

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут
«Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

бакалавра

на тему

«Вплив компонентів «Я-концепції» на формування розладів харчової поведінки у дорослих»

Виконала: студентка 4 курсу,
групи: ДМП-Пс 21
спеціальності: 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)
_____/ Анастасія ПАШКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____/ Олена ХАРЦІЙ
(підпис) (ім'я та прізвище)
Рецензент _____/ Наталія БРЮХАНОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

Завідувачка кафедри _____/ Наталія КУЧЕРЕНКО
(підпис) (ім'я та прізвище)
Секретар ЕК _____/ Маргарита МИХАЛЕНКО
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

4. План роботи

/п	Назви етапів роботи
1	Вибір та затвердження теми для написання кваліфікаційної (дипломної) роботи
2	Ознайомлення з методичними вказівками до виконання кваліфікаційної роботи, пошук та аналіз літературних джерел
3	Написання вступу та плану роботи, складання календарного графіку
4	Написання першого розділу, оформлення висновків
5	Відбір та проведення методик серед обраної категорії досліджуваних
6	Оформлення емпіричної частини роботи, наведення результатів досліджень
7	Складання висновків та остаточне оформлення (форматування) кваліфікаційної роботи

5. Дата видачі завдання 12.04.2025

Студент

(підпис)

Пашкова А.С.

(ініціали, прізвище)

Керівник роботи

(підпис)

Харцій О.М.

(ініціали, прізвище)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота містить: 76 сторінок, 3 рисунки, 8 таблиць, 3 діаграми, 22 використаних літературних джерел та 4 додатки.

Об'єкт: компоненти Я-концепції у питаннях розладів харчової поведінки.

Предмет дослідження: вплив компонентів Я-концепції на формування та розвиток харчових розладів.

Мета дослідження: виявлення взаємозв'язку між компонентами «Я-концепції» та причинами формування розладів харчової поведінки у дорослих.

Основні задачі дослідження:

- 1) Здійснити аналіз науково-психологічних підходів щодо вивчення проблеми розладів харчової поведінки.
- 2) Визначити та обґрунтувати основні компоненти Я-концепції, з'ясувати характер їх впливу на формування самооцінки.
- 3) Емпірично дослідити взаємозв'язок між компонентами Я-концепції та рівнем ризику харчових розладів у дорослих.
- 4) Розробити методичні рекомендації щодо створення психокорекційної програми для дорослих з розладами харчової поведінки.

Практична значущість дослідження полягає у виявленні зв'язку між формуванням розладів харчової поведінки та сприйняттям людини себе через когнітивний, оцінний та поведінковий компонент Я-концепції, а також висвітлення різниці у сприйнятті себе згідно з трьома аспектами: «Я-реальне», «Я-соціальне» та «Я-ідеальне». За допомогою проведеного дослідження буде можливим створення практичних рекомендацій щодо уникнення спотворення уявлень людини про себе. Виявлення передумов формування харчових розладів надасть змогу для розробки профілактичних рекомендацій та способів усунення їх першопричин.

Ключові слова: розлади харчової поведінки, нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання, Я-концепція, Я-реальне, Я-ідеальне, Я-соціальне, самосприйняття, самооцінка.

ABSTRACT

The qualification work contains: 76 pages, 3 figures, 8 tables, 3 diagrams, 22 used literary sources and 4 appendices.

Object: components of the self-concept in issues of eating disorders.

Subject of the study: the influence of the components of the self-concept on the formation and development of eating disorders.

Purpose of the study: to identify the relationship between the components of the "self-concept" and the causes of the formation of eating disorders in adults.

The main objectives of the study:

1) To analyze scientific and psychological approaches to studying the problem of eating disorders.

2) To identify and substantiate the main components of the self-concept, to clarify the nature of their influence on the formation of self-esteem.

3) To empirically investigate the relationship between the components of the self-concept and the risk level of eating disorders in adults.

4) To develop methodological recommendations for creating a psychocorrectional program for adults with eating disorders.

The practical significance of the study lies in identifying the connection between the formation of eating disorders and a person's perception of themselves through the cognitive, evaluative and behavioral components of the self-concept, as well as highlighting the difference in the perception of themselves according to three aspects: "Real self", "Social self" and "Ideal self". With the help of the conducted study, it will be possible to create practical recommendations to avoid distortion of a person's ideas about themselves. Identifying the prerequisites for the formation of eating disorders will allow for the development of preventive recommendations and methods for eliminating their root causes.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsive overeating, self-concept, real self, ideal self, social self, self-perception, self-esteem.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ФАКТОРІВ ПОЯВИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВПЛИВУ АСПЕКТІВ «Я-КОНЦЕПЦІЇ»	13
1.1. Психологічна природа та поведінкові прояви розладів харчової поведінки у дорослих.....	13
1.2. Аналіз структури «Я-концепції» та її роль у формуванні самооцінки людини.....	26
1.3. Порухення діяльності компонентів «Я-концепції» в контексті харчових розладів.....	32
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	38
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ВПЛИВУ Я-КОНЦЕПЦІЇ НА ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	39
2.1. Організація дослідження та його методичне забезпечення.....	39
2.2. Результати емпіричного дослідження та їх обґрунтування.....	45
2.3. Рекомендації щодо створення психокорекційних програм для профілактики розладів харчової поведінки у дорослих.....	59
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2	65
ВИСНОВОК	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	70
ДОДАТКИ	73

ВСТУП

Актуальність дослідження. Питання харчування було актуальним у всі часи, починаючи ще з ери печерних людей, головною метою яких був лише видобуток їжі. Сучасна ж система харчування є відображенням значних біологічних, соціальних та психологічних змін, основною відмінністю яких є вихід харчових звичок далеко за межі поняття базової біологічної потреби.

Тенденція суспільства до спотворення початкової функції їжі – наповнення людини енергією та необхідними мікроелементами – характеризується зміною загальних уявлень про необхідність їжі в цілому, а також її місце у системі пріоритетів. Наслідком таких змін є використання їжі як інструменту впливу у багатьох аспектах нашого життя: виховання дітей, модифікації зовнішності, соціальні стандарти, сфера емоційних розладів тощо. Саме через цей вплив у багатьох людей розвивається схильність до переїдання, обмежувальної та компенсаторної поведінки як способу вирішити внутрішні конфлікти, впоратися зі стресом чи догодити суспільним стандартам краси. Таким чином, досить велика кількість людей зіштовхується з таким явищем, як розлади харчової поведінки, причини та характер яких можуть варіюватися в залежності від умов життя індивіда, а також його особистісних характеристик (темперамент, акцентуації характеру, рівень нейротизму тощо).

Відомо, що серед усіх психічних захворювань саме розлади, пов'язані із харчуванням, мають найвищий рівень смертності. Це явище свідчить про їх широку розповсюдженість та високу інтенсивність прояву, а також складність у лікуванні. Статистичні дані щодо них не є чітко окресленими, проте згідно Національної асоціації розладів харчової поведінки (National Eating Disorders Association) на 2018 рік приблизно 70 мільйонів людей у світі живуть з розладами харчової поведінки. В американському журналі клінічного харчування (The American Journal of Clinical Nutrition, 2019)

вказують на те, що глобальна поширеність розладів харчової поведінки зросла з 3,4% до 7,8% між 2000 і 2018 роками.

Вивченню проблематики розладів харчової поведінки та особистісних чинників, що сприяють їх виникненню, приділяється значна увага як у вітчизняній, так і в зарубіжній науці. Так, дослідженнями механізмів формування РХП займалися такі науковці, як В.І. Шебанова, В.Д. Менделевич, О.А. Скугаревський, О.Б. Хромов, В.І. Смоляр та інші.

У психологічному контексті виникнення розладів харчової поведінки значною мірою пов'язується зі сприйняттям індивідом самого себе, тобто з конструктом «Я-концепції», який формується протягом життя під впливом соціального оточення, життєвого досвіду та цінностей індивіда.

Самооцінка, як один з основних компонентів внутрішнього «Я», відображає суб'єктивну оцінку рівня задоволеності особистісними якостями та навичками індивіда, на основі яких формується його поведінка в суспільстві.

Теоретичні засади вивчення Я-концепції були закладені в працях К. Роджерса, Ч. Кулі, Дж. Міда, Е. Еріксона, А. Маслоу, Дж. Келлі, Р. Бернса та ін. Ці автори розглядали Я-концепцію як багатокомпонентну структуру, яка включає когнітивні (уявлення про себе), емоційно-оцінювальні (ставлення до себе) та поведінкові (реакції на себе й інших) елементи. Порушення гармонії між цими компонентами, в особливості між реальним, ідеальним та дзеркальним Я, можуть слугувати психологічним підґрунтям для розвитку харчових розладів.

Проблемою досліджень у сфері харчових розладів є відсутність офіційної статистики (як загальної, так і окремої в межах різних країн), недостатня розвиненість діагностики через сумісну симптоматику з іншими психічними розладами, замовчування хворих через страх осуду та відсутності мотивації до змін та проблеми, пов'язані із вибіркою (згідно зі світовою статистикою, на РХП більшою мірою хворіють саме жінки).

Дослідження розладів харчової поведінки робить важливим в першу чергу надзвичайно швидке зростання поширеності смертельних випадків (зазвичай внаслідок анорексії), а також їх зв'язок з іншими психічними розладами, що потребують уваги з боку лікарів.

Об'єктом дослідження є компоненти Я-концепції у питаннях розладів харчової поведінки.

Предметом дослідження є вплив компонентів Я-концепції на формування та розвиток харчових розладів.

Метою дослідження є виявлення залежності між проявами компонентів «Я-концепції» у формуванні розладів харчової поведінки та їх причинами.

Гіпотеза дослідження. Припускається, що існує статистично значущий взаємозв'язок між рівнем ризику розладів харчової поведінки та особливостями Я-концепції, зокрема самооцінкою та компонентами самоствавлення.

Завдання дослідження:

- 1) Здійснити аналіз науково-психологічних підходів щодо вивчення проблеми розладів харчової поведінки.
- 2) Визначити та обґрунтувати основні компоненти Я-концепції, з'ясувати характер їх впливу на формування самооцінки.
- 3) Емпірично дослідити взаємозв'язок між компонентами Я-концепції та рівнем ризику харчових розладів у дорослих.
- 4) Розробити методичні рекомендації щодо створення психокорекційної програми для дорослих з розладами харчової поведінки.

Методи дослідження. В даній роботі були використані такі теоретичні методи, як огляд на наукову літературу з питань РХП і структури «Я-концепції», розкриття сутності поняття «розлади харчової поведінки» та її різновидів («нервова анорексія», «нервова булімія», «орторексія»), огляд на поняття «дисморфофобія».

Емпіричні методи включають в себе:

1. Методика «Eating Attitudes Test» - 26 (EAT-26) в адаптації О.А. Скугаревського та С.В. Сівухи («Опитувальник харчових переваг – 26» або «ОПП-26»);
2. Опитувальник самоствавлення В.В. Століна та С. Р. Пантелєєва;
3. Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE);
4. Методика дослідження локусу контролю (Дж. Роттер).

До методів статистичної обробки було включено порівняльний аналіз змінних, їх описову статистику, кореляційний аналіз за Пірсоном, а також статистико-математичні методи для обрахунку результатів дослідження.

Характеристика вибірки. У дослідженні брали участь 25 респондентів віком від 20 до 48 років. Серед них 17 осіб жіночої статі та 8 чоловічої. Дослідження проводилися в онлайн-форматі на базі Google Forms зі збором електронних пошт респондентів та дотриманням принципів добровільності та конфіденційності.

Новизна дослідження полягає в тому, що в межах даної роботи було здійснено комплексний аналіз взаємозв'язку між компонентами Я-концепції та ризиком виникнення розладів харчової поведінки у дорослих осіб, що дозволило підтвердити гіпотезу щодо залежності схильності до РХП від особливостей ставлення людини до внутрішнього «Я». Додатково було використано методику на дослідження локус-контролю, за допомогою якої було емпірично підтверджено залежність між рівнем інтернальності та екстернальності та ризиком розвитку харчових розладів (у осіб з ризиком РХП домінує шкала екстернальності, в той час як респонденти, у яких цей ризик не значущий, більш схильні до інтернальної поведінки).

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості подальшого дослідження взаємозв'язку РХП з «Я-концепцією»; використанням результатів емпіричного дослідження для розробки психокорекційних програм, спрямованих на гармонізацію компонентів «Я-образу», підвищення самооцінки, врегулювання харчової поведінки, а також

зниження емоційної напруги задля усунення компенсаторної харчової поведінки. Також результати можуть бути корисними у формуванні профілактичних тренінгів з питань РХП та просвітницьких заходів щодо розладів харчування серед дорослих.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ФАКТОРІВ ПОЯВИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВПЛИВУ АСПЕКТІВ «Я-КОНЦЕПЦІЇ»

1.1. Психологічна природа та поведінкові прояви розладів харчової поведінки у дорослих

Згідно з пірамідою ієрархії потреб Абрагама Маслоу (рис. 1.1.) їжа знаходиться на найпершому її ступені – фізіологічному, і вважається однією з найголовніших біологічних потреб людини, без якої неможливе задовільнення інших, вищих за рангом (потреба в любові, соціальних контактах, самоактуалізації тощо).

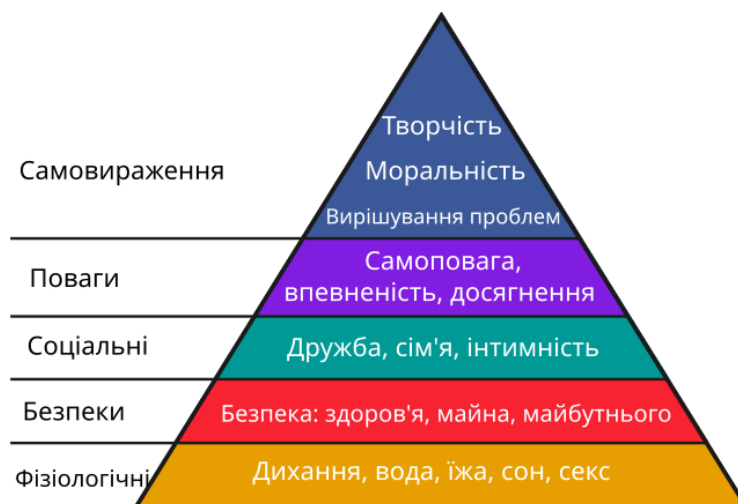


Рис. 1.1. Піраміда ієрархії потреб Абрагама Маслоу

Беручи до уваги те, що харчові звички порівняно з минулим зазнали певних змін, можна зробити висновок, що їжа стала для людей не лише необхідністю з біологічної точки зору, а й способом компенсувати та навіть замінити інші потреби (зазвичай емоційні та соціальні). Наприклад, переїдання може бути спробою позбавитися відчуття самотності або пережити горе невдачі, в той час як голодування може бути спробою досягнути загального схвалення та визнання як способу

самоактуалізуватися. Все це породжує у людини викривлене поняття про первинну систему харчування, формуючи негативні звички та поведінкові прояви, що в подальшому можуть призводити до харчових дисфункцій.

Харчова поведінка в загальному розумінні визначається як комплекс поведінкових патернів, що формуються на звичних для людини принципах харчування (наприклад, звичка ділити їжу на маленькі шматочки). Абсалямова Л. М. зазначає, що «харчова поведінка може бути гармонійною (адекватною) або девіантною (що відхиляється), це залежить від безлічі параметрів, зокрема від того, яке місце займає процес харчування в ієрархії цінностей індивіда, а також від кількісних і якісних показників харчування» [2, с. 32]. Якщо адекватна харчова поведінка виявляється в розумінні та задоволенні свої фізіологічних потреб (уникнення відчуття голоду, забезпечення організму необхідною енергією), то девіантною харчова поведінка стає за умови, коли до фізіологічних чинників додаються психологічно-емоційні фактори, які здатні чинити негативний вплив на харчові принципи індивіда. Така поведінка нерідко набуває більш серйозного характеру через її довготривалість та закріплення у шаблонах харчування людини і, як наслідок, призводить до появи харчових розладів.

За даними Американської психіатричної асоціації, харчові розлади визначаються як гострі та тривалі порушення харчової поведінки, які супроводжуються високим рівнем емоційного та психологічного дистресу [15]. Дистрес, як психологічне явище, виражається у нездатності людини адаптуватися під умови складних та довготривалих життєвих ситуацій, що в контексті харчової поведінки свідчить про бажання людини компенсувати негативний вплив стрес-факторів.

Загалом термін «розлади харчової поведінки» (РХП) був введений для позначення широкого кола захворювань психогенного характеру, пов'язаних із негативними патернами у харчуванні та сприйнятті їжі загалом. Ці патерни є тими звичками, що формувалися у житті людини поступово, через виховання, її власний досвід, вплив соціуму та соціальних

мереж (медіа). Всі ці фактори охоплюють велику кількість біологічних, психолого-емоційних та поведінкових порушень, а також визначають подальше ставлення людини до самої себе, в тому числі й до особливостей своєї зовнішності та параметрів тіла.

Хоча й фактори, що їх спричиняють, зумовлені в основному соціально-психологічними чинниками (виховання батьків, соціальний тиск, травматичні події, низька самооцінка, дисморфофобія тощо), їх прояв може виражатися як у контексті фізіологічних особливостей (гормональні коливання, нестача мікроелементів, збої у роботі внутрішніх органів), так і у зовнішньому вигляді людини (черезмірна худорба або зайва вага, бліда шкіра, ламке волосся), тому не дивно, що коли люди бачать подібні зміни у своїх знайомих чи близьких одразу «б'ють» тривогу і намагаються взяти ситуацію під власний контроль.

Для того, щоб краще розуміти прояви цих розладів, необхідно розглянути їх симптоми. Звичайно, що конкретного переліку спільних проявів для всього спектру РХП немає, так як вони значним чином відрізняються одне від одного і мають різні причини та особливості, проте є симптоматика, яка найточніше може вказати на можливий ризик виникнення у людини порушень харчової поведінки, а також ступінь їх прояву. До такої зазвичай відносять [15]:

- надмірне споживання їжі (переїдання) або ж відмова від деяких прийомів їжі, голодування;
- зацікленість на власній фігурі, її параметрах, постійний моніторинг ваги;
- постійна зосередженість на їжі, розподілення її на «погану» та «хорошу», категорична відмова від споживання певних продуктів (зазвичай солодке або мучне);
- проблеми зі споживанням їжі в закладах харчування, відмова від прийомів їжі на очах у інших (наприклад, у компанії друзів чи в гостях);

- надмірне споживання «харчового» контенту, поява нездорових ідеалів серед медіа (блогери, моделі);
- зміна настрою в залежності від кількості прийомів їжі за день, відчуття ейфорії від голоду або ж навпаки – агресія та незадоволеність через недоїдання.

Також можна помітити у хворих значні зміни у тілі (різке схуднення або набір ваги), порушення апетиту (зміна кількості та частоти прийомів їжі) та роботи шлунково-кишкового тракту (запори, надмірне відвідування туалету, скарги на болі в шлунку), коливання менструального циклу у жінок, зниження працездатності та появу депресивних чи апатичних настроїв – все це свідчить про наявність певних харчових адикцій, що потребують уваги зі сторони оточення, а також психологічної та медичної допомоги у подальшому.

Отже, враховуючи вищезазначені відомості про розлади харчової поведінки, доцільно буде розглянути їх основні види та характерні особливості прояву. Зазвичай харчові розлади носять обмежувальний, компенсаційний та компульсивний характер. До них відносять [2, 15]:

1) Нервова анорексія

Цей розлад характеризується жорсткими обмеженнями у споживанні їжі (дуже часто голодуванням) з метою зниження ваги. Людина з анорексією зациклена на постійному підрахунку калорій, вимірюванні власних параметрів та постійному зважуванні (нерідко це відбувається по декілька разів на день, іноді навіть після кожного прийому їжі), так як головним її страхом є збільшення маси та об'ємів тіла [2]. Важливим аспектом для анорексії є явище дисморфофобії, з яким людина стикається через викривлене сприйняття свого відображення та небажання дослуховуватися до порад ззовні. Слід зазначити і те, що окрім харчових обмежень зазвичай використовуються й інші методи для зниження ваги – ходьба, біг, активні види спорту, різноманітні ритуали та негативні патерни поведінки, які

призводять до спалювання «зайвих» калорій (наприклад, відмова від води через страх побачити більшу цифру на вагах).

Основними симптомами нервової анорексії є різке зниження ваги, хвороблива худорлявість, порушення менструального циклу (у жінок), бліда шкіра, ламкість волосся та нігтів через нестачу необхідних мікроелементів тощо. Що стосується психологічних проявів, то людина з анорексією зазвичай має відчуття хронічної втоми, депресивність, стан апатії та самотності, а також відчуття провини за прийоми їжі.

Випадки запущеного та довготривалого розладу призводять до повного виснаження організму, наслідками якого можуть бути хвороби, пов'язані з серцево-судинною системою (гіпотонія, барикардія, серцева недостатність), ендокринні розлади (порушення роботи щитоподібної залози, гормональні коливання, аменорея та безпліддя для жінок), зниження аутоімунної функції, порушення у роботі нирок та печінки тощо [22]. У разі, якщо людина не отримує належне лікування і відновлення, даний розлад може призвести до смерті.

2) Психогенне (компульсивне) переїдання

Цей розлад, на відміну від попереднього, характеризується саме надмірним споживанням їжі, при чому його назва вказує на те, що відбувається воно епізодично, у форматі компульсій – нав'язливих дій або ритуалів. В даному випадку ці дії мають психологічне підґрунтя і пояснюються бажанням людини знизити тривогу чи відчуття емоційної напруги, заповнити емоційну порожнечу через шлунок.

Основними фізіологічними симптомами при компульсивних переїданнях є тяжкість у шлунку, відсутність голоду та насиченості при неконтрольованих прийомах їжі, різке та досить швидке збільшення маси тіла, швидкий темп споживання їжі тощо. Психологічними ж симптомами може бути відчуття сорому через кількість їжі та цькування самого себе за невдалі спроби зупинитися (або взагалі їх відсутність), втрату контролю над собою.

Характерним явищем для людей із компульсивними переїданнями є споживання не лише звичайних харчових продуктів, а й тих, що не призначені у споживанні в їх початковому вигляді (сухі крупи, напівфабрикати, суміші для напоїв тощо), є протермінованими чи зіпсованими або взагалі не є їстівними (наприклад, мило або крейда). Все це характеризує даний розлад як серйозну дисфункцію психічного здоров'я, при якій людина не віддає усвідомлення своїм діям.

Наслідками психогенних переїдань зазвичай є набір ваги, який призводить до більш небезпечного явища – ожиріння. Воно виникає через споживання надмірної кількості калорій, що перевищують добову норму і не компенсуються руховою активністю. Характеризується ожиріння значним надлишком жирових відкладень у тілі людини, причому як зовнішніх, так і внутрішніх, що значним чином впливає на роботу всіх органів. Таке навантаження на організм може призвести до розвитку захворювань, пов'язаних із серцево-судинною системою (інсульт, інфаркт), порушення ендокринної системи (діабет 2-го типу), жировий гепатоз, хвороби опорно-рухового апарату, а також до серйозних гормональних збоїв.

3) *Нервова булімія*

Булімія вважається компенсаторним типом поведінки при харчових розладах і характеризується спробами позбавитися від їжі або хоча б мінімізувати її шкоду для організму (посилені заняття спортом, голодування, приймання медикаментів з послаблюючою або сечогінною функцією, блювота тощо) [2]. Найчастіше вона є супутнім розладом для попередніх (анорексії та переїдіння), так як саме булімія сприяє очищенню шлунка від надмірної кількості їжі і тим самим «допомагає» боротися з зайвими кілограмами та об'ємами тіла.

Механізм булімії зазвичай базується на страху набрати зайву вагу або виявити збільшення параметрів тіла. Використовуючи нездорові способи схуднення у вигляді жорстких дієт, а також постійних обмежень в продуктах

харчування, людина фізично відчуває нестерпний голод, її організм виснажується і потребує енергії. З психологічної точки зору наслідками такої поведінки є «зриви», тобто неконтрольовані прийоми їжі через послаблення сили волі (компульсивні переїдання). Почуття провини за відхилення від звичайного способу харчування та больові відчуття у шлунку примушують людину до того, щоб позбавитися від цієї їжі. Найчастіше для цього викликають блювоту, яка допомагає одразу очистити шлунок, проте не менш часто використовують і пігулки, які викликають проносний або сечогінний ефект.

Як наслідок, такі методи викликають подразнення внутрішніх органів та зневоднення всього організму, а шлункова кислота, що виділяється під час блювання, ушкоджує слизову ротової порожнини, викликаючи проблеми з емаллю зубів та тріщини на шкірі (особливо на вустах) [22, с. 36].

Серед розладів харчової поведінки виділяється також і *орторексія* – одержимість здоровим та правильним харчуванням. В цьому випадку людина зважає не стільки на кількість їжі, скільки на її якість, тому вона має бути лише натуральною та «чистою» від усіляких нітратів та домішок. При цьому прагнення схуднути не є пріоритетом, зазвичай це просто бажання підтримувати вагу за допомогою збалансованого харчування. Цей розлад супроводжується нав'язливим страхом, що в організм потрапить щось шкідливе (наприклад, цукровмісні продукти чи напої), тому людина з орторексією перш за все прагне повністю обмежити вживання непотрібних на її думку продуктів, а також має гіперфіксацію на їх виборі (вивчення складу, жорстке дотримання КБЖУ і т.д.).

Всі перелічені вище розлади викликають негативний психоемоційний фон, у хворих часто спостерігаються тривожність, занижена самооцінка, сильне почуття провини та стигматизація власної поведінки, наслідки якої можуть бути настільки руйнівними, що можуть призвести навіть до смерті.

Психологічна природа формування особливостей харчової поведінки залежить від багатьох зовнішніх та внутрішніх факторів. Найбільш частими порушенням харчування, які описуються в сучасних провідних дослідженнях, є екстернальна, емоціогенна й обмежувальна харчова поведінка [3, 40].

- **Екстернальна поведінка** пов'язана з прийомом їжі в залежності від зовнішніх стимулів; для таких осіб притаманна легка навіюваність, так як провокуючим чинником у харчуванні для них є саме вид їжі (у рекламі, на вітрині магазинів, пропозицій у закладах харчування тощо).
- **Емоціогенна поведінка** базується на внутрішніх (емоційних) чинниках, за яких їжа виступає не способом усунення голоду, а компенсаторним механізмом для зниження емоційної напруги («заїдання» проблем);
- **Обмежувальна поведінка** полягає у дотриманні особистістю самоконтролю стосовно їжі (обмеження у продуктах, дотримання дієти, заборони щодо прийомів їжі тощо).

Перелічені типи харчової поведінки не завжди є ознакою гострих харчових розладів, хоча й потребують проведення первинної діагностики. Зазвичай методи обстеження ґрунтуються на основі загальної симптоматики і включають в свій перелік велику кількість скринінгових методик та анкет щодо виявлення можливого ризику розвитку РХП. Деякі з них визначають лише загальний бал, проте існують і ті, що виявляють розподіл саме за стилями харчової поведінки (наприклад, Голландський опитувальник харчової поведінки).

Порушення у сфері харчування може призвести до значного збою в організмі, а також підвищити ризик негативного впливу стресу, з яким ми повсякденно стикаємося. Ганс Сельє, як основоположник учення про стрес, визначав його як «психічний стан, який виникає в людини в результаті впливу складних життєвих ситуацій і виявляється у специфічному

адаптаційному синдромі, що включає усі неспецифічно викликані зміни у біологічній системі» [4, с. 16].

Так як кожна людина по-різному реагує на подразники, неможливо однозначно виявити роль харчування у ситуаціях, пов'язаних із стресовими реакціями. Прикладом такої різниці може бути переживання втрати близької людини: одна людина починає «заїдати» свій стрес, намагаючись тим самим знизити свою тривогу та емоційну напругу, а інша взагалі забуває про потребу в їжі, не відчуваючи фізичного голоду. Згодом така модель поведінки набуває стабільності і закріплюється у вигляді дезадаптивних способів подолання стресу, що значно підвищує ризик розвитку харчових розладів у майбутньому. Наприклад, якщо «заїдання» тривоги регулярно приносить тимчасове полегшення, воно поступово закріплюється як основна стратегія боротьби з внутрішнім напруженням.

Наразі, під час війни, люди все більше зіштовхуються з явищем стресу, а його тривалість є фактором, який провокує знесилення людини, так як «реакція організму на затяжний цілодобовий стрес супроводжується виснаженням відповідних вітамінів та мікроелементів, що беруть участь у механізмах стресадаптації» [21, с. 64]. Відмову від їжі можна розглядати як провину за можливість нормально жити, мати усі можливості для того, щоб повноцінно харчуватися (кошти, доступ до магазинів, можливість обирати продукти за власними потребами та вподобаннями), в той час як військові, що знаходяться на фронті, мають обмежені ресурси в їжі і вимушені харчуватися тим, що є у вільному доступі. Переїдання ж, у контексті війни, можуть бути пов'язані не лише зі спробами зняти емоційну напругу і впоратися з тривогою, а й зі страхом дефіциту продуктів. Люди, які пережили окупацію, зіткнулися з відсутністю постачань продуктів до їхніх населених пунктів, через що були вимушені харчуватися обмеженою кількістю їжі зі своїх запасів, розподіляючи їх між усіма людьми. Це призвело до закріплення викривленого сприйняття їжі й появи тригера щодо відсутності запасів у майбутньому. Таким чином, переживши сценарій

голодомору, у людини формується думка, що потрібно їсти поки така можливість є, бо завжди життя може обернутися так, що вона знову буде вимушена пережити подібні події.

Етіологія харчових розладів наразі не є чітко встановленою, тому вчені вважають ці розлади наслідком комбінації таких чинників, як біологічні, генетичні, соціальні, психологічні та інші. Важливо також зазначити і те, що ризик виникнення харчових розладів не залежить від конкретних аспектів, пов'язаних з особистістю людини (вік, стать, гендер, національність тощо), Хоча й деякі науковці розглядають підлітковий вік як можливий «вирішальний» фактор у формуванні РХП, дорослі також не є винятком серед поширеності розладів, пов'язаних з харчуванням. Згідно з дослідженнями (Рікані А. А., Чоудрі З., Чоудрі А. М. та ін., 2013), приблизно 1 з 7 чоловіків і 1 з 5 жінок віком до 40 років відчувають симптоми РХП [16]. У 2 великих популяційних опитуваннях у Сполучених Штатах (Walters and Kendler 1995) та Канаді (Garfinkel et al 1996) розповсюдженість серед жінок дорослого віку протягом життя була зареєстрована у 5%-6%. Національне дослідження США виявило, що поширеність анорексії, булімії та компульсивного переїдання серед жінок становить 0,9%, 1,5% та 3,5% відповідно; серед чоловіків — 0,3%, 0,5% та 2,0% відповідно [17].

Результати цих досліджень можуть свідчити про те, що першопричини харчових розладів охоплюють дуже велику кількість аспектів (біологічні, генетичні, психологічні та соціокультурні), вплив яких може виражатися незалежно від вікових особливостей індивідів.

Формування негативних харчових патернів відбувається з самого дитинства, охоплюючи як генетичні (спадкові) чинники, так і психологічно-соціальні. З одного боку, дитина може наслідувати метаболічні особливості, певні гормональні порушення чи тип фігури, а з іншого – щоденно спостерігати за харчовою поведінкою близьких. Психологічний клімат в родині, «стосунки» з їжею та сприйняття власного тіла – усе це формує

базові уявлення дитини про те, яким є «нормальний» спосіб харчування, навіть якщо він насправді є деструктивним.

Вкрай важливим у питаннях формування РХП є виховання, а точніше звичні сценарії харчування у сім'ї. Як зазначає А. Б. Холмогорова у своїх працях, «саме в родині формуються первинні установки щодо харчової поведінки, які в подальшому можуть закріплюватися як стабільні моделі реагування на стрес або емоційні зміни». Дуже часто діти чують від батьків таку фразу, як: «Поки не доїсиш – зі столу не встанеш», через що вони вимушені опиратися не на відчуття голоду та насичення, а на спустошеність тарілки. В майбутньому такі звички призводять до формування думки, що їжу залишати на тарілці не можна, тому людина не прислухається до власного організму і в неї значним чином порушується баланс між голодом та ситістю. Така поведінка слугує механізмом започаткування розладів харчування, пов'язаних із переїданнями, а також проявами булімії внаслідок черезмірної насиченості їжею. Іншим прикладом таких патернів є всебічна дозволеність і навпаки – тенденція до обмежувальної харчової поведінки. Одна дитина отримує все за допомогою маніпуляцій (зазвичай істериками), а для іншої їжа виступає в якості покарання (наприклад, коли батьки позбавляють солодкого чи просто улюблених продуктів дитини). В такому випадку вже з дитинства їжа починає асоціюватися з покаранням або заохоченням, тому в дорослому віці людина притримується такого ж механізму вже самостійно, використовуючи їжу як інструмент самоконтролю.

Значний вплив на розвиток харчових розладів (особливо компульсивного переїдання) формує також культ їжі в сім'ї. Культю вважається система, за якої певне явище, особистість або предмет стає пріоритетом, якому всі віддають велике значення. У питаннях харчування культ стосується саме їжі та звичок, пов'язаних із нею. Як зазначає психологиня Н. І. Піддубна, «гіперцінність їжі у сімейному контексті

нерідко породжує патологічні моделі харчової поведінки, які транслюються через покоління» (Піддубна, 2019).

Сім'ям, що мають гіперфіксацію на їжі, притаманна звичка використовувати її як метод впливу та зближення, тому за допомогою сімейних трапез відбувається врегулювання конфліктів, примирення, вираження турботи та любові, збереження культурних традицій, що передаються з покоління в покоління, а також підбадьорювання членів сім'ї у складних життєвих ситуаціях і святкування їх досягнень. Все це призводить до того, що дитина з раннього віку засвоює: їжа — це не лише біологічна потреба, а й емоційна валюта.

Розглядаючи теорію психосексуального розвитку Зігмунда Фрейда [5], як одну з причин виникнення розладів харчування, можна виділити оральну стадію як один з двигунів, що започатковує появу механізмів харчової компенсації. Ця стадія характеризується повною залежністю дитини від матері на її найперших етапах життя (0-12 місяців), під час проходження якої основним джерелом взаємодії з навколишнім світом для дитини є рот. Він вважається ерогенною ділянкою тіла, основною функцією якої є смоктання грудей матері задля усуненні почуття голоду, проте сам Фрейд приділяв цій дії більш широке психологічне значення. Смоктання грудей (або пляшечки) є першим об'єктом задоволення для дитини, за допомогою них вона формує довіру до світу, а також емоційні контакти з матір'ю, які характеризується близькістю та почуттям безпеки поруч з нею. При різкому відлученні дитини від грудей, рефлекс смоктання може залишитися, змінюючи фокус уваги на інші частини тіла (найчастіше пальці) або іграшками. Таким чином вона буде намагатися відтворити сценарій смоктання грудей з метою зниження емоційної напруги і асоціювати цю дію з безпекою та надійністю.

З появою зубів рефлекс смоктання замінюється на кусання та жування, тому їжа поступово набуває значення, пов'язаного з задоволенням власних потреб. В більш дорослому віці людина вже не так сильно

зосереджується на їжі, як на інструменті самозадоволення, тому що з'являються нові доступні методи (подорожі, покупка нових речей, секс, алкоголь тощо), проте на підсвідомому рівні ці звички можуть і далі проявлятися. Таким чином, людина, сама того не помічаючи, використовує їжу як спосіб боротьби з тривогою чи самотністю, переживання горя та тимчасових труднощів, самозаспокоєння та підбадьорювання. Все це може свідчити про порушення розвитку на оральній стадії і виявлятися у вигляді компенсації через оральну, тобто харчову поведінку.

1.2. Аналіз структури «Я-концепції» та її роль у формуванні самооцінки людини

Конструкт «Я-концепції» був сформований представниками гуманістичного напрямку (А. Маслоу, Р. Мей, Р. Бернс, К. Роджерс, Дж. Мід, Ч. Кулі, Е. Еріксон, Дж. Келлі та ін.), в основі якого лежить унікальність кожної людини, визнання її як індивіда, що прагне до свободи та самоактуалізації. Психологи даного напрямку, зокрема А.Маслоу, вважають, що людина постійно розвивається, змінюється і намагається досягти максимально повної реалізації своїх здібностей [6, с. 68], тому не дивно, що Я-концепція віддає перевагу саме позитивній оцінці особистості, приділяючи увагу її сильним сторонам та нерозкритому потенціалу.

Феномен Я-концепції є результатом процесів самосвідомості людини, що визначається як здатність усвідомлювати відчуття та думки як власні, а також виділяти себе в оточуючому середовищі і оцінювати власне "Я" [7, с. 50]. Вона є центром саморегуляції індивіда, тому що вся отримана ззовні інформація проходить саме через неї. Я-концепція виконує роль фільтра, що узагальнює отримані дані та оброблює згідно зі світоглядом людини, розумінням самого себе та навколишніх обставин.

Як вважає І. Андрійчук, психологічна наука не має єдності у визначенні психологічного феномену «Я-концепція» [8, с. 5], проте думки вчених певним чином співпадають у розумінні її сутності. Загалом ця концепція вважається системою уявлень людини щодо самої себе, яка підлягає постійним змінам в залежності від впливу внутрішніх (самосприйняття та самооцінка) або зовнішніх (соціум, виховання, вплив медіа) чинників (рис. 1.2.). Ця система слугує й засобом визначення стилю поведінки людини в соціумі, тобто тенденції до встановлення соціальних контактів, вміння комунікувати та вирішувати конфліктні ситуації, а також поведінкові і емоційні реакції, що пов'язані з прийняттям людини суспільством.

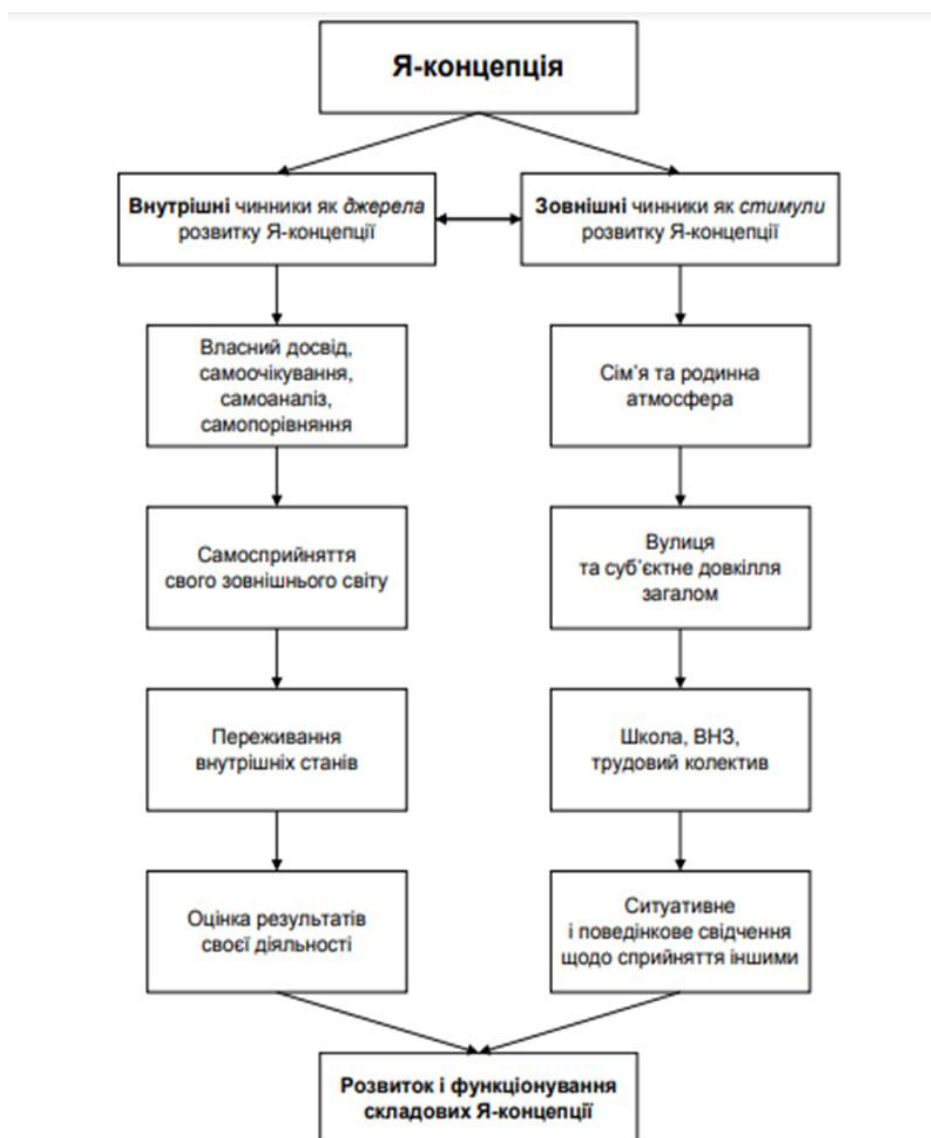


Рис. 1.2. Внутрішні та зовнішні чинники як чинники формування Я-концепції.

Гуманістичний напрям породив не лише Я-концепцію, а й різні погляди на її структуру. Дж. Мід, наприклад, вбачав її сутність у соціальній взаємодії, тому базовою умовою для її формування була відкритість людини до спілкування. При цьому основа цієї взаємодії ґрунтується на самоконтролі особистості над своєю поведінкою, що ґрунтується на її соціальних нормах та установках, а також на сприйнятті її «Я» оточуючими.

Абрахам Маслоу взяв за основу самоактуалізацію та особистісне зростання як чинник формування Я-концепції. Він вважав, що всі люди

прагнуть до стабільної та міцно заснованої високої оцінки себе та оточуючих, тому що саме самоактуалізація дає можливість привести в дію свій внутрішній потенціал, забезпечивши власну цінність та повагу серед соціального оточення.

Р. Бернс описав у структурі Я-концепції наступні складові:

- **Когнітивний компонент** включає в себе образ-«Я» і характеризується розумінням та сприйняттям людини самої себе, певних суджень про свою зовнішність, поведінку, когнітивні та фізичні здібності тощо.
- **Емоційно-оціночний компонент** включає в себе самооцінку людини, емоційну складову її відношення до образу «Я»;
- **Поведінковий компонент** обумовлює дії людини, здійснені під впливом її життєвого досвіду, самооцінки та сприйняття її суспільством.

Ці компоненти є повноцінними і самодостатніми, тобто кожен з них виконує окрему функцію і може існувати незалежно, проте якщо розглядати їх як спільну структуру, всі вони прагнуть до об'єднання і внутрішнього узгодження, так як саме це сприяє формуванню адекватного ставлення людини до самої себе.

К. Роджерс у структурі «Я-концепції» виділяв «Я-реальне» та «Я-ідеальне», так як вважав, що вона містить в собі не лише наше сприйняття того, які ми є (емоційно-оцінювальний компонент), але також і те, якими ми б могли бути при вдалому збігу обставин або достатньої кількості зусиль.

Ч. Кулі, згідно з власним розумінням конструкту «Я-концепції», додав до неї такої компонент, як «Я-дзеркальне», яке згодом набуло соціального значення. У своїй теорії він стверджував, що оцінка іншими нашого «Я» суттєво впливає на формування Я-концепції в цілому та окремих її аспектів (наприклад, самооцінки).

Таким чином, до її структури відносять:

- **Я-реальне** (те, якою людина є насправді, її бачення самої себе);

- **Я-ідеальне** (бажаний образ людини, приближений до її власного ідеалу, прагнення до набуття певних рис характеру та здібностей, стиль поведінки у суспільстві тощо);
- **Я-дзеркальне** (установки людини, що базуються на сприйнятті її «Я» соціумом, відображення в очах оточуючих).

Відповідно до образу «Я» формується специфічне ставлення людини до своєї внутрішньої складової, яке називається **самооцінкою**. На думку О. Леонтьєва, вона визначається як здатність стимулювати у людини потребу з одного боку відповідати рівню власних особистісних оцінок, а з іншого – рівню вимог оточуючих.

Загалом самооцінку класифікують саме за її рівнем і виділяють такі види [9]:

- **Позитивна самооцінка** (позитивна оцінка індивідом своїх досягнень та здібностей);
- **Негативна самооцінка** (невпевненість у собі, комплекс неповноцінності, порівняння себе з іншими, докори та самоприниження);
- **Реалістична самооцінка** (оцінка себе з урахуванням власних здібностей та можливостей, прийняття як позитивних, так і негативних якостей);
- **Ідеалізована самооцінка** (схильність індивіда до гіперболізації власних позитивних якостей, прагнення до власного ідеалу);
- **Соціальна самооцінка** (уявлення щодо себе на основі порівняння власних та соціально прийнятних якостей, норм).

Крайнощі у рівнях самооцінки порушують процес саморегуляції та призводять до послаблення або навпаки – посилення самоконтролю (дисбалансу). У випадку, коли вона завищена, індивід може недооцінювати труднощі, з якими стикається, переоцінювати власні можливості або ігнорувати зворотний зв'язок з боку оточення. Це може сприяти формуванню нереалістичних очікувань щодо себе, а також конфліктів у

міжособистісних стосунках. Натомість занижена самооцінка, як правило, супроводжується почуттям тривоги, невпевненістю, уникненням нових соціальних ситуацій і, у деяких випадках, — прагненням до надмірного контролю за зовнішністю чи поведінкою, що, в свою чергу, здатне призводити до деструктивних форм саморегуляції.

Говорячи про Я-концепцію, слід зазначити, що вона також може бути як позитивною, так і негативною (рис. 1.3.). Позитивна передбачає адекватне ставлення людини до себе, наявність самоповаги та здорової самооцінки, почуття гідності та самоцінності. Негативною стороною даної концепції є неприйняття себе та власного «Я», почуття відчуженості, низька самооцінка та самоповага, а також відчуття власної неповноцінності (кліше «Я – невдаха»).

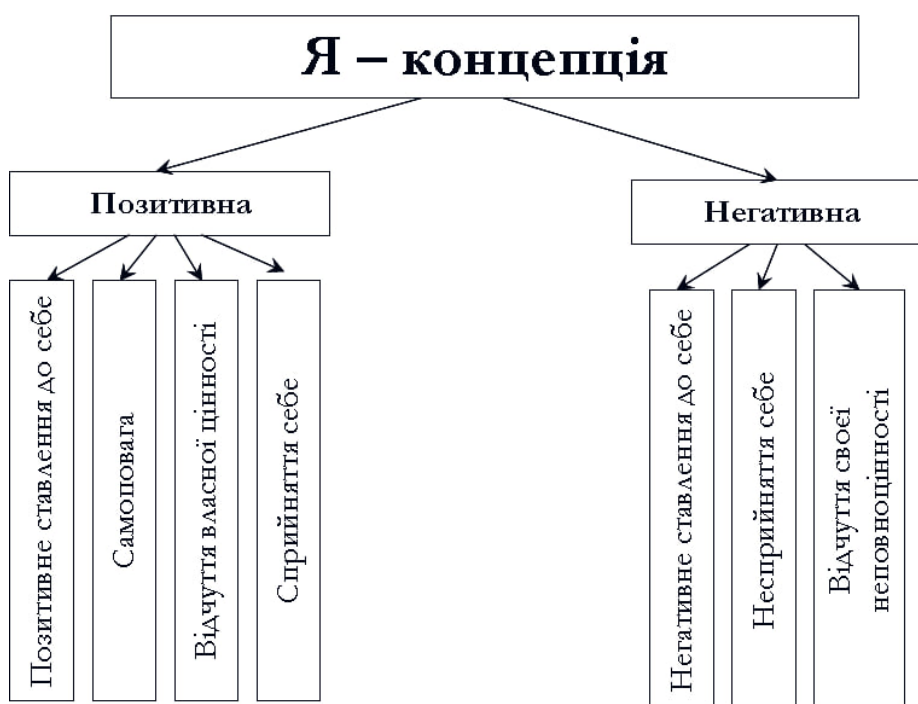


Рис. 1.3. Фактори, що формують позитивну та негативну Я-концепцію

Формування аспектів Я-концепції починається з самого дитинства, коли особистість отримує перші уявлення про себе та світ через призму батьківського ставлення. Саме батьки є першими об'єктами, з якими дитина

зіштовхується після народження, тому перші роки життя вони є центром її життя.

Підтвердженням значення виховного аспекту Я-концепції є огляд на експеримент, проведений Альбертом Бандурою в 1961 році під назвою «Лялька Бобо» [10]. Його суть полягала в тому, що дві групи дітей (від 3 до 6 років) зібрали у двох різних приміщеннях, де одній групі показали відео, на якому доросла людина агресивно поводить з лялькою на ім'я Бобо (б'є її ногами, штовхає та кричить), а іншій – де з лялькою поводяться дуже лагідно (обіймають її, гладять та пестять). Після цього кожна група по черзі побувала в тій самій кімнаті і результати були такими: діти з першої групи, які спостерігали за жорстким поводженням з лялькою, проявляли таку ж саму агресію до неї, навіть вигадуючи ще більш жорсткіші способи взаємодії; діти з другої групи, які бачили лише лагідне ставлення до цієї ж ляльки, навпаки проявляли до неї ніжність та обережність. Результат цього експерименту свідчить про те, що діти обох груп повністю копіювали поведінку дорослого, якого бачили на екрані, і їх сприйняття ляльки залежало саме від дій більш авторитетної та досвідченої особи.

У контексті Я-концепції поведінкові патерни, що спостерігаються в дитинстві, можуть згодом закладати основу уявлень про себе та стиль взаємодії з навколишнім світом, тобто безпосередньо впливати на формування її основних аспектів.

1.3. Порухнення діяльності компонентів «Я-концепції» в контексті харчових розладів

Суб'єктивне сприйняття індивідом фізичного «Я», як чинник незадоволеності власним тілом, репрезентуються саме у структурі Я-концепції. Кожен з її компонентів певним чином пов'язаний із сприйняттям людиною себе як індивідуальності, проте порушення зв'язку між ними сприяють появі когнітивного дисонансу. Цей дисонанс виражається у різниці між «Я-реальним» та «Я-ідеальним», а також образом себе в очах оточуючих, провокуючи внутрішні конфлікти, тривожність та занижену самооцінку. Наприклад, коли особистість під впливом соціальних мереж починає шукати в собі недоліки, ідеалізуючи людей з нездоровою худобою (найчастіше нервовою анорексією), при цьому медичні показники можуть свідчити про абсолютно здорове тіло.

Загалом приклад із впливом соціальних мереж є широко розповсюдженим у наші часи, так як з появою інтернет-медіа тенденція до формування ідеалів краси набула ще більшої актуальності. Популяризація зірок та моделей з обкладинок журналів спричиняє культ худорби та наслідування їхніх звичок. На жаль, через нав'язані стандарти краси майже всі медіа-персони підлягають постійній критиці, тому їхнім медійним обов'язком є збереження ідеального зовнішнього вигляду, а в особливості – змін у тілі. Зазвичай люди, що переглядають різноманітні шоу, в першу чергу помічають, що хтось із знайомих їм зірок набрав вагу або ж навпаки сильно схуд, це неодмінно стає приводом для обговорення. Зіштовхуючись із масовим осудом та різкими заявами від ЗМІ, велика частина медіа-осіб починає шукати методи для швидкого схуднення (або ж набору ваги), а це, як правило, включає в себе медикаментозне лікування (найчастіше використане не за медичним призначенням), хірургічні втручання (ліпосакція, бариатричні операції) або ж голодування та виснажливі

тренування. Все це може призводити до формування розладів харчової поведінки як у зірок, так і у глядачів, що прагнуть бути схожими на них.

Порівняння себе з ідеальними образами на екрані дуже часто сприяє формуванню думок щодо власної неповноцінності («Я недостатньо красивий (-а)», «Навіть вона в такому віці виглядає худішою за мене» та ін.). Під їх впливом у особи, що схильна до самокритики, неодмінно сформується викривлене сприйняття того, як має виглядати людина зі звичайним способом життя та харчування. Перебуваючи під впливом нереалістичних стандартів краси, вона поступово буде віддалятися від реального уявлення про себе, намагаючись досягти нездорового ідеалу. Таким чином, внаслідок розриву уявлень між «Я-реальним» та «Я-ідеальним» у особистості утворюється внутрішній конфлікт, що в поєднанні з низькою самооцінкою, є ключовим фактором у формуванні розладів харчової поведінки.

Різниця між реальним і ідеальним «Я» призводить до появи психологічних комплексів – помилкових уявлень про себе, що супроводжуються хронічними або ситуативними переживаннями. Вони провокують знецінення індивідом власних досягнень та позитивних якостей через надмірну зацикленість на проблемному аспекті (наприклад, зайвій вазі або худорлявій статурі). З погляду на поведінковий аспект «Я-концепції» можна виділити тенденцію до такого захисного механізму, як проекція – «підсвідоме приписування іншій людині своїх власних якостей, почуттів і бажань. Це відбувається несвідомо, тобто людина, здійснюючи проекцію, абсолютно впевнена в тому, що інша людина дійсно володіє цими якостями» [11]. Її механізм в даному випадку виражається у перенесенні власних комплексів щодо тіла на оточення, що поступово може призводити до появи агресивної поведінки стосовно інших людей.

Порушення у когнітивному компоненті Я-концепції сприяє появі явища *дисморфофобії*, яке характеризується яскраво вираженим занепокоєнням щодо власного зовнішнього вигляду. При цьому розладі

людина має викривлене сприйняття самого себе, свого тіла та зовнішності, що виявляється у думках про власну потворність, зосередженість на особливостях зовнішності, які здаються їй дефектами, а також бажання до постійних модифікацій. Сама назва цього психічного розладу містить частину «фобія», що у перекладі з грецького означає «страх». В даному випадку це страх власного відображення, причому як в зеркалі, так і в очах інших людей. Таким чином, явище дисморфофобії охоплює основні компоненти Я-концепції (я-реальне, я-ідеальне та я-соціальне) і значним чином їх спотворює.

Кетрін Філіпс у своїй книзі з досить символічною назвою «Розбите дзеркало» [18] описала проведене нею дослідження, в якому брали участь понад 500 пацієнтів з дисморфофобічним розладом, і виявила основні аспекти зовнішності, що вважаються найбільш проблемними для них. Таким чином, в топ-5 потрапили такі: шкіра (73%), волосся (56%), ніс (37%), вага (22%) та живіт (22%). Прикладом впливу даного розладу на особистість є образ Майкла Джексона, який неодноразово змінював свою зовнішність шляхом пластичних операцій (особливо ринопластика), а також постійно дотримувався жорстких дієт.

Одним з найгрунтовніших аспектів формування розладів харчової поведінки є вплив соціального оточення, зокрема переконання людини в тому, що з її тілом «щось не так». Зазвичай це відбувається шляхом булінгу – навмисного приниження та висміювання особистості. Хоча й здається, що серед дорослих це рідкість, насправді ситуація дещо інакша. Жінки та чоловіки в дорослому віці часто зіштовхуються з негативним ставленням через зайву вагу або черезмірну худорбу. Це може виявлятися при виборі партнера, так як для багатьох людей фігура має значущий вплив на подальший розвиток стосунків, на роботі та навіть у спортзалі, який призначений саме для боротьби з недоліками фігури. У контексті зайвої ваги таке явище називається *фетшеймінгом* (з англ. fatshaming: fat — «жир» або «товстий», shaming — «соромити»), тобто глузування через масу тіла або

харчові звички людини. Протилежним до цього терміна є *бодіпозитив* (англ. body positivity) – суспільний рух, що виступає за прийняття власного тіла таким, яким воно є.

У жінок, наприклад, розлади харчової поведінки можуть формуватися саме після пологів, так як під час вагітності видозмінюється як тіло, так і звички у харчуванні. Гормональні коливання можуть провокувати бажання їсти набагато більше, аніж зазвичай, тому жінки можуть зіштовхнутися з проявами компульсивних переїдань. Набір зайвої ваги може значним чином відобразитися на тілі в післяпологовий період і, як наслідок, призвести до зниження задоволеності тілесним образом. Такі зміни, відповідно, призводять до порушення цілісності Я-концепції. Жінки можуть відчувати тривогу, сором або неприйняття свого нового тіла, що у поєднанні з бажанням повернутися до минулої комплекції іноді призводить до компульсивного переїдання, суворого обмеження їжі або виснажливих фізичних навантажень.

Проте бувають і випадки, коли жінка вже має розлад харчової поведінки і вагітність обертається для неї важким випробуванням. «Для тих, хто має в анамнезі розлад харчової поведінки, існує високий ризик рецидиву протягом пренатального та післяпологового періодів, що потенційно може призвести до шкідливої поведінки, такої як обмеження в їжі, надмірні фізичні навантаження та/або переїдання/очищення» [19].

Ще одним фактором формування РХП у дорослих можуть слугувати вікові зміни, так як поступово шкіра починає втрачати пружність, а метаболізм значно сповільнюється, що може обумовити появу нових факторів невдоволення своїм тілом та складностей у модифікаціях свого фізичного «Я» (наприклад, використання дієт та жорстких харчових обмежень).

Важливо зазначити, що порушення сприйняття фізичного «Я» може бути однією з основних причин поширеної тенденції до соціальної ізоляції. Як зазначає у своїй роботі О. Балагурак, «через спотворене сприйняття

власного тіла людина починає уникати соціальних ситуацій, де можливе оголення частин тіла (наприклад, пляжі, басейни), є ризик опинитися в центрі уваги та на камерах об'єктивів (страх побачити власне тіло з незадовільного ракурсу), а також заклади харчування (відчуття провини та страх їсти у громадських місцях), що викликає у них сильне занепокоєння та дискомфорт» [12, с. 5]. Уникання таких ситуації пояснюється почуттям сорому за власне тіло та страхом осуду з боку соціуму.

У дослідженні Американської психіатричної асоціації зазначається, що РХП часто супроводжуються викривленим сприйняттям образу тіла, тривожними розладами та депресією [20], тому не дивно, що при психодіагностичному обстеженні людини з ризиком розладів харчової поведінки виявляються і суміжні розлади – депресивний, тривожний, обсесивно-компульсивний тощо. Всі ці розлади мають психологічне підґрунтя і формуються через незадоволеність собою та власним життям, деструктивне мислення та негативні патерни поведінки, сформовані під впливом життєвого досвіду та обставин.

Вплив негативного сприйняття та оцінки власного тіла в сукупності з невдоволеністю собою через певні аспекти зовнішності може призводити до лабільності емоційного стану, а також підвищення ризику самогубства. Особи, які перманентно знаходяться в стані підвищеної самокритики та самоприниження, можуть бути більш схильними до суїцидальних думок через наявний складний внутрішній конфлікт [12, с. 7]. Це значним чином пояснює те, що харчові розлади є одними з найрозповсюдженіших за рівнем смертності.

Якщо розглядати смертність за причинами, то необхідно зазначити, що вони поділяються на два види: *біологічно обумовлена смерть* та *самогубство*. До першої призводить критичне виснаження організму внаслідок порушення роботи внутрішніх органів та постійного голодування, найчастіше така смерть зустрічається у осіб з виявленою нервовою анорексією на пізніх стадіях. Самогубство ж може бути зумовлене соціально-

психологічними факторами, які можуть включати в себе соціальний тиск, булінг, внутрішню незадоволеність собою та вплив сумісних розладів, зазначених вище.

Таким чином, зміни тілесного Я, викликані фізіологічними, психологічними та соціальними чинниками, мають істотне значення у формуванні або загостренні розладів харчової поведінки, що підтверджує тісний взаємозв'язок між Я-концепцією та схильністю до РХП.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

В рамках першого розділу було розглянуто основні аспекти розладів харчової поведінки, проведений аналіз структури «Я-концепції», а також теоретично обґрунтовано можливий зв'язок між сприйняттям особистості образу «Я» (в особливості його фізичного компоненту) з ризиком формування дезадаптивних харчових патернів.

Термін «харчові розлади» включає в себе спектр психогенних захворювань (нервова анорексія, нервова булімія, компульсивні переїдання, орторексія тощо), що виявляються у порушенні харчових звичок, мають психологічне підґрунтя і формуються внаслідок викривленого сприйняття власного тіла.

Самосприйняття базується на Я-концепції, до якої входить когнітивний (сприйняття індивідом власного «Я»), оціночний (оцінка себе як особистості) та поведінковий (дії індивіда, що базуються на сприйнятті його соціумом) компоненти. Порушення їх діяльності та прояву можуть призводити до формування негативного відношення індивіда до самого себе (негативна «Я-концепція») та значним чином впливати на сприйняття фізичного «Я» - ставлення до власної зовнішності та тіла.

Самооцінка, як один з основних аспектів «Я-концепції», виявляється у ставленні індивіда до власних здібностей та особистісних якостей, а також впливає на поведінку в соціальному середовищі. Вона формується, як правило, у колективі, проте також значним чином впливають виховні аспекти та навіювання з боку медіа (соціальні мережі, пропагування ідеалів краси у телешоу, маніпулятивний характер реклами тощо).

Негативне сприйняття людиною власного тіла внаслідок низької самооцінки може виражатися у прагненні до жорсткого контролю ваги та компенсаторних патернів поведінки (наприклад, переїдання), що значно підвищує ризик розвитку розладів харчової поведінки.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ВПЛИВУ Я-КОНЦЕПЦІЇ НА ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Організація дослідження та його методичне забезпечення

Основною метою нашого дослідження було виявлення взаємозв'язку між основними складовими компонентів «Я-концепції» (самооцінка, самоприйняття, позитивне або негативне ставлення інших тощо) на можливість формування розладів харчової поведінки. Внутрішнє «Я» людини є основою для формування її особистості, саме воно визначає ставлення людини до самої себе, інтерес до власного «Я», наявність самоповаги та поведінку у суспільстві, яка базується на прийнятті чи відторгненні людини соціумом. Значним чином воно впливає і на сприйняття фізичного «Я», що виражається в оцінці та прийнятті власної зовнішності та тіла не як окремої складової, а як суцільної системи «Я-образу». Порушення цього сприйняття, як було зазначено у першому розділі (п. 1.3.) залежить від багатьох соціально-психологічних аспектів. До таких зазвичай відносять вплив виховання та соціуму, популяризація нездорових способів схуднення, пропагування ідеалів краси у медіа та ін.

З огляду на теоретичний матеріал ми виявили, що основою для появи РХП є психологічне підґрунтя, яке виявляється у наступному механізмі:

1. Вплив генетичних, соціальних та психологічних чинників (негативні патерни харчування в сім'ї, булінг, наслідування ідеалів);
2. Самоаналіз та порівняння себе з іншими;
3. Зародження негативних (зазвичай ірраціональних) думок щодо власного тіла та харчових звичок, поява комплексів;

4. Зміна харчових патернів та рухової активності (зацікленість за здоровому харчування, жорсткі обмеження в їжі, голодування або ж навпаки – переїдання, прагнення до посиленого спалювання калорій спортом та іншими видами діяльності)
5. Поява перших симптомів харчових порушень, що мають значний потенціал для формування розладів харчової поведінки (нервова анорексія, нервова булімія, компульсивні переїдання, рідше – орторексія та інші непідтверджені розлади).

Основною гіпотезою дослідження є припущення, що прояв харчових адикцій певним чином залежить від порушення самосприйняття особистості і пов'язаний з негативними очікуваннями щодо ставлення з боку соціального оточення.

Організація дослідження. У дослідженні брали участь 25 респондентів віком від 20 до 48 років. Серед них було 17 жінок та, відповідно, 8 чоловіків. Методики проводилися в онлайн-форматі на базі Google-форм зі збором електронних адрес респондентів. Усі вони були інформовані щодо специфіки збору даних і надавали відповіді з власної згоди. Задля збереження конфіденційності надалі результати дослідження будуть представлені за порядком проходження методик у вигляді числового списку (досліджуваний №1, №2... тощо). Результати по кожному з досліджуваних розміщені у додатках у вигляді звітних таблиць.

Для дослідження ми обрали такі методики:

- 1) Методика «Eating Attitudes Test» - 26 (ЕАТ-26) в адаптації О.А. Скугаревського та С.В. Сівухи («Опитувальник харчових переваг – 26» або «ОПП-26»);
- 2) Опитувальник самоствалення В.В. Століна та С. Р. Пантелєєва;
- 3) Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE);
- 4) Методика дослідження локусу контролю (Дж. Роттер).

Виявлення ризику виникнення розладів харчової поведінки було проведено за допомогою методики «ЕАТ-26» в адаптації О.А.

Скугаревського та С.В. Сівухи. Оскільки методика має скринінговий характер, вона дозволяє лише попередньо оцінити ймовірність наявності порушень. Її використання у кваліфікаційній роботі обумовлено тим, що вибірка респондентів не базується на певних спільних якостях (наприклад, особи з підтвердженим діагнозом), тому необхідно визначити саме можливий ризик виникнення цих розладів.

Методика складається з 26 питань, що включають твердження, пов'язані зі схильністю до дієт, булімії та стурбованості їжею і оральним контролем. Варіанти відповідей формуються умовами частоти описаних поведінкових патернів: завжди, зазвичай, часто, іноді, рідко та ніколи. Загалом вважається, що відповіді «рідко» і «ніколи» вже вказують на те, що у досліджуваного немає схильності до харчових порушень.

Для дослідження компонентів «Я-концепції» було використано багатошкальний опитувальник самоствавлення В.В. Століна та С.Р. Пантелєєва, який ґрунтується на ієрархічній моделі самоствавлення В.В. Століна (1985 р.). Опитувальник діагностує 7 аспектів відношення особистості до самої себе, які були структуровані у чотири основні шкали:

1. **Самоповага** (виявляє ставлення особистості до своїх здібностей, рівня самостійності та відповідальності, довіри до власних бажань тощо);
2. **Аутосимпатія** (відображає позитивне або негативне ставлення індивіда до самого себе, дружність або ворожість до себе, як до особистості);
3. **Очікуване ставлення інших** (відображає очікування індивіда щодо ставлення інших людей до себе);
4. **Самоінтерес** (вимірює інтерес до власного «Я», здатність бути цікавим як для себе, так і до інших, оцінює навички та здібності індивіда).

До додаткових відносять наступні шкали: самовпевненість, очікуване ставлення інших, самоприйняття, самокерівництво, самозвинувачення, самоінтерес та саморозуміння.

Основною шкалою є шкала S (інтегральна), що вимірює загальну оцінку індивіда щодо власного “Я”, яка базується на позитивному або негативному самосприйнятті, і вважається глобальною, тобто охоплює всі шкали даного опитувальника.

Метою його використання у дипломній роботі є виявлення змісту «Я-образу», тобто когнітивного компоненту «Я-концепції» (знання або уявлення щодо себе, в тому числі і у формі оцінки вираженості тих чи інших рис) і ставлення людини до самої себе як основи емоційного компоненту (самоповага, самоінтерес, аутосимпатія та ін.). За допомогою нього ми маємо змогу провести кореляцію між оцінкою ставлення респондентів до своєї особистості та їх схильністю до дезадаптивних харчових патернів, так як саме ставлення та прийняття людини внутрішнього «Я» визначає її відношення до окремих аспектів зовнішності, і, як наслідок, відбувається незадоволення власним тілом з подальшими спробами його модифікації. Також він містить шкалу очікуваного ставлення від оточення, що входить до поведінкового компоненту «Я-концепції» (відображає поведінку та дії людини в залежності від того, як її сприймає оточення).

Шкала самооцінки Розенберга є психологічним тестом, створеним самим Моррісом Розенбергом у 1965 році. Основне її призначення – швидке та чітке виявлення рівня самооцінки людини. Він складається з 10 тверджень, на кожне з яких досліджуваний має чотири варіанти відповіді: не погоджуюсь, повністю не погоджуюсь, повністю погоджуюсь, погоджуюсь. Інтерпретація здійснюється з підрахунком балів і вважається, що чим вищий показник – тим вищий рівень самооцінки.

Метою використання даного опитувальника у дипломній роботі є чітке визначення рівня самооцінки для подальшої можливості проведення кореляції, тобто взаємозв'язку з рівнем сформованості розладів харчової поведінки. Самооцінка є провідною частиною Я-концепції, виражаючись у вигляді емоційно-оцінювального компоненту, тому від її рівня значним чином залежить сприйняття людиною власного тіла.

Методика дослідження локусу контролю була створена Дж. Роттером (1966) на основі власної теорії щодо суб'єктивної локалізації контролю (іншими словами – напрямку відповідальності індивіда). Вона складається з 29 пар тверджень, з яких досліджуваному необхідно обрати те, що найбільш яскраво виражає його ставлення до ситуації. Під терміном «локус контролю» розуміється відображення певного типу особливостей поведінки та характеру індивіда, який визначає тенденцію до перекладення відповідальності на певні зовнішні чи внутрішні фактори.

Дана методика виділяє два типи локусу контролю:

- **Інтернальний тип** виявляється у тих випадках, коли індивід більш схильний вважати, що всі досягнення та події, що відбуваються у його житті, є результатом використання власних компетенцій, а також внутрішньої мотивації та цілеспрямованості.
- **Екстернальний тип** виявляється у осіб, які звикли спрямовувати відповідальність за будь-які успіхи, невдачі та патерни поведінки на зовнішні джерела (випадковість, везіння, умови, вплив інших людей тощо).

Метою застосування даного опитувальника у контексті питань РХП є визначення зв'язку локусу контролю (тобто рівня відповідальності) зі схильністю до харчових адикцій.

При *інтернальному типі* особистість більшою мірою володіє своїм життям, тобто здатна самостійно контролювати його плинність та події, отже власне тіло та харчові звички також залежать лише від індивідуальних установок та обраних патернів поведінки.

При *екстернальному типі* особистість схильна перекладати відповідальність з себе на інших, тому проблеми, пов'язані з харчуванням, можуть усвідомлюватися нею як сформовані у процесі виховання або ж соціального тиску. Наприклад, людина з таким типом локусу контролю може вважати, що її компульсивні переїдання мають походження ще з

дитинства, коли батьки у всьому її обмежували, тобто в дорослому віці вона стала компенсувати всі дитячі бажання, пов'язані з їжею.

2.2. Результати емпіричного дослідження та їх обґрунтування

Під час емпіричного дослідження було проведено методики, що визначають рівень можливих харчових розладів, оцінку відношення особистості до свого «Я», конкретний рівень її самооцінки, а також локус контролю, як один з аспектів саморегуляції. Згідно з кількістю обраних методик, дослідження було поділено на чотири етапи.

Першим етапом було виявлення ризиків РХП серед вибірки респондентів за допомогою тесту «ЕАТ-26», так як саме ця змінна буде основою для подальшого застосування кореляційних методів, тобто виявлення взаємозв'язку між можливістю існування у досліджуваних симптомів цих розладів та загальним рівнем самоствалення. Інтерпретація відбувалася наступним чином:

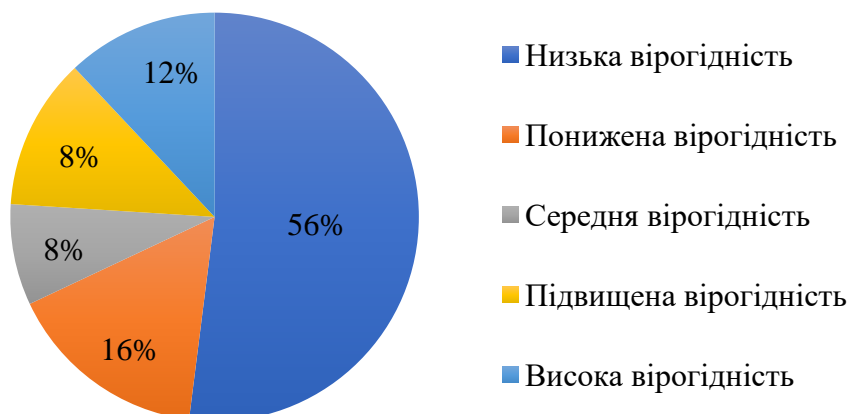
- *Низька вірогідність* (0-15 балів) – 14 осіб
- *Понижена вірогідність* (16-30 балів) – 4 осіб
- *Середня вірогідність* (31-45 балів) – 2 особи
- *Завищена вірогідність* (45-60 балів) – 2 особи
- *Висока вірогідність* (61-75 балів) – 3 особи

Методика також має розподіл за такими шкалами:

- **Дієта** (відображає занепокоєння вагою та уникання «поганої» їжі);
- **Булімія та стурбованість їжею** (відображає схильність до переїдань, імпульсивність у харчуванні та використання компенсаторних методів позбавлення від їжі);
- **Оральний контроль** (відображає рівень самоконтролю у питаннях харчування та схильність до обмежувальної поведінки).

Загальні результати представлені у вигляді діаграми, в якій кожен сектор є описовою часткою ймовірності розвитку РХП (у %):

Методика "ЕАТ-26"



За допомогою даної методики ми виявили, що більша частина (56%) респондентів мають низьку вірогідність розвитку харчових розладів, отже питання, пов'язані з їжею, не контролюють їхнє життя. В таких осіб вона зазвичай є способом задовольнити первинні біологічні потреби, а відчуття голоду є лише маркером кількості прийомів їжі.

Понижену вірогідність мають 16% опитуваних, що може свідчити про наявність певних ситуативних симптомів, що можуть виявлятися у прагненні до схуднення або здорового харчування (наприклад, відмова від цукру чи їжі з високим вмістом вуглеводів). Такі особи рідко підлягають додатковому обстеженню, так як такий рівень ймовірності є варіантом норми.

У 8 % респондентів ми виявили середній рівень ризику РХП. Такий результат свідчить про наявні негативні патерни харчування, що мають підґрунтя для подальшого розвитку. Зазвичай у осіб з такими показниками активно розвиваються думки про потребу здійснювати активний контроль щодо їжі через незадоволення станом власного тіла та бажання схуднути. На цьому рівні також можливі думки щодо способів позбавлення організму від надлишкової їжі, тобто тенденції до булімії.

Підвищену вірогідність розвитку РХП також мають 8% респондентів. Показники у таких осіб завищені майже по більшості з питань, що стосуються дезадаптивних механізмів харчової поведінки. Зазвичай при такому рівні ймовірності спостерігається тенденція до обмежувальної або компенсаторної поведінки, що може посилюватися під впливом зовнішніх чинників (стрес, соціальний тиск, медіа) і формуватися в більш серйозні розлади.

Під високий рівень ризику підпадає 12% опитуваних, що свідчить про яскраво виражену симптоматику розладів харчової поведінки у цих осіб, притаманних анорексії, булімії або компульсивному переїданню. Такі результати можуть вказувати на регулярне обмеження кількості їжі або переїдань, внаслідок яких людина зіштовхується з гострим почуттям провини. Розповсюдженою за таких показників є і тенденція до використання компенсаторних методів (очищення, надмірна фізична активність тощо).

Проаналізувавши отримані показники, ми можемо зробити висновок щодо подальшої необхідності додаткової діагностики на рівень РХП у респондентів, починаючи з середнього рівня ймовірності його розвитку. Ці обстеження необхідні для того, щоб чітко виявити тенденцію особистості до дезадаптивних патернів харчування, які виражаються у обмежувальній та компенсаторній поведінці.

Показники субшкал були обраховані у вигляді середнього значення з використанням формул в комп'ютерній програмі Excel, також був проведений підрахунок стандартного відхилення та домінуючих показників серед усіх респондентів. Отримані дані відображені у Табл. 2.1.

Стандартне відхилення (σ) було використане для оцінки варіативності показників. Воно дозволяє визначити наскільки одержані значення відхиляються від середнього арифметичного, а також дослідити стабільність результатів респондентів у межах вибірки. В даному випадку відхилення за шкалою загальної оцінки є досить значущим, що свідчить про

велику розбіжність між мінімальними та максимальними значеннями, а також виражає неоднорідність вибірки (не всі респонденти схильні до ризику розладів харчової поведінки). Таким чином, дослідження дозволяє оцінити залежність ризику формування РХП від самоствавлення як у осіб з наявною симптоматикою, так і у тих, хто не має підґрунтя до розвитку даних розладів (позитивне і негативне самосприйняття відповідно).

Таблиця 2.1.

Статистична обробка субшкал за методикою «ЕАТ-26»

Субшкали	Середнє значення	Стандартне відхилення	Домінуючі показники	
			к-ть осіб	%
<i>Загальна оцінка</i>	22,88	22,02		
<i>Дієта</i>	13,48	12,35	22	88%
<i>Булімія та стурбованість їжею</i>	4,52	5,30	0	0%
<i>Оральний контроль</i>	5,28	6,76	4	16%

Найбільш значущою серед респондентів виявилася саме шкала дієти, що свідчить про загальну тенденцію до обмеження харчування з метою контролю маси тіла та прагнення відповідати зовнішнім ідеалам (власним або соціально обумовленим).

Шкали булімії та орального контролю виявляються у відносно стабільних показниках ($\sigma = 5,30$, $\sigma = 6,76$ відповідно), тому можна зробити висновок про низький рівень їх сформованості серед більшості респондентів (незалежно від рівня ризику РХП).

Задля подальшого проведення кореляції було також сформовано таблицю (Табл. 2.2.) з розподілом респондентів на дві групи: ті, що не мають ризику розвитку РХП (низький та понижений рівні) і ті, що схильні до формування дезадаптивної харчової поведінки (середній, завищений та високий рівні).

Таблиця 2.2.

Розподіл респондентів за рівнем прояву РХП

Показник	Група без ризику РХП	Група з ризиком РХП
<i>Кількість респондентів</i>	18	7
<i>Частка вибірки (%)</i>	72%	28%
<i>Середнє значення</i>	10,6	54,4

Середнє значення в даному випадку демонструє загальний рівень вираженості симптомів, притаманних харчовим розладам, у межах кожної групи.

Наступним етапом дослідження було визначення та оцінка основних компонентів «Я-концепції» з використанням опитувальника самоствавлення В.В. Століна та С. Р. Пантелєєва. З огляду на те, що цей опитувальник є багатошкальним, кожна з них пройшла обробку за допомогою математико-статистичних методів аналізу. Первинні («сирі») бали додатково були переведені у відсоткові значення для відповідності результатів інших методик (Додаток Б).

В основу подальшого проведення кореляційного аналізу лягли такі шкали:

- **Інтегральна шкала** (використана в якості оцінки глобального ставлення людини до самої себе);
- **Шкала самоприйняття** (репрезентує когнітивний компонент «Я-концепції», що відображає прийняття особистістю образу «Я»);
- **Шкала аутосимпатії** (виявляється як оцінювальний компонент «Я-концепції», відображаючи рівень симпатії до самого себе);
- **Шкала очікуваного ставлення інших** (демонструє поведінковий компонент «Я-концепції», що ґрунтується на уявленнях індивіда щодо сприйняття його соціумом).

При проведенні дослідження ми зосередилися саме на цих чотирьох шкалах, оскільки вони найбільш ґрунтовно відображають основні зв'язки між внутрішнім образом «Я», тобто компонентами «Я-концепції», та ризиками розвитку розладів харчової поведінки внаслідок невдоволення собою.

Вибірку складають 25 респондентів, за кожним з яких було отримано результати по обраним шкалам опитувальника. В Табл. 2.3. представлені показники, обчислені у відсотковому співвідношенні.

Таблиця 2.3.

Відсоткове співвідношення респондентів за обраними шкалами

Основні шкали опитувальника	Кількість респондентів (у %)		
	<i>Менше 50 %</i>	<i>50%-74%</i>	<i>Більше 75%</i>
Шкала S (інтегральна)	48%	20%	32%
Самоприйняття	52%	20%	28%
Аутосимпатія	52%	24%	24%
Очікуване ставлення	64%	24%	12%

Показники виявляють рівні вираженості досліджуваної ознаки, розподіляючись таким чином:

- *Менше 50 %* - низький рівень вираженості
- *50%-74%* - середній рівень вираженості
- *Більше 75%* - високий рівень вираженості

З огляду на дану таблицю ми виявили, що по всім шкалам домінуючими є показники з низькими значеннями (менше 50%). Це може

бути спровоковано порушенням самоствалення досліджуваних осіб до самих себе через вплив внутрішніх або зовнішніх факторів.

Внутрішні включають в себе незадоволеність власним рівнем здібностей та досягнень, а також наявними особистісними якостями. Все це формує занижену самооцінку та нестабільність у сприйнятті свого внутрішнього «Я» і може значним чином впливати на порушення бачення свого тіла.

Зовнішніми факторами можуть виступати негативні оцінки з боку соціального оточення, досвід булінгу, соціальне порівняння, медіа-вплив, а також нав'язані ідеали краси, що сприяють формуванню викривленого образу «Я» та зниженню рівня прийняття себе. Всі ці аспекти так само здатні порушувати уявлення людини про своє тілесне «Я» і, як наслідок, формувати негативні харчові звички.

Для виявлення загальних тенденцій та варіативності відповідей респондентів було обчислено середнє арифметичне значення та стандартне відхилення по кожній шкалі. Це дозволило проаналізувати як рівень прояву ознак, так і ступінь однорідності результатів у вибірці (Табл. 2.4.)

Таблиця 2.4.

**Результат статистичної обробки даних за опитувальником
самоствалення**

Шкали	Середнє значення	Стандартне відхилення
<i>Інтегральна шкала</i>	13.84	6.33
<i>Аутосимпатія</i>	7,08	3,81
<i>Очікуване ставлення інших</i>	7,96	2,88
<i>Самоприйняття</i>	3,44	2,38

Отримані результати можна інтерпретувати таким чином:

Інтегральна шкала (глобальне самоствавлення) має помірний рівень вираженості (13,84) ставлення респондентів до власного «Я», а відхилення 6,33 свідчить про досить широкий розкид показників. Це може свідчити про наявність як позитивного самоствавлення, так і негативної оцінки своєї «Я-концепції».

Шкала аутосимпатії характеризується середнім значенням (7,08), що свідчить про помірний рівень любові до себе, прихильності до власного «Я» та прийняття себе загалом. Стандартне відхилення при цьому також є помірним (3,81), не виявляючи значного розкиду у значеннях, отже результати респондентів є відносно наближеними одне до одного.

У **шкалі очікуваного ставлення інших** також визначається середнє значення серед показників респондентів (7,96), виявляється воно в очікуванні більш нейтрального ставлення соціуму до самих себе, без конкретного наближення до позитивної чи негативної оцінки їхніх дій іншими. Статистичне відхилення зберігається на помірному рівні (2,88).

Шкала самосприйняття має найнижче значення (3,44), що виявляє значні порушення в емоційно-оцінювальному компоненті «Я-концепції». Це свідчить про те, що більшість досліджуваних не здатні приймати в собі певні якості (зазвичай негативні) та загалом приймати себе як особистість, не розділяючи її на окремі конструкти (наприклад, Я-фізичне, Я-соціальне та інші).

Для виявлення взаємозв'язку між ризиком розладів харчової поведінки та структурою «Я-концепції» було здійснено кореляційний аналіз між результатами методики «ЕАТ-26» та обраними для дослідження шкалами самоствавлення, розглянутими вище. Для цього було використано коефіцієнт Пірсона (Табл. 2.5.).

Отримані коефіцієнти вказують на негативні кореляції і свідчать про те, що зі зростанням ризику розладів харчової поведінки у респондентів знижується рівень самоствавлення в усіх його компонентах (проявах).

Особливо вираженою є кореляція з такими аспектами, як самоприйняття та аутосимпатія, що вказує на важливість позитивного ставлення до себе як аспекту профілактики формування розладів харчової поведінки. Важливо зазначити і те, що існує й протилежна сторона цього зв'язку: при позитивній оцінці респондентами власного «Я» та його супутніх компонентів рівень розвитку РХП у більшості випадків зазначався як низький (або понижений).

Таблиця 2.5.

**Виявлення кореляційних зв'язків між методикою «ЕАТ-26» та
окремими шкалами опитувальника самоствавлення В.В. Століна та
С.Р. Пантелєєва**

	<i>Інтегральна шкала</i>	<i>Аутосимпа тія</i>	<i>Очікуване ставлення інших</i>	<i>Самоприйня ття</i>
Показники за шкалою РХП	$r = - 0,549$	$r = - 0,650$	$r = - 0,537$	$r = - 0,687$
Значущість показників	H1 (значущий)	H1 (значущий)	H1 (значущий)	H1 (значущий)

Примітка. Загальним р-значенням (допустимим відхиленням) для всіх показників є $p \leq 0,01$.

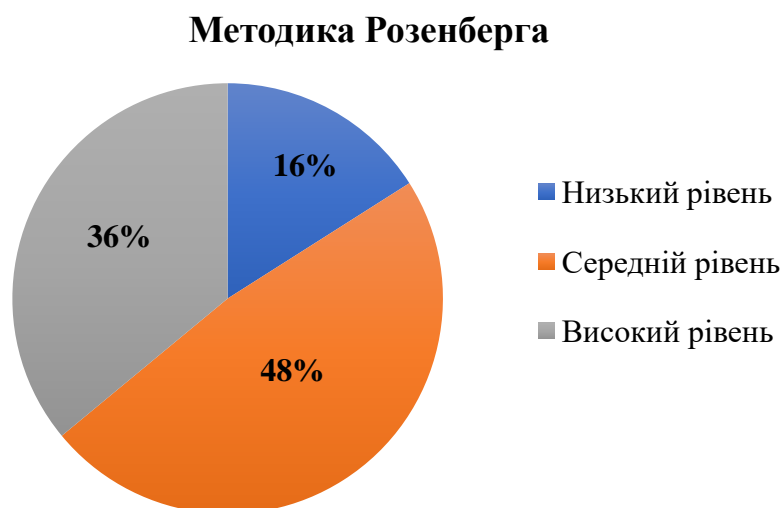
Результати проведення даної кореляції свідчать про те, що гіпотеза дослідження щодо існування статистично значущих зв'язків між компонентами «Я-концепції» та ризиком формування розладів харчової поведінки підтверджена.

Третім кроком у проведенні емпіричного дослідження було визначення конкретного рівня самооцінки за допомогою досить короткої, проте зручної та надійної методики Розенберга. Вона містить всього 10 питань, що призначені на виявлення позитивного або негативного ставлення

індивіда до самого себе, а також оцінки власних якостей та здібностей. Інтерпретація відбувається шляхом підрахунку сирих балів, максимальною кількістю яких є 40 (по 4 бали за кожне питання). Розрахунок балів відбувався з урахуванням наступної класифікації:

- **0 – 15 балів** – низький рівень
- **16 – 25 балів** – середній рівень
- **26 – 40 балів** – високий рівень

Загальні результати респондентів представлені у відсотковому співвідношенні в наступній діаграмі:



Найбільша кількість показників (48%) припадає на **середній рівень**, що може свідчити про наявність ситуативної незадоволеності власним «Я», в т.ч. і його фізичною складовою, враховуючи контекст харчової поведінки. Зазвичай середній рівень самооцінки передбачає наявність у людини самокритичності, що може виявлятися у знаннях про власні слабкі сторони чи негативній оцінці невдач, але в той же час вона є інструментом для самовдосконалення та розвитку власного потенціалу.

Високий рівень (36%) самооцінки свідчить про позитивну оцінку особистості самої себе, відчуття поваги, незалежне від невдач або тиску інших, безумовне прийняття власного «Я» тощо.

Низький рівень (16%), в свою чергу, вказує на тенденцію особистості до знецінювання власних досягнень, докорів та самоприниження. Зазвичай такі особистості не відчують впевненості у собі, так як вважають себе гіршими за інших, нездатними до прийняття рішень, а також до реалізації власного потенціалу.

Застосування даної шкали дало змогу провести кореляцію задля визначення зв'язку між ймовірністю прояву розладів харчової поведінки та самооцінки респондентів. Для проведення кореляції було застосовано коефіцієнт Пірсона, що використовується для перевірки лінійного зв'язку. Дані були оброблені за допомогою формул у програмі Excel і наведені у наступній таблиці:

Таблиця 2.7.

Кореляційний зв'язок між методикою «ЕАТ-26» та шкалою самооцінки Розенберга

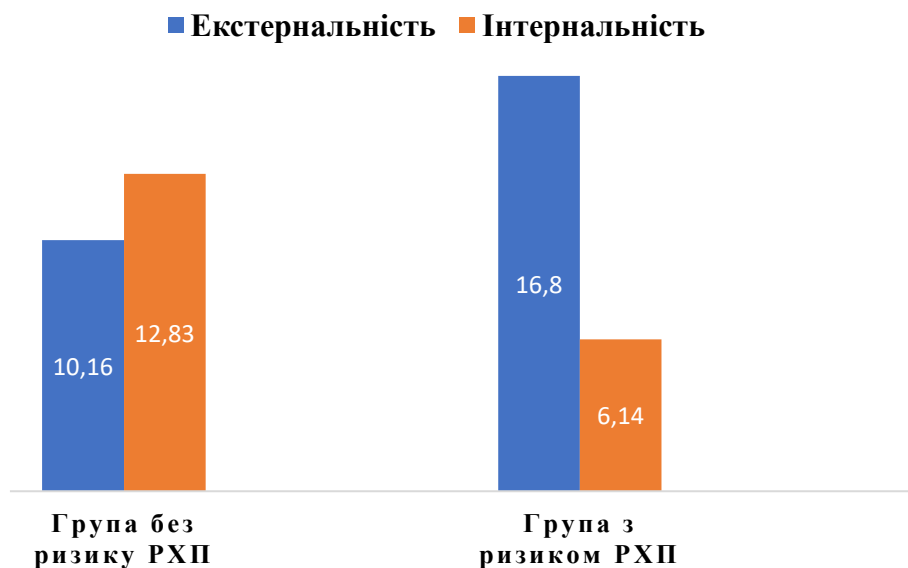
Показники	Коефіцієнти кореляції (r)
<i>Методика «ЕАТ-26»</i>	$r = -0.781$
<i>Значущість показників</i>	$p < 0.001$
<i>Вираженість зв'язку</i>	яскраво виражений (сильний) зв'язок

За результатами кореляційного аналізу був виявлений коефіцієнт $r = -0.781$, що означає сильний зворотний зв'язок між рівнем самооцінки та схильністю до РХП. Він виявляється в закономірності, яка свідчить про те, що чим нижча самооцінка, тим вищий ризик прояву розладів харчової поведінки. Значущість показників ($p < 0.001$) означає статистично

достовірний результат, який повністю узгоджується з теоретичними передумовами, описаними в першому розділі. Цей результат також підтверджує гіпотезу про те, що емоційно-оцінювальний компонент «Я-концепції» є важливим чинником у формуванні негативного сприйняття тіла, а також ризиком появи харчових розладів.

Останнім етапом дослідження, метою якого є підтвердження гіпотези взаємозв'язку ризику формування розладів харчової поведінки з порушенням цілісності та діяльності компонентів «Я-концепції» є проведення кореляційного аналізу між методикою «ЕАТ-26» та опитувальником Дж. Роттера на виявлення локусу контролю, тобто рівня усвідомленості людиною власної відповідальності за те, що відбувається всередині нього та ззовні. Ця методика була обрана як додатковий показник (змінна), що в контексті харчових розладів визначає здатність індивіда брати відповідальність за схильність до обмежувальної або компенсаторної харчової поведінки. Ми припускаємо, що особи, які мають низький рівень розвитку РХП, більш схильні до інтернального локусу контролю, тобто здатні усвідомлювати власні патерни поведінки та здійснювати самоконтроль у питаннях їжі. Особи, що мають більш високий рівень розвитку РХП, навпаки виявляють екстернальний локус контролю, в основі якого лежить знецінення власного «Я», порушене почуття відповідальності та відсутність провини щодо власних дій.

Для цього було використано попередній розподіл респондентів на дві групи (без ризику РХП та з ризиком виникнення цих розладів). Для зручності та чіткості підтвердження висунутої гіпотези дані були представлені у вигляді однієї діаграми:



На ній представлені середні значення (сер. арифметичне) кожної з груп, з урахуванням нерівномірної вибірки респондентів. В групі, де ризик РХП є відсутнім, дійсно переважає інтернальний локус контролю (12,83), хоча й незначним чином. У другій групі, що має значний ризик розвитку РХП, різниця між домінуючим показником екстернальності та інтернальності є критичною (16,8). Додатково було занесено статистичні дані до таблиці для зручності використання результатів (Табл. 2.8.).

Таблиця 2.8.

Статистичні дані для виявлення зв'язку ризику РХП з локусом контролю

Показник	Група без ризику РХП	Група з ризиком РХП
К-ть респондентів	18	7
Частка у вибірці (%)	72%	28%
Сер. значення за екстернальністю	10, 16	16,85
Сер. значення за інтернальністю	12,83	6,14

Отже, за допомогою використаних статистико-математичних методів було доведено, що локус контролю певним чином відповідає за схильність людини до формування харчових адикцій. Отримані результати підтверджують нашу гіпотезу про те, що особи з екстернальним типом локусу контролю частіше демонструють вищі показники за шкалою ЕАТ-26 (тобто ризиком розвитку харчових розладів). Причинами цього явища можуть бути знижена здатність до саморегуляції, підвищене почуття зовнішньої детермінації власних дій, занижена самооцінка й, відповідно, низький рівень відчуття власної гідності, через який особистість схильна вважати, що вона не здатна впливати ні на зовнішні події, ні на внутрішні фактори. Таким чином, індивід з екстернальним локусом контролю не вважає себе здатним виражати контроль стосовно власного харчування та способу життя, приписуючи подіям зовнішні риси відповідальності (наприклад, причиною зайвої ваги він буде вважати харчові звички з дитинства, культ їжі у суспільстві, відсутність часу на приготування здорових страв тощо).

Особистість, поведінка якої належить до інтернального локусу контролю, більш схильна до взяття на себе відповідальності, тому самоконтроль для неї є прийнятним не тільки у життєвих обставинах, а й у харчовій поведінці. Такі люди зазвичай пояснюють наявність негативних харчових патернів як власні лінощі або ж недостатній рівень контролю над їжею. В них також більш яскраво виражена впевненість у собі та мотивація, тому вони набагато простіше досягають власних цілей (наприклад, щодо схуднення) і не дають можливості розвитку дезадаптивним харчовим патернам.

2.3. Рекомендації щодо створення психокорекційних програм для профілактики розладів харчової поведінки у дорослих

Розлади харчової поведінки – це психогенні розлади, пов'язані з негативними харчовими звичками та деструктивною поведінкою, направленою на власне тіло. Така поведінка реалізується за допомогою використання дезадаптивних механізмів харчування, при яких особистість може притримуватися екстернального, емоціогенного або ж обмежувального характеру харчування.

В даній роботі ключовими факторами ризику виникнення такої поведінки є компоненти «Я-концепції», загальна система яких формує ставлення людини до власного «Я». Це ставлення виражається в когнітивному (уявлення індивіда про себе), емоційно-оцінювальному (ставлення індивіда до внутрішньої структури свого «Я») та поведінкового (дії людині, що базуються на уявленні соціуму щодо неї) компонентів.

Самооцінка, як основний компонент «Я-концепції», виявляється в усвідомленні та оцінці людиною власних якостей, здібностей, досягнень та невдач; формує ставлення індивіда до самого себе, а також його соціально обумовлену поведінку.

Емпіричне дослідження, що було проведено згідно з гіпотезою роботи про взаємозв'язок ризику розладів харчової поведінки з компонентами «Я-концепції» показало, що існує статистично значущий зв'язок між впливом ставлення людини до самої себе та можливістю формування деструктивної харчової поведінки.

З огляду на результати проведеного дослідження можна вважати, що практична значущість показників обумовлена подальшим формуванням тренінгів та психокорекційних програм для осіб з високим рівнем розладів харчової поведінки або вже існуючими (клінічно підтвердженими) діагнозами.

Найбільш значущою проблемою, що визначає необхідність створення даних програм є високий рівень смертності, обумовлений як біологічними чинниками (смерть, що настає внаслідок критичного виснаження організму), так і психологічними (самогубство через високий рівень незадоволеності своїм фізичним я, обумовлений соціальним та внутрішнім психологічним тиском) чинниками.

На основі теоретично-емпіричного аналізу виведені наступні принципи, на які варто опиратися при створенні психокорекційних програм:

1. Існує статистично значущий зв'язок між когнітивним, емоційно-оцінювальним та поведінковим компонентами «Я» концепції з ризиком розвитку розладів харчової поведінки;
2. Необхідно й надалі досліджувати розвиток РХП у категорії «дорослих», так як статистика показує, що ризик виникнення даних розладів, на відміну від їх поширеності, не має вікових рамок;
3. Самосвідомість та самооцінка є одними з найголовніших факторів «Я-концепції», тому саме від них залежить рівень знань особистості про самого себе та формування оцінки свого внутрішнього та тілесного «Я»-образу;
4. Важливо враховувати локус контролю при дослідженні рівня РХП у дорослих, так як у відмінності від дітей та підлітків фокус відповідальності у дорослих може або рівноцінно розподілятися за інтернальним та екстернальним типом, або виявлятися у одному (домінуючому) типі;
5. У контексті харчової поведінки необхідно досліджувати емоційну складову (тривожність, соціальну замкнутість, дезадаптивність тощо).

Враховуючи описані вище принципи, можна виділити основні завдання майбутньої психокорекційної програми:

- формування здорового ставлення до свого фізичного «Я» як профілактика розладів харчової поведінки;

- допомога в усвідомленні власного «Я» як суцільної структури, яку необхідно приймати та поважати;
- стабілізація самосприйняття, враховуючи різницю між «Я»-реальним та «Я»-ідеальним;
- зниження емоційної напруги (тривожності) задля усунення компенсаторних механізмів харчування;
- підвищення рівня самосвідомості та самооцінки;
- усунення внутрішніх конфліктів та надмірного рівня самоконтролю;
- розвиток навичок саморегуляції та підтримки свого внутрішнього «Я-образу»

Загальною метою психокорекційної роботи є стабілізація самооцінки індивідів з високим ризиком розвитку РХП, гармонізація структури «Я-концепції» задля усвідомлення себе в контексті цілісної структури «Я-образу», а також подолання причин та наслідків деструктивних харчових патернів.

В структурі психокорекційних програм необхідно використовувати не лише лекційний (інформаційний) матеріал, а й надавати певне методичне забезпечення. Методи, що можна використати в психокорекційній роботі з урахуванням контексту розладів харчової поведінки, варто поділити на такі блоки:

➤ ***Методи, що сприяють зняттю емоційної напруги***

Цей блок призначений для уникнення компульсивних переїдань та, як наслідок, проявів симптомів булімії внаслідок сильного емоційного напруження (тривога, страх, відчуття провини, горе та ін.)

Сюди можна віднести методики на розслаблення м'язів та скидання напруги: фізичні вправи на розтягування м'язів, тренування стійкості в одному положенні (наприклад, тиск ногами у підлогу або ж руками у стіну), «струшування» фантомної води з тіла для зняття тремору з кінцівок тощо.

Також в даний блок входять дихальні вправи, що використовуються для зняття гострих стресових реакцій та первинної «адреналінової»

симптоматики: тривоги, підвищеного тиску, тахікардії, м'язового напруження, тремтіння чи оніміння кінцівок). Прикладом таких технік може бути дихання по квадрату, де кожен крок займає 4-7 секунд (вдих – затримка дихання – видих – затримка дихання), глибоке (діафрагмальне) дихання для розслаблення м'язів, дихання за принципом «4-7-8», де 4 секунди відводиться на вдих, 7 – на затримку дихання, а 8 – на видих.

Додатково можна використати і медитації - набір дихальних вправ та положень тіла, які люди виконують для релаксації та абстрагування від сторонніх подразників.

➤ *Методи поліпшення саморегуляції*

В даному блоці основною метою є стабілізація рівня контролю щодо власних харчових звичок, а також усунення обмежувальних та компенсаторних поведінкових стратегій, характерних для деструктивної харчової поведінки.

Для емоційної саморегуляції часто використовуються техніки заземлення - інструменти та стратегії, які допомагають зменшити тривожність, зосередивши увагу на теперішньому моменті. Що стосується харчового контролю, то тут варто застосовувати письмовий метод саморегуляції, який базується на веденні харчового щоденнику як методу самоспостереження. В ньому пропонується фіксувати наступні фактори:

- емоційний стан перед/після прийому їжі;
- ситуація, в якій відбувалося харчування (на самоті, в компанії тощо);
- думки або почуття, що виникали під час їжі (провина, сором, задоволення);
- рівень голоду за 10-бальною шкалою (психологічний чи фізіологічний голод).

Такий метод також сприяє підвищенню рівня інтернального локусу контролю, тобто розвитку власної відповідальності і усвідомлення контролю над проблемою.

➤ **Методи підвищення самооцінки**

Низька самооцінка виступає одним із провідних факторів ризику розвитку розладів харчової поведінки, оскільки саме через негативне ставлення до себе у людини формується неприйняття власного тіла. Основною метою цього блоку психокорекції є стабілізація самооцінки, тобто не лише її підвищення, а й формування адекватного, реалістичного уявлення про себе.

Для цього ефективним є застосування технік когнітивно-поведінкової терапії, спрямованих на заміну ірраціональних установок на конструктивні (раціональні та правильні). Наприклад, робота з деструктивними переконаннями: «Я не маю права їсти солодке» або «Я зобов'язаний (-а) мати тіло як у моделей», які поступово замінюються на гнучкіші установки: «Я маю право їсти для задоволення», «Мое тіло — частина мене, і воно має право змінюватись».

Доцільними вправами в даному блоці є ті, що сприяють виявленню свої позитивних якостей та здібностей (складання письма для самого себе), а також порівняння «Я-реального» та «Я-ідеального» (техніка А. Будассі, що визначає різницю між цими компонентами та визначає наявність внутрішнього конфлікту у індивіда).

➤ **Методи психопрофілактики та психоосвіти**

В цьому блоці зазвичай використовується теоретичний (лекційний або тренінговий) матеріал, направлений на висвітлення психологічної природи розладів харчової поведінки, пояснення механізмів її появи, а також наслідків їх впливу задля усвідомлення учасниками сутності проблеми та підвищення мотивації до змін та процесу відновлення, прагнення до довготривалої ремісії – повного або часткового усунення симптомів РХП.

Важливим фактором складання психокорекційних програм є забезпечення їх учасників методичним матеріалом (бланки опитувань,

зрозумілий методичний інструментарій), а також додавання домашніх завдань для підвищення рівню власної відповідальності та розвитку самокерівництва (саморегуляції).

Таким чином, розробка та впровадження психокорекційних програм, орієнтованих на гармонізацію Я-концепції, стабілізацію самооцінки та розвиток навичок емоційної саморегуляції, є важливим кроком у запобіганні та подоланні розладів харчової поведінки. Комплексний підхід, що поєднує психоосвіту, терапевтичні методики та практичні інструменти самопомоги, дозволяє досягти позитивних змін у ставленні до свого тіла, знизити рівень внутрішньої тривожності та повернути людину до здорового способу життя та усвідомлених принципів та механізмів харчування.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

В рамках другого розділу було проведено емпіричне дослідження, в якому приймали участь 25 осіб віком від 20 до 48 років. Серед них – 17 жінок та 8 чоловіків, які на добровільних засадах погодилися взяти участь у обстеженні.

Гіпотезою дослідження було припущення, що прояв харчових адикцій певним чином залежить від порушення самосприйняття особистості (діяльності «Я-концепції», а також з негативними очікуваннями щодо ставлення з боку соціального оточення.

Для виявлення взаємозв'язку було використане наступне методичне забезпечення:

1. Методика «Eating Attitudes Test» - 26 (EAT-26) в адаптації О.А. Скугаревського та С.В. Сівухи («Опитувальник харчових переваг – 26» або «ОПП-26»);
2. Опитувальник самоствавлення В.В. Століна та С. Р. Пантелєєва;
3. Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE);
4. Методика дослідження локусу контролю (Дж. Роттер).

Дослідження відбувалося в декілька етапів з поступовим обґрунтування результатів методик та їх інтерпретації.

Використання методики EAT-26 дало змогу розподілити респондентів за двома групами (група без ризику РХП та група з ризиком РХП), орієнтуючись на рівень вираженості показників.

Проведення кореляції, для якої був використаний коефіцієнт Пірсона, підтвердило гіпотезу дослідження, визначаючи взаємозв'язок між когнітивними, оцінювальними та поведінковими компонентами «Я-концепції» (глобальне самоствавлення, аутосимпатія, очікуване ставлення від інших, самоприйняття та самооціка, для якої окремо використовувалась шкала Розенберга). Найсильніший зворотний зв'язок було зафіксовано між

самоприйняттям та рівнем ризику РХП, що свідчить про значущий рівень залежності обраних компонентів.

Статистичний та математичний аналіз був використаний для підрахунку даних, зведених у таблиці та діаграми (визначення середніх значень та стандартних відхилень, розрахунок відсоткового співвідношення тощо).

Методика Дж. Роттера щодо визначення локусу контролю (рівня відповідальності) була використана для підтвердження припущення щодо залежності ризику розвитку харчових розладів від типу внутрішнього локусу контролю. Дослідження показало, що у осіб з низьким рівнем домінуючим є інтернальний тип, тобто розвинуте відчуття внутрішнього контролю, а особи з більш високим рівнем ризику РХП схильні до екстернального типу, пов'язаного з наданням більшої значущості зовнішнім обставинам.

З огляду на результати емпіричної частини було сформовано теоретичні та практичні рекомендації щодо застосування даних дослідження у подальшому методичному забезпеченні профілактичних та тренінгових заходів, а також складання психокорекційних програм задля гармонізації харчової поведінки, пов'язаної з порушенням діяльності системи компонентів «Я-концепції»

ВИСНОВОК

Отже, в ході виконання роботи було розглянуто сукупність теоретичних джерел щодо розвитку розладів харчової поведінки, визначаючих їх як гострі та тривалі порушення в харчовій сфері, які супроводжуються високим рівнем емоційного та психологічного дистресу. Така поведінка може бути як позитивною (адекватною), так і негативною, що виявляється у викривленому сприйнятті їжі як чинника задоволення біологічних потреб.

Розлади харчової поведінки (РХП) є актуальною проблемою сучасного суспільства, оскільки їх розвиток зумовлений впливом психологічних та соціокультурних чинників, що значним чином впливають на якість життя та супроводжуються ризиком розвитку супутніх психічних порушень.

Також був проведений детальний аналіз поняття «Я-концепції», що визначається як складна система уявлень особистості про саму себе, та компонентів, які вона охоплює (когнітивний, емоційний та поведінковий), розглянуто погляди вчених на конструкт цієї концепції.

В рамках першого розділу було теоретично обґрунтовано взаємозв'язок між компонентами «Я-концепції», а також ризиком розвитку негативних харчових патернів поведінки. Вивчення теоретичних джерел показало, що вона нерозривно пов'язана з самоусвідомленням, самоприйняттям, ставленням до тіла та соціальними стандартами зовнішності. і охоплює когнітивний, емоційно-оцінювальний та поведінковий компоненти. Порушення гармонії між ними здатне провокувати внутрішній конфлікт, занижену самооцінку, викривлене сприйняття тіла (дисморфофобію) і, як наслідок, ризик розвитку РХП.

Було встановлено і те, що сприйняття особистістю свого «Я» формується не лише на основі індивідуального досвіду, але й під впливом соціуму, виховання, медіа, родинних установок і травматичних життєвих

подій. Зокрема, поширення ідеалізованих образів у соціальних мережах, досвід булінгу, негативні коментарі щодо зовнішності, критика з боку близьких — все це може стати каталізатором знецінення свого тіла й стрімкому розвитку РХП.

У межах емпіричної частини дослідження було проведено опитування, вибірка для якого становила 25 респондентів, серед яких було 18 жінок та 7 чоловіків віком від 20 до 48 років. Для дослідження було висунуто гіпотезу щодо зв'язку компонентів «Я-концепції» з ризиком розвитку харчових розладів, тому для його проведення було використано наступні методики: тест ЕАТ-26 (виявлення ризику РХП), опитувальник самоствавлення В.В. Століна і С.Р. Пантелеєва (компоненти Я-концепції), шкала самооцінки М. Розенберга, та методики локусу контролю Дж. Роттера (для визначення типу відповідальності).

Результати дослідження та інтерпретації результатів виявили, що існують статистично значущі зв'язки між рівнем ризику РХП та показниками глобального самоствавлення, аутосимпатії, очікуваного ставлення інших самоприйняття та самооцінки респондентів.

Також у другому розділі було виявлено тенденцію до переважання екстернального локусу контролю у респондентів із підвищеним ризиком РХП, що свідчить про схильність перекладати відповідальність на зовнішні фактори, і навпаки – домінуючі показники за інтернальним типом у осіб, що мають низький рівень розвитку РХП.

Під час проведення дослідження було також розглянуто поширеність домінування низьких показників за основними шкалами самоствавлення (за опитувальником В.В. Століна та С.Р. Пантелеєва), що підтверджує загальний дефіцит позитивного образу «Я» серед всієї вибірки (незалежно від рівня ризику РХП).

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання результатів для створення психокорекційних програм, спрямованих на нормалізацію ставлення до тіла, підвищення самооцінки,

розвиток самосвідомості та інтернального локусу контролю. У підпункті 2.3. другого розділу було запропоновано ключові принципи корекції харчової поведінки та методичні інструменти, що можуть бути реалізовані у психотерапевтичній або тренінговій роботі з дорослими.

Отже, гіпотеза про існування взаємозв'язку між порушенням компонентів Я-концепції та ризиком розвитку розладів харчової поведінки була емпірично підтверджена. Подальші дослідження у цьому напрямку є доцільними з метою більш глибокого розуміння механізмів формування РХП, розробки ефективних психопрофілактичних та психокорекційних програм, а також запобігання наслідкам розглянутих розладів харчування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1) Піраміда потреб Абрагама Маслоу. <https://uk.wikipedia.org/wiki/Вікіпедія>. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%96%D1%80%D0%B0%D0%BC%D1%96%D0%B4%D0%B0_%D0%BF%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%B1_%D0%90%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B0%D0%BC%D0%B0_%D0%9C%D0%B0%D1%81%D0%BB%D0%BE%D1%83
- 2) Абсалямова Л. М. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Монографія. – Харків: Вид-во «Стильна типографія», 2019. 393 с.
- 3) Карпенко П., Мельничук Н. Харчова поведінка в комплексі формування адекватної дієтотерапії. Сімейна медицина. 2002. № 4. С. 40–41.
- 4) Сельє Г. Анатомія стресу. Ганс Сельє та послідовники. Видавничий дім "Медкнига", 2024. 148 с. (Бібліотечка практикуючого лікаря).
- 5) Зигмунд Ф. Психологія сексуальності / пер. Н. Іванова. Strelbytskyu Multimedia Publishing, 2020. ISBN 9785041152727.
- 6) Маслоу А. Мотивація і особистість / пер. з англ. О. Г. Москаленка. — Київ : Основи, 2001. — 416 с.
- 7) Соціальна психологія : навч. посіб. для здобувачів ступеня бакалавра / Н. Ю. Волянюк, Г. В. Ложкін, О. В. Винославська, І. О. Блохіна, М. О. Кононець, О. В. Москаленко, О. І. Боковець, Б. В. Андрійцев ; КПІ ім. Ігоря Сікорського. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2019. 254 с.
- 8) Андрійчук І.П. Формування позитивної Я-концепції особистості майбутніх практичних психологів у процесі професійної підготовки: автореф. дис. Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова. К., 2003. 20с.

- 9) Александров Ю.В. Психология развития: навчальний посібник. URL: http://pidruchniki.com/77666/psihologiya/psihologiya_ro_zvitku.
- 10) Stefano C. Альберт Бандура і фактор самоефективності: Подорож у психологію людського потенціалу через розуміння та розвиток самоефективності та самооцінки. 2023. ISBN 9791222454276.
- 11) Багрій Н. Проекція як психологічний механізм захисту // Науковий і освітній портал НаУОА. – 2015. – Режим доступу: <https://naub.oa.edu.ua/2015/proektsiya-yak-psyholohichnyj-mehanizm-zahystu>
- 12) Балагурак О. Розлади харчової поведінки та суїцидальний ризик. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки.. 2024. вип. 21. С. 3–9.
- 13) Кульчицька А., Федотова Т. Соціально-психологічні аспекти формування харчової поведінки в підлітковому віці. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 178–191.
- 14) Фізіологія. 2-ге видання / В. Г. Шевчук та ін. Вінниця : Нова Книга, 2015. 448 с.
- 15) Eating Disorders: Anorexia, Bulimia and Binge Eating: How to Recover Effectively. (n.d.). (n.p.): Comprehensive Healthcare Research.
- 16) Rikani, A.A., Choudhry, Z., Choudhry, A.M., et al. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neuroscience*, 20(4), 157-161. doi:10.5214/ans.0972.7531.20040
- 17) Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G., Kessler R.C. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Biological Psychiatry*. – 2007. – Vol. 61, No. 3. – P. 348–358. – DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- 18) Katharine A. P. *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press, 2005. 432 с.

- 19) Book K. Eating Disorders in Pregnancy.
<https://www.nationaleatingdisorders.org/eating-disorders-pregnancy/>.
- 20) APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., 2013;
- 21) Lattimore P.J. Stress-induced eating: an alternative method for inducing egothreatening stress. *Appetite*. 2001 Apr ; 36 (2) : 187-8.
<https://doi.org/10.1006/appe.2000.0387>
- 22) I. Swain P. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa : New Research. Nova Science, 2006. 219 c.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати респондентів за шкалою «ЕАТ-26»

№ анкети	Загальний бал	Дієта	Булімія та стурбованість їжею	Оральний контроль
1	8	7	1	0
2	17	9	4	4
3	15	8	3	4
4	7	4	1	2
5	24	16	4	4
6	11	5	0	6
7	7	6	0	1
8	8	6	1	1
9	6	3	2	1
10	9	7	1	1
11	32	22	10	0
12	43	29	12	2
13	4	1	0	3
14	2	2	0	0
15	12	4	0	8
16	24	14	2	8
17	2	2	0	0
18	27	19	8	0
19	5	2	0	3
20	64	37	14	13
21	55	32	12	11
22	62	33	14	15
23	65	34	12	19
24	3	3	0	0
25	60	32	12	26

Додаток Б

**Результати респондентів за шкалою самоствалення В.В. Століна та
С.Р. Пантелєєва**

№ респондента	Інтегральна шкала		Аутосимпатія		Очікуване ставлення інших		Самоприйняття	
	<i>сирі бали</i>	<i>%</i>	<i>сирі бали</i>	<i>%</i>	<i>сирі бали</i>	<i>%</i>	<i>сирі бали</i>	<i>%</i>
1	5	62,67%	9	69,67%	5	6%	6	89,67%
2	13	55,33%	8	58,33%	6	9%	5	70,67%
3	12	49%	11	86%	7	17,67%	4	50,67%
4	13	55,33%	7	47%	7	17,67%	5	70,67%
5	12	49%	5	28%	5	6%	3	34,33%
6	22	96%	14	98,33%	11	72,33%	7	100%
7	21	93,33%	9	69,67%	11	72,33%	6	89,67%
8	8	21,33%	3	16%	3	1%	2	16,67%
9	14	62,67%	8	58,33%	10	53%	2	16,67%
10	10	32,22%	4	21,67%	7	17,67%	1	7,67%
11	15	69,33%	5	28%	10	53%	1	7,67%
12	9	26,67%	4	21,67%	5	6%	0	2,67%
13	25	98,33%	10	77,33%	12	91,33%	6	89,67%
14	10	32,33%	3	16%	9	39,67%	3	34,33%
15	17	80%	9	69,67%	11	72,33%	5	70,67%
16	17	80%	9	69,67%	9	39,67%	5	70,67%
17	23	96, 67%	12	90,67%	12	91,33%	6	89,67%
18	8	21,33%	5	28%	9	39,67%	1	7,67%
19	25	98,33%	13	96,67%	11	72,33%	6	89,67%
20	8	21,33%	3	16%	5	6%	0	2,67%
21	9	26,67%	4	21,67%	4	3,33%	0	2,67%
22	6	13%	2	9%	4	3,33%	2	16,67%
23	10	32,33%	2	9%	8	27,33%	2	16,67%
24	25	98,33%	14	98,33%	12	91,33%	7	100%
25	9	26,67%	4	21,67%	6	9%	1	7,67%

Додаток В

Результати респондентів за шкалою самооцінки Розенбергу

№	Загальний бал	№	Загальний бал
1	25	14	22
2	24	15	28
3	18	16	28
4	23	17	37
5	17	18	20
6	39	19	37
7	34	20	14
8	18	21	14
9	29	22	12
10	25	23	14
11	21	24	36
12	19	25	17
13	36		

Додаток Д

Результати респондентів за методикою Дж. Роттера на локус контролю

№	Шкала екстернальності	Шкала інтернальності
1	13	10
2	12	11
3	11	12
4	19	4
5	13	10
6	11	12
7	1	22
8	16	7
9	14	9
10	8	15
11	15	8
12	5	18
13	4	19
14	16	7
15	17	6
16	10	13
17	1	22
20	10	13
21	2	21
22	21	2
23	15	8
24	21	2
25	20	3