и проявления психопатологического диатеза (эволюционно-биологический взгляд) / Ю. С. Шевченко, Е. И. Баздырев // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013. – №. 1. – С. 5–14.
563. Щербина Л. Ф. Метатеоретичне мислення психотерапевта: модель, дослідження, програма розвитку / Л. Ф. Щербина. – К. : Геопринт, 2012. – 283с.
564. Шестопалова Л. Ф. Терапевтичне середовище медичного закладу психоневрологічного профілю: оцінки та уявлення лікарів і хворих / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова // Медицинская психология. – 2008. – Т.3. – № 3(11). – С. 12–16.
565. Шибутани Т. Социальная психология / [пер. с англ. В. Б. Ольшанского] / Общ. ред. и послесл. Г. В. Осипова / Тамотсу Шибутани. – М. : Прогресс, 1969. – 536 с.
566. Шипачев Р. Ю. Исследование клинико-психологических характеристик женщин, страдающих алиментарно–конституциональным ожирением, в связи с задачами краткосрочной психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / Р. Ю. Шипачев ; С-петерб. науч.-исслед. психоневр. ин-т им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2007. – 23 с.
567. Шкарлатюк К. І. Психологічні детермінанти харчової поведінки студентської молоді / К. І. Шкарлатюк // Освіта регіону: політологія психологія комунікації. – 2011. – №3. – С. 322–326.

568. Школьное питание в США [Электронный ресурс] // «СанЭпидемКонтроль». – №5. – 2012. – Режим доступа: http://www.profiz.ru/sec/5_2012/shkolnoe_pitanie/;
569. Шкраб'юк В. С. Відмова від материнства як психологічна проблема / В. С. Шкраб'юк // Теоретичні і прикладні проблеми психології. – 2013. – № 3 (32). – С. 317–321.
570. Шмаргун В. М. Феномен тілесності як ментальний ресурс розвитку людини [Електронний ресурс] / В. М. Шмаргун // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. – 2012. – Вип. 2. – Режим доступа: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/>
571. Шостак В. И. Психофизиология : учебное пособие / В. И. Шостак, С. А. Лытаев, М. С. Березанцева. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2007. – 352 с. (Серия «Для студентов, практикующих психологов и педагогов»).
572. Штырбу Е. Е. Мифы и реальность психологического консультирования [Электронный ресурс] / Е. Е. Штырбу // Пси-фактор: интернет–психология: психологическое консультирование онлайн. – Режим доступа: <http://psyfactor.org/lib/web-consu>
573. Щербакова Н. В. Псевдонім для віртуальної особистості [Електронний ресурс] / Н. В. Щербакова // Психолінгвістика. – 2009. – Вип. 3. – С. 179–183. – Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/psling_2009_3_24.pdf
574. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2014 рік / Український інститут стратегічних досліджень; головний ред. О. Квіташвілі. – К. : Медінформ, 2015. – 460 с.
575. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкас. – СПб. : Питер, 1999. – 656 с.
576. Элиас Н. Изменения в поведении высшего слоя мирян в странах Запада / Н. Элиас // О процессе цивилизации. Социогенетические и психогенетические исследования. Том I. – М. ; СПб. : Университетская книга, 2001. – 332 с.
577. Эриксон Э. Идентичность. Юность и кризис [пер. с англ. А. Андреева, А. Прихожан, В. Ривощ, Н. Толстых] / Э. Эриксон. – М.: Флинта, МПСИ, Прогресс, 2006. – 352с. (Серия «Библиотека зарубежной психологии»).
578. Юркевич П. Д. З науки про людський дух / Памфіл Юркевич // Вибране / Памфіл Юркевич. – К. : Абрис, 1993. – С. 115–221.
579. Яблонська Т. М. Розвиток ідентичності дитини в системі сімейних взаємин / Т. М. Яблонська. – Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2013. – 444 с.

580. Язвинская Е. С. Феномен тілесності: теоретичні й практичні дослідження / Е. С. Язвинская. – Суми : Університетська книга, 2012. – С. 302.
581. Яновська Л. В. Динаміка здатності до життєтворчості особистості у дорослому віці: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / Л. В. Яновська ; Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського. – О., 2006. – 18 с.
582. Ясперс К. Язык / [пер. с англ. А. Н. Портнов, М. А. Кукарцева] / К. Ясперс // Философия языка и семиотика. – Иваново : ИвГУ, 1995. – С. 184–203.
583. Яценко Т. С. Пізнання індивідуальної неповторності архетипної символіки у процесі глибинної корекції / Т. С. Яценко // Психологія і суспільство / Гол. ред. Анатолій Васильович Фурман. – 2013. – № 1 (51). – С. 75–85.
584. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV (DSM-IV) / American Psychiatric Association. – Washington DC, 1994. – 992p.
585. Baard P. P. Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings / P. P. Baard, E. L. Deci, R. M. Ryan // Journal of Applied Social Psychology. – 2004. – Vol. 34. – P. 2045–2068.
586. Ball K. Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women / K. Ball, C. Lee // Int. J. Eat. Disord. – 2002. – Vol. 31. – №1. – P.71–81.
587. Beres D. The Contribution of psychoanalysis to the biography of the artist. A commentary on methodology / D. Beres // International J. of Psychoanalysis. (L.). – 1959. – Vol. 40. – P. 1–4.
588. Bourdieu P. Distinction: A social critique of judgement of taste [Translated by Richard Nice] / P. Bourdieu. – Harvard University Press Cambridge (Mass.), 1984. – 640 p.
589. Bruch H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within / Hilde Bruch. N.Y. : Basic Books. – 1973. – 438 p.
590. Cassels C. Anorexia: key mortality risk factor revealed / Caroline Cassels // Medscape Medical News : Psychiatry. – 2013. – Aug. – P. 917–925.
591. Charms R. de Personal causation: The internal affective determinants of behavior / R. de Charms. – N.Y. : Acad. Press, 1968. – 387 p.
592. Chirkov V.I. Parent and teacher autonomy– support in Russian and U.S. adolescents: Common effects on well–being and academic motivation / V. I. Chirkov, R. M. Ryan // Journal of Cross Cultural Psychology. – 2001. – Vol. 32. – P. 618–635.

593. Chirkov V. I. Differentiating autonomy from individualism and independence: A self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being / V. I. Chirkov, R. M. Ryan, Y. Kim, U. Kaplan // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2003. – Vol. 84. – P. 97–110.
594. Connan F. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa / F. Connan, I. C. Campbell, M. Katzman et al // *Physiology and Behaviour*. – 2004. – P. 13–24.
595. Conrad P. Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness / P. Conrad, J. W. Schneider. – Philadelphia : Temple University Press, 1992. – P. 263–265.
596. Crow S. J. The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face / S. J. Crow, J. E. Mitchell, R. D. Crosby, S.A.Swanson, S. Wonderlich, K. Lancaster // *Behav. Res. Ther.* – 2009. – Jun. – Vol. 47. – № 6. – P. 451–453.
597. Deci E. L. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior / E. L. Deci, R. M. Ryan. – N.Y. : Plenum, 1987. – 287 p.
598. Deci E. L. Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains / E. L. Deci, R. M. Ryan // *Canadian Psychology*. – 2004. – Vol. 49. – P. 14–23.
599. Deci E. L. Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology / T. L. Deci, R. M. Ryan // *Ricerche di Psicologia* – 2005. – Vol. 27. – P. 17–34.
600. Denbigh K. Y. The Objectivity, or Otherwise, of the Present / K. Y. Denbigh // *The Study of Time III. Proceedings of the Third Conference of the international Society for the Study of Time (Alpbach – Austria)*. Springer – Vellag. – N.Y., 1972. – P. 307–326.
601. Denborough D (Ed.) Trauma: Narrative responses to traumatic experiences / D. Denborough. – Adelaide: Dulwich Centre Publications, 2006. – 231 p.
602. Derrida J. Speech and phenomena, and other essays on Husserl's theory of signs / J. Derrida. – Evanston, IL : Northwestern University Press, 1973. – 166 p.
603. Devlin B. Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates / B. Devlin, S. A. Bacanu, K. L. Klump et al. // *Human Molecular Genetics*. – 1999. – P. 689–696.
604. Easter A. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? / A. Easter, A. Bye, E. Taborrelli et al. // *Eur Eat Disord Rev.* – 2013. – Vol. 21. – P. 340–344.
605. Elkind D. Egocentrism redux / D. Elkind // *Developmental Review*. – 1985. – № 5. – P. 218–226.

606. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model /G. L. Engel // Am. J. Psychiatry. – 1980. – Vol. 137. – P. 535–544.
607. Engel G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine / G. L. Engel // Science. – 1977. – Vol. 196. – P. 129–136.
608. Ericson E. H. Identity, youth and crisis / E. H. Ericson. – L. : Faber and Faber, 1968. – 365 p.
609. Fairburn C. G. Eating disorders / C. G. Fairburn // Lancet. – 2001. – P. 407–416.
610. Favaro A. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa / A. Favaro, E. Tenconi et al. // Arch. Gen. Psychiatry. – 2006. – № 63(1). – P. 82–88.
611. Ferber von Chr. Ernährungsgewohnheiten: Zur Soziologie der Ernährung / Christian von Ferber // Zeitschrift für Soziologie. – Jg. 9. – Heft 3. – Juli 1980. – P. 221–235.
612. Foucault M. The Politics of Health in the Eighteenth Century / M. Foucault // Gordon C. (ed.) Power / Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972– 1977. – N.Y. : Pantheon, 1980. – P. 166–182.
613. Franko D. L. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa / D. L. Franko, A. Keshaviah, K. T. Eddy et al // Am. J. Psychiatry. – 2013. – Aug. 01.1;170(8):917–25.
614. Friedman J. Narrative therapy: the social construction of preferred realities / J. Friedman, G. Combs. – New York: W. Norton & Company, 1996. – 336 p.
615. Fromm E. The Art of Loving / E. Fromm. – London : Harper Classics, 2006. – 192p.
616. Fromm E. To have or to be? / Erich Fromm. – London, N.Y. : Continuum, 2008. – 182p.
617. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates / Erving Goffman. – N.Y. : Anchor Books, 1961. – 386 p.
618. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity / Erving Goffman. – Reissue edition. – N.Y. : Prentice– Hall, 1986. – 168 p.
619. Goldenberg H. Family therapy: an overview / Herbert Goldenberg, Irene Goldenberg. – 8 edition. N.Y. : Cengage Learning, 2012. – 600 p. (Series «Psy 644 Family Therapy»).
620. Heider F. The psychology of interpersonal relations / F. Heider. – N.Y. : Wiley, 1958. – 364 p.
621. Illich I. Medical Nemesis / I. Illich // Journal of Epidemiology and Community Health, 2003. – V. 57 (12). – P. 919–922.
622. Juarez L. Drive for muscularity and drive for thinness: the impact of pro-anorexia

- websites / L. Juarez, E. Soto, M. E. Pritchard // *Eat Disord.* – 2012. – № 20(2). – P. 99–112.
623. Koubaa S. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders / S. Koubaa, T. Hallstrom et al. // *Obstet Gynecol.* – 2005. – Vol. 115. – P. 255–260.
624. Koubaa S. Retarded head growth and neurocognitive development in infants of mothers with a history of eating disorders: longitudinal cohort study / S. Koubaa, T. Hällström, L. Hagenäs and A. L. Hirschberg // *BJOG*, 2013. – Vol. 120. – P. 1413–1422.
625. Kraepelin E. *Psychiatrie: Klinische Psychiatrie* / E. Kraepelin. – Zeipzig, 1913. – 216p.
626. Lähteenmäki S. Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland / S. Lähteenmäki, S. Saarni al. // *Nord J Psychiatry*, 2014. – Vol. 68. – P. 196–203.
627. Levain M. P. The role of body image in the prevention of eating disorders Body Image./ M. P. Levain, N. Piran // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 2004. – Vol. 1, NL. – P. 57–70.
628. Levinson D. *Exploration in biography: evolution of the individual life structure in adulthood* / D. Levinson // *Further explorations in personality.* – N.Y. : J. Wiley & Sons, 1981. – P. 44–79.
629. Linna M. S. Reproductive health outcomes in eating disorders / M. S. Linna, A. Raevuori, J. Haukka, J. M. Suvisaari al. // *Int J Eat Disord.* – 2013. – Vol. 46. – P. 826–833.
630. Linna M. S. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders / M. S. Linna, A. Raevuori, J. Haukka, et al. // *Am J Obstet Gynecol.* – 2014. – Vol. 211. – P. 392.
631. Lock M. *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America* / M. Lock. – Berkeley : University of California Press, 1993. – 439 p.
632. Leuner H. *Katathym– imaginative Psychotherapie (KiP)* / Hanscarl Leuner, Fortgeführt von Eberhard Wilke, Georg Thieme Verlag. – Stuttgart : Auflage, 2005. – 263 p.
633. Micali N. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity / N. Micali, J. Treasure, E. Simonoff // *J Psychosom Res.* – 2007. – Vol. 63. – P. 297–303.
634. Micali N. Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review / N. Micali, J. Treasure // *Eur Eat Disord Rev.* – 2009. – Vol. 17. – P. 448–454.
635. Micali N. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population– based cohort study / N. Micali, B. De Stavola, I. dos– Santos– Silva et al // *BJOG.* – 2012. – Vol. 119. – P. 1493–1502.
636. Milligan R.– J. Anger and bulimic psychopathology among nonclinical women /

- R. J. Milligan, G. Waller // *Int. J. Eat. Disord.* – 2000. – Vol.28. – №4. – P.446–450.
637. Mitchell J. E. The prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among freshman medical college students in China / J. E. Mitchell, Z. F. Chun, K. Li // *Int. J. Eat. Dis.* – 2013. – Vol. 12. – P. 209–215.
638. Nicnols M. P. Family therapy concepts and methods / M. P. Nichols, R. C. Schwartz. – 10 edition. – Boston : Pearson, 2012. – 416 p.
639. Rabin A. J. Future Time Perspective and Ego Strenth / A. J. Rabin // *The Study of Time III. Proceedings of the Third Conference of the international Society for the Study of Time (Alpback– Austria).* – Alpback : Springer– Vellag, 1978. – P. 294–300.
640. Regier D. A. DSM-5: Классификация и изменения критериев / D. A. Regier, E. A. Kuhl, D. J. Kupfer // *Всемирная психиатрия.* – Июнь 2013. – Т. 12, № 2. – С. 88–94.
641. Robinson J. A. Autobiographical memory and self– narratives: A tale of two stories / J. A. Robinson, L. R. Taylor // *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives* / C. P. Thompson [et al.]. – London: Lawrence Erlbaum Associates, 1998. – P. 125–143.
642. Rodgers R. F. Disordered eating and group membership among members of a pro– anorexic online community / R. F. Rodgers, S. Skowron, H. Chabrol // *Eur Eat Disord Rev.* – 2012. – Jan ; 20(1). – P. 9–12.
643. Ryan R. M. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being / R. M. Ryan, E. L. Deci // *American Psychologist.* – 2000. – Vol. 55. – P. 68–78.
644. Ryan R. M. Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self- determination theory / R. M. Ryan, H. Patrick, E. L. Deci, G. C. Williams // *The European Health Psychologist.* 2008. – Vol.10. – P. 2–5.
645. Sabel A. L. Severe anorexia nervosa in males: clinical presentations and medical treatment / A. L. Sabel, E. Rosen, P. Mehler // *Eat Disord.* – 2014. – № 22. – P. 209–220.
646. Schneder J. W. Deviant Drinking as Disease: Alcoholism as a Social Accomplishment / J. W. Schneider // *Social Problems.* – 1978. – V. 25 (4). – P. 361–372.
647. Seligman Martin E. P. The optimistic child: Proven program to safeguard children from depression and build lifelong resilience / M. E. P. Seligman, K. Reivich, L. Jaycox, J. Gilham. – N.Y. : Harper Perennial, 1996. – 336 p.
648. Shebanova V. I. The present state of the problem of anorexia nervosa and bulimia nervosa / V. I. Shebanova // *Austrian Journal of Humanities and Social Sciences. Scientific*

journal / Editor Petra Busch. – Vienna. – 2014. – №. 1 (January– February) Vol.1. – P. 311–314.

649. Shebanova V. I. Peculiarities of application the method of autogenic training in the correction of eating behavior / V. I. Shebanova // European science review Scientific journal / Editor– in– chief Lucas Koenig. – Austria, Vienna. – 2014. – №.2 (March– April). – P. 121–123.

650. Shebanova V. I. Theoretical analysis of clinical forms of the personality eating disorders / V. I. Shebanova // Весн. Гродзен. Ун-та. Сер. 3, Філалогія. Педагогіка. Псіхалогія. – 2014. – № 2. (179). – С. 109–114.

651. Shebanova V. I. Whether written stories as self-way of the patients with anorexia nervosa / V. I. Shebanova, S. G. Shebanova // Collection of scientific articles and theses According to the results of International scientific-practical conference of teachers and psychologists «The generation of a new stage» the 5th of March, 2014, Prague (Czech Republic). – 2014. – P. 134–137.

652. Shebanova V. I. Psychocorrection of eating disorders the method of kinoterapii / V. I. Shebanova // Collection of scientific articles and theses According to the results of International scientific– practical conference of teachers and psychologists «Science of future» the 8th of May, 2014, Prague (Czech Republic). – 2014. – Vol. 2. – P. 81–86.

653. Shebanova V. I. Cinema Terapia in correzionale programma di normalizzazione del comportamento alimentare / V. I. Shebanova, S. G. Shebanova // Italian Science Review. – 2014. – 8(17) AUGUST. – P. 33–36.

654. Shebanova V. I. Il comportamento umano nel consumo di cibo come un fenomeno psicosomatico / V. I. Shebanova // Italian Science Review. – 2014. – 10(19) October–P.89–92.

655. Shebanova V. I. The urgency of studying the impact of negative corporeality experience on the transformation of the internal picture of vital functions personality / V. I. Shebanova, S. G. Shebanova // International scientific– practical congress of teachers and psychologists «The generation of scientific ideas»: materials of proceedings of the International Scientific and Practical Congress. – Geneva (Switzerland), the 27th of November, 2014 / Publishing Center of the European Association of pedagogues and psychologists «Science», Geneva, 2014. – vol. 2. – P. 171–175.

656. Shebanova V. I. Speciale (Negativo) e del Corpo Sperimentare un Persona Crisi D'identità / V. I. Shebanova // Italian Science Review. – 2015. – 1(22) January.– P. 172–175.

657. Shebanova V. I. Psychological analysis of problematic issues about the psychological Online assistance is persons with eating behavior problems / V.I. Shebanova S. G. Shebanova // International scientific professional periodical journal «The unity of science» / publishing office Friedrichstrabe 10 – Vienna. – Austria, 2015. – P. 134–136.
658. Shebanova V. I. The tactics of parental control of eating behavior of children in situations of food intake / V. I. Shebanova // International scientific professional periodical journal «The unity of science». – Vienna – Austria, 2016. – P. 244–247.
659. Siega-Riz A. M. Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort / A. M. Siega– Riz, A. Von Holle, M. Haugen et al. // Int J Eat Disord. – 2011. – Vol. 44. – P. 428–434.
660. Silva M. N. A randomized controlled trial to evaluate self– determination theory for exercise adherence and weight control: Rationale and intervention description / M. N. Silva, D. A. Markland, C. S. Minderico and et. // BMC Public Health, 2008. – Vol.8. – P. 234–247.
661. Solmi F. Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa / F.Solmi, H. Sallis, D. Stahl, J. Treasure and N. Micali // Epidemiol Rev. – 2014. – Vol. 36. – P. 49–56.
662. Stierlin H. Psychoanalysis and family therapy / H. Stierlin. – N.Y: Aronson, 1997.– 233p.
663. Sugg R. Good Physic but Bad Food: Early Modern Attitudes to Medicinal Cannibalism and its Suppliers / Sugg R. // Social History of Medicine. – 2006. – 19 (2): 225–240.
664. Suokas J. T. Mortality in eating disorders: a follow– up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995– 2010 / J. T. Suokas, J. M. Suvisaari, M. Gissler et al. // Psychiatry Res. – 2013. – Vol. 210. – P. 1101–1106.
665. Szasz T. The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays / T. Szasz. Syracuse. – New York: Syracuse University Press, 2007. – P. XXVI.
666. Telch C. F. Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? / C. F.Telch, W. S. Agras // Int. J. Eat. Disord. – 1994. – Vol. 15. – №1. – P.53–61.
667. Watson H. J. Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population– based birth cohort / H. J. Watson, A. Von Holle, R. M. Hamer, et al. // Psychol. Med. – 2012. – Vol. 20. – P. 1–12.
668. White M. Narrative Means to Therapeutic Ends / Michael White, David Epston. – N.Y. : W. W. Norton, 1990. – 256 p.

669. White M. Maps of Narrative Practice (Norton Professional Books) / Michael White. – N.Y. : W. W. Norton & Company, 2007. – 304 p. (Series «Norton Professional Books»).
670. WHO (2004) Prevention of mental disorders: effective intervention and policy options. – Access mode: www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders
671. WHO (2007) The challenge of obesity in the WHO Europe region and the strategies for the response, p. 158. – Access mode www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98243
672. WHO (2008) Inequities are killing people on grand scale, reports WHO's Commission. Access mode: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/index.html>
673. WHO (2010) Mental Health Promotion in Young People. – an Investment for the Future. – Access mode: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270
674. Williams G. C. Extrinsic life goals and health risk behaviors in adolescents / G. C. Williams, E. M. Cox, V. Hedberg, E. L. Deci // Journal of Applied Social Psychology. – 2000. – Vol. 30. – P. 1756–1771.
675. Williams G. C. Improving patients' health through supporting the autonomy of patients and providers / E. L. Deci, R. M. Ryan // Handbook of self-determination research. – Rochester, N.Y. : University of Rochester Press, 2002. – P. 233–254.
676. Williams J. M. Time autobiographical memory specificity and emotional disorder / J. M. Williams, Th. Barnhofer, C. Crane, D. Hermans, F. Raes // Psychological Bulletin by American Psych. Ass. – 2007. – Vol. 133 (1) – P. 122–148.
677. Wilson G. T. Psychological treatment of eating disorders. / G. T. Wilson, C. M. Grilo, K. M. Vitousek // Am Psychol. – 2007. – № 62(3). – P.199–216.
678. Zacks J. M. Event Perception: A maind– brain perspective / J. M. Zacks, N. K. Speer, K. M. Swallow, T. S. Braver, J. R. Reynolds // Psychological Bulletin by American Psych. Ass., – 2007. – Vol. 133 (2). – P. 273–293.
679. Zimbardo P. G. Balancing one's time perspective in pursuit of optimal functioning / P. G. Zimbardo // Positive psychology in Practice Hoboken. – N.J.:Wiley, 2004.– P. 456–521.
680. Zipf G. K. Human behavior and the principle of least effort / G. Zipf. – Cambridge, MA : Addison– Wesley Press. – 1972 (1949). – 573 p.